

T.C
İZMİR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK HUKUKU YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

PERFORMANSA DAYALI DÖNER SERMAYE SİSTEMİ

VE

OFANSİF TIP

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Hakan ÖZSEL

İZMİR – 2015

T.C
İZMİR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK HUKUKU YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

PERFORMANSA DAYALI DÖNER SERMAYE SİSTEMİ

VE

OFANSİF TIP

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Hakan ÖZSEL

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Serkan ÇINARLI

İZMİR - 2015

TEZ ONAY SAYFASI**İZMİR ÜNİVERSİTESİ****SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE**

İzmir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Hukuku Tezli Yüksek Lisans Programı 124003066 numaralı öğrencisi Hakan ÖZSEL'in hazırladığı "Performansa Dayalı Döner Sermaye Sistemi ve Ofansif Tıp" başlıklı Yüksek Lisans Tezi ile ilgili savunma sınavı 16.04.2015 günü saat 10:00- 12:30 saatleri 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

Prof.Dr. Selma ÇETİNER

İzmir Üniv.Hukuk Fakültesi Öğ. Üyesi

Prof. Dr.Ekin Özgür AKTAŞ

Ege Üniv. Tıp Fakültesi Öğ. Üyesi

ÖZET

Ofansif tıp, her türlü tıbbi girişimin gereğinden fazla uygulanmasıdır. Performansa dayalı döner sermaye sistemi, ofansif tıp uygulamalarının en önemli nedenlerinden biridir. Türkiye’de 2003 yılından itibaren uygulamaya koyulan, Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın bir parçası olan performansa dayalı ücretlendirme, sağlık hizmeti kullanımını arttırmıştır. Tıbbi gereklilik sınırları genişletilerek yapılan bu tıbbi müdahaleler bilimsel kurallara, etik değerlere ve hukuk normlarına aykırıdır. Sağlık hizmetlerinin yüksek maliyetleri ve ofansif tıp nedeniyle devletin sağlık harcamaları her geçen sene artmaktadır. Sağlık hizmeti giderlerinin, devletin bütçesinde oluşturduğu açığı gidermek için alınan kısıtlayıcı önlemler ise halkın sağlık hakkını engellemektedir. Sosyal devletin etkin ve yaygın sağlık hizmeti sunma sorumluluğundan giderek uzaklaşmaktadır. Öncelikle sağlık çalışanlarının ücretlendirme sistemi değiştirilmelidir. Ücretlerin performansa bağımlılığı azaltılmalı veya kaldırılmalıdır. Bilimsel ve kanıta dayalı tıp uygulamaları ve buna uyarlanmış sosyal güvenlik sistemi, çözüm için atılacak önemli bir adım olacaktır.

Anahtar Sözcükler: Ofansif tıp, performansa dayalı döner sermaye, sağlıkta dönüşüm programı, tıbbi müdahale, sağlık hakkı

ABSTRACT

Offensive medicine is applied more than necessary medical intervention. One of the most important causes of Offensive medicine is pay for performance system. Health transformation program was introduced in 2003 in Turkey. Pay for performance is a part of this program and increased health care utilization. Medical procedures are expanding the boundaries of medical necessity. In this case scientific rule is contrary to the ethical values and legal norms. Expensive health services and offensive medicine increase government health spending. Therefore, restrictive measures taken, hinders people's right to health. First, remuneration system of health workers must be replaced. Evidence-based medicine should be developed. Adapting to evidence-based medicine of the social insurance system will be an important step for the solution.

Key words: Offensive medicine, pay for performance, health transformation programe, medical procedores

ÖNSÖZ

İnsan hakları olgusunun çekirdeğini oluşturan “yaşam hakkı”, sağlıklı bir yaşam ile anlamını ve değerini bulmaktadır. Sağlık, Dünya Sağlık Örgütünün de tanımladığı gibi “bir bütün olarak fiziki, ruhi ve sosyal açıdan iyi olma hali” dir. Sağlık hizmetinin doğru olarak sunulması ise bireyi ve toplumu bu *iyilik* düzeyinde tutabilmek amacı ve çabasıyla gerçekleşir.

Çağımızda teknolojik gelişmeler ve bilimsel araştırmalar, tıp biliminin de büyük bir hızla büyümesine ve ilerlemesine yardımcı olmaktadır. Ancak bu gelişmeler, toplumlara yaygın, eşit, etkin ve maliyeti düşük bir sağlık hizmeti olarak yansımıyor. *Ofansif tıp* uygulamalarının bu sonuca neden olan faktörlerden biri olduğu düşüncesiyle, bu araştırmayı yapma gereksinimi duydum. Umudum bu çalışmanın, sağlık hizmetinin sunumunda sorumluluğu olanlara bir bakış açısı daha getirebilmesidir.

Tıp alanında büyük çaptaki gelişme, bilimsel, ekonomik, etik ve hukuk yönünden yeni sorunların oluşmasına neden olmaktadır. Hizmeti sunan kurumlar ve görevlilerin, hizmeti alan hastaların, hak ve sorumlulukları sürekli değişerek, yeniden şekillenmektedir. Bu anlamda *Sağlık Hukuku* bilgilerini almak ve bu bilince sahip olabilmek amacıyla, Türkiye’de bu bilim dalının öncülerinden İzmir Üniversitesi’nde Sağlık Hukuku Yüksek Lisans eğitimi aldım. 25 yıldır gururla yaptığım hekimlik mesleğinin yanında, böyle bir eğitimi almanın gururunu da yaşamaktayım. Bu araştırmanın fikir ve çalışma aşamasında yardımlarını esirgemeyen tez danışmanım Doç.Dr. Serkan Çınarlı başta olmak üzere, değerli hocalarım, Prof.Dr.Merdan Hekimoğlu, Yard.Doç.Dr.Tuba Kutoğlu, Öğr.Gör.Dr.Sevinç Arslan Hızal ve Yard.Doç.Dr. Hüsnü Turanlı’ya; ayrıca Prof.Dr.Ekin Özgür Aktaş, Prof.Dr.Aytaç Koçak ve Yard.Doç.Dr.Ender Şenol’a teşekkürü borç bilirim. Çalışmalarım sırasında gösterdikleri hoşgörü ve sabır için de aileme teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

Özet	iii
Abstract	iv
Önsöz	v
İçindekiler	vi-vii
Kısaltmalar	viii
1. Giriş	1
1.1 Kavramlar	3
2. Sağlıkta Temel Haklar	7
2.1 Yaşam Hakkı	7
2.2 Sağlık Hakkı	12
2.3 Hasta Hakları	22
2.3.1 Hasta Haklarının Tarihçesi	24
2.3.2 Uluslararası Hasta Hakları Belgeleri	26
2.3.2.1 Hasta Hakları Açısından İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi	29
2.3.3 Türkiye’de Hasta Hakları	30
3. Tıbbi Müdahale	39
3.1 Tanım	39
3.2 Tıbbi Müdahalenin Hukuka Uygunluk Koşulları	45
3.2.1 Tıbbi Müdahalenin Hukuken Yasaklanmamış Olması	47
3.2.2 Tıbbi Müdahalenin Yetkili Kişi Tarafından Yapılması	48
3.2.3 Tıbbi Kurallara Uygun Gereklilik (Endikasyon)	51
3.2.4 Müdahalenin Tıbbi Standartlara Uygun Yapılması	54
3.2.5 Tıbbi Müdahale İçin Aydınlatma ve Onam	58
3.2.5.1 Aydınlatma ve Onamın Tarihsel Süreci	61
3.2.5.1.1 Türkiye’de Tıbbi Müdahale İçin Aydınlatma ve Onam Kavramı	64
3.2.5.2 Tıbbi Müdahale İçin Aydınlatma	67
3.2.5.2.1 Aydınlatmanın Çeşitleri	67
3.2.5.2.2 Aydınlatmanın Kapsamı	70
3.2.5.2.3 Aydınlatmanın Zamanı ve Yükümlüsü ve Kime Yapılacağı	71

3.2.5.2.4 Tıbbi Müdahale İçin Aydınlatmanın Şekli	73
3.2.5.2.5 Aydınlatmada İspat Yükümlülüğü	73
3.2.5.2.6 Aydınlatma ile İlgili Hastanın Diğer Hakları	74
3.2.5.3 Tıbbi Müdahale İçin Onam (rıza) Alınması	75
3.2.5.3.1 Rızanın Açıklanması, Konusu ve Kapsamı	76
3.2.5.3.2 Rıza Ehliyeti	80
3.2.5.3.3 Varsayımsal Rıza	82
3.2.5.3.4 Tıbbi Müdahalede Rızanın Aranmadığı Durumlar	83
4. Türkiye’de Sağlık Sistemi	87
4.1 Tarihçe	88
4.1.1 Cumhuriyet Dönemi Sağlık Sistemi	90
4.1.1.1 1920-1946 Dönemi.	90
4.1.1.2 1946-1960 Dönemi	94
4.1.1.3 1960-1980 Dönemi	96
4.1.1.4 1980-2002 Dönemi	100
4.2 Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP)	104
4.2.1 Aile Hekimliği Sistemi	115
4.2.2 Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası	121
4.2.3 Sağlık Bakanlığı Teşkilat Yapısı	130
4.2.3.1 Kamu Hastane Birlikleri	135
5. Performansa Dayalı Döner Sermaye Sistemi	143
6. Ofansif Tıp	183
7. Tartışma ve Sonuç	212

KISALTMALAR

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

BK: Borçlar Kanunu

BT: Bilgisayarlı Tomografi

BUT: Bütçe Uygulama Talimatı

GSS: Genel Sağlık Sigortası

HHY: Hasta Hakları Yönetmeliği

KHK: Kanun Hükmünde Kararname

KÖO: Kamu Özel Ortaklığı

MR: Manyetik Rezonans

SB: Sağlık Bakanlığı

SDP: Sağlıkta Dönüşüm Programı

SGK: Sosyal Güvenlik Kurumu

SUT: Sağlık Uygulama Tebliği

sy.: Sayılı

TCK: Türk Ceza Kanunu

TDN: Türk Deontoloji Nizamnamesi

TŞŞTİDK: Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun

TTB: Türk Tabipler Birliği

yy.: Yüzyıl

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum “Performansa Dayalı Döner Sermaye Sistemi ve Ofansif Tıp” başlıklı bu çalışmanın bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmanın içinde kullanıldıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

16.04.2015

Hakan ÖZSEL

1. GİRİŞ

Sağlıklı bir yaşam sürebilmek, tarih boyunca tüm insanlığın en önemli gereksinimlerinden biri olmuştur. Toplumların ve bireylerin sosyal, kültürel ve bilimsel olarak evrilmesi, hem tıp bilimini hem de sağlık hakkı kavramını bugün bulunduğu ileri noktaya taşımıştır. Bu süreçte sağlık hizmetlerinin kapsamı ve sunumu büyük değişimlere uğramıştır.

Teknolojik ilerleme paralelinde tıbbın tanı ve tedavi yöntemleri hızla gelişmektedir. Eskiden sadece hasta ve hekim ile yürütülen sağlık hizmetlerinde söz sahibi olanların çeşitliliği de artmaktadır. Sağlık politikaları ve organizasyonunda sorumlu devlet, sağlık hizmeti veren özel sektör, sayısı ve uzmanlık dalları artan yardımcı sağlık personelleri, hastane yöneticiliği, ilaç ve teknoloji şirketleri, meslek odaları, uzmanlık dernekleri, sendikalar, sigorta şirketleri ve genel sağlık sigortası gibi pek çok aktör sağlık hizmetlerinde rol almaktadır.

Dünyada 1980 sonrası değişmeye başlayan sosyo-ekonomik politikalar, sağlık alanında da etkisini göstermiştir. 2000'li yıllara gelindiğinde sağlık ticari bir sektör haline gelmiştir. Sosyal devletin Anayasal bir ödevi olan "*sağlık hizmeti*", yükselen maliyetlerin de etkisiyle kar-zarar hesaplarının yapıldığı bir "*sağlık sektörü*" olmuştur. Küresel boyutta sağlık politikalarına yön veren kurum ve kuruluşlar, daha fazla insana, daha iyi ve ucuz sağlık hizmeti sunma amaçlı görünen programlar oluşturmaktadırlar. Pek çok ülke de farklı boyutlarda uygulanan bu programların sonuçları artan tüketim ve maliyetler olmaktadır. Sağlık hizmetinin gereğinden fazla tüketilmesi değişik kampanya ve reklamlarla desteklenmektedir. Bazen bilimsel olduğu iddia edilen yayınlar bile bu amaca hizmet etmektedir. Hizmeti sunanların kar arttırma amaçlı bu yaklaşımları, bu konuda bilinçsiz olan toplumun da talebini arttırmaktadır. Giderek tıbbileşen hayatlar, çoğu tanı ve tedaviye yönelik tıbbi işlemlerin sayısını olağan üstü yükseltmektedir.

Başta hekimler olmak üzere sağlık çalışanlarını, aşırı tüketimin uygulayıcısı yapmanın yolu esnek ücretlendirme sistemi olmuştur. Daha fazla tıbbi müdahale yapanın daha fazla ücret aldığı, performansa dayalı ödeme sistemi, bu yönde atılan önemli bir adımdır. Yapılan tıbbi girişim sayısı her geçen sene artmaya devam etmektedir. Mali kaynakların verimli kullanımını engelleyen bu yaklaşım, hem sağlığa

gerçekten ihtiyacı olanların erişimini kısıtlamakta hem de varlıklı ülkelerin bile bütçelerini zorlamaktadır.

Küresel politikalarla şekillenen Türkiye sağlık sistemi, 2002 yılından itibaren uygulamaya konulan “Sağlıkta Dönüşüm Programı” ile yeni bir döneme girmiştir. Bu çalışmada, SDP ve onun bir parçası olan “Performansa Dayalı Döner Sermaye” sisteminin ofansif tıp ile ilişkisini ortaya koymak amaçlanmıştır. Öncelikle konuyu hasta hakları açısından değerlendirebilmek için sağlık hakkı kavramının gelişme süreci incelenecektir. Sonraki bölümde tıbbi müdahalenin tanımı ve hukuka uygun bir tıbbi girişimin koşullarının neler olduğu açıklanacaktır. 2000’li yılların başında uygulamaya konan SDP’ni daha iyi algılamak amacıyla, Türkiye’de sağlık sisteminin kısa tarihçesi ve SDP; sonrasında performansa dayalı döner sermaye sistemi tanımlanacaktır. Bu bilgiler ışığında “Ofansif Tıp” uygulamalarının dünyada ve Türkiye’de ki örnekleri incelenecek; performansa dayalı ücretlendirmenin ofansif tıp ile bağlantısı yorumlanacaktır. Tartışma ve sonuç bölümünde ise ofansif tıbbin etik, hukuki ve ekonomik sonuçları ve çözüm önerileri irdelenecektir.

1.1 Kavramlar :

1.1.1 Performansa Dayalı Döner Sermaye :

Döner sermaye, kamu maliyesi alanında belirli ve sürekli bir amacın elde edilmesi için genel veya katma bütçeden bir miktar paranın bu kuruluşa veya onun ilgili işletmelerine verilmesidir. Devletin iktisadi işletmelerinden kazanç elde etmesi için geliştirilen yöntemlerden biri olan döner sermaye, özerk bütçeli ancak belirli bir oranda da genel bütçe içinden yönetilen bir sistemdir. Döner Sermayeli İşletmeler Bütçe ve Muhasebe Yönetmeliği 3. maddesine göre; “Genel yönetim kapsamındaki kamu idarelerine kanunlarla verilen asli ve sürekli kamu görevlerine bağlı olarak ortaya çıkan ve genel idare esaslarına göre yürütülmesi mümkün olmayan mal ve hizmet üretimine ilişkin faaliyetlerin sürdürülebilmesi için, kamu idaresine bağlı olarak kurulmuş işletmelere tahsis edilen sermaye ‘döner sermaye’ olarak tanımlanmıştır.”¹

Devlet ticari değeri olan işletmelerinden daha efektif bir şekilde kazanç elde etmek ve işletmelerinin ihtiyaçlarının karşılanması için döner sermaye yöntemine başvurabilir. Türkiye’de döner sermaye sağlık alanına 09.01.1961 tarihinde yürürlüğe giren 209 sayılı “Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları ile Esenlendirme Tesislerinde Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanun” ile girmiştir. Burada kar etme değil, tedavi kurumlarını satın alma ve kiralamalarda yetkilendirerek bürokrasinin azaltılması amaçlanmıştır. Döner sermayenin kar amaçlı kullanımı 27.06.1983 tarihinde yürürlüğe giren 2907 sayılı yasa ile gündeme gelmiştir.² 2004 yılına kadar sağlık çalışanlarına, farklı sağlık kuruluşlarında döner sermayeden ek ödemeler yapılmıştır.

Performansa göre döner sermayeden katkı payı ödenmesi Sağlık Bakanlığı’na 2004 yılından itibaren uygulanmaya başlanmıştır. Performansa dayalı ücretlendirme sisteminin temel amacı örgüt için değerli personeli cezbedecek, motive edecek, teşvik edecek, işletmede kalmalarını sağlayacak ve aynı zamanda personel tarafından adil olarak algılanacak, işletme için kabul edilebilir maliyet sınırları içinde olan bir ödeme

¹ www.resmigazete.gov.tr, 01.05.2007

² ZENCİR, Mehmet (2006), “Sağlıkta dönüşüm nedir?”, *www.ttb.org.tr*.

paketi tasarlamaktır.³ Kamu personelinin verimliliğinin artırılması hedefi, birçok ülkede farklı uygulama araçlarıyla sağlanmaya çalışılmıştır. Personelin alacağı ücretin sunduğu hizmet ve bu sırada göstermiş olduğu performansla ilişkilendirilerek, ücretin bir araç olarak kullanılması sonucu, verimliliğin artırılması amacı etrafındaki uygulamalar gerek literatürdeki performans değerlendirme metodları gerekse de ülke ve kurumların oluşturduğu özgün fikirler doğrultusunda şekillenmiştir.⁴ Türkiye’de sağlık sistemi içerisinde ek ödeme hesap yöntem ve miktarları birkaç kez değişmiştir. Ödenecek net ödeme tutarı, personele ait net performans puanının, dönem ek ödeme katsayısı ile çarpımı sonucu bulunan tutardan gelir vergisi ve damga vergisi kesilmesi sonucu bulunur.⁵

1.1.2 Ofansif Tıp :

“Ofansif “ sözlük anlamı olarak atak ve hücum dayalı eylemi ifade etmektedir. Genelde sporla ilgili kullanılmaktadır. “Defansif” yani savunmacı, çekinik sözcüğünün zıttıdır. “Ofansif Tıp” terimi henüz “Defansif Tıp” kadar yaygın kullanılmamaktadır. Savunmacı yada çekinik tıp anlamında kullanılan defansif tıp terimi, gerek yurtiçi gerekse yurtdışı hukuk, tıp ve sağlık hukuku literatüründe ve güncel makalelerde yer bulmaktadır.

Ofansif tıp, tıbbın yoğun bir şekilde, gereğinden fazla kullanılması anlamındadır. Yurtdışı yayınlarda, fazla tıp (*too much medicine*), gereksiz tıbbi girişim (*unnecessary medical procedure*) sözcüklerine de rastlanmaktadır ve farklı sebeplerle tıbbi müdahalelerin gereğinden fazla uygulanması anlatılmaktadır. Bu sebeplerden biri mesleki deneyimi artırmak için daha çok tıbbi girişim yapma isteğidir. Diğer tıbbi ilaç ve malzemeleri üreten firmalarla girilen hukuk ve etik dışı ilişkiler sonucu, bunların fazla kullanılmalarıyla yapılan işlemlerdir.

Ofansif tıp tanımının oluşmasında diğer bir neden ise defansif tıptır. Defansif tıp terimi ilk defa ABD’de 1970’li yıllarda kavramsal olarak tanımlanmaya ve söz konusu

³ARSLAN, Erkan (2011), “Performansa dayalı ödeme: Sağlık Bakanlığı uygulaması”, *Maliye Dergisi*,S.160,ss.424

⁴ERASLAN, Tarık, A.TOZLU (2011), “Kamu yönetiminde performansa dayalı ücret sistemi”, *Sayıştay Dergisi*, S.81, ss.34

⁵ ARSLAN, Erkan ss.425

olgunun sağlık hizmetleri içinde ne ölçüde var olduğu tespit edilmeğe başlanmıştır. Çalışmacılar araştırmalarda, hekimlerin hastalara karşı olan tavırlarını olumlu yada olumsuz bir şekilde tıbbi uygulama hatası iddialarından korunmak maksatlı olarak değiştirdiklerini ve bu durumun sağlık hizmetlerinin kalitesini etkilediğini, ayrıca bu davranışlar neticesinde sağlık hizmeti için yapılan harcamaların arttığı belirtilmiştir. Devam eden süreçte ABD dışındaki pek çok ülkede de defansif tıbbın varlığı yavaş yavaş tespit edilmiş ve tartışılmaya başlanmıştır.⁶ Bu bağlamda literatürde en kapsayıcı tanımlardan bir tanesi “American Office Of Technology Assesment” tarafından yapılmıştır. Buna göre, defansif tıp, genellikle tıpta uygulama hatası iddialarından korunmak için hekimlerin daha fazla tıbbi testler yapması, hasta ile dialog esnasında gereksiz prosedürler izlemesi ve vizit yapması (pozitif defansif tıp) yada tam tersine riskli hastalardan veya risk taşıyan teşhis ve tedavi yöntemlerinden kaçınmasıdır (negatif defansif tıp).⁷

Burada pozitif defansif tıp olarak tanımlanan olgu bazı makalelerde ofansif tıp olarak tartışılmaktadır. “*Medical Practice-offensive medicine*” adlı makalede, ABD’de 2010 yılında gündeme gelen sağlık reformundan bahsedilmektedir. Defansif tıbbın gereksiz maliyetlere neden olduğu belirtilmekte ve bunun ofansif tıbbı tetiklediği iddia edilmektedir.⁸ “*The Offensive Flip-Side of The Deffensive Medicine Argument*” başlıklı makalede de malpraktis ve yargılanma endişesiyle, gereksiz testler ve işlemler yapılmasının finansal ve finansal olmayan maliyetler oluşturduğu belirtilmiştir. Ayrıca başka bir yöne de temas ederek gereksiz görüntüleme ve işlemlerin bir kazanç kaynağı olduğu iddia edilmiştir. Malpraktis çekincesi ve defansif tıp adına yapıldığı iddia edilen bu işlemlerin ofansif tıp oluşturduğu belirtilmiştir.⁹ Bu konu son yıllarda giderek daha fazla tartışılmakta ve ofansif tıbbın başka bir nedenini oluşturmaktadır. Bu da ilk bakışta hukuka uygun gibi görünen tıbbi işlemlerin, tıbbi gereklilik (endikasyon) sınırları genişletilerek daha çok uygulanmasıdır. Yani sağlık kuruluşları ve/veya hekimlerin maddi gelirlerini artırmak amacıyla endikasyonları zorlaması ya da genişletmesidir. Özel sağlık kuruluşlarında zaten var olduğu düşünülen bu olgu; kamu hastanelerinin

⁶ YILMAZ, Kerem (2014), *Defansif Tıp*, Ankara: Seçkin Yayıncılık, ss.133

⁷ YILMAZ, Kerem (2014), ss.135

⁸ http://www.economist.com/blogs/democracyinamerica/2010/09/08/medical_malpractice “*Medical malpractice-offensive medicine*”, by VVV, New York (11.01.2015)

⁹ PETTY, Jonathan (2013), “The offensive flip side of the deffensive medicine argument”, 18.06.2013 <http://www.thelegalexaminer.com>, Virginia-Richmond.

döner sermayelerinden yaptıkları harcamaların artırılması ve çalışanlara performansa dayalı ek ödeme sisteminin getirilmesiyle, kamu hastaneleri için de tartışılır olmuştur.

1. GİRİŞ

Sağlıklı bir yaşam sürebilmek, tarih boyunca tüm insanlığın en önemli gereksinimlerinden biri olmuştur. Toplumların ve bireylerin sosyal, kültürel ve bilimsel olarak evrilmesi, hem tıp bilimini hem de sağlık hakkı kavramını bugün bulunduğu ileri noktaya taşımıştır. Bu süreçte sağlık hizmetlerinin kapsamı ve sunumu büyük değişimlere uğramıştır.

Teknolojik ilerleme paralelinde tıbbın tanı ve tedavi yöntemleri hızla gelişmektedir. Eskiden sadece hasta ve hekim ile yürütülen sağlık hizmetlerinde söz sahibi olanların çeşitliliği de artmaktadır. Sağlık politikaları ve organizasyonunda sorumlu devlet, sağlık hizmeti veren özel sektör, sayısı ve uzmanlık dalları artan yardımcı sağlık personelleri, hastane yöneticiliği, ilaç ve teknoloji şirketleri, meslek odaları, uzmanlık dernekleri, sendikalar, sigorta şirketleri ve genel sağlık sigortası gibi pek çok aktör sağlık hizmetlerinde rol almaktadır.

Dünyada 1980 sonrası değişmeye başlayan sosyo-ekonomik politikalar, sağlık alanında da etkisini göstermiştir. 2000'li yıllara gelindiğinde sağlık ticari bir sektör haline gelmiştir. Sosyal devletin Anayasal bir ödevi olan “sağlık hizmeti”, yükselen maliyetlerin de etkisiyle kar-zarar hesaplarının yapıldığı bir “sağlık sektörü” olmuştur. Küresel boyutta sağlık politikalarına yön veren kurum ve kuruluşlar, daha fazla insana, daha iyi ve ucuz sağlık hizmeti sunma amaçlı görünen programlar oluşturmaktadırlar. Pek çok ülke de farklı boyutlarda uygulanan bu programların sonuçları artan tüketim ve maliyetler olmaktadır. Sağlık hizmetinin gereğinden fazla tüketilmesi değişik kampanya ve reklamlarla desteklenmektedir. Bazen bilimsel olduğu iddia edilen yayınlar bile bu amaca hizmet etmektedir. Hizmeti sunanların kar arttırma amaçlı bu yaklaşımları, bu konuda bilinçsiz olan toplumun da talebini arttırmaktadır. Giderek tıbbileşen hayatlar, çoğu tanı ve tedaviye yönelik tıbbi işlemlerin sayısını olağan üstü yükseltmektedir.

Başta hekimler olmak üzere sağlık çalışanlarını, aşırı tüketimin uygulayıcısı yapmanın yolu esnek ücretlendirme sistemi olmuştur. Daha fazla tıbbi müdahale yapanın daha fazla ücret aldığı, performansa dayalı ödeme sistemi, bu yönde atılan önemli bir adımdır. Yapılan tıbbi girişim sayısı her geçen sene artmaya devam etmektedir. Mali kaynakların verimli kullanımını engelleyen bu yaklaşım, hem sağlığa

gerçekten ihtiyacı olanların erişimini kısıtlamakta hem de varıl ülkelerin bile bütçelerini zorlamaktadır.

Küresel politikalarla şekillenen Türkiye sağlık sistemi, 2002 yılından itibaren uygulamaya konulan “Sağlıkta Dönüşüm Programı” ile yeni bir döneme girmiştir. Bu çalışmada, SDP ve onun bir parçası olan “Performansa Dayalı Döner Sermaye” sisteminin ofansif tıp ile ilişkisini ortaya koymak amaçlanmıştır. Öncelikle konuyu hasta hakları açısından değerlendirebilmek için sağlık hakkı kavramının gelişme süreci incelenecektir. Sonraki bölümde tıbbi müdahalenin tanımı ve hukuka uygun bir tıbbi girişimin koşullarının neler olduğu açıklanacaktır. 2000’li yılların başında uygulamaya konan SDP’ni daha iyi algılamak amacıyla, Türkiye’de sağlık sisteminin kısa tarihçesi ve SDP; sonrasında performansa dayalı döner sermaye sistemi tanımlanacaktır. Bu bilgiler ışığında “Ofansif Tıp” uygulamalarının dünyada ve Türkiye’de ki örnekleri incelenecek; performansa dayalı ücretlendirmenin ofansif tıp ile bağlantısı yorumlanacaktır. Tartışma ve sonuç bölümünde ise ofansif tıbbın etik, hukuki ve ekonomik sonuçları ve çözüm önerileri irdelenecektir.

1.1 Kavramlar :

1.1.1 Performansa Dayalı Döner Sermaye :

Döner sermaye, kamu maliyesi alanında belirli ve sürekli bir amacın elde edilmesi için genel veya katma bütçeden bir miktar paranın bu kuruluşa veya onun ilgili işletmelerine verilmesidir. Devletin iktisadi işletmelerinden kazanç elde etmesi için geliştirilen yöntemlerden biri olan döner sermaye, özerk bütçeli ancak belirli bir oranda da genel bütçe içinden yönetilen bir sistemdir. Döner Sermayeli İşletmeler Bütçe ve Muhasebe Yönetmeliği 3. maddesine göre; “Genel yönetim kapsamındaki kamu idarelerine kanunlarla verilen asli ve sürekli kamu görevlerine bağlı olarak ortaya çıkan ve genel idare esaslarına göre yürütülmesi mümkün olmayan mal ve hizmet üretimine ilişkin faaliyetlerin sürdürülebilmesi için, kamu idaresine bağlı olarak kurulmuş işletmelere tahsis edilen sermaye ‘döner sermaye’ olarak tanımlanmıştır.”¹

Devlet ticari değeri olan işletmelerinden daha efektif bir şekilde kazanç elde etmek ve işletmelerinin ihtiyaçlarının karşılanması için döner sermaye yöntemine başvurabilir. Türkiye’de döner sermaye sağlık alanına 09.01.1961 tarihinde yürürlüğe giren 209 sayılı “ Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları ile Esenlendirme Tesislerinde Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanun “ ile girmiştir. Burada kar etme değil, tedavi kurumlarını satın alma ve kiralamalarda yetkilendirerek bürokrasinin azaltılması amaçlanmıştır. Döner sermayenin kar amaçlı kullanımı 27.06.1983 tarihinde yürürlüğe giren 2907 sayılı yasa ile gündeme gelmiştir.² 2004 yılına kadar sağlık çalışanlarına, farklı sağlık kuruluşlarında döner sermayeden ek ödemeler yapılmıştır.

Performansa göre döner sermayeden katkı payı ödenmesi Sağlık Bakanlığı’nca 2004 yılından itibaren uygulanmaya başlanmıştır. Performansa dayalı ücretlendirme sisteminin temel amacı örgüt için değerli personeli cezbedecek, motive edecek, teşvik edecek, işletmede kalmalarını sağlayacak ve aynı zamanda personel tarafından adil olarak algılanacak, işletme için kabul edilebilir maliyet sınırları içinde olan bir ödeme

¹ www.resmigazete.gov.tr, 01.05.2007

² ZENCİR, Mehmet (2006), “Sağlıkta dönüşüm nedir?”, www.itb.org.tr.

paketi tasarlamaktır.³ Kamu personelinin verimliliğinin artırılması hedefi, birçok ülkede farklı uygulama araçlarıyla sağlanmaya çalışılmıştır. Personelin alacağı ücretin sunduğu hizmet ve bu sırada göstermiş olduğu performansla ilişkilendirilerek, ücretin bir araç olarak kullanılması sonucu, verimliliğin artırılması amacı etrafındaki uygulamalar gerek literatürdeki performans değerlendirme metodları gerekse de ülke ve kurumların oluşturduğu özgün fikirler doğrultusunda şekillenmiştir.⁴ Türkiye’de sağlık sistemi içerisinde ek ödeme hesap yöntem ve miktarları birkaç kez değişmiştir. Ödenecek net ödeme tutarı, personele ait net performans puanının, dönem ek ödeme katsayısı ile çarpımı sonucu bulunan tutardan gelir vergisi ve damga vergisi kesilmesi sonucu bulunur.⁵

1.1.2 Ofansif Tıp :

“Ofansif “ sözlük anlamı olarak atak ve hücum dayalı eylemi ifade etmektedir. Genelde sporla ilgili kullanılmaktadır. “Defansif” yani savunmacı, çekinik sözcüğünün zıttıdır. “Ofansif Tıp” terimi henüz “Defansif Tıp” kadar yaygın kullanılmamaktadır. Savunmacı yada çekinik tıp anlamında kullanılan defansif tıp terimi, gerek yurtiçi gerekse yurtdışı hukuk, tıp ve sağlık hukuku literatüründe ve güncel makalelerde yer bulmaktadır.

Ofansif tıp, tıbbın yoğun bir şekilde, gereğinden fazla kullanılması anlamındadır. Yurtdışı yayınlarda, fazla tıp (*too much medicine*), gereksiz tıbbi girişim (*unnecessary medical procedure*) sözcüklerine de rastlanmaktadır ve farklı sebeplerle tıbbi müdahalelerin gereğinden fazla uygulanması anlatılmaktadır. Bu sebeplerden biri mesleki deneyimi artırmak için daha çok tıbbi girişim yapma isteğidir. Diğer tıbbi ilaç ve malzemeleri üreten firmalarla girilen hukuk ve etik dışı ilişkiler sonucu, bunların fazla kullanılmalarıyla yapılan işlemlerdir.

Ofansif tıp tanımının oluşmasında diğer bir neden ise defansif tıptır. Defansif tıp terimi ilk defa ABD’de 1970’li yıllarda kavramsal olarak tanımlanmaya ve söz konusu

³ARSLAN, Erkan (2011), “Performansa dayalı ödeme: Sağlık Bakanlığı uygulaması”, *Maliye Dergisi*,S.160,ss.424

⁴ERASLAN, Tarık, A.TOZLU (2011), “Kamu yönetiminde performansa dayalı ücret sistemi”, *Sayıştay Dergisi*, S.81, ss.34

⁵ ARSLAN, Erkan ss.425

olgunun sağlık hizmetleri içinde ne ölçüde var olduğu tespit edilmeğe başlanmıştır. Çalışmacılar araştırmalarda, hekimlerin hastalara karşı olan tavırlarını olumlu yada olumsuz bir şekilde tıbbi uygulama hatası iddialarından korunmak maksatlı olarak değiştirdiklerini ve bu durumun sağlık hizmetlerinin kalitesini etkilediğini, ayrıca bu davranışlar neticesinde sağlık hizmeti için yapılan harcamaların arttığı belirtilmiştir. Devam eden süreçte ABD dışındaki pek çok ülkede de defansif tıbbın varlığı yavaş yavaş tespit edilmiş ve tartışılmaya başlanmıştır.⁶ Bu bağlamda literatürde en kapsayıcı tanımlardan bir tanesi “American Office Of Technology Assesment” tarafından yapılmıştır. Buna göre, defansif tıp, genellikle tıpta uygulama hatası iddialarından korunmak için hekimlerin daha fazla tıbbi testler yapması, hasta ile dialog esnasında gereksiz prosedürler izlemesi ve vizit yapması (pozitif defansif tıp) yada tam tersine riskli hastalardan veya risk taşıyan teşhis ve tedavi yöntemlerinden kaçınmasıdır (negatif defansif tıp).⁷

Burada pozitif defansif tıp olarak tanımlanan olgu bazı makalelerde ofansif tıp olarak tartışılmaktadır. “*Medical Practice-offensive medicine*” adlı makalede, ABD’de 2010 yılında gündeme gelen sağlık reformundan bahsedilmektedir. Defansif tıbbın gereksiz maliyetlere neden olduğu belirtilmekte ve bunun ofansif tıbbı tetiklediği iddia edilmektedir.⁸ “*The Offensive Flip-Side of The Deffensive Medicine Argument*” başlıklı makalede de malpraktis ve yargılanma endişesiyle, gereksiz testler ve işlemler yapılmasının finansal ve finansal olmayan maliyetler oluşturduğu belirtilmiştir. Ayrıca başka bir yöne de temas ederek gereksiz görüntüleme ve işlemlerin bir kazanç kaynağı olduğu iddia edilmiştir. Malpraktis çekincesi ve defansif tıp adına yapıldığı iddia edilen bu işlemlerin ofansif tıp oluşturduğu belirtilmiştir.⁹ Bu konu son yıllarda giderek daha fazla tartışılmakta ve ofansif tıbbın başka bir nedenini oluşturmaktadır. Bu da ilk bakışta hukuka uygun gibi görünen tıbbi işlemlerin, tıbbi gereklilik (endikasyon) sınırları genişletilerek daha çok uygulanmasıdır. Yani sağlık kuruluşları ve/veya hekimlerin maddi gelirlerini artırmak amacıyla endikasyonları zorlaması ya da genişletmesidir. Özel sağlık kuruluşlarında zaten var olduğu düşünülen bu olgu; kamu hastanelerinin

⁶ YILMAZ, Kerem (2014), *Defansif Tıp*, Ankara: Seçkin Yayıncılık, ss.133

⁷ YILMAZ, Kerem (2014), ss.135

⁸ http://www.economist.com/blogs/democracyinamerica/2010/09/08/medical_malpractice “*Medical malpractice-offensive medicine*”, by VVV, New York (11.01.2015)

⁹ PETTY, Jonathan (2013), “The offensive flip side of the deffensive medicine argument”, 18.06.2013 <http://www.thelegalexaminer.com>, Virginia-Richmond.

döner sermayelerinden yaptıkları harcamaların artırılması ve çalışanlara performansa dayalı ek ödeme sisteminin getirilmesiyle, kamu hastaneleri için de tartışılır olmuştur.

2. SAĞLIKTA TEMEL HAKLAR

İnsan hakları, insanların salt insan soyundan gelmeleri ya da insan olarak var olmaları dolayımında başkaca hiçbir ön şart aranmaksızın doğuştan veya yaradılıştan, ara işlemsiz bir şekilde, otomatik olarak sahip oldukları dokunulamaz, devredilemez, vazgeçilemez nitelikteki soyut, bireysel, evrensel, politik ve ideal haklar olarak tanımlanabilir. İnsan haklarının temelinde insanın sırf insan olarak varlık kesp etmesinin ona asgari düzeyde de olsa belli bir muamele ölçütünün altına düşmeyecek şekilde davranılması gerektiğine dair ön kabul yatmaktadır. İnsanlık bu ön kabulün gereklerini kabul ettirme mücadelesinde uzun yıllar büyük savaşımalar vermiş ve önemli kazanımlara ulaşmıştır. Bununla birlikte bu amaç doğrultusunda alınacak daha uzun bir yolun olduğu açık bir gerçeği oluşturmaktadır. Onur ve vicdan sahibi bir varlık olarak insanların bu temel özelliklerine yaraşır bir hayat seviyesinde yaşayabilmesi bakımından insan haklarının bütün boyutlarıyla yaşama geçirilmesi gerekmektedir. Sağlık hakkı bu bakımdan zikredilmesi gereken en önemli hususlardan biridir.¹⁰ Sağlık hakkı, insan haklarının en temel unsuru olan yaşam hakkıyla mümkündür.

2.1 Yaşam Hakkı :

Uzun yıllardan bu yana uluslararası belgelerde de yer almaya başlayan sağlık konusu, günümüzde anayasalarda temel haklar bağlamında değerlendirilmeye başlanmış, ülkelerin ekonomik, sosyal ve kültürel gelişmişlik düzeylerine, siyasal rejimlerine, devletin yönetim sistemine ve örgütlenme şekline bağlı olarak, çeşitli biçim ve kapsamlarda düzenlemeye tabi tutulmuştur. Sağlık hakkından söz edebilmek için öncelikle, yaşam hakkının tanımlanmış olması gereklidir; yaşam hakkının var olmadığı bir ortamda, doğal olarak, sağlık hakkının bir anlam taşıdığı söylenemez. Yaşam hakkının tanınması ve kabulü, insanlık tarihinde yaşanan çileli, zorlu ve çok kanlı uzun bir evrimin sonunda gerçekleşmiştir.¹¹

Yaşama ve sağlıklı bir şekilde yaşam sürme geçmişte ve bugün, insanlar için neredeyse hayata dair yegane motivasyon aracı olmuştur. İnsanlar bu iki değer

¹⁰ HEKİMOĞLU, Mehmet Merdan (2014), "İnsan hakları açısından sağlık hakkına genel bir bakış," *İzmir Üniversitesi, Sağlık Hukuku Dergisi*, y.1.S.1.ss.5-6.

¹¹ ER, Ünal (2008), *Sağlık Hukuku*, Ankara: Savaş Kitap ve Yayınevi.ss.12

olumsuz etkilenmesinden kaygı duymuş, inandıkları varlıklara bu değerler için yakarışlarda bulunmuş ve bu uğurda maddi varlıklarını sarf etmekten çekinmemişlerdir. Bu tespitten hareketle, sağlıklı kalma ve bozulan sağlığın yeniden düzeltilmesini kendine konu alan tıp da tarih boyunca ve günümüzde insanlar için önemli bir değere sahip olmuştur. Tarihin kimi kesitlerinde, hatta günümüzde bazı coğrafyalarda, insan için kutsal sayılan yaşamı konu edinmesi, tıbbın uygulayıcısı olan hekimlere tanrısal gücün izafe edilmesine neden olurken, çoğu zaman hekimlik uygulamaları din adamları ya da büyücüler tarafından yürütülmüştür. 18. Yüzyıl ile Avrupa'da bilgi çağının başlaması, Rönesansın sorgulayıcı sistematığı ve pozitivist akımların etkin hale gelmesiyle beraber, günümüzde dünyanın büyük bir kısmında uygulanan bilimsel argümanlara dayanan modern tıbbın temelleri atılmıştır. 20. Yüzyılın başlamasıyla ise teknolojik gelişmelerin paralelinde tıp, önceki yüzyıllarda tahmin bile edilemeyecek derecede mesafe kat etmiş ve endüstriyel bir hale bürünmüştür.¹²

Tıbbın yaşadığı bu değişim ve gelişim salt uygulanan tedavi ve muayene yöntemleri ya da kullanılan araç ve gereçler gibi pratiğe dair unsurlar dahilinde olmamıştır. İnsan haklarının evrensel değerler olarak kabul edilmesi, yaşama hakkının bireyin doğuştan getirdiği ve istisnai durumlar dışında mutlak bir hak olarak değerlendirilmesi çerçevesinde İnsan haklarının sunduğu temel felsefe, hayatın her alanına (sosyal, kültürel, ekonomik) yavaş yavaş yerleşerek hem yasal hem de toplumsal bakış açıları kabuk değiştirmiştir.¹³

Yaşam hakkı; önce, insanın, fizik-biyolojik-psikolojik varlığını, arızasız olarak sürdürebilmek için gerekli olan bir sağlık ve bütünlük içinde dünyaya gelebilmesini deyimler. Sonra, insanın, fizik-biyolojik varlığını, doğumu olayı ile birlikte hemen eklenecek olan moral-entelektüel gelişim olanaklarına sahip olarak, sürdürülebilmesini deyimler. Daha sonra, böylece, fizik-biyolojik-psikolojik-moral-entelektüel bütünlüğünü kazanmış insan varlığının- hukuksal kişilik yönü ile beraber- toplumun yararı adına da olsa, doğa yasasından gelenden başka, hiçbir yeryüzü bağ, önlem, zor yapım ile sınırlanmamasını, etkilenmemesini, noksana uğratılmamasını, yok edilmemesini, deyimler. Salt yaşam hakkının tanınmış olması, bu hakkın eksiksiz olarak kullanılabileceği ve tüm boyutlarıyla yaşama geçirilebileceği anlamına gelmez. Bir

¹² YILMAZ, Kerem (2014), ss.19

¹³ YILMAZ, Kerem (2014), ss.20

başka deyişle, yaşam hakkının bir anlam taşıyabilmesi, bir gerçeklik ifade edebilmesi için, insan yaşamının dört tehdiye karşı korunması gereklidir; kendine karşı, üçüncü kişilere karşı, topluma-devlete karşı ve anarşizm-fanatizm gibi eylemlere karşı korunması. Toplumlar, devletler, dört koldan insana yönelen söz konusu bu tehditleri önleyebildikleri ölçüde, yurttaşlarının yaşamlarını ve bu kapsamda yer alan sağlık haklarını güvence altına alabilirler. Aksi halde yaşam hakkı, ulaşılmaya çalışılan bir amaç olmaktan çıkacaktır.¹⁴

Yaşam hakkı, yüzyıllardır yasal düzenlemelerin de konusu olmuştur. Anayasa hukukçuları ve siyaset bilimcilerine göre yaşam hakkıyla ilgili ilk yasal düzenleme 1215 tarihli Magna Carta ile İngiltere’de yapılmıştır. Genel hukuk ilkelerine ve insan haklarına ilişkin hükümler içeren bu anlaşmanın 39. maddesinde şu düzenleme yer alır: “Hiçbir özgür kişi, kendi denklerinin hukuken geçerli bir hükmü ya da ülke yasalarının gerektirdiği durumlar dışında tutuklanamaz, hapse atılamaz, mallarından ve yasal haklarından yoksun bırakılamaz, sürgüne gönderilemez ya da hiçbir biçimde zarara uğratılamaz”. Görüldüğü gibi, çok açık ve seçik bir biçimde yaşama hakkı dile getirilmemiş de olsa, satır arasındaki anlamından, yaşama hakkının güvence altına alınmak istendiği söylenebilir.¹⁵ Tarihi süreçte, yaşam hakkı konusunda diğer bir belge “İngiliz Yurttaşlık Hakları Bildirisi”dir. Yaşam hakkından bu terim altında söz etmeyen fakat, maddesel ve moral açılardan kendisine bir noksan getirilmeme anlamında, beden bütünlüğünü koruyan belgelerden biridir. 1689 tarihli bu belge, maddi ve moral yönü ile bedeni korumak üzere insana, insanlık dışı bir eylemde bulunulmasına son vermeyi amaçlar.¹⁶ Başka bir belge “Virginia İnsan Hakları Bildirisi”dir. 12 Temmuz 1776 tarihli olan bu belge, yaşam hakkından açıkça söz eder. Bu bildiriye göre yaşam hakkı, açıkça ve kesin olarak hükümetin temelidir ve dayanağıdır. Bildirgenin önemli kısımları şunlardır; bütün insanlar eşit ölçüde özgür ve bağımsız doğarlar; kendilerinin veya soylarının hiçbir biçimde vazgeçemeyeceği belli doğal hakları vardır; bunlar mülk sahibi olmak, mutluluk ve güven içinde hayattan ve özgürlükten yararlanmaktır.¹⁷ 4Temmuz 1776 tarihli “Amerikan Bağımsızlık Bildirisi”, insanların doğal haklara sahip olduklarını vurgulayan en önemli siyasal belgelerden biri sayılabilir. Bildiride bu haklar

¹⁴ ER, Ünal, ss.13

¹⁵ ER, Ünal, ss.14,15

¹⁶ ER, Ünal, ss.18

¹⁷ ER, Ünal, ss.19

bağlamında, “Bütün insanlar eşit yaratılmıştır. Yaratıcıları onların yaşam, özgürlük ve mutluluğu arama gibi devredilemez haklar vermiştir” denilmektedir.¹⁸ Böylece yaşam hakkı güvence altına alınmıştır. 1789 tarihli Fransız “İnsan ve Yurttaş Hakları Bildirgesi” ise “özgürlük, eşitlik ve kardeşlik” ilkeleri bağlamında, bir takım sosyal ve siyasal haklar gündeme getirmiştir.¹⁹

Sağlık konusuna yer veren ilk önemli uluslararası belge, 10 Aralık 1948 tarihinde Birleşmiş Milletler Genel Kurulu’na kabul edilen “İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi”dir. Bildirgenin 3. maddesi “herkesin yaşama ve kişi özgürlüğü ve güvenliğine hakkı vardır” demektedir.²⁰ Yaşam hakkını tanımlayan bu maddenin haricinde, sağlık hakkına ilişkin hükümler de içermektedir. (madde 5,25) 2. Dünya savaşının insanlar üzerinde yarattığı tahribat ve totaliter rejimlerin kendi halklarına yönelik gerçekleştirmiş olduğu istismarlar, insan hakları konusunda ülkeler arasında ortak bir algının oluşturulması ve hak ihlallerinin en aza indirgenmesi amacıyla çeşitli sözleşmeler imzalanması ihtiyacını doğurmuştur. Uluslararası boyutta olan; İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi, Kahire İslam İnsan Hakları Beyannamesi, Amerika İnsan Hakları ve Ödevleri Bildirisi gibi bildirge düzeyinde kalan metinlerde ve sözleşme boyutunda olan aynı zamanda çeşitli denetim mekanizmaları bulunan Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi, Amerika İnsan Hakları Sözleşmesi, İnsanların ve Halkların Hakları Konusunda Afrika Şartı, Kişisel ve Siyasal Haklar Uluslararası Paketi gibi metinlerde insan hakları deyince akla ilk gelen ve diğer hakların da hem var olması hem de işlevselliği için gözetilmesi gereken en önemli kavram olan yaşama hakkı tanımlanmıştır.²¹ Yaşama hakkı diğer tüm hakların özünü oluşturmaktadır. Diğer hakların kullanılabilmesi için Öncelikle sağlıklı olmak gerekir. Sağlıklı olmayan, sağlığı korunmayan ekonomik ve sağlık sorunları çözülemeyen insanın diğer haklarıyla ilgili güvencelerinin anlamı olmaz. O nedenle haklar arasında hiyerarşinin varlığı tartışmalı olmakla beraber, yaşama hakkının bazı haklar gibi, diğer haklara oranla daha güvenceli olarak düzenlendikleri görülmektedir. Öyleyse, bir ülkede sağlık hakkını güvenceye almadan diğer hakların varlığı veya güvencesinden söz edilemez. Sağlık hakkının

¹⁸ ER, Ünal, ss.19

¹⁹ HEKİMOĞLU, Mehmet Merdan (2013), *İzmir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Hukuku Yüksek Lisans Ders Notları*.

²⁰ HEKİMOĞLU, Mehmet Merdan (2013), *İzmir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Hukuku Yüksek Lisans Ders Notları*.

²¹ YILMAZ, Kerem (2014), ss.20,21

kullanılabilmesinin en temel noktalarından biri de sosyal güvenlik hakkının tüm güvenceleriyle tanınmasıdır. Yaşama hakkına önem verilirken, sağlık hakkının korunmaması düşünülemez. Bu çelişkinin ortadan kaldırılabilmesinin yolunun sosyal devlet ilkesinin gereği, şeklen (sadece mevzuatta) düzenlenerek kabulü değil öz itibarıyla yapılmalıdır.²² Yaşama hakkı ulusal ve uluslararası metinlerde diğer tüm hak ve özgürlüklerin varlığı için koruma altına alınmıştır. Yaşama hakkı “herkes” için geçerlidir. Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi’nin (AİHS) 2. Maddesinde yaşama hakkı düzenlenmiştir. Sözleşmenin 2. maddesindeki düzenlemeye göre, “herkesin yaşama hakkı yasayla korunur”. Yaşama hakkına verilen önemden dolayı sözleşmenin 15. maddesinde bu hak, istisnaları bir yana, olağan üstü hallerde askıya alınamaz haklar arasında düzenlenmiştir.²³ Türkiye Cumhuriyeti’nde ise yaşam hakkı öncelikle Anayasa’da tanımlanmıştır. 1982 Anayasası’nın 17. maddesinin ilk üç fıkrasında, “Herkes, yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahiptir. Tıbbi zorunluluklar ve kanunda yazılı haller dışında, kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamaz; rızası olmadan bilimsel ve tıbbi deneylere tabi tutulamaz. Kimseye işkence veya eziyet yapılamaz; kimse insan haysiyetiyle bağdaşmayan bir cezaya veya muameleye tabi tutulamaz” düzenlemesine yer verilmiştir.²⁴ Anayasa’nın 15. maddesinin 2. fıkrasında da, AİHS’nin 15. maddesindeki düzenlemeye paralel olarak, “birinci fıkrada belirlenen durumlarda da, savaş hukukuna uygun fiiller sonucu meydana gelen ölümler dışında, kişinin yaşama hakkına, maddi ve manevi varlığının bütünlüğüne dokunulamaz” düzenlemesine yer verilmek suretiyle, olağanüstü dönemler bakımından dahi, yaşama hakkına verilen öneme işaret edilmiştir.²⁵

Tüm bu uluslararası metinlerdeki yaşama hakkı tanımlarından çıkan ortak sonuca göre; önce yaşama hakkı vardır, yaşam hiç kimsenin engel olamayacağı en temel olgudur, insanın kendisini gerçekleştirme ve sosyalleşmesinin öncülü biyolojik olarak var olması ile ortaya çıkmaktadır ve kuşkusuz ki bu çerçevede birçok hak ve özgürlük anlam kazanmaktadır. Bu kavram salt biyolojik bir var oluşu ve idameyi de nitelendirmemektedir, öznesi insan olan yaşam hakkı görünüşünden daha derin anlamlar

²² ŞAHBAZ İbrahim (2009), “Bir sosyal hak olarak sağlık hakkı,” *Türkiye Barolar Birliği Dergisi*, S.86.ss.408

²³ ŞAHBAZ, İbrahim, ss.409

²⁴ ŞAHBAZ, İbrahim, ss.409,410

²⁵ ŞAHBAZ, İbrahim, ss.410

taşımakta, bir değer olarak kabul edilen insanın; onuruna layık olarak doğması, var olması ve gelişmesini ifade etmektedir. Bu bağlamda ilk somutlaşan özgürlük olan yaşam hakkı en üst düzeyde korunma zorunluluğu altındadır, bu en azından insanın var olabilmesi ve sosyalleşmesinin gerçekleşmesi için olmazsa olmazdır.²⁶

2.2 Sağlık Hakkı :

Yaşam hakkının kavramsal bütünü oluşturulan en önemli öğelerden bir tanesi, hatta hakkın üzerine oturduğu zemin, bireyin sağlıklı bir yaşam sürdürebilmesidir. Dolayısıyla yaşam hakkının koruyucu alanına ilk önce bireyin vücut dokunulmazlığı, ruh ve beden sağlığı girmektedir. Birey beden ve ruhen sağlıklı olduğu ölçüde tam manasıyla yaşamın sosyal unsurlarına sahip olabilmektedir. Günümüz insan hakları değerleri içerisinde ölüm ve kalımdan daha karmaşık anlamlar içeren yaşam hakkı, bireylerin sağlığının korunması, sağlıklı yaşam için en ileri önlemlerin alınması ve hizmetlerin verilmesinden gücünü almaktadır. Bu durum ise sağlık hakkını karşımıza çıkarmaktadır. Dolayısıyla yaşam hakkından söz edilebilmesi için iyi işleyen bir organizmanın devamlılığı ve varlığı önemlidir. Sağlık hakkı bu boyutlarıyla yaşama hakkını ayakta tutan en temel haklardandır.²⁷

Toplumsal bir varlık olan insanın “üç yetenek alanı vardır: (a) biyolojik varlığını geliştirme alanı ve yeteneği, (b) varlığının moral yönünü geliştirme alanı ve yeteneği, (c) varlığının entelektüel yönünü geliştirme alanı ve yeteneği. Kendi yeteneklerini kullanarak, kendini bu üç yönde geliştirme durumundan, hukuk kişisi olan insana bir dizi hak doğar. Bunlara, insan hakları oldukları ve bireye bağlı buldukları için “Bireysel İnsan Hakları” denir.²⁸ Öte yandan bu bireysel hakların yanında, toplumsal ilişkiler içinde bulunmaktan doğan, varlığının sosyal ve ekonomik yönünü geliştirmeye yönelik bulunan ekonomik ve sosyal hakları da vardır. Ekonomik-sosyal hakların ortaya çıkıp gelişmesi, 1929 yılında dünyanın büyük bölümünde yıkıma neden olan büyük ekonomik buhranın ardından görülmeye başlanır. İkinci Dünya savaşından sonra yaygınlaşmaya başlayan “sosyal devlet” anlayışı, sosyal sınıfların varlığını kabule

²⁶ YILMAZ, Kerem (2014), ss.20,21

²⁷ YILMAZ Kerem (2012), “Cerrahi müdahale sırasında vücutta yabancı cisim unutulmasının hasta hakları açısından değerlendirilmesi,” *Medikolegal Düzlem Tıpta Uygulama Hataları (1.Basım)* Derl: BİLGE Yaşar, GEÇİM Ethem (Ankara: Baskı Evi Matbaa),ss:65

²⁸ ER, Ünal, ss.16

dayanır. Sosyal devlet, anayasa yoluyla, sosyal sınıflar arasında dengeyi sağlayacak olan, sosyal adaletle ilgili hukuk ilkeleri koyarak siyasi iktidara yol gösterir. Sosyal devlet anlayışına göre özgürlük ancak, özgürlüğün gerçekleşmesi için gerekli maddi olanakların kişilere sağlanması halinde bir anlam kazanır. Dünyamızda 1980’li yıllardan itibaren yaşanan gelişmeler, toplumların giderek sosyal devlet anlayışından uzaklaşmasına, sosyal devlet anlayışı ile elde edilen kazanımların kısıtlanmasına ve yitirilmesine yol açmıştır. Bu dönüşümün sonucu olarak sağlık hakkı kapsamındaki gelişmelerde de geri gidişler görülmeye başlanmıştır.²⁹

İnsan hakları başlangıçta, eşitlik, özgürlük, kişisel güvenlik, düşünce özgürlüğü ve mülkiyet gibi daha çok bireysel nitelikteki klasik haklardan oluşuyordu. Bunlara “birinci kuşak insan hakları” denir. Bu haklar bakımından devletin rolü, “karışmama” ve “seyirci kalma” biçimindedir. Bu haklar daha çok kapitalizmin gelişimine denk düşen ve o dönemin yükselen sınıfı burjuvazinin taleplerini oluşturur. O dönemin egemen ideolojisi olan liberalizm, insan haklarını kabul etmekle birlikte, ekonomik ve sosyal alanda devletin rolünün en düşük düzeyde olmasını, devletin pasif davranmasını savunur.³⁰ Sanayi devrimi ve bunun yarattığı ekonomik, sosyal ve düşünsel gelişmeler, insan haklarına sosyal boyut eklenmesine ve devletin rolünün yeniden tanımlanmasına yol açtı. Böylece sosyal haklar ve sosyal devlet kavramı ortaya çıktı. 20. yüzyılda yasalara, anayasalara ve uluslararası belgelere daha çok giren bu “ikinci kuşak insan hakları” ekonomik, sosyal ve kültürel niteliklidir. Bunlar; çalışma, adil ücret, sosyal güvenlik, sendika ve toplu sözleşme, grev, sağlık ve eğitim hakkı gibi haklardır. Bu haklar bağlamında devletin artık etkin bir rol oynaması beklenmekte, kapitalizmin getirdiği sosyal eşitsizlikleri giderici müdahalelerde bulunmasının, çalışan sınıfların ekonomik, sosyal ve kültürel yönden desteklenmesinin de onun ödevleri arasına girmesi istenmektedir.³¹

Dayanışma hakları da denilen “üçüncü kuşak insan hakları” 20. Yüzyılın ikinci yarısından sonra oluşmaya başlamıştır. Bu haklar içine, barış hakkı, silahsızlanmış bir dünyada yaşama hakkı, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkı, ekonomik ve sosyal açıdan gelişme hakkı, halkların kendi durumlarını serbestçe belirleme hakkı ve

²⁹ ER, Ünal, ss.17

³⁰ ER, Ünal, ss.17

³¹ ER, Ünal, ss.18

herkesin insanlığın ortak mal varlığından yararlanma hakkı girmektedir. Üçüncü kuşak haklar, insan haklarının kullanılmasına, sadece devletin değil, insan topluluklarının da etkin biçimde çaba harcaması gerektiği anlayışına dayanmaktadır. Bu dayanışma haklarının temelinde ise başlıca, nükleer teknoloji, çevreyi tahrip eden sınırsız ve denetimsiz endüstriyel büyüme gibi sosyal ve uluslararası dengesizlik ve günümüzde gittikçe önem kazanan haklardan sayılmaktadır.³²

Sağlık hakları ve kavramları, insan haklarının gelişim sürecinin ikinci aşamasında devreye girmiş, üçüncü aşamasında ise geliştirilip ayrıntılandırılmış olan haklardandır.³³ “Dördüncü kuşak insan hakları” ise içinde bulunduğumuz Bilişim Çağına özgü bilim ve teknoloji, özellikle de genetik mühendisliği alanındaki ilerlemelerin yol açtığı veya açacağı olumsuz gelişmelere yönelik olarak gündeme gelmektedir. Mesela gen teknolojisindeki gelişmeler sonucunda insan kopyalamanın da mümkün hale gelmesi veya istenen özelliklere sahip insan veya insan organı sipariş etmenin önünün açılması türünden gelişmeler, bir takım etik ve hukuki problem ve sorgulamaları da beraberinde getirmektedir. Günümüz dünyasında bio-teknolojinin kullanımında etik sorunlar yoğun biçimde tartışılmaktadır. İnsan olmanın anlamının da sorgulandığı bu tartışmalar yoluyla bazı alanlarda düzenlemeler yapılması gereği ortaya çıkmaktadır. Dördüncü kuşakta yer alan haklara ilişkin ilk düzenleme örnekleri, insan kopyalamayı yasaklayan Avrupa Konseyi belgeleridir. Günümüzde “ceninin hakkı” kavram ve olgusu, artık göz ardı edilemez bir konu haline gelmiştir. Bu çerçevede dördüncü kuşak insan haklarının ana temasını, insan onurunun korunması oluşturmaktadır.³⁴ Görüldüğü gibi sağlık hakkına ilişkin kavramlar, insan hakları olgusu ve buna ilişkin metinlerin oluşması sürecinde, her zaman öncelikli olarak yer almıştır.

“Sağlık” ve “insan hakları” her zaman açık bir bağlantıya sahip olmamıştır. Nitekim 20. yüzyılın ortalarına kadar sağlık hakkının esas unsurlarını teşkil eden sağlık hizmetlerinden yararlanma ile sağlıklı bir çevrede yaşama ve çalışma bir hak olarak

³² GÜL Cengiz (2010), “Klonlama ve kök hücre çalışmaları karşısında insan onurunun korunması hakkı,” *e-akademi Hukuk, Ekonomi ve Siyasal Bilimler Aylık İnternet Dergisi*, Temmuz2010, S.101, www.e-akademi.org/arşiv.asp?sayi=101

³³ ER, Ünal, ss.18

³⁴ GÜL Cengiz (2010), “Klonlama ve kök hücre çalışmaları karşısında insan onurunun korunması hakkı,” *e-akademi Hukuk, Ekonomi ve Siyasal Bilimler Aylık İnternet Dergisi*, Temmuz2010, S.101, www.e-akademi.org/arşiv.asp?sayi=101

görülmemiştir. Bunların bir hak olarak algılanması esas itibariyle sosyal devlet fikrinin gelişmesi ve dolayısıyla ulusal sağlık planlamalarıyla birlikte ortaya çıkmıştır.³⁵

Sosyal ve ekonomik hak olarak sağlık hakkı kavramının benimsenmiş sürecine eşlik eden başka gelişmeler, bilimsel alanda yaşanmıştır. İnsanın yaşadığı çevre şartları ile bu şartların beden ve ruh sağlığı üzerindeki sonuçları arasındaki nedensellik ilişkileri çözüldükçe sağlık hakkı kavramı daha sağlam bir zemin kazanmıştır. Diğer taraftan insan yaşamına sunduğu olumlu katkılarıyla tıp biliminin kat ettiği heyecan verici aşamalar da konu bağlamında göz ardı edilmemelidir. Diğer bir deyişle tıbbın sunduğu olanaklardan yararlanma büyük ölçüde bireyin yaşam hakkına eklenen önemli bir boyut kazanmıştır ki, bu da sağlık hakkı kavramının doğmasında ve güncellik kazanmasında önemli bir role sahip olmuştur.³⁶

Yaşam hakkının en önemli birleşeni, bireyin sağlıklı bir yaşama sahip olması bununla beraber kamusal otoritenin sağlıklı bir yaşamı bireye tesis etmesi ile bunun sürdürülmesinde gerekli tedbirleri almasıdır. Yani bireyin vücut dokunulmazlığı ve dolayısıyla en temel manada sağlığı da yaşama hakkı ile koruma altına alınmıştır. Bu çerçevede yaşamın hem sosyal hem de bedensel açıdan iyi ve ahenkli şekilde devamında sağlık hakkının getirdikleri önemli yere sahiptir. Şüphesiz ki bireylerin sağlığının korunmadığı, sağlıklı yaşam için gerekli önlemlerin alınmadığı ve hizmetlerin verilmediği bir ortamda yaşama hakkından söz etmek mümkün değildir. Sağlık hakkı bu boyutlarıyla yaşama hakkını ayakta tutan en temel haklardandır. Söz konusu çerçevede uluslararası sözleşmelerde taraf devletlere yüklenen negatif ve pozitif (müdahale etmeme ve koruma) yükümlülükleri ve hakkın temel felsefesini dikkate aldığımız zaman, devletlerin her koşulda bireylerin sağlıklı bir yaşam sürmelerini sağlamakla mükellef olduğu ortaya çıkmaktadır. Ayrıca İnsan Hakları Evrensel Beyanamesi, Ekonomik-Sosyal ve Kültürel Haklar Sözleşmesi, Avrupa Sosyal Şartı gibi birçok uluslararası düzenlemede özel olarak sağlık hakkından bahsedilmiştir. Sağlık hakkını basit bir düzlemde cismani manada anlamamak gerekmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) yaptığı tanımda sağlık; insanların bedensel, ruhsal ve sosyal olarak tam bir iyilik ve denge hali içinde bulunması olarak tanımlanmıştır. Bireylerin

³⁵ YILMAZ Halit (2011), *Sağlık Hizmetlerinden Yararlanmanın Kısıtlanması Ve Kısıtlamanın Yargısal Denetimi (1. Basım)*, Ankara: Seçkin Yayıncılık. ss.37

³⁶ YILMAZ, Halit (2011), ss.38

tanımında bahsedilen kavramları istemeleri veya bunların muhafazası için otoriteye yapacakları talep, sağlık hakkını oluşturmaktadır.³⁷

Kimi uluslararası sözleşmeler hakların tanımında ve iç hukuka hakların bu tanımlarla tesir etmesinde önemli yere sahiptir. Bu sebeple en temel birkaç uluslararası sözleşmede sağlık hakkının düzenlenmesini incelemek faydalı olacaktır. İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi'nin (10Aralık1948) 25. maddesinin 1. fıkrası; "Herkesin kendisinin ve ailesinin sağlık ve refahı için beslenme, giyim, konut ve tıbbi bakım hakkı vardır. Herkes, işsizlik, hastalık, sakatlık, dulluk, yaşlılık ve kendi iradesi dışındaki koşullardan doğan geçim sıkıntısı durumunda güvenlik hakkına sahiptir." İfadesini kullanarak, yaşama hakkı çerçevesinde sağlık hakkına yer vermiştir, ayrıca sağlık hakkı ile sosyal güvenlik hakkı bir arada düzenlenmiştir.³⁸ Sağlık ile ilgili bir başka maddesi ise "Hiç kimseye işkence yapılamaz" hükmünü içeren 5. maddedir. Bu madde hükmü, insanın bedensel ve ruhsal bütünlüğüne yönelik olumsuz tutum ve davranışları önleme amacını taşıyan çok önemli bir düzenleme getirmektedir. Bildirge insan haklarını ve temel özgürlükleri kapsamayı amaçlamıştır. Temel hak ve özgürlüklerin tanımlandığı bildirge, aykırı uygulamalara karşı bir denetim sistemi oluşturmadığından bağlayıcı değildir. Bağlayıcı olmamasına rağmen bildirge insan haklarının belirlenmesinde en önemli belgelerden biri olarak değerlendirilir. Bir başka değerlendirmeye göre de bildirge, insan hakları ve temel özgürlükleri sayıp tanımlamakla birlikte, devletler için bağlayıcılık ve yaptırım gücünden yoksun olduğundan aykırı uygulamalara karşı bir denetim sistemi oluşturulmamış ve dünya halkları için ulaşılabilecek ortak ülküyü dile getiren bir belge olarak kalmıştır.³⁹

İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nin devamı ve onu açımlayan bir belge niteliğindeki "Birleşmiş Milletler Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Sözleşmesi"nin (1976) 12. maddesi sağlık hakkını "Sağlık Standardı Hakkı" başlığı altında düzenlemiştir.^{40,41} Maddede herkesin mümkün olduğunca en yüksek seviyede fiziksel ve

³⁷ YILMAZ, Kerem (2014), ss.22,23

³⁸ YILMAZ, Kerem (2014), ss.23

³⁹ ER, Ünal, ss.20,21

⁴⁰ YILMAZ, Kerem (2014), ss.23

⁴¹ ER, Ünal, ss.22

BM Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Sözleşmesi 12. madde: Sağlık Standardı

1) Bu sözleşmeye taraf devletler, herkesin mümkün olan en yüksek seviyede fiziksel ve ruhsal sağlık standardına sahip olma hakkını tanır.

ruhsal sağlık standartlarına sahip olma hakkının var olduğu bildirilmiştir. Ayrıca taraf devletlerin bunu gerçekleştirmek için alması gereken tedbirler sayılmıştır. Dolayısıyla bu düzenleme ile sağlık başlı başına bir hak olarak tanınmıştır.⁴²

“Avrupa Toplumsal Antlaşması” da denilen, Avrupa Konseyine bağlı ülkeler tarafından Torino’da imzalanan ve 1965 yılında yrrlge giren “Avrupa Sosyal şartı” ; çalışma hakkı, örgütlenme hakkı gibi temel sosyal haklar yanında, sağlık, sosyal güvenlik ve sosyal yardım konularında da önemli ilkelere yer vermiştir. 1996 yılında gözden geçirilen Avrupa Sosyal şartı, Türkiye tarafından da onaylanmıştır.(1989)⁴³ Avrupa Sosyal şartı’nın 11. maddesi Sağlığın Korunması Hakkı başlığı altında; ”Akit taraflar sağlığın korunması hakkının etkin biçimde kullanılmasını sağlamak üzere, ya doğrudan veya kamusal veya özel örgütlerle işbirliği içinde diğer önlemlerin yanı sıra, sağlığın bozulmasına yol açan nedenleri olabildiğince ortadan kaldırmak üzere eğitim ve danışma kolaylıkları sağlamak; salgın hastalıklarla yerleşik mevzii ve başka hastalıkları olabildiğince önlemek üzere tasarlanmış uygun önlemler almayı taahhüt eder.”şeklinde bir düzenleme getirerek taraf devletlere sağlık hakkının tesisi konusunda yol göstermiştir.⁴⁴ Ayrıca imzacı devletler, şartın 13. maddesindeki hüküm gereğince, yeterli kazanç ve kaynaktan yoksun olan herkesin sosyal ve tıbbi yardım hakkından yararlanabilmesini sağlamakla yükümlüdürler.⁴⁵

Avrupa Birliği Temel Haklar Bildirgesi’nin 35. maddesinde “Sağlık Hizmetleri” başlığı altında ise: “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

2) Sözleşmeye taraf olan devletlerin bu hakkı tam olarak gerçekleştirmek amacıyla alacakları tedbirler, aşağdakiler için de alınması gerekli tedbirleri içerir:

a) Var olan doğum oranının ve bebek ölümlerinin dştirlmesi ile çocukların sağlıklı gelişmesinin sağlanması.

b) evre sağlığını ve sanayi temizliğini her yönüyle ileriye götürme

c) Salgın hastalıkların, yöresel hastalıkların, mesleki hastalıkların ve diğer hastalıkların önlenmesi, tedavisi ve kontrolü

d) Hastalık halinde her türlü sağlık hizmetinin ve bakımının sağlanması için gerekli şartların yaratılması.

⁴² YILMAZ, Kerem (2014), ss.23

⁴³ ER, nal, ss.25

⁴⁴ YILMAZ, Kerem (2014), ss.24

⁴⁵ ER, nal, ss.26

sağlanmalıdır.” ifadesi ile sağlık hakkının yaşama hakkının tamamlayıcısı olduğunu ve bu yönde düzenlemeler yapması gerektiğini belirtmiştir.⁴⁶

Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi’nde ise sağlık hakkı 2. madde de düzenlenen yaşama hakkıyla beraber örtülü bir şekilde koruma altına alınmıştır. Sözleşmenin taraf devletler nezdinde uygulanmasını yargısal açıdan denetleyen Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi’nin vermiş olduğu “Cavelli ve Ciglio/İtalya 2002” kararı sağlık hakkının yaşama hakkıyla olan bütünleşikliği belirtmede önemli bir yere sahiptir. Adı geçen davada, özel sağlık kurumunda doğan bir bebek, solunum güçlüğü ve başkaca sağlık problemlerinin baş göstermesi nedeniyle başka bir sağlık kurumunun yoğun bakım servisine nakledilmiştir. Ancak burada tüm müdahalelere rağmen hasta bebek kurtarılamamıştır. Bunun üzerine bebeğin ailesi doktorların ihmali iddiası ile ceza ve hukuk davası açmışlar; ceza davası zamanaşımı, hukuk davası ise tarafların anlaşması nedeniyle sona ermiştir. Mahkeme; 2. madde gereklerinin özellikle halk sağlığı hizmetleri alanında da uygulanması gerektiğini, ister özel ister kamusal sağlık kurumlarında olsun devletin her zaman hastaların yaşamlarının korunması için en üst seviyede tedbirleri alması gerektiğini ifade ederken tıbbi uygulama hataları nedeniyle meydana gelen ölümlerde sorumluların ortaya çıkartılması için etkin ve tarafsız bir adli sistemin oluşturulması gerektiğini ifade etmiştir.⁴⁷ Mahkeme önüne gelen “Byrzykowski/Polonya 2006” davasında ise, başvurucunun eşine sezeryan ile doğum yaptırılmış, doğum neticesinde hasta hayatını kaybederken, bebek ise ciddi sağlık sorunlarına maruz kalmıştır. Mahkemenin ihlal kararını verdiği davada, Sözleşmeci Devletin, sağlık çalışanları bakımından yüksek mesleki standartlar getiren ve hastaları yaşamlarını koruyan yeterli düzenlemeler yapmasının madde 2’nin bir gereği olduğunu bildirerek sağlık hakkının yaşam hakkının ayrılmaz bir parçası olduğu kanaatini pekiştirmiştir.⁴⁸

Sağlık hakkı kavramı ile ilgili önemli uluslararası metinlerden biri de, dördüncü kuşak insan haklarının da temelini oluşturan, “Biyotıp Sözleşmesi”dir. Avrupa Konseyi çerçevesinde 4 Nisan 1997 tarihinde imzaya açılmış olan bu metnin tam adı: “Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması

⁴⁶ YILMAZ, Kerem (2014), ss.24

⁴⁷ YILMAZ, Kerem (2014), ss.25

⁴⁸ YILMAZ, Kerem (2014), ss.25

Sözleşmesi: İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi” dir. Genel hükümlerin bulunduğu 1. bölümün 1. maddesinde; “Bu sözleşmenin tarafları, tüm insanların haysiyetini ve kimliğini koruyacak ve biyoloji ve tıbbın uygulanmasında, ayırım yapmadan herkesin, bütünlüğüne ve diğer hak ve özgürlüklerine saygı gösterilmesini güvence altına alacaktır.” cümlesi ile amacı açıklanmıştır. Bu bölümün diğer maddeleri; (2)insanın önceliği, (3)sağlık hizmetlerinden adil şekilde yararlanma ve (4)mesleki standartlarla ilgilidir. Diğer bölüm başlıkları ise; muvafakat, özel yaşam ve bilgilendirme hakkı, insan genomu, bilimsel araştırma, nakil amaçlarıyla canlı vericilerden organ ve doku alınması, ticari kazanç ve insan vücudundan alınmış parçalar üzerinde tasarruftur.⁴⁹ Türkiye bu sözleşmeyi 3 Aralık 2003 tarihinde onaylamıştır.

Yukarıda değinilen temel uluslararası sözleşmeler sayesinde taraf devletlere, bireylerin sağlıklı bir yaşam sürdürebilme haklarını güvence altına almak için gerekli yasal düzenlemeleri oluşturmaları telkin edilmiştir. Sağlık hakkı çerçevesinde Sağlık Hukuku ile ilgili en temel kavramlar ülkemizde, hem 1961 hem de 1982 Anayasası’nda mevcuttur. Özel olarak ilk defa 1961 Anayasası’nın Sosyal ve İktisadi Haklar ve Ödevler başlığı altında 49. maddesi ile sağlık hakkı düzenlenmiştir. Maddede “Devlet, herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini ve tıbbi bakım görmesini sağlamakla ödevlidir.” hükmü getirilmiş, aynı zamanda 1961 Anayasası’nın temelindeki felsefe olan Sosyal Devlet anlayışında sağlık hakkının yeri ve önemi vurgulanmıştır.⁵⁰ Yürürlükte olan 1982 tarihli Anayasamızın 17. maddesi “herkes yaşama...hakkına sahiptir” şeklindeki hükmü ile, tüm vatandaşlarına sağlık hakkının da temel şartını oluşturan yaşam hakkı güvencesini vermiştir. Ayrıca bu madde hükmü ile “maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkını” da güvence altına almıştır. Anayasamızın, “Temel Haklar ve Ödevler” ile ilgili kısmının “Sosyal ve Ekonomik Haklar ve Ödevler “ bölümünde yer alan 56/III. maddesi devleti, “herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlama” konusunda da görevlendirmiştir. Anayasaya göre devlet bu görevini, kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal yardım kurumlarından yararlanarak ve onları denetleyerek yerine getirecektir (m.56/IV). Ayrıca Anayasa, sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel

⁴⁹ HAKERİ, Hakan, ÜNVER Yener (2013), *Tıp/Sağlık Hukuku Mevzuatı (2. Basım)*, Ankara: Seçkin Yayıncılık. ss.17-30

⁵⁰ YILMAZ, Kerem (2014), ss.26

sağlık sigortası kurulabileceğini de hükme bağlamıştır (m.56/V).⁵¹ Anlaşılacağı üzere; 1982 Anayasası devletin izlemesi gerekli yol üzerinde daha çok durmuş, fakat 1961 Anayasası'ndaki gibi sert bir şekilde en azından lafzen, Devlete ait bir ödevden bahsetmemiştir. Bununla beraber madde metninin ruhundan bir yükümlülük yüklediği de belli olmaktadır.⁵²

Her iki Anayasa'da (1961,m.53; 1982 m. 65), sağlık hakkının ekonomik ve sosyal haklar arasında yer alması nedeniyle, Devlet'in bu hakkın gereğini "mali kaynaklarının yeterliliği ölçüsünde" yerine getireceğine yer verilmiştir. Her iki Anayasa'daki müşterek maddede, özel maddede yer alan sağlık hakkıyla ilgili düzenlemenin gereğinin yerine getirilmesindeki güçlük dikkate alınarak, belli bir ölçüye yer verilmiştir. Ancak bu düzenlemelerde, yürütme organına açık bir yükümlülük getirilmeyip, uygulamanın devleti yönetenlerin takdirine bırakılması ve bu konuda hak sahiplerine doğrudan mahkemeye dava açma yetkisi tanınmaması nedeniyle, maddedeki düzenlemenin gereği bugüne kadar yapılamamıştır.⁵³

İnsan hakları teorisinde, negatif statü hakları, devletin müdahale etmemek anlamında bireyin hak ve özgürlükleri karşısındaki hareketsizliğine vurgu yaparken, pozitif statü hakları devletin olumlu edimleriyle gerçekleşen haklar olarak tanımlanır. Sosyal ve ekonomik hakların büyük bir kısmı devletin edilgen değil de, edimsel yönüne bağlı olduğundan, pozitif statü hakları arasında sayılır. Bu basit bakış açısından, negatif statü hakları için devletin hareketsiz kalması yeterli olacağından bunların her türlü hak arama vasıtasıyla ileri sürülmesi her hangi bir sorun teşkil etmez. Ancak sosyal ve ekonomik hakların önemli bir kısmı, hak olarak ileri sürülmek bakımından sorunludur. Zira bu tür hakların gerçekleşmesi toplumun ve dolayısıyla devletin mali olanakları çerçevesinde mümkündür. O halde bir anayasada herkesin sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkının olduğu düzenlense de, bu tür hizmetleri kurmak ve işletmek için yeterli kaynak yoksa, bu hizmetlere dönük bir hakkın özellikle yargı mercileri önünde devlete karşı ileri sürülmesi bir sorun teşkil eder.⁵⁴ Bir kısım yazar, bunların yargısal yollarla ileri sürülmesinin barındırdığı sorunlar nedeniyle bir hak olup olmadığını bile tartışırken bir kısım da, hak olarak geçerli olmasından çok uygulama kabiliyetlerinin

⁵¹ ER, Ünal, ss.32

⁵² YILMAZ, Kerem (2014), ss.27

⁵³ ŞAHBAZ, İbrahim, ss.412

⁵⁴ YILMAZ, Halit (2011), ss.42

bulunup bulunmadığına odaklanmıştır. Bu tartışmalar içinde pozitif hukuk düzenlemelerinin karar vericiler için sadece program ve yol gösterici hükümler taşıdığı sıklıkla ifade edilmiştir. Başka bazı yazarlar ise, anayasa teorisi açısından meseleye yaklaşmış, sosyal ve ekonomik hakların tartışmalı doğasının anayasa denilen metinlerin taşıması gereken ciddiyeti aşındıracağı ve bu olumsuz etkinin uzun vadede anayasaya duyulan güveni zayıflatacağı savından hareketle bu tür haklara anayasa metinlerinde yer verilmemesi gerektiğini ileri sürmüştür. Bütün bu tartışmalara rağmen modern anayasaların çoğu sosyal ve ekonomik haklara geniş ölçüde yer vermiştir. Bir sosyal ve ekonomik hakkın bir kere anayasada yer bulduktan sonra onun artık hukuksal ya da normatif bir değer taşımaya başlayacağını söyleyebiliriz. Bu çerçevede özellikle yirminci yüzyılın son çeyreğinden bugüne, Dünya'nın birçok yerinde yargı yerlerinin ya da yargısal benzeri mercilerin sosyal ve ekonomik haklarla ilgili konularda devletlerin sorumluluğuna ilişkin kararlar vermek zorunda kaldıkları hemen tahmin edilebilir.⁵⁵ (Örneğin: AIHM; Cavelli ve Ciglio davası, Byrzykowski davası)

Bugün sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı sosyal devletin en önemli yönünü teşkil eder. Anayasa Mahkemesi'nin bir kararında da belirttiği gibi, "Sosyal hukuk devleti, insan hak ve özgürlüklerine saygı gösteren, kişilerin huzur, refah ve mutluluk içinde yaşamlarını güvence altına alan, kişi ile toplum arasında denge kuran, güçsüzleri güçlüler karşısında koruyarak sosyal adaleti gerçekleştiren, bu bağlamda sağlık hizmetlerinden bireylerin yeteri kadar yararlanmasını sağlayan devlettir." Sosyal devlet fikrinin gelişmesi neticesinde sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı ile vatandaşlık arasında sıkı bir bağ kurulmaktadır. Çünkü vatandaşlık, gerektiğinde hukuksal yollardan zorlayarak, devletten talep etme hakkına dönük bir içeriğe sahiptir. Bu anlamda "sağlıklı olmak" bir hak olmasa bile, sağlık hizmetine dönük talepleri bir hak anlayışı ya da eksenine yaklaştırmak mümkündür.⁵⁶

⁵⁵ YILMAZ, Halit (2011), ss.43,44

⁵⁶ YILMAZ, Halit (2011), ss.37,38

2.3 Hasta Hakları :

Temel insan hakları deyince akla ilk gelen ve diğer hakların da var olması için bir sebep unsuru teşkil eden en önemli kavram yaşam hakkıdır. Birey üzerinde defakto (bilfiil, fiilen) olarak var olan yaşam hakkı, salt biyolojik bir var oluşu ve idameyi nitelendirmemektedir. Yaşam hakkı ilk duyuşta yarattığı kavramsal anlamdan ziyade, bir değer olarak kabul edilen insanın; onuruna layık olarak doğması, var olması ve gelişmesi sürecinde, sosyal, psikolojik ve biyolojik ihtiyaçların tatmini ve temini için gerekli enstrümanların varlığı ve onlara sahip olması ile anlam kazanmaktadır. Yaşam hakkının kavramsal bütünü oluşturulan en önemli öğelerden bir tanesi, hatta hakkın üzerine oturduğu zemin, bireyin sağlıklı bir yaşam sürdürebilmesidir. Dolayısıyla yaşam hakkının koruyucu alanına ilk önce bireyin vücut dokunulmazlığı, ruh ve beden sağlığı girmektedir. Birey bedenlen ve ruhen sağlıklı olduğu ölçüde tam manasıyla yaşamın sosyal unsurlarına sahip olabilmektedir. Günümüz insan hakları değerleri içerisinde ölüm ve kalımdan daha karmaşık anlamlar içeren yaşam hakkı, bireylerin sağlığının korunması, sağlıklı yaşam için en ileri önlemlerin alınması ve hizmetlerin verilmesinden gücünü almaktadır. Bu durum ise sağlık hakkını karşımıza çıkarmaktadır. Dolayısıyla yaşam hakkından söz edilebilmesi için iyi işleyen bir organizmanın devamlılığı ve varlığı önemlidir. Sağlık hakkı bu boyutlarıyla yaşama hakkını ayakta tutan en temel haklardandır.⁵⁷ Artık yaşama isteği ve sağlık sadece bireyin içgüdüsel bir arzusu olarak algılanmaktan çıkmış herkes tarafından gözetilmesi gereken evrensel değerler olarak kabul edilmeye başlamıştır. Bu çerçevede, yaşamın ancak fiziksel ve de zihinsel olarak sağlıklı bir şekilde idamesinin birey için anlamlı olacağı gerçeğine ulaşılması, bireyler için yaşama hakkının yanında sağlık hakkının da tesis edilmesinin önemini ortaya çıkarmıştır. Bu düzlemde hasta olmanın da bireylere ayrı bir statü kazandırdığı, bireylerin sağlık hizmetlerini veren kurum ve kişiler önünde güçsüz durumda oldukları, bu sebeple temel insan haklarından kaynaklanan hak ve özgürlüklerin farklı görünümüne hastalık halinde de sahip oldukları kabul edilerek, hasta hakları kavramı tartışılmaya başlamıştır.⁵⁸

⁵⁷ YILMAZ Kerem (2012), ss.65

⁵⁸ YILMAZ, Kerem (2014), ss.20

Sağlık Hukukunun bir açıdan var oluş nedeni, bir başka açıdan da bu hukuk dalının en önde gelen ögesi, olmazsa olmazı, yani gerek şartı “hasta”dır. Hastanın sözcük anlamı, “sağlığı bozuk olan, esenliği yerinde olmayan kişi”dir. Bedensel ve/veya ruhsal sağlığı bozuk olan kişilere hasta denildiği gibi, sağlık açısından bir problemi olmadığı halde örneğin yalnızca estetik kaygılarla hekime başvuran kişiler de hasta olarak nitelenmektedir; çünkü böyle bir nedenle de olsa, doktora başvuran kişi sonuçta “sağlık hizmeti” talebinde bulunmaktadır. Hasta haklarına ilişkin 1994 tarihli Amsterdam Bildirgesi’nde verilen hasta tanımı şöyledir: “Sağlıklı veya hasta olarak sağlık hizmetini kullananlar”. Sokaktaki insanın algılamasına göre de, hekime başvuran, doktor gözetiminde olan kişi, hastadır. Kısaca hasta, “hangi nedenle olursa olsun sağlık hizmeti talebinde bulunan kişi” olarak tanımlanabilir. Bu kişilerin sahip olduğu haklara da “hasta hakları” denir.⁵⁹

Sağlık hizmetleri, hizmetin sunulmuş amacı ve hizmet sunulurken hizmeti alanın her an hayati bir tehlike ile karşı karşıya kalma olasılığı nedeniyle ayrı bir önem atfedilerek irdelenmiş ve düzenlenmeye çalışılmıştır. Sağlık hizmetleri ayrıca birçok hizmet türünden hizmet alanın görece acizliği nedeniyle de ayrılmaktadır. Netice olarak ortada hizmet alan açısından psikolojik ve/veya fizyolojik bir iyi olmama hali mevcuttur. Bu iyi olmama hali hizmeti alanın verilen hizmet karşısında pasifize olmasına da yol açabilmektedir. Söz konusu zayıflıkla, sağlık hizmetlerinin bireye yüklediği külfet ve karmaşıklığı, tıp biliminin marjinal bir uzmanlaşma gerektirmesi nedeniyle bireyler tarafından birçok kavramın bilinmemesi veya algılanamaması hak ihlallerine sebep olabilmektedir. İşte bu çerçevede insan haklarının bir yansıması olarak sağlık hakkı ve ikisinden doğan özel bir statü hakkı olarak şekillenen hasta hakları ortaya çıkmaktadır.⁶⁰ Hasta hakları kavramı her ne kadar insan haklarının tam kabul görmesiyle ortaya çıkmış bir kavram olarak görülse de, tıbbi etiğin yaratıcısı olarak bilinen Hipokrat’ın belirlediği ilkeler içerisinde, hekim odaklı da olsa, yer almıştır. Hipokrat’a göre; hekim her zaman hastasına yararlı olma yükümlülüğü altındadır, en azından zarar vermemelidir. Bu bağlamda hastanın vücut bütünlüğünü koruma hakkının ortaya çıktığı düşünülebilmektedir.⁶¹ Vücut bütünlüğü, kişilik hakkının içinde yer alan kişisel değerlerden biri olup yaşam hakkı kadar önemlidir. Kişinin sahip olduğu bu hak

⁵⁹ ER, Ünal, ss.141

⁶⁰ YILMAZ, Kerem (2014), ss.27

⁶¹ YILMAZ, Kerem (2014), ss.28

hem uluslararası hukukta (belgelerde), hem de ulusal hukukta koruma altına alınmıştır. Gerçekten uluslararası hukuka baktığımızda bunu görmek mümkün, İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi madde 5'te "Hiç kimseye işkence ya da zalimce, insanlık dışı ya da onur kırıcı davranış veya ceza uygulanamaz." Bu belgeye paralel bir düzenleme Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi'nde de yer almaktadır. Sözleşmenin 3. maddesinde "Hiç kimse işkenceye, insanlık dışı ya da onur kırıcı ceza veya işlemlere tabi tutulamaz." Görüldüğü gibi vücut bütünlüğü (insan vücudunun dokunulmazlığı) uluslararası düzeyde öneme sahip olup, koruma altına alınmıştır. Vücut bütünlüğü, ulusal hukukta en başta Anayasa'nın koruması altındadır. Anayasa'nın "Kişi dokunulmazlığı, maddi ve manevi varlığı" başlıklı 17. maddesinin, ikinci ve üçüncü fıkrasında bu koruma açıkça hükme bağlanmış ve maddi kişisel değerlerin korunmasındaki anayasal çerçeve çizilmiştir. Şöyle ki; "Tıbbi zorunluluklar ve kanunda yazılı haller dışında, kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamaz; rızası olmadan bilimsel ve tıbbi deneylere tabi tutulamaz. Kimseye işkence ve eziyet yapılamaz; kimse insan haysiyeti ile bağdaşmayan bir cezaya veya muameleye tabi tutulamaz." Vücut bütünlüğü, ulusal hukukta Anayasa'nın dışında 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu'nun (TCK) 86 ile 89 maddelerinde güvenceye bağlanmıştır.⁶²

2.3.1 Hasta Haklarının Tarihçesi:

Hasta hakları karşımıza 20. yüzyılda çıkan yeni bir kavram olarak görünse de aslında tarihsel süreçte Hammurabi Kanunlarından bu yana varlığını sürdürmektedir. Örneğin; Hammurabi kanunlarında hekim bir insanı öldürürse ya da gözünü kör ederse, bu eyleminde hatalı ise elleri kesilirdi. Bundan başka, eski Mısır'da yazılı tıp kurallarına uymak, sonuç ne olursa olsun sorumluluğu ortadan kaldırmakta; ancak yeni bir yöntem uygulanmasında hasta öldüğü veya iyileşmediği takdirde hekim ölüm cezası ile cezalandırılmaktaydı. Roma Hukukunda ise hekim, taksirle birisinin ölümüne sebep olması halinde, örneğin hamileliği için ilaç verdiği kadının ölümü halinde, sürgüne gönderme ile cezalandırılacaktır. Roma kanunları hekimlerin, mesleki acemiliklerinden ve ihmallerinden dolayı sorumlu olacaklarını belirtmiştir. Babasını zehirleyen oğlu cezalandıran kanun, bu fiile iştirak eden hekime de ölüm cezası verilmesini

⁶² HARMAN, Adnan (2007), "Vücut bütünlüğünün ihlalinde manevi tazminat," *Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*, 27.07.2007, www.turkhukuk sitesi.com/makale_645.htm

öngörüyordu. Hekimin bu derecede ağır cezalandırılmasının sebebi zehri miktarını, etkisini en iyi bilen kimse olmasıydı.⁶³

Osmanlı döneminde yaşamış bazı hekimlerin de hasta hakları ile ilgili vurgular yaptıkları bilinmektedir. Abbas Vesim; “Kimsesiz ve acizlerin ve zayıf ve fakir olup mihnet ve zillette kalanların, bihassa yaşlı, hasta ve itibarsız, dertli biçarelerin tedavisinde ihmal buyurulmaya...”, “Zinhar ve zinhar tabip olan adama gerektir ki hastalardan hatır kıracak bir iş zuhur ederse ona karşılık vermeye...”, “her hastaya ihtimamı kendi hakkında olan ihtimamı kendi hakkında olan ihtimamı gibi ola...” Hacı Paşa: “Çağırın ister şehzade olsun, ister alelade biri olsun; ister fakir, ister zengin olsun çağrılan her yere gitmeli, eğer gitmek, hastanın halini bizzat görmek mümkün olmazsa, sorularına cevap vererek, çağırının gönlünü almalıdır.” Ahmet bin Bali: “Tedavi eden kardeşlere gerektir ki iyi huylu olsunlar ve halka muamelesi iyi ve güzel olsun...güler yüzlü olsunlar ve emin ve sır tutan olsunlar ve hastalara yakın davransınlar”, “Tedavi sırasında geçenleri saklamalı, haddini aşmamalı ve sonunda çekiştirip anlatmamalı”. Miralay Mustafa Hami: “Tıbbi yönden hastadan ümidini kesmiş olsa dahi zerre kadar renk vermez ve hastayı terk etmez. Hiç olmazsa hastaya ıstırap veren ağrıları dindirecek ilaçlar vermelidir.” Hayrullah Efendi: “Tababet ile meşgul olan kimse yeni bir ilaç işitse veya bilinen bir ilacın yeniden imali veya kullanışı duysa hemen ilacı tecrübeye kalkışmamalıdır. Ancak faydalı olduğu çok biliniyorsa müstesna” demişlerdir.⁶⁴

Devam eden tarihi süreçte, Hipokrat’ın sunduğu ilkelerin benzer bir görünümü 1949 yılında Dünya Hekimler Birliği’nin Londra’da kabul ettiği Uluslararası Tıbbi Etik Yasası’nda da belirtilmiştir. Daha sonraları Avustralya ve İtalya toplantılarında geliştirilen metinle hekimlerin özellikle zarar vermeme ve hasta yararına hareket etme yükümlülükleri vurgulanmıştır. Fakat burada dikkati çeken nokta ise söz konusu belgelerin direkt olarak hasta hakları ile ilgili değil, hekimlerin mesleklerini uygularken belirli bir hizmet standardını yakalamasını sağlamaya yönelik bir anlam içermesidir. Devam eden yıllarda hasta hakları en yoğun ve yol alıcı çalışmaların Amerika Birleşik Devletleri’nde (ABD) yapıldığı kabul edilmektedir.⁶⁵ Modern tıbbın merkezinin, özel hekim muayenehanelerinden hastanelere kayması ile birlikte hasta haklarından daha çok

⁶³ AKYILDIZ, Sunay, ÖZKAN Hasan (2012), *Hasta-Hekim Hakları ve Davaları (2.Baskı)*, Ankara: Seçkin Yayıncılık. ss.38,39

⁶⁴ ER, Ünal, ss.144,145

⁶⁵ YILMAZ, Kerem (2014), *Defansif tıp*, ss.28

söz edilmeye başlanmıştır. Bu dönemde hasta haklarını kapsamlı bir biçimde ele alan Amerikan Hastaneler Birliği 1972 yılında Hasta Hakları Beyannamesi'ni (A Patient's Bill Rights) yayınlamıştır. Hasta hakları ile ilgili olarak yayınlanan ilk belge olarak bilinen bu beyanname, ulusal nitelikte olmasına rağmen, günümüzde kabul edilen değerlere yer vermesi ve temel kavramları gündeme getirmesi nedeniyle, hasta hakları konusunda önemli bir belgedir. Bu beyannamenin amacı, hastanın daha memnun edilmesi ve etkin bir tedavi olanağının sağlanması olarak belirtilmiştir. Ayrıca hastanenin, hasta haklarını desteklemesi tedavi sürecinin bir parçası olarak değerlendirilmiştir.⁶⁶

2.3.2 Uluslararası Hasta Hakları Belgeleri :

Uluslararası alanda, özel olarak hasta haklarını vurgulayan ilk metin 1981 yılında Dünya Tabipler Birliği tarafından Lizbon'da kabul edilen Hasta Hakları Bildirgesidir. Tavsiye niteliğinde olan bildirmede, hasta hakları deklare edilmiş fakat bildirgenin hedef kitlesi olarak hekimler seçilmiştir.⁶⁷ Altı maddelik bildirme şu şekilde düzenlenmiştir: "Hekim, pratik, etik ve yasal tüm zorlukların bilincinde olarak, her koşulda vicdanının sesini dinlemeli ve hasta için en iyi olanı yapmalıdır. Aşağıdaki bildirme hekimlik mesleğinin hastalara sağlamayı amaçladığı temel hakları içermektedir. Yasalar veya hükümet uygulamalarının hastaların bu haklarına uygun olmadığı durumlarda bu uygulamaları düzeltmeye veya ortadan kaldırmaya çalışmalıdır.

1. Hasta hekimini özgürce seçme hakkına sahiptir.
2. Hasta hiçbir dış etki altında kalmadan özgürce klinik ve etik kararlar verebilen bir hekim tarafından bakılabilme hakkına sahiptir.
3. Hastanın, yeterli ölçüde bilgilendirildikten sonra önerilen tedaviyi kabul veya reddetme hakkı vardır.
4. Hasta hekimden, tüm tıbbi ve özel hayatına ilişkin bilgilerin gizliliğine saygı duyulmasını bekleme hakkına sahiptir.
5. Her hastanın onurlu bir şekilde ölme hakkı vardır.

⁶⁶ ER, Ünal, ss.145

⁶⁷ YILMAZ, Kerem (2014), Defansif tıp, ss.29

6. Hasta , uygun bir dini temsilcinin yardımı da dahil olmak üzere, ruhi ve manevi teselliye kabul veya reddetme hakkına sahiptir.”⁶⁸

Her ne kadar hasta hakları üzerine vurgu yapılsa da hasta hekim ilişkisinde kilit unsurun hekim olduğu ve öncelikle hekimin bu kurallara dikkat etmesi gerektiği vurgulanmıştır, hatta devlet söz konusu ilkeleri uygulamama gibi bir faaliyete girerse bunu da önlemek yine hekim sorumluluğuna verilmiştir.⁶⁹ Bugünkü yapısı itibariyle hukuken bağlayıcı yönü bulunmayan, ancak mesleki özellikleri açısından etik bir anlam taşıyan bu ilkeler, ilk kez bireysel dilek ve düşünceler olarak kalmaktan kurtularak, sistematik biçimde yaşam bulmuş ve uluslararası alanda etki yaratmıştır. Bildiri bu suretle, hasta haklarının, insan hakları bağlamında önemli bir yeri ve etkisi olduğuna, konunun dışında kaldığını düşünen kesimlerin de dikkatini çekerek önemli bir katkı sağlamış, hasta hakları konusunun dünya kamuoyunun gündemine girmesi ve uluslararası alanda daha çok irdelenmesi açısından uygun bir ortam yaratmıştır.⁷⁰

Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) Avrupa bürosu tarafından 1994'de Amsterdam'da gerçekleştirilen toplantıda kabul edilen Amsterdam Bildirgesi; İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi, Ekonomik Toplumsal ve Kültürel Haklar Uluslararası Sözleşmesi ile Avrupa Sosyal Şartı'na dayanılarak hazırlanmıştır.⁷¹ Bildirgede hasta hakları altı başlık altında toplanmıştır: “sağlık bakımında (hizmetlerinde) insan hakları ve değerleri, bilgilendirme, onay, mahremiyet ve özel hayat, bakım ve tedavi, başvuru.”⁷² Dünya Sağlık Örgütü tarafından, Avrupa sınırları içerisinde kabul edilen bildirge her ne kadar coğrafi sınırlılığı dolayısıyla eleştiri almış olsa da; temelini Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi'nin oluşturması ve hasta haklarını iyi hekimlik için bir mesleki prosedür gibi görmeyecek, en temel insan hakkı olan yaşam hakkı ve bunun bir görüntüsü olan sağlık hakkı çerçevesinde hasta haklarını basit bir hizmet standardizasyonunun gereği olmadığını belirtmesi açısından önemlidir.⁷³ Amsterdam Bildirgesi, Lizbon Bildirgesi'nden farklı olarak, sadece hasta haklarının ne olduğunu

⁶⁸ ORAL, Tuğçe (2009), “Hekimin aydınlatma ve hastanın rızasını alma yükümlülüğü”, 27.06.2009, http://www.turkhukuksitesi.com/makale_1049.htm

⁶⁹ YILMAZ, Kerem (2014), *Defansif tıp*, ss.29

⁷⁰ ER, Ünal, ss.146

⁷¹ ER, Ünal, ss.147

⁷² ORAL, Tuğçe (2009), “Hekimin aydınlatma ve hastanın rızasını alma yükümlülüğü”, 27.06.2009, http://www.turkhukuksitesi.com/makale_1049.htm

⁷³ YILMAZ, Kerem (2014), *Defansif tıp*, ss.30

belirtmekle kalmamış, ayrıca bu hakların ihlal edilmesi halinde hastalara şikayet için bir başvuru olanağı da sağlamıştır. Buna göre, mahkemelere başvurmanın yanı sıra, diğer düzeylerde başvuruda bulunmayı ve hakemlik isteme ile ilgili bağımsız mekanizmaların oluşturulmasını öngörmüştür.⁷⁴

Amsterdam Bildirgesi'nden sonra Dünya Tabipler Birliği 1995 yılında, Lizbon Bildirgesi'ni genişleterek Bali'de yeni bir belge deklare etmiştir.⁷⁵ Lizbon Bildirgesi-II olarak da adlandırılan bu bildirme, aşağıdaki başlıkları taşıyan on bir bölümden oluşmaktadır:

1. Nitelikli tıbbi bakım hakkı
2. Seçim yapma özgürlüğü hakkı
3. Kendi adına karar verme hakkı (kendi kaderini belirleme)
4. Bilinci kapalı hasta
5. Yasal ehliyeti olmayan hasta
6. Hastanın isteğine karşın yapılan girişimler
7. Bilgilenme hakkı
8. Gizlilik hakkı
9. Sağlık eğitimi hakkı
10. Onur hakkı
11. Dini destek (yardım alma) hakkı

Bali Bildirgesi; “nitelikli tıbbi bakım hakkı”, “kendi adına karar verme (kendi kaderini belirleme) hakkı” ve “hastanın isteği dışındaki tıbbi girişimler” gibi yeni konuları kapsamına almış, “tedaviyi kabul veya reddetme” haklarını, bilinci kapalı olanlar ile yasal ehliyeti bulunmayanlar (çocuklar, vesayet altındaki kişiler...) açısından daha ayrıntılı bir biçimde düzenlenmiştir.⁷⁶

Sağlık hakkı çerçevesinde yukarıda bahsettiğimiz metinler genel itibariyle, tabii hukuk akımı çerçevesi içerisinde oluşan ve olması gerekeni gösteren, gerek hekimlik mesleğinin belli bir standarda oturmasını amaçlayan etiğin tıptaki yansıması sonucu ortaya çıkan ilkeleri vurgulayan, gerekse temel insan haklarından yola çıkarak bireyin insan olması dolayısıyla sahip olduğu ve insanlığın haysiyetine yaraşır bir yaşam

⁷⁴ ER, Ünal, ss.148

⁷⁵ YILMAZ, Kerem (2014), *Defansif tıp*, ss.30

⁷⁶ ER, Ünal, ss.149

sürmesinde gerekli olan temel hakların sağlık hizmetleri sunulurken ortaya çıkan görünüşlerinden yola çıkılarak hazırlanan tavsiye niteliğindeki metinlerdir. Söz konusu metinler en azından uygulanabilirlik bakımından hukuksal bir niteliğe sahip değillerdir. Dolayısıyla ulusal otoritelere herhangi bir yükümlülük de sunmamaktadırlar, sadece birer tavsiye ve temenni olma çerçevesi içerisinde insanların hasta yani yaşamları için tıbbi bir müdahaleye muhtaç oldukları zaman dahi bir takım dokunulamaz haklara sahip olduklarını vurgulamakta ve insanın kendi yaşamına müdahalede etkin bir rol oynaması gerekliliği ekseninde şekillenmektedirler. Bunların yanında içerik bakımından hukukun temel koruyucusu olduğu kişi hak ve özgürlüklerine dayandıkları ve bu enstrümanlara dair olumlu yönde tavsiyeler sundukları için, hukuki bir anlayış sergilemektedirler.⁷⁷

2.3.2.1 Hasta Hakları Açısından İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi :

Avrupa Konseyi üyesi devletler tarafından kabul edilen İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi konuya dair içerdiği kavramlar ve sağlık hizmetleri için yaptığı açıklamalarla, hasta hakları için uluslararası düzeyde ortaya çıkan ilk yasal düzenlemedir. Ayrıca teoride sürekli dile getirilen sağlık hizmetlerinde insan hakları sorunu, bu sözleşmeyle beraber artık pratikte de kabul edilmiş ve biyoloji ile tıbbın uygulanması ilk defa insan hakları metninde yer almıştır. Türkiye'nin de taraf olduğu sözleşme, Anayasa madde 90 yoluyla iç hukuka direkt olarak tesir etmiştir. Dolayısıyla biyoloji ve tıbbın uygulanmasına rehberlik eden temel bazı biyoetik ilkeleri pozitif hukukun içerisine girmiştir.⁷⁸

Sözleşmede bir yandan bilimin ilerlemesi ve bilimsel araştırmaların geliştirilmesi amacıyla tüm engeller kaldırılırken; diğer yandan da biyoloji ve tıbbın uygulanmasında bazı temel ilkeler belirlenmiştir. Bu ilkelerin en önemlileri şunlardır; insan varlığının biricikliği, insanın esenliği, bireyin kendisi hakkında karar verme hakkına saygı, sağlık bakımından eşit yararlanma, mesleki standartlara bağlılık, tıbbi müdahale ve tedavi için özgür aydınlatılmış rıza, küçüklük ya da akıl hastalığına karşın algılama yeteneği bulunduğu ölçüde karar sürecine iştirak edebilme, rızasını açıklama yeteneği olmayanlara özel koruma, özel yaşama saygı, bireyin sağlığı hakkındaki bilgileri öğrenme veya öğrenmeme hakkı, genetik miras dolayısıyla bireye ayrımcılık

⁷⁷ YILMAZ, Kerem (2014), *Defansif tıp*, ss.31

⁷⁸ YILMAZ, Kerem (2014), *Defansif tıp*, ss.32

yapılmaması, sadece araştırma amacıyla embriyo yaratılması yasağı, insan organlarının ticari kazanç konusu olmaması vb. Sözleşmeye göre, taraflar, tüm insanların onurunu ve kimliğini koruyacak ve biyoloji ve tıbbın uygulanmasında ayırım yapmadan herkesin bütünlüğüne ve diğer hak ve özgürlüklere saygı gösterilmesini güvence altına alacaklardır. Yine sözleşmeye göre, insanın çıkarları ve refahı, bilim ve toplumun çıkarlarının üstünde tutulacaktır.⁷⁹

2003 yılında ülkemizin de kabul ettiği “Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi: İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi”nin 5. maddesi “sağlık alanında herhangi bir müdahale, ilgili kişinin bu müdahaleye özgürce ve bilgilendirilmiş bir şekilde muvafakat etmesinden sonra yapılabilir. Bu kişiye, önceden, müdahalenin amacı ve niteliği ile sonuçları ve tehlikeleri hakkında uygun bilgiler verilecektir” şeklinde aydınlatılmış onam alınması ve hastanın komplikasyonlar konusunda bilgilendirilmesi durumundan bahsetmiştir.⁸⁰ Sözleşmenin yedinci bölümünde ise hükümlerin ihlali durumunda ulusal hükümetlerin izlemesi gereken yollar belirtilmiştir. Buna göre hak veya ilkelerin ihlali durumunda uygun yargısal koruma sağlanacak, zarara uğrayan birey adil bir tazminat isteme hakkına sahip olacak ve ihlal edilen hükümler karşısında uygun yaptırımlar konulacaktır.⁸¹

2.3.3 Türkiye’de Hasta Hakları :

Ülkemizde, Cumhuriyet’in kuruluşunun ardından, sağlık hizmetlerini düzenlemek amacıyla yürürlüğe konulan bazı yasalarda, temel insan hakları bağlamında hasta haklarının bir kısmına yer verilmiştir. Bu haklar arasında; hastanın bilgilendirildikten sonra tıbbi müdahaleyi kabul veya ret hakkı, hastanın özel yaşamına saygı, sağlık hizmetinden herkesin eşit şekilde yararlanma hakkı gibi temel hasta haklarına ilişkin hükümler bulunmaktadır. Bu ve benzeri bazı haklar, Anayasa (1961, 1982), Umumi Hıfzısıhha Kanunu, Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun, Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, Nüfus Planlaması, Organ Nakli, Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi gibi yasalarda ve Tıbbi Deontoloji Tüzüğünde

⁷⁹ ER, Ünal, ss.142

⁸⁰ SAVAŞ, Halide (2013), *Yargıya Yansıyan Tıbbi Müdahale Hataları (3.Baskı)*, Ankara: Seçkin Yayıncılık. ss.321

⁸¹ YILMAZ, Kerem (2014), *Defansif tıp*, ss.34

düzenlenmişti.⁸² Uluslararası düzlemde hasta hakları akımına yönelik oluşan gelişmelerin ve ülkemiz tarafından imzalanan bağlayıcı sözleşmelerin de etkisiyle gerek düzenleyici mevzuat gerekse sivil toplum farkındalığı bağlamında, hasta hakları iç hukukumuz ve toplumsal yaşamımızda yer bulmaya başlamıştır. Bu çerçevede sağlık hukuku mevzuatımızda dağınık ve birçoğu tam bir hak ve özgürlük niteliğinde olmayan hasta hakları, evrensel düzeyi yansıtmaya ve yeknesaklık sağlamak amacıyla 1998 yılında (Hasta Hakları Yönetmeliği) yönetmelik düzeyinde bir düzenlemeyle bir araya toplanarak, yürürlüğe konulmuştur. Yönetmeliğin yasal dayanakları 3359 sy. Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu madde 9'un c bendi ile 181 sy. Sağlık Bakanlığı'nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname olarak gösterilmiştir.⁸³ 8 Mayıs 2014 tarihinde Resmi Gazetede yayınlanan "Hasta Hakları Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik" ile hasta hakları son şeklini almıştır. Yönetmeliğin hukuki dayanaklarından olan 181 sy. kanun yerine, 2011 tarih ve 663 sy. "Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında KHK'nin 8. ve 40. maddeleri gösterilmiştir.⁸⁴ 2014 yılında yapılan değişikliklerle Hasta Hakları Yönetmeliği (HHY);^{85,86,87}

Birinci Bölüm:

1. Amaç: Bu Yönetmelik; temel insan haklarının sağlık hizmetleri sahasındaki yansımaları olan ve başta Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'nda, diğer mevzuatta ve milletler arası hukuki metinlerde kabul edilen "hasta hakları"ni somut olarak göstermek ve sağlık hizmeti verilen bütün kurum ve kuruluşlarda ve sağlık kurum ve kuruluşları dışında sağlık hizmeti verilen hallerde, insan haysiyetine yakışır şekilde herkesin "hasta hakları"ndan faydalanabilmesine, hak ihlallerinden korunabilmesine ve gerektiğinde hukuki korunma yollarını fiilen kullanabilmesine dair usul ve esasları düzenlemek amacıyla hazırlanmıştır.

2. Kapsam

3. Hukuki dayanak

⁸² ER, Ünal, ss.155

⁸³ YILMAZ, Kerem (2014), *Defansif 11p*, ss.34

⁸⁴ www.resmigazete.gov.tr, 08.05.2014, S.28994

⁸⁵ ER, Ünal, ss.158-172

⁸⁶ AKYILDIZ, Sunay, ss.43-80

⁸⁷ ÇINARLI, Serkan, (2013), *İzmir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Hukuku Yüksek Lisans Ders Notları*.

4. Tanımlar: Bakanlık, hasta, personel, sağlık kurum ve kuruluşu, hasta hakları, yeterlik, tıbbi müdahale, bilgilendirme, rıza

5. İlkeler

İkinci Bölüm: Sağlık Hizmetlerinden Faydalanma Hakkı

6. Adalet ve hakkaniyete uygun Faydalanma

7. Bilgi isteme

8. Sağlık kuruluşunu seçme ve değiştirme

9. Personeli tanıma, seçme ve değiştirme

10. Öncelik sırasının belirlenmesini isteme

11. Tıbbi gereklere uygun teşhis, tedavi ve bakım

12. Tıbbi gereklilikler dışında müdahale yasağı

13. Ötenazi yasağı

14. Tıbbi özen gösterilmesi

Üçüncü Bölüm: Sağlık durumu ile ilgili bilgi alma hakkı

15. Bilgilendirmenin kapsamı

16. Kayıtları inceleme

17. Kayıtların düzeltilmesini isteme

18. Bilgilendirmenin usulü

19. Bilgi verilmesi caiz olmayan ve tedbir alınması gereken haller.

20. Bilgi verilmesini yasaklama

Dördüncü Bölüm: Hasta haklarının korunması

21. Mahremiyete saygı gösterilmesi

22. Rıza olmaksızın Tıbbi ameliyeye tabi tutulmama

23. Bilgilerin gizli tutulması

Beşinci Bölüm: Tıbbi Müdahalede hastanın rızası

24. Hastanın rızası ve izin

25. Tedaviyi reddetme ve durdurma

26. Küçüğün ve mahcurun tıbbi müdahalaya iştiraki

27. Alışılmış olmayan tedavi usullerinin uygulanması

28. Rızanın şekli ve geçerliliği

29. Organ ve doku alınmasında rıza

30. Aile planlaması hizmetleri ve gebeliğin sona erdirilmesi

31. Rızanın kapsamı

Altıncı Bölüm: Tıbbi Araştırmalar

32. Tıbbi araştırmalarda rıza

33. Gönüllünün korunması ve bilgilendirilmesi

34. Rıza alınmasının usulü ve şekli

35. Küçüklerin ve mümeyyiz olmayanların durumu

36. İlaç ve terkiplerin araştırma amacıyla kullanımı

Yedinci Bölüm: Diğer Haklar

37. Güvenliğin sağlanması

38. Dini vecibeleri yerine getirebilme ve dini hizmetlerden faydalanma

39. İnsani değerlere saygı gösterilmesi ve ziyaret

40. Refakatçi bulundurma

41. Hizmetin sağlık kurum ve kuruluşunun dışında verilmesi

Sekizinci Bölüm: Sorumluluk ve Hukuki Korunma Yolları

42. Müracaat, şikayet ve dava hakkı

43. Sağlık kurum ve kuruluşlarının sorumluluğu

44. Devlet memuru veya diğer kamu görevlisi personelin sorumluluğu

45. Kamu personelinin sorumluluğunu tespit usulü

46. Kamu personeli hakkındaki müeyyideler.

47. Kamu görevlisi olmayan personelin sorumluluğu.

Dokuzuncu Bölüm: Son Hükümler

HHY'de 2014 yılında yapılan değişiklikte 4. maddedeki sağlık kurum ve kuruluşu tanımı, "Sağlık hizmeti verilen kamu veya özel bütün kurum ve kuruluşları ile tababet icra edilen bütün yerleri" şeklinde değiştirilmiştir. Maddeye eklenen yeni tanımlardan olan tıbbi müdahale ise; "Tıp mesleğini icraya yetkili kişiler tarafından uygulanan, sağlığı koruma, hastalıkların teşhis ve tedavisi ve tedavisi için ilgili mesleki yükümlülükler ve standartlara uygun olarak tıbbın sınırları içinde gerçekleştirilen fiziki ve ruhi girişim"dir. Bilgilendirme; "Yapılması planlanan her türlü tıbbi müdahale öncesinde müdahaleyi gerçekleştirecek sağlık meslek mensubu tarafından kişiye gerekli bilginin verilmesi"dir. Rıza ise; "Kişinin tıbbi müdahaleyi serbest iradesiyle ve bilgilendirilmiş olarak kabul etmesi"dir. Eski yönetmelikte bulunmayan ve yeni yönetmeliğin 42. maddesine eklenen maddelerle "hastanın uyması gereken kurallar"

tanımlanmıştır. Madde 42/B'de ise hastanelerde "Hasta İletişim Birimleri", İl Sağlık Müdürlüklerinde "Hasta Hakları Kurulu" oluşturulması; 42/C'de kurulun görevleri, çalışma usul ve esasları açıklanmıştır.⁸⁸

Hastanın kendisine uygulanacak tedavinin içeriği, muhtemel sonuçları, alternatif tedavi yöntemleri vb. konularda yeterince bilgilendirilmesi; tıbbi işlem için rıza belgesinin bundan sonra alınması, bu çalışmanın da temelinde esas teşkil edecek konulardan biridir. Bu nedenle, öncelikle, "Bilgilendirme" ve "Rıza alınması" hakkında HHY'de yapılan değişikliklere bakmak yerinde olacaktır. "Bilgilendirmenin Kapsamı" başlıklı 15. maddeye göre: "Hastaya;

- a) Hastalığın muhtemel sebepleri ve nasıl seyredeceği,
- b) Tıbbi müdahalenin kim tarafından, nerede, ne şekilde ve nasıl yapılacağı ile tahmini süresi,
- c) Diğer tanı ve tedavi seçenekleri ve bu seçeneklerin getireceği fayda ve riskler ile hastanın sağlığı üzerindeki muhtemel etkileri,
- ç) Muhtemel komplikasyonları,
- d) Reddetme durumunda ortaya çıkabilecek muhtemel fayda ve riskleri,
- e) Kullanılacak ilaçların önemli özellikleri,
- f) Sağlığı için kritik olan yaşam tarzı önerileri,
- g) Gereğinde aynı konuda tıbbi yardıma nasıl ulaşabileceği, hususlarında bilgi verilir."

Madde 18: "Bilgilendirmenin Usulü: Bilgi, mümkün olduğunca sade şekilde, tereddüt ve şüpheye yer verilmeden, hastanın sosyal ve kültürel düzeyine uygun olarak anlayabileceği şekilde verilir. Hasta, tıbbi müdahaleyi gerçekleştirecek sağlık meslek mensubu tarafından tıbbi müdahale konusunda sözlü olarak bilgilendirilir. Bilgilendirme ve tıbbi müdahaleyi yapacak sağlık meslek mensubunun farklı olmasını zorunlu kılan durumlarda, bu duruma ilişkin hastaya açıklama yapılmak suretiyle bilgilendirme yeterliliğine sahip başka bir sağlık meslek mensubu tarafından bilgilendirme yapılabilir. Hastanın kendisinin bilgilendirilmesi esastır. Hastanın kendisi yerine bir başkasının bilgilendirilmesini talep etmesi halinde, bu talep kişinin imzası ile yazılı olarak kayıt altına alınmak kaydıyla sadece bilgilendirilmesi istenilen kişilere bilgi verilir. Hasta, aynı şikayeti ile ilgili olarak bir başka hekimden de sağlık durumu

⁸⁸ ÇINARLI, Serkan, (2013), *İzmir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Hukuku Yüksek Lisans Ders Notları*.

hakkında ikinci bir görüş almayı talep edebilir. Acil durumlar dışında, bilgilendirme hastaya makul süre tanınarak yapılır. Bilgilendirme uygun ortamda ve hastanın mahremiyeti korunarak yapılır. hastanın talebi halinde yapılacak işlemin bedeline ilişkin bilgiler sağlık hizmet sunucusunun ilgili birimleri tarafından verilir.”

Madde 26: Rıza Formu: “Mevzuatta öngörülen durumlar ile uyumsuzluğa mahal vermesi muhtemel görülen tıbbi müdahaleler için sağlık kurum ve kuruluşlarınca 15. maddedeki bilgileri içeren rıza formu hazırlanır. Rıza formunda yer alan bilgiler, sözlü olarak hastaya aktarılarak rıza formu hastaya veya kanuni temsilcisine imzalatılır. Rıza formu iki nüsha olarak imza altına alınır ve bir nüshası hastanın dosyasına konulur, diğeri ise hastaya veya kanuni temsilcisine verilir. Acil durumlarda tıbbi müdahalenin hasta tarafından kabul edilmemesi durumunda, bu beyan imzalı olarak alınır, imzadan imtina etmesi halinde durum tutanak altına alınır. Rıza formu bilgilendirmeyi yapan ve tıbbi müdahaleyi gerçekleştirecek sağlık meslek mensubu tarafından imzalanır. Verilen bilgilerin doğruluğundan sağlık meslek mensubu sorumludur. Rıza formları arşiv mevzuatına uygun olarak muhafaza edilir.”

Madde 31: Rızanın Kapsamı ve Aranmayacağı Haller: “Rıza alınırken hastanın veya kanuni temsilcisinin tıbbi müdahalenin konusu ve sonuçları hakkında bilgilendirilip aydınlatılması esastır. Hastanın verdiği rıza, tıbbi müdahalenin gerektirdiği sürecin devamı olan ve zorunlu sayılabilecek rutin işlemleri de kapsar. Tıbbi müdahale, hasta tarafından verilen rızanın sınırları içerisinde olması gerekir. Hastaya tıbbi müdahalede bulunurken yapılan işlemin genişletilmesi gereği doğduğunda müdahale genişletilmediği takdirde hastanın bir organının kaybına veya fonksiyonunu ifa edemez hale gelmesine yol açabilecek tıbbi zaruret halinde rıza aranmaksızın tıbbi müdahale genişletilebilir.”⁸⁹

Hekimin tıbbi müdahaleleri, bireyin ruh ve beden bütünlüğüne yönelik olduğundan, (tedavi amacı taşısa da) hastanın gerçek ya da farazi rızasına uygun olmadıkça hukuka aykırı olacaktır. Hukuka uygun bir rızanın söz konusu olması için, hastanın vereceği kararın önemi, anlamı ve sonuçları hakkında bilgi sahibi olması gerekir. Ancak bu takdirde kişi kendi geleceğini tayin hakkını, amaca uygun şekilde kullanmış olur. Burada, aydınlatma yükümlülüğünün, kişinin kendi geleceğini belirleme

⁸⁹ www.resmigazete.gov.tr, 08.05.2014, S.28994

hakkının kullanılabilmesindeki etkisi ortaya çıkmaktadır. Kendi geleceğini belirleme bir faaliyettir veya bir süreçtir; ama, basit bir sonuç değildir. Hasta tıbbi müdahalenin yapılması yönünden esaslı olan bütün hususlarda aydınlatılmamışsa, kendi geleceğini belirleme hakkı ihlal edilmiştir.⁹⁰ Hastanın bilgilendirilmesi ve rızasının alınması, aynı zamanda tıbbi müdahalenin hukuka uygunluk koşullarında da biridir ve bu yönüyle “tıbbi girişimin hukuka uygunluk koşulları” konusu içinde tekrar değerlendirilecektir.

Genel kural olarak, sağlığa erişim bağlamında; hasta, tıbbi gereklere uygun teşhis, tedavi ve bakım almalıdır. Tıbbi uygulamalar için eğer bir gereklilik-endikasyon-yoksa, hekim ya da diğer sağlık personeli tarafından hastaya, vücut bütünlüğünü ihlal edebilecek veya ruhsal ve bedensel gücünü azaltabilecek herhangi bir işlem yapılamaz.⁹¹ Zira, Anayasa’mızın 17. maddesi gereğince herkesin; yaşama, maddi varlığını, manevi varlığını, koruma ve geliştirme hakkı bulunmaktadır. Asıl olan tıbbın, her birimiz için vazgeçilmez olan yaşama ve maddi-manevi varlığımızı koruma ve geliştirme hakkının üstün tutularak uygulanmasıdır. Temel kanun olan Anayasa’mız bu yönde, kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamayacağını, izni olmadan bilimsel ve tıbbi deneylere tabi tutulamayacağını ve ancak tıbbi zorunluluklar ve kanunlarda belirtilen durumların bu dokunulmazlıklardan ayrı tutulmakta olduğunu düzenlemiştir. Kişi sağlıklı olma halini sürdürmek için hayatının her döneminde tıp bilimine ihtiyaç duyacaktır. Hasta-hekim ilişkisini belirleyecek olan ve yine tedaviye yönelik tıbbi müracaatlarda göz önünde tutulması gereken en önemli hususlardan biri “endikasyon “, “tıbbi gereklilik “ şartıdır ve dolayısıyla endikasyon tıbbi müdahalenin hukuka uygunluk şartlarından biridir. HHY’nin 12. maddesinde tıbbi gereklilikler dışında müdahale yasağı ile sınırlar çizilmiştir. Anılan madde, “teşhis, tedavi veya korunma maksadı olmaksızın, ölüme veya hayati tehlikeye yol açabilecek veya vücut bütünlüğünü ihlal edebilecek veya akli veya bedeni mukavemeti azaltabilecek hiçbir şey yapılamaz ve talep de edilemez.” hükmünü içermektedir. Bu bağlamda endikasyonsuz, yani tıbbi bir gereklilik olmaksızın gerçekleştirilen her tıbbi müdahale, öncelikle yukarıda açıkladığımız gibi, Anayasa’mızın kişi dokunulmazlığını düzenleyen 17. maddesi olmak üzere, Sağlık

⁹⁰SAVAŞ, Halide (2013), *Yargıya Yansıyan Tıbbi Müdahale Hataları (3.Baskı)*, ss.320

⁹¹AKYILDIZ, Sunay, (2012), ss.45

hukuku mevzuatını oluşturan birçok düzenlemeye aykırılık teşkil edeceğinden, hukuki, idari ve cezai sorumluluğu gerektirecektir.⁹²

Örnek bir davada; Sağlık Bakanlığı'na bağlı ...Ağız ve Diş Sağlığı Merkezinde diş tedavisi yapılan davacının ağzının ön kısmındaki sağlam iki dişinin çekilmesi nedeniyle uğradığı zarar karşılığı açtığı maddi ve manevi tazminat davası ile ilgili olarak, idari mahkeme davacının istemlerini reddetmiştir. Yüksek mahkeme ise maddi tazminat açısından onama, manevi tazminat açısından ise bozma yönünde verdiği kararının gerekçesinde vücut dokunulmazlığının ihlali ve hastanın tıbbi müdahaleye rızası bağlamında önemli tespitlerde bulunmuştur.⁹³ (Danıştay 10. Dairesi K.2010/5981, T.13.07.2010)

Hasta hakları hareketi, özünde hiçbir şekilde hastalarla hekimleri karşı karşıya getirmeyi amaçlamamakta; aksine, giderek karmaşıklaşan sağlık sisteminde insan onuru ve bütünlüğü, yaşam hakkı gibi kutsal saydığımız insan haklarının hukuken korunmasını sağlamayı amaçlamaktadır. İşte bu amacın sağlık hizmetinin tarafları olan; hasta, hekim ve diğer sağlık personeli tarafından benimsenmesi ülkemizde hasta hakları ve hasta güvenliği kültürünün yerleşmesinde yaşamsal önem taşımaktadır.⁹⁴

Birey, yaşamını ve sağlığını ilgilendiren konularda her zaman, hele ki sağlık gibi güçsüz olduğu konumda, temel haklara ve özgürlüklere sahiptir. Söz konusu saptama kaynağını Anayasa, uluslararası sözleşmeler ve Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'ndan almaktadır. İşte tüm bu değerlendirmeler çerçevesinde hastaların sahip olduğu hakları açık bir şekilde düzenlemek ve bir araya toplamak olumlu bir gelişmedir, ancak düzenlemenin yönetmelik seviyesinde yapılmasının konunun amacına ne kadar uygun olduğu tartışılmalıdır.⁹⁵ Yönetmeliğin içeriği ve dayandığı kanunun ilgili maddesi ortaya bir ikilem çıkarmaktadır. Şu şekilde ki; Yönetmelik birinci maddesi gayet net bir şekilde hasta haklarının, temel insan haklarının sağlık hizmetleri sahasındaki yansımaları olarak nitelendirmiş ve amaç olarak Anayasa ve diğer mevzuatlarda kabul edilen hasta haklarını somut olarak göstermeyi hedeflemiştir. Ancak, yasalarda somut olarak belirlenmeyen hak ve özgürlüklerin kanun koyma sistematığına hiç de uygun olmayan

⁹² AKYILDIZ, Sunay, (2012), ss.46

⁹³ İzmir Üniversitesi Sağlık Hukuku Dergisi, www.legeshukuk.com.tr, S.1, ss.119-125

⁹⁴ AKYILDIZ, Sunay, (2012), ss.42

⁹⁵ YILMAZ, Kerem (2014), *Defansif tıp*, ss.36

bir şekilde yönetmelikle somutlaştırılma çabası hukuk güvenliği ilkesini zedeleme tehlikesi göstermektedir. Kaldı ki yönetmeliğin çıkış noktası olan, Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nun 9. maddesinin c bendinde de yönetmeliğin çıkarılmasında sağlık kurumlarının hizmet kıstaslarını belirlemek ve hizmet standardını tespit dayanak olarak belirtilmiştir. Bu bağlamda çıkış, bir hizmet standardı görünüş ise temel insan haklarının yansıması olarak nitelendirilmiştir. Dolayısıyla gereksiz bir çelişki yaratılmıştır. Tüm bu argümanlardan ortaya çıkardığımız sonuç, Hasta Haklarının yönetmelik değil bir yasayla somutlaştırılması gereğidir, en azından konunun niteliği bunu gerektirmektedir.⁹⁶

⁹⁶ YILMAZ, Kerem (2014), *Defansif tıp*, ss.37-38

3. TIBBİ MÜDAHALE

3.1 Tanım:

Sağlıklı olma sadece kişide hastalık olmaması olarak değerlendirilemez. 1946 tarihinde Dünya Sağlık Örgütü tarafından kabul edildiği üzere sağlık, bir bütün olarak fiziksel, ruhsal ve sosyal esenlik durumudur ve yalnızca hastalık veya maluliyet yokluğu değildir. Sağlık üç ayrı açıdan değerlendirilmektedir. Nötral sağlık, kişide bir hastalık veya rahatsızlık bulunmaması; pozitif sağlık, kişinin bedensel, ruhsal ve sosyal olarak iyilik halinde bulunması; negatif sağlık, kişinin hastalık sahibi olması veya özürlülük gibi durumlarla birlikte kısa veya uzun yaşaması olarak tanımlanmaktadır.⁹⁷

İnsan ömrü boyunca beden ve ruh sağlığında çeşitli nedenlerden kaynaklanan bozulmalar meydana gelir. Bu durumda genellikle yapılan ilk iş hastalığın tedavisi için bir hekime başvurmaktır. Hekim, hastalığı teşhis ettikten sonra, gerçekleştirilmesi gereken tedavi yöntemini belirleyerek, hastaya tıbbi müdahalede bulunur. Bu müdahale, hastalığın türüne ve şiddetine göre, basit teşhis ve ilaçla tedavi yöntemlerinden en ağır ameliyatlara kadar uzanan çeşitli müdahaleler şeklinde ortaya çıkar. Tıbbi müdahaledeki temel amaç, rahatsızlık duyulan hastalığın tedavisi, yani hastanın iyileşmesidir.⁹⁸ Tıbbi müdahale deyince akıllara genellikle deri bütünlüğünü bozma yoluyla gerçekleştirilen “ameliyat” vb. fiiller gelmektedir. Oysaki ameliyat, tıbbi müdahale türlerinden biri olan cerrahi müdahaledir. Bir fiilin tıbbi müdahale sayılabilmesi için deri bütünlüğünün bozulması gerekmemektedir. Vücut (ruh ve beden) bütünlüğüne yönelik olarak, ehliyetli kişilerce tıp bilimi ve tekniğine uygun şekilde yapılan uygulamalar (ilaç verilmesi, psikoterapi yapılması vb. fiiller) tıbbi müdahalelerdir. Uygulamada çoğunlukla “Tıbbi Müdahale” olarak isimlendirilen, vücut bütünlüğüne etkili fiillere doktrinde; “Tıbbi Yardım ve El Atmalar”, “Tıbbi Faaliyetler”, Tıbbi Uygulama”, “Tıbbi Girişim”, “Teşhis Tedavi Edimi”, “Hekimlerin Mesleki Faaliyetleri” gibi çeşitli adlar verilmektedir.⁹⁹

⁹⁷ GENCER, Zafer Adem (2014), *Ceza Hukuku Kapsamında Tıbbi Müdahalelerin Hukuka Uygunluğu*, Ankara: Bilge Yayınevi. ss.17

⁹⁸ ÇEKER, Mustafa (2002), “Tıbbi müdahalelerde hukuka uygunluk sorunu,” *Çukurova Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi*, <https://www.cu.edu.tr/insanlar/mceker/tibbimudahaleler.rtf>, ss.1,(22.10.2014)

⁹⁹ SAVAŞ, Halide (2013), *Yargıya Yanstıyan Tıbbi Müdahale Hataları* (3.Baskı), ss.25,26

Başka bir tanımla tıbbi girişim; meslek icrasına yetkili bir sağlık personeli tarafından, tıbbi bir gereklilik ve tıbbi bir amaçla (koruyucu, düzeltici, tanı veya tedavi gibi) gerçekleştirilen tüm işlemlerdir. Niteliği ne olursa olsun tıbbi girişimlerin amacı başka bir insan davranışı veya bedeni üzerine beklenen bir olumlu değişiklik-etki yaratmaktır. Bu nedenle her tıbbi girişim etkisini başka insanlar üzerinde gösterir. Amacı nasıl olursa olsun insan onuruna uygun yapılması gereklidir.¹⁰⁰

Kişilik hakkı bir şahsın, kişi olma sıfatıyla sahip olduğu kişilik değerlerinin tümü üzerinde geçerli olan, kişiliğe bağlı ve mutlak nitelik taşıyan bir haktır. Kişilik hakkının kapsamını oluşturan bu değerleri, hukuki korumanın konusuna göre, “fiziksel (maddi) kişilik değerleri”, “duygusal kişilik değerleri” ve “sosyal kişilik değerleri” olmak üzere üç gruba ayırmak mümkündür. Vücut bütünlüğü de kişilik hakkının konusuna giren fiziksel kişilik değerleri arasında yer almaktadır. Vücut bütünlüğü değeri, kişinin beden bütünlüğünün yanı sıra, ruh bütünlüğünü de kapsar. Kişi, bedenini oluşturan organları, kemik ve dokuları gibi, vücudun en küçük parçasında dahi kişilik hakkına sahiptir ve bunlara zarar verici her davranış kişilik hakkına tecavüz teşkil eder. Nitekim, Anayasa’nın 17/II. maddesinde de, kişinin vücut bütünlüğü ve sağlığı üzerindeki haklarının temel haklardan biri olduğu belirtilerek, tıbbi zorunluluklar ve kanunda yazılı haller dışında, kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamayacağı ve rızası olmaksızın bilimsel ve tıbbi deneylere tabi tutulamayacağı hükme bağlanmıştır. Ayrıca Anayasa’daki bu düzenlemenin yanı sıra, BK 46 ve 47. maddelerinde vücut bütünlüğüne yönelmiş fiillerden doğan maddi ve manevi zararlara karşı tazminat yoluyla bir koruma sağlamaktadır. Bu nedenle, bir kişinin vücut bütünlüğüne karşı girişilecek eylemler, önemli zarar verecek nitelikte olmasa dahi onaylanması imkansız davranışlardır ve bunlara karşı kişinin korunması zorunludur.¹⁰¹ Bu sebeplerle, sağlık çalışanı, tıbbi girişimi, yalnız tıp kuralları içinde değil, aynı zamanda hukukun verdiği izin ve çizdiği sınırlar çerçevesinde yapar.

Sağlık sorunu yaşayan kişiler, tıbbi müdahaleye rızaları doğrultusunda maruz kalırlar. Bu tıbbi müdahaleler teşhis ve tedaviye yönelik olacaktır. Ancak bazı tıbbi müdahaleler vardır ki, kişinin bunda sağlık yönünden herhangi bir menfaati veya tıbbi

¹⁰⁰ AKTAŞ Ekin Özgür (2013), *İzmir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Hukuku Yüksek Lisans Ders Notları*.

¹⁰¹ ÇEKER Mustafa (2002), ss.2,3

zorunluluk durumu bulunmamaktadır. Bu tipteki tıbbi müdahaleler için yasal dayanak şarttır. Anayasa'nın 17/2. maddesi "...kanunda yazılı haller dışında..." demek suretiyle bu duruma işaret etmiştir. Bu bağlamda kürtaj, sünnet, organ nakli, insan üzerinde bilimsel deney örnek olarak gösterilebilir.¹⁰²

Sonuç olarak, tıbbi müdahale; kişileri hastalık, sakatlık ve diğer istenmeyen tıbbi durumlardan koruma, bu durumlar oluşmuşsa teşhis ve tedavi etme, iyileşmeden sonraki sosyal iyilik halinin devamını sağlama vb. meşru sebeplerle; konusunda eğitim almış yetkili kişiler tarafından, tıp bilimi ve tekniği çerçevesinde, rıza dahilinde gerçekleştirilen; kişinin beden ve ruh tamlığını etkileyen müspet ya da menfi fiillerdir.¹⁰³

Tıbbi girişimlerin sınıflandırılması¹⁰⁴ :

1. Gerekliliğine göre;

- * Acil tıbbi girişimler
- * Elektif tıbbi girişimler

2. Yapıldığı yere göre;

- * Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri
- * İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri
- * Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri

3. Amacına göre;

- * Tanısal girişimler
- * Koruyucu Sağlık Hizmetleri
- * Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri
- * Estetik Rekonstrüktif Sağlık Hizmetleri

4. Yapan sağlık personeline göre;

- * Hekim ve Uzmanlarca yapılan tıbbi girişimler
- * Hekim dışı personelce yapılan tıbbi girişimler

5. Niteliğine göre;

- * Basit tıbbi girişimler
- * Komplike-nitelikli tıbbi girişimler.

¹⁰² GENCER, Zafer Adem (2014), ss.18

¹⁰³ SAVAŞ, Halide (2013), ss.27

¹⁰⁴ AKTAŞ Ekin Özgür (2013), *İzmir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Hukuku Yüksek Lisans Ders Notları*.02.04.2013

Teşhis ve tedavi amacıyla yapılan işlemler, genellikle kişinin bedensel bütünlüğüne müdahale niteliği taşır. Tahlil için kişiden kan veya doku parçası alınması, ilaç kullanılması, fiziksel bazı kontrollerin yapılması, gibi işlemler, tıbbi müdahaleye örnek olarak verilebilir. Bunlar en yaygın ve çoğu kez de en zorunlu olan müdahale örnekleridir.¹⁰⁵ Koruyucu sağlık hizmetleri ise hastalıkları ve istenmeyen durumları önleme amaçlı tıbbi müdahalelerdir. Aşı ve serum uygulamaları, koruyucu sağlık tedbirleri, tecrid uygulamaları, doğum kontrol yöntemlerinin [bazıları, HÖ] vb. bunlardandır.¹⁰⁶ Estetik tıbbi müdahaleler ve cinsiyet değişikliği müdahalelerinin tedavi amaçlı olup olmadığı doktrinde tartışmalıdır. Estetik ameliyatların, güzelleşmeyi amaçlasa da, ruh sağlığını tedaviye yönelik, olduğu düşünülmektedir. Kişilik ruh ve beden bütünlüğünü ifade etmektedir. Ruh-beden uyumunu sağlamayı amaçlayan; cinsiyet değişikliği, estetik ameliyat gibi ameliyatların, tedavi edici olduğu yönünde görüş bildirilmektedir. Cinsiyet değişikliği ameliyesinin hukuka uygun olması için, ruh sağlığı açısından gerekli bulunması şarttır. Kanunda da belirtildiği üzere ruh sağlığı açısından zorunlu olan cinsiyet değişikliği ameliyatlarının tedaviye yönelik olduğu doktrin ve uygulamada kabul edilmektedir.¹⁰⁷ (TMK m.40/I-II) Hekim dışı sağlık personeli tarafından uygulanan tıbbi müdahalelere örnek ise; fizyoterapistin fizik tedavi yapması, hemşirenin hasta bakımı yapması, psikoloğun terapi yapması, radyoloji teknisyeninin röntgen filmi çekmesi vb. dir.¹⁰⁸

Tıbbi müdahalelerle ilgili anayasal düzenleme somut olarak Anayasamızın 17. maddesinde düzenlenmiştir. Anayasamızın 17. maddesi şu şekildedir: “Herkes yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahiptir. Tıbbi zorunluluklar ve kanunda yazılı haller dışında, kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamaz; rızası olmadan bilimsel ve tıbbi deneylere tabi tutulamaz...” Anayasanın 56. maddesine göre sağlık hakkı temel hak olarak kabul edilmiştir. Sağlık hakkıyla yakından ilişkili üç medeni ve siyasi hak bulunmaktadır. Bunlar yaşam hakkı, işkence ve kötü muamele yasağı ve özel hayata saygı gösterilmesi haklarıdır. Anayasanın 20/1 maddesine göre “Herkes özel hayatı ve aile hayatına saygı gösterilmesini isteme hakkına sahiptir. Özel hayatın ve aile hayatının gizliliğine dokunulamaz.” Anayasanın bu maddesiyle bireyin

¹⁰⁵ ER, Ünal (2008), ss.99

¹⁰⁶ SAVAŞ, Halide (2013), *Yargıya Yansıyan Tıbbi Müdahale Hataları (3.Baskı)*, ss.27

¹⁰⁷ SAVAŞ, Halide (2013), *Yargıya Yansıyan Tıbbi Müdahale Hataları (3.Baskı)*, ss.28

¹⁰⁸ SAVAŞ, Halide (2013), *Yargıya Yansıyan Tıbbi Müdahale Hataları (3.Baskı)*, ss.28

özel yaşamını ilgilendiren bu konularda gizliliğin korunacağı, dolayısıyla tıbbi müdahale esnasında dahi kişinin mahremiyetine dokunulamayacağı konusu anayasal koruma altındadır.¹⁰⁹

Tıbbi müdahalenin, idare hukuku ile ilişkisi açısından baktığımızda; Anayasa'nın 125/son maddesine göre "idare kendi eylem ve işlemlerinden zararı ödemekle yükümlüdür". Anayasanın 40. maddesine göre; "Anayasa ile tanınmış hak ve hürriyetleri ihlal edilen herkes, yetkili makama geciktirilmeden başvurma imkanının sağlanmasını isteme hakkına sahiptir....Kişinin, resmi görevliler tarafından vaki haksız işlemler sonucu uğradığı zarar da, kanuna göre, Devletçe tazmin edilir. Devletin sorumlu olan ilgili görevliye rücu hakkı saklıdır." Sağlık hizmeti, İdarenin sunduğu kamu hizmetlerindedir. İdarenin her türlü eylem ve işlemlerinde olduğu gibi sağlık hizmetlerinde de sorumluluğu vardır. idarenin sorumluluğu hizmet kusuruna dayanabileceği gibi, kusursuz sorumluluk esaslarına da dayanmaktadır. Bu bağlamda idarenin; tıbbi müdahale hizmeti nedeniyle kişilerde bir zarar oluştuğu takdirde, idare hukuku kurallarına göre tazmin yükümlülüğü bulunmaktadır. Tıbbi müdahalelerde idarenin sorumlu olması için ağır kusur aranmaktadır. Danıştay 10. Dairesi konuyla ilgili bir kararında (K.2007/4316) "...İdare Hukuku ilkeleri ve Danıştay'ın yerleşik içtihatlarına göre, sunulan hizmetin riskli bir hizmet taşıdığı durumlarda, idarenin tazmin yükümlülüğünün doğması için, zararın idarenin ağır hizmet kusuru sonucu meydana gelmiş olması gerekmektedir. Bünyesinde risk taşıyan hizmetlerden olan sağlık hizmeti nedeniyle uğranılan zararın tazmini de kural olarak ancak, idarenin ağır hizmet kusurunun varlığı halinde mümkündür. Bununla birlikte, idarenin tazmin sorumluluğunun doğması için aranılan ağır hizmet kusuru, riskli tıbbi müdahaleler ve operasyonlar bakımından geçerli olup, sağlık hizmet içinde değerlendirilmekle beraber, tıbbi operasyon kapsamına dahil edilemeyecek bir takım bakım, gözetim ve yan müdahalelerin hiç veya gereği yapılmaması dolayısıyla oluşan zararda idarenin sorumluluğu için ağır hizmet kusurunun aranmasına gerek bulunmamaktadır...." Tıbbi müdahale kapsamında değerlendirilemeyen sağlık hizmetleri ise tıbbi faaliyet olarak

¹⁰⁹ GENCER, Zafer Adem (2014), ss.24,25

kabul edilmemektedir. Bu eylemler yönünden idareni sorumlu olması için basit kusur yeterlidir.¹¹⁰

Tıbbi müdahaleler doğası gereği insan bedeni üzerinde icra edilir. Bu özellikleri nedeniyle tıbbi müdahaleler, görüntüde kişinin vücut bütünlüğüne zarar vermekte ise de, gerçek amacı kişiyi daha iyi hale getirmektir. Türk Medeni Kanunu'nun (TMK) 23. ve 24. maddelerinde kişinin maddi ve manevi dokunulmazlığı kabul edilmiştir. Her ne sebeple olursa olsun, kişinin rızası dışında vücut bütünlüğüne dokunulamaz. Eğer kişi çeşitli nedenlerle, hekime giderse hekimle hasta arasında bir hukuki ilişki kurulması için ilk adım atılmış olur.¹¹¹

Tıbbi müdahale esnasında bir takım suçlar işlenebilmektedir. Bazen de tıbbi müdahalenin kendisi suç teşkil edebilir. Örneğin para kazanmak amacıyla cinsiyet değiştirme suçu kasten yaralama suçunu oluşturur. Tıbbi müdahalenin yetkisiz bir kişi tarafından icrası, hekimin standart tıbbi uygulamalardan ayrılarak kusurlu hareketlerle hastanın sağlığı bozulursa ya da tıbbi müdahaleye hukuka uygun hale getiren unsurlara riayet edilmediği takdirde hekimin taksirli ya da kasıtlı davranmasına göre taksirle veya kasten yaralama suçu oluşabileceği gibi, hastanın hayatını kaybetmesi durumunda da hekimin kasıtlı ya da taksirli davranmasına göre taksirle ölüme neden olmak veya kasten öldürme suçları oluşabilir. Ancak tıbbi müdahaleler nedeniyle oluşabilecek tek suç tipi yaralama veya öldürme suçu değildir. Genel olarak hekimin Türk Ceza Kanunu'na (TCK) göre suç olan eylemleri şunlardır: kasten adam öldürmenin ihmali suretle işlenmesi (TCK83), taksirle ölüme neden olmak (TCK 85), kasten yaralama (TCK 86 vd), taksirle yaralama (TCK 89), insan üzerinde deney (TCK 90), organ ve doku ticareti (TCK 91), yardım ve bildirim yükümlülüğünün yerine getirilmemesi (TCK 98), çocuk düşürme (TCK 99), kısırlaştırma (TCK 101), genital muayene (TCK 287). Bu suçlar tıbbi müdahale esnasında işlenebilen suçlardır.¹¹²

Kişilik hakkı ile tıbbi müdahaleler arasında (ister hastanın muvafakati, isterse tıbbi zorunluluk veya kamu yararı gerekçesiyle gerçekleştirilsin) sıkı bir ilişki söz konusudur. Bu bağlamda, kişilik hakkının konusunu oluşturan yaşam, vücut bütünlüğü ve sağlığın korunması gibi değerler ile tıbbi müdahale arasında bir menfaat çatışması

¹¹⁰ GENCER, Zafer Adem (2014), ss.25,26

¹¹¹ GENCER, Zafer Adem (2014), ss.28,29

¹¹² GENCER, Zafer Adem (2014), ss.29,30

yaşanır. Gerçekten de, tıbbi müdahale sonucunda kişinin yaşam, vücut bütünlüğü ve sağlık gibi fiziksel değerlerinin ihlali söz konusu olabilmekte ve bu tür müdahalelerin kişilik hakkına bir saldırı niteliği taşıdığını ileri sürmek her zaman için mümkündür. Ancak hekim [ve sağlık çalışanları, HÖ] tarafından kişinin bedeni üzerinde gerçekleştirilen bu fiillerde, onun yararı hedeflendiğinden, hemen hukuka aykırılık yoluna başvurmak hakkaniyete uygun düşmez. Bu nedenle, tıbbi müdahalelerin hukuka uygunluk şartlarını belirleyerek, hangi hallerde hekimlerin [ve sağlık çalışanlarının, HÖ] sorumluluğuna yol açtuklarını değerlendirmek yerinde olacaktır.¹¹³

3.2 Tıbbi Müdahalenin Hukuka Uygunluk Koşulları:

Tıbbi müdahalelerin ister bir kısmı, isterse tamamı için söz konusu olsun, tipe uygun ve kusurlu bir eylemin cezalandırılmaması için hukuka uygun olması gerekir. Bir kişiye yapılan tıbbi müdahalenin suç olmayacağı kesin olarak kabul edilmektedir. Hatta, bir tıbbi müdahalenin hangi şartlar altında hukuka uygun veya aykırı olacağı konusunda da gerek tıp etiği açısından, gerekse dünyadaki çeşitli hukuk sistemleri açısından, bazı ayrıkçı durumlar hariç, bir uyumdan söz edilebilir. Bununla birlikte, bu eylemi hukuka uygun hale getiren etkenin ne olduğu konusunda halen tam bir görüş birliğine varılmış değildir. Çeşitli görüşlerin üzerinde birleştiği nokta, insanın vücut bütünlüğüne yapılan bir saldırının suç olmamasının, Anayasal bir temeli olması, temel bir hakka dayanması koşuludur. Dünyada ve Türk hukukunda geçerli olan görüşler arasında, tıbbi müdahalelerin hukuka uygunluğunu, hekimin mesleğini yerine getirme hakkına bağlayanlar olduğu gibi, hukuka uygunluğun kaynağını, hastanın yaşama, kendini geliştirme ve kendi geleceği üzerinde karar verme hakkında bulanlar da vardır. Bu iki büyük akım dışında, bazı görüşler de tıbbi müdahaleyi kendine özgü bir hukuka uygunluk nedeni olarak incelemektedir.¹¹⁴

Konuyla ilgili olarak, Erman (2003,73), “Ceza Hukukunda Tıbbi Müdahalenin Hukuka Uygunluğu” eserinde şu görüşü belirtmiştir; ‘Hekimin mesleki hakkı ile hastanın kendi geleceğini belirleme hakkının çatışması durumunda ise, öncelikle her iki hakkı objektif olarak karşılaştırdığımızda, insan kişiliğinin en temel değerlerinden biri

¹¹³ ÇEKER, Mustafa (2002), ss.1

¹¹⁴ ERMAN, Barış (2003), *Ceza Hukukunda Tıbbi Müdahalenin Hukuka Uygunluğu*, Ankara: Seçkin Yayıncılık. ss.48

olan ve yaşam ve vücut bütünlüğü hakkının ayrılmaz bir parçası olarak görülen kendi geleceğini belirleme hakkını, meslek hakkından kural olarak daha üstün tutmamız gerektiği sonucuna varmaktayız. Bu karşılaştırmayı tıbbi müdahalelere uyguladığımızda da, mesleki bir hakkı değil, ancak kendi geleceğini belirleme hakkını kişinin vücut bütünlüğüne bir müdahaleyi haklı gösterebilecek güçte bir hak olarak görmekteyiz....Buna karşılık hekimin, hasta haklarına saygılı ve mesleğinin gereklerini yerine getiren bir tutum ve davranış içinde olması halinde de, eylemlerinden dolayı herhangi bir ceza yaptırımını ile karşılaşmaması gerektiğini kabul etmekteyiz. Bu kabul gereği hastanın iradesi, kural olarak tıbbi müdahalenin bir koşulu olarak benimsendiğinde, hekimin buna aykırı davranmaması zaten mesleğin gereklerinin içinde yer alacak, böylece gerçekte 'hekim hakkı ile hasta hakkının' çatışması diye bir kavram kendiliğinden anlamsız hale gelecektir. Zira, genel sağlığı koruma görevi kapsamının dışında hastanın iradesine aykırı davranan hekim, kendi açısından da mesleki hakkının dışına çıkmış sayılacaktır. Böylece, bir yandan hekimin mesleğini huzur içinde uygulaması sağlanacak, diğer yandan da hasta, kendisi üzerinde tıbbi bir baskı veya zorlamada bulunulmayacağı birinciyle tıbbi olanaklardan yararlanabilecektir. Söz konusu iki hak arasında bir dengenin bu şekilde kurulabileceği düşüncesindeyiz."¹¹⁵

Sonuç olarak, bir tıbbi işlemin hukuki yönden ceza gerektirmemesi için taşıması gereken şartlar, tıbbi müdahalenin hukuka uygunluk koşullarını oluşturur. Bunun için öncelikle yapılan tıbbi işlemin hukuken yasaklanmamış olması gerekir. Daha sonra, müdahaleyi yapan kişinin işlem konusunda yetkisinin olması gereklidir. Girişimin tıbbi kurallara uygun bir gerekçesi (endikasyon) ve uygulaması olmalıdır. Bazı yazarlar bu iki koşulu ayrı ayrı, bazıları ise birlikte değerlendirmektedirler. Son olarak, hastanın yapılacak tıbbi işlem için aydınlatılması (bilgilendirme) ve rızası (onam) gereklidir. Bu bağlamda tıbbi müdahalenin hukuka uygunluk koşullarını ayrı ayrı irdelemek yerinde olacaktır.

¹¹⁵ ERMAN, Barış (2003), ss.73

3.2.1 Tıbbi Müdahalenin Hukuk Tarafından Yasaklanmamış Olması :

Bazı tıbbi işlem ve muayenelerin sınırları kanunlarca belirlenmiştir. Bunlara uyulmaması sorumluluk getirir.¹¹⁶ “Meşru amaç” da denilen bu koşula göre; tıbbi müdahale kanuna, ahlaka aykırı olarak, gayrı meşru bir amaçla gerçekleştirilirse hukuka aykırı olur, cezalandırılması gerekir.¹¹⁷

Örneğin; tıbbi bir gerekçesi olmadan, on haftadan büyük gebeliğin sonlandırılması TCK’nun 99. maddesinde suç olarak tanımlanmıştır. Buna göre; “tıbbi zorunluluk bulunmadığı halde, rızaya dayalı olsa bile, gebelik süresi on haftadan fazla olan bir kadının çocuğunu düşürten kişi, iki yıldan dört yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır...” (TCK 99/2) demektir.¹¹⁸ Aynı kanun, “Kadının mağduru olduğu bir suç sonucu gebe kalması halinde, süresi yirmi haftadan fazla olmamak ve kadının rızası olmak koşuluyla, gebeliği sona erdirene ceza verilmez” (TCK 99/6) hükmü ile istisnai bir durum için tıbbi müdahalenin sınırını genişletmiştir.

Organ nakli operasyonlarına da kanunla bazı kural ve sınırlamalar getirilmiştir. Kanun, “Hukuken geçerli rızaya dayalı olmaksızın, kişiden organ alan kimse, beş yıldan dokuz yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. Suçun konusunun doku olması halinde, iki yıldan beş yıla kadar hapis cezasına hükmolünür.” (TCK 99/1-2) demektir.¹¹⁹ Kişilerin rızası dahilinde ve tıbbi şartlara uygun olarak yapılan organ nakli ameliyatı, ticaret gayesi var ise suç teşkil eder.¹²⁰ (Organ ve doku ticareti yasağı, TCK 99/3)

Hukuka aykırı tıbbi müdahaleye başka bir örnek de TCK 287’de tanımlanmıştır. Buna göre; “Yetkili hakim ve savcı kararı olmaksızın, kişiyi genital muayeneye gönderen veya bu muayeneyi yapan fail hakkında üç aydan bir yıla kadar hapis cezasına hükmolünür” denmektedir.¹²¹ Bu örneklerde olduğu gibi kanunlar, yapay dölllenme, embriyon nakilleri, cinsiyet değiştirme, kısırlaştırma, insan üzerinde deney vb. tıbbi girişimler için bazı sınırlar ve yasaklar getirmiştir.

¹¹⁶ AKTAŞ Ekin Özgür (2013), *İzmir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Hukuku Yüksek Lisans Ders Notları*.

¹¹⁷ SAVAŞ, Halide (2013), *Yargıya Yanmayan Tıbbi Müdahale Hataları (3.Baskı)*, ss.39

¹¹⁸ AKTAŞ, Ekin Özgür (2013), *İzm. Üniv.Sos.Bil.Ens.Sağ.Huk.D.Notları*.

¹¹⁹ AKTAŞ, Ekin Özgür (2013), *İzm. Üniv.Sos.Bil.Ens.Sağ.Huk.D.Notları*.

¹²⁰ SAVAŞ, Halide (2013), *Yargıya Yanmayan Tıbbi Müdahale Hataları (3.Baskı)*, ss.39

¹²¹ AKTAŞ, Ekin Özgür (2013), *İzm. Üniv.Sos.Bil.Ens.Sağ.Huk.D.Notları*

Sonuç olarak, meşru amaçtan kast edilen; kanuna, ahlaka, adaba aykırı olmayan amaçtır. Tıbbi müdahalenin hukuka uygun olması için müdahale fiili, herhangi bir suç tanımına uygun olmamalı, meşru amaçlarla gerçekleştirildiği için hukuka aykırı olmamalı veya fiilde bir hukuka uygunluk sebebi bulunmalıdır.¹²²

3.2.2 Tıbbi Müdahalenin Yetkili Kişi Tarafından Yapılması:

Vücut bütünlüğünü korumaya, sürdürmeye veya iyileştirmeye yönelik el atmaların kanunen yetkili, ehliyetli kişilerce gerçekleştirilmesi gerekir.¹²³ Tıbbi müdahale insanın vücut bütünlüğünü, hayatını doğrudan ilgilendiren bir konudur. Yapılacak kötü bir müdahale ile bireyin vücut bütünlüğü üzerinde ağır zararlar oluşabileceği gibi hayatı da sona erebilir. Bu nedenle tıbbi müdahalede bulunabilmek için belirli kıstaslar aranmıştır. Hukuka uygun bir tıbbi müdahaleden bahsedebilmek için, öncelikle tıbbi müdahalede bulunacak kişinin kanunen yetkili olması gerekir.¹²⁴ Tıbbi müdahalelerin bireyler üzerinde yapabileceği olumsuz etkiler dolayısıyla, tıbbi müdahale yetkisi sadece sağlık personeline (esas itibarıyla hekime) verilmiştir. Böylece bireyin dolayısıyla da toplumun korunması amaçlanmıştır. Bireyin tıbbi müdahale konusunda –acil durumlar hariç- hekim veya sağlık personeli dışında bir kimseye yetki vermesi geçersizdir.¹²⁵

Tıbbi bir girişim veya uygulamayı yapan kişinin yetki sınırlarının belirlenmesi çok önemlidir. Yetki konusuna iki bakış açısıyla bakmak gereklidir; ilki, ilgili mevzuatta belirtilen görevler ve bunun getirdiği yetkiler; ikincisi de, koşula bağlanmış tıbbi girişimlerin getirdiği yetkilerin sınırlandırılmalarıdır.¹²⁶ Bu yetki sınırlandırmalarından yukarıda “tıbbi müdahalenin hukuken yasaklanmamış olması” koşulunda bahsetmiştik. Yetki için gerekli genel kurallara bakacak olursak; öncelikle, meslek tanımı, adı, yetki sınırları ve görevler belirli bir yasal düzenleme ile belirlenmiş olmalıdır. Uygulama yetkisi sadece eğitim aldığı alanda olmalıdır. Diplomaların veya meslek belgesinin Sağlık Bakanlığı’na onaylanması/kabulü gereklidir. Sağlık gibi multidisipliner bir alanda müdahale yetkisi karmaşasının çözülebilmesi için sağlık

¹²² SAVAŞ, Halide (2013), *Yargıya Yansıyan Tıbbi Müdahale Hataları* (3.Baskı), ss.40

¹²³ SAVAŞ, Halide (2013), *Yargıya Yansıyan Tıbbi Müdahale Hataları* (3.Baskı), ss.35

¹²⁴ GENCER, Zafer Adem (2014), ss.53

¹²⁵ HAKERİ, Hakan (2013), *Tıp Hukuku El Kitabı* (6.Basım), ss.124

¹²⁶ AKTAŞ, Ekin Özgür (2013), *İzm. Üniv.Sos.Bil.Ens.Sağ.Huk.D.Notları*.

personeli ve görevlerinin net bir şekilde tanımlanmış olması gereklidir.¹²⁷ Hemşireler haricindeki tüm sağlık çalışanlarının görev ve yetkileri, 1219 sy. “Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun” (TŞSTİDK) ve “Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği”nde tanımlanmıştır. Bu görevler ve sınırları 22.05.2014 tarihinde Resmi Gazete’de yayımlanan “Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik” ile yeniden tanımlanmıştır. Hemşireler ise 6283 sy. Hemşirelik Kanunu ve daha sonra 08.03.2010 tarihli ve 27515 sy. Resmi Gazete’de yayımlanan Hemşirelik Yönetmeliği’ne göre iş ve görevlerini yaparlar. Hekim dışındaki sağlık personelinin tıbbi girişimde bulunma yetkileri sınırlıdır ve görevlerinin çoğunu hekim gözetiminde yaparlar.

Tıp fakültesinden mezun olarak diploma sahibi olan kimseye “hekim” adı verilir. 1219 sy. TŞSTİDK’nun birinci maddesine göre, “Türkiye Cumhuriyeti dahilinde tababet icra ve her hangi suretle olursa olsun hasta tedavi edebilmek için tıp fakültesinden diploma sahibi olmak şarttır.” Tıp fakültesi mezunu olup, hekim sıfatını kazanmış kişiler kural olarak tıbbın bütün alanlarında tıbbi müdahale yetkisine sahiptir. Nitekim 1219 sy. kanununun 8. maddesi de Türkiye’de hekimlik yapma bakımından bu kanunda gösterilen niteliklere sahip olan kimselerin genel suretle hastalıkları tedavi hakkına sahip olduklarını açıklamaktadır. Böylece kanun, belirli bir dalda uzmanlık şartı aramamaktadır. Sadece, belirli bir dalda uzman olmak, bunu ilan etmek bakımından uzmanlık belgesine sahip olmak gerekmektedir. Dolayısıyla, örneğin pratisyen hekimler de her türlü tıbbi müdahaleyi yapabilirler. “Tıpta ve Diş Hekimliği’nde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği”nde uzmanın tanımı yapılırken, “uzmanlık eğitimini tamamlayarak o dalda sanatını uygulama hakkı ve uzmanlık unvanını kullanma yetkisi kazanmış olanlar” dan bahsedilmektedir. (m.4/I-I) Böylece yönetmeliğin bu hükmü, uzmanların ilgili dalda sanatını uygulama hakkını ve unvan kullanma yetkisini kazanmış olmasını belirtmekte, ancak o alanda tek yetkili olarak uzmanları belirtmemektedir. Bu yönetmelik 26.04.2014’de yenilenmiştir. 27. maddesine göre “yönetmelik hükümlerine göre uzmanlık belgesi almayanlar, hiçbir yerde ve şekilde uzmanlık unvan ve yetkisini kullanamazlar”. Hekimin uzman olmadığı halde veya uzmanlık alanı dışında bir tıbbi müdahalede bulunması, hekimin üstlenme

¹²⁷ AKTAŞ, Ekin Özgür (2013), *İzm. Üniv.Sos.Bil.Ens.Sağ.Huk.D.Notları*.

kusuruna yol açabilir. Hekimin üstlenmemesi gereken bir tıbbi müdahaleyi üstlenmesi, başlı başına bir kusurdur. Yargıtay da kalp damar cerrahi asistanı hekimin, uzmanlık alanına göre tek başına torakotomi yapılmasına karar vermeye ve operasyona yetkili olup olmadığının araştırılması gerektiğine hükmetmiştir.¹²⁸

Türk Tabipler Birliği (TTB) Disiplin Yönetmeliği'ne göre de, "Tıpta Uzmanlık Tüzüğü'ne göre alınmış bir uzmanlık belgesi olmadan herhangi bir biçimde uzmanmış gibi davranmak veya tanıtım yapmak suretiyle meslek uygulamasında bulunmak" (5e-geçici meslekten men) suçtur.¹²⁹ Hakeri (2013,126), "Adli Tıp Meclisi'nin bir kararında da uzman olmayan hekimin uzmanlığa ilişkin bir konuda müdahalede bulunması hekimin acemiliği olarak kabul edilmiştir. Böylece bu durumda hekim taksirden dolayı sorumlu olacaktır. Dikkat çekmek isterim ki, uzmanlık alanı olmayan bir alandaki tıbbi müdahalesi durumunda hekim kasttan değil, taksirden dolayı sorumlu tutulur, zira hekimin esasen sırf hekim olmak itibarıyla tıbbi müdahalesi hukuka uygundur. Tüzüğün uzmanlıkla ilgili getirdiği yasağa uyulmaması halinde hekimin taksirden bahsedilebilecektir" demektedir.¹³⁰

Müdahalenin tıbbi olabilmesindeki en önemli kıstas, vücuda yapılacak müdahale konusunda ehliyetli bir kişinin, tıp bilim ve tekniğine uygun olarak müdahaleyi yapmasıdır. toplum içinde mevcut olan kırk-çıkıçılar, kendi yaptıkları ilaçları insanlar üzerinde uygulayan, doğal hekim olduğunu iddia edenler vb. kişiler hukuki anlamda tıbbi müdahalede bulunma ehliyetini haiz kişilerden sayılmazlar ve yaptıkları müdahalelerin de tıbbi olduğu söylenemez. Bunlar tarafından gerçekleştirilen girişimler tıbbi nitelikten yoksun olup hukuka aykırıdır.¹³¹ Yargıtayımız, sahte doktorluk yapılması ile ilgili bir kararında, sahte tabiplik yapılıp yapılmadığının Yüksek Sağlık Şurası'ndan sorulması gerektiğine karar vermiş ve ilk derece mahkemesinin bilirkişiye göndermeden verdiği mahkumiyet kararını bozmuştur. Kararda; "23.02.1997 ve 5.3.1997 günlü tutanaklarda sanığın bel fitiği, romatizma, migren gibi hastalıkların tedavisini bioenerji yoluyla yaptığı, tedavide pomad ve krem kullandığı huşuları kaydedilerek....sanığın tedavi yönteminin 1219 sy. Kanun'un 25 ve 1593 sy. Kanun'un 10. maddeleri kapsamına göre sahte tabiplik yapma niteliğinde olup olmadığına dair rapor temin

¹²⁸ HAKERİ, Hakan (2013), *Tıp Hukuku El Kitabı* (6.Basım), ss.124,125,126

¹²⁹ AKTAŞ, Ekin Özgür (2013), *İzm. Ünv.Sos.Bil. Ens.Sağ.Huk.D.Notları*.

¹³⁰ HAKERİ, Hakan (2013), *Tıp Hukuku El Kitabı* (6.Basım), ss.126

¹³¹ SAVAŞ, Halide (2013), *Yargıya Yansıyan Tıbbi Müdahale Hataları* (3.Baskı), ss.29

edilip...” [ifadesine yer verilmiştir]. (Yargıtay 7.CD. E.1999/2704 K.1999/3290 T.7.4.1999)¹³²

TŞSTİDK'nun 25. maddesine göre diploması olmadığı halde hasta tedavi eden veya tabip unvanı kullananlara iki yıldan beş yıla kadar hapis ve 1000 güne kadar adli para cezası ile cezalandırılacağı öngörülmüştür. Bu bağlamda hekim olmayanların hekim unvanını kullanması ve hasta tedavi etmesi suçtur. Yargıtay bir kararında psikolog olan [hekimin, HÖ], psikolojik rahatsızlığı bulunan kişiye ilaç yazdığı olayda, kişinin bu ilaç nedeniyle yaralanıp yaralanmadığını, yaralanmış ise TCK 89. madde kapsamında rapor alınması ve buna göre hukuki durumun tespitine karar vermiştir. (Yargıtay 12.CD.02.07.2012 tarih,2012/13207 E, 2012/16578) Karara konu olayın suç tarihi 01.01.2007 olması nedeniyle olayın taksirle yaralama kapsamında değerlendirilmesi doğrudur, ancak TŞSTİDK'nun 25. maddesi 5728 sy. kanunun 22.maddesi ile değiştirilip, ceza miktarı 2 yıldan 5yıla kadar hapis ve 1000 güne kadar adli para cezası şeklinde artırıldığı için, günümüzde bu tip bir eylem TŞSTİDK'nun 25. maddesine girmektedir.¹³³

3.2.3 Tıbbi Kurallara Uygun Gereklilik (Endikasyon) :

İnsan hakları kavramı ele alındığında genellikle insanın dıştan gelen müdahalelere karşı korunması anlaşılmaktadır. Bazı durumlarda, hakka tecavüz kişinin kendisinden kaynaklı hareketlerden gelmektedir. Türk Ceza Kanununda kişinin kendi yaşamına son vermesi ya da bu amaçla teşebbüste bulunması cezalandırılmamıştır. TCK 84. maddesinde intihara yönlendirme suçu düzenlenmiştir. Kişinin bedeni üzerinde mutlak tasarrufta bulunabilme hakkı bulunmadığından, kişinin kendisine karşı işlenecek suçlara, önceden bir rıza vermesi de söz konusu olamaz. Kasten yaralama niteliğindeki tıbbi müdahalelere kişinin rıza vermesiyle hukuka uygun hale gelmez.¹³⁴

Her tıbbi girişimin tanı, tedavi veya koruma gibi bir amacı olmalıdır. Tıbbi bir işlemin gereksiz ve gerekçesiz yapılması tıbbi amacını ortadan kaldırır ve girişimi hukuk dışına sürükler.¹³⁵ Daha geniş anlatımla, belirli bir teşhis veya tedavi sürecinin

¹³² SAVAŞ, Halide (2013), *Yargıya Yansıyan Tıbbi Müdahale Hataları* (3.Baskı), ss.31

¹³³ GENCER, Zafer Adem (2014), ss.55

¹³⁴ GENCER, Zafer Adem (2014), ss.83

¹³⁵ AKTAŞ, Ekin Özgür (2013), *İzm. Ünv.Sos.Bil.Ens.Sağ.Huk.D.Notları*.

uygulanabilmesi için, hekimin bu tedbirini haklı kılan bir neden bulunmalıdır. Dolayısıyla endikasyondan anlaşılması gereken, tıbbi müdahaleyi gerekli kılan göstergedir, tıbbi gereklilik, zorunluluktur. Anayasamız da endikasyon şartına işaret etmektedir. “tıbbi zorunluluklar...dışında kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamaz” (m.17/2). TCK’nun 99/2 maddesinde kullanılan “tıbbi zorunluluk” tabiri de endikasyona işaret etmektedir.¹³⁶

Endikasyon, hekimin tıbbi müdahalesini hukuka uygun kılan unsurlardan birisidir. Bir kişinin vücut bütünlüğüne yönelik olan tıbbi müdahalelerde bulunmak için, bu müdahalenin tedavi edici nitelikte olması aranmaktadır. Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi (TDN)’nin 13/3 maddesi uyarınca hekimin tıbbi müdahaleyi teşhis, tedavi veya korunmak amacıyla yapabileceği açıkça vurgulanmıştır. Hekim tıbbi müdahaleyi yaparken sağlık kazandırma, tedavi etmek amacıyla hareket etmelidir. Hekimin amacı hastanın yaşamını, vücut bütünlüğünü korumak, onu acılardan kurtarmak veya hastalıklara yakalanmasını önlemek olmalıdır.¹³⁷

Yargıtay’a göre de kişinin hiçbir hakkı sınırsız değildir. Sağlık ve yaşama haklarının da bir sınırı bulunmaktadır. Kişi ancak tedavi olmak, bir hastalığı önlemek için rızasını verebilir. Hekimin tedavi yükümlülüğü, alınacak tedbiri kapsamlı ve gerekli görmelidir. Tedavi yükümlülüğünün içerik ve kapsamı tıbbi gereklilikler ve meslek etiği göz önünde bulundurularak belirlenir. Bugün, sadece bir hastalığın ortadan kaldırılmasına yönelik tedbirlerin değil, aksine hazırlayıcı, teşhis edici veya sonraki müdahalelerin de endikasyon içerdiği kabul edilmektedir. Bu itibarla, endikasyon, sadece doğrudan tedaviye yönelik tedbirler açısından var sayılamaz. Dolayısıyla narkoz dahil olmak üzere ameliyat, ilaç tedavisi, kemoterapi gibi müdahaleler endikasyon şartını yerine getirdiği gibi, teşhise yönelik müdahaleler de kan alma, röntgen çekme gibi, endikasyon şartını yerine getirmektedir. Aynı şekilde aşılardan da endikasyonun bulunduğu ve bunların da hekim müdahalesi olarak kabulünde tereddüt olmamak gerekir.¹³⁸

Endikasyonun objektif sınırını belirlemede parametre olabilecek hususlar, teşhis ve müdahalenin yapılması veya yapılmaması durumlarına ilişkin tahminlerdir.

¹³⁶ HAKERİ, Hakan (2013), *Tıp Hukuku El Kitabı* (6.Basım), ss.194

¹³⁷ GENCER, Zafer Adem (2014), ss.84

¹³⁸ HAKERİ, Hakan (2013), *Tıp Hukuku El Kitabı* (6.Basım), ss.195

Uygulama özellikle teşhise yönelik müdahalelerde endikasyona ilişkin sıkı şartlar aranmaktadır. Keza tedavi ve ameliyat için de sıkı şartlar aranmaktadır. Hekim, endikasyon olmaksızın bir ameliyat yapmış olması halinde, hem haksız fiil dolayısıyla, hem de sözleşmeye aykırılık dolayısıyla sorumlu olur, hem de kasten yaralama ve hatta hasta ölmüşse, kasten öldürme suçundan dolayı sorumlu olur. Nitekim uygulamada, sırf para almak amacıyla, herhangi bir endikasyon olmaksızın yaptırılan röntgen çekimlerinin kasten yaralama suçunu oluşturduğuna karar verilmiştir.¹³⁹

Tıbbi gereklilik çeşitleri, tıbbi, psikolojik ve sosyal endikasyon olarak kabaca üçe ayrılır. Tıbbi endikasyon; tıbbi nedenlere dayanan endikasyon türüdür. Yapılan tıbbi müdahalelerde iyileştirme amacı güdülür. Böbreklerinde taş bulunan bir kişinin böbreklerinden ameliyatla bu taşın çıkarılması gerekir. Bu tip ameliyatta kişinin böbrek ameliyatı geçirmesinin nedeni, böbreklerinde bulunan taşın cerrahi usullerle alınarak kişinin sağlığına kavuşmasıdır. Aynı şekilde bir sağlık kurumuna rahatsızlığı nedeniyle başvuran kişinin, hastalığın tespit edilebilmesi için muayene olması gerekir. Muayene olmadan bir teşhis yapılamayacağından, yapılan muayene tıbben zorunludur.¹⁴⁰

Psikolojik endikasyon, kişiye yapılan tıbbi girişimin gerekliliğinin, tıbbi nedenlerden çok psikolojik nedenlere dayanmasıdır. Bu kapsamda ilk akla gelen, kozmetik müdahaleler, estetik ameliyatlardır. Bunlara öğretilerde “mutlak olarak iyileştirme dışında amaçlara yönelen müdahaleler” adı verilmekte, beden bütünlüğüne yönelik müdahaleler kapsamında kabul edilmekte ve “kişinin doğuştan mevcut veya sonradan husule gelmiş görünüm bozukluklarını düzeltme amacına yönelik tıbbi müdahale” olarak tanımlanmaktadır.¹⁴¹ Kişide bulunan psikolojik rahatsızlıklar, çirkinlik, güzellik, değişik saplantılar psikolojik orijinli olup, bu durumlarda tıbbi zorunluluk bulunmaktadır. Zira kişi bu müdahaleden sonra saplantılarından kurtulacaktır. Güzelleşme amacıyla yapılan tıbbi müdahaleler de psikolojik endikasyon kabul edilmektedir. Bu tür operasyonlarda, fiziksel bozukluğun kişinin psikolojisini olumsuz yönde etkilediği, kişinin içinde bulunduğu ruhsal çöküntüyü sona erdirecek şekilde, kişinin kaybettiği moralini tekrar kazanmak ve ruhsal kişiliğini onarma amacı

¹³⁹ HAKERİ, Hakan (2013), *Tıp Hukuku El Kitabı* (6.Basım), ss.196

¹⁴⁰ GENCER, Zafer Adem (2014), ss.84

¹⁴¹ HAKERİ, Hakan (2013), *Tıp Hukuku El Kitabı* (6.Basım), ss.198

güdülmektedir.¹⁴² Kısırlaştırma, bazı doğum kontrol yöntemleri, rahim tahliyesi ve cinsiyet değişikliği gibi girişimlerin bir kısmında da psikolojik endikasyon vardır.

İnsan toplum içinde yaşar ve toplumdan dışlanmaması için topluma ilişkin bir takım kurallara kendisini uymak zorunda hisseder. Bir takım tıbbi müdahaleler sosyal gerekçelere dayanılarak yapılabilir. Bu durumda sosyal endikasyondan bahsedilir. Sosyal endikasyona örnek olarak sünnet gösterilmektedir.¹⁴³ Tıbbi endikasyon olmadığı halde dinsel ya da geleneksel nedenlerle uygulanan sünnet genel kurallar gereğince hukuka uygun kabul edilmektedir.¹⁴⁴

Tıbbi bir işlemin gerekçesiz yapılması çoğunlukla şu nedenlere dayanmaktadır; girişimi yapanın maddi çıkar sağlama amacı, tıbbi bir merakı giderme (araştırma) ya da deneyim ve eğitim.¹⁴⁵ Tıbbi müdahalenin, hukuka uygunluk koşullarından biri olan tıbbi gerekliliğin ihlal edildiği işlemler için mevzuatta bir takım cezai yaptırımlar ön görülmüştür. Örneğin; maddi çıkar sağlama amacına yönelik, TCK, “Görevinin sağladığı güveni kötüye kullanmak suretiyle gerçekleştirdiği hileli davranışlarla, kendisine veya başkasına yarar sağlanmasına veya bu yolda vaatte bulunulmasına bir kimseyi ikna eden kamu görevlisi, üç yıldan beş yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.” demektedir. (TCK m.250) TTB Disiplin Yönetmeliği 5. maddesine göre ise “hastalıkların tanı ve tedavisinde henüz kanıtlanmamış ya da bilim dışı yöntemleri uygulamak veya önermek”, geçici meslekten men, sebepleri içerisindedir. Aynı konuda TCK, gerekli koşulların sağlanmadığı durumlarda, “insan üzerinde bilimsel bir deney yapan kişi, bir yıldan üç yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır” demiştir. (TCK m.90)

3.2.4 Müdahalenin Tıbbi Standartlara Uygun Yapılması :

Tıbbi müdahalenin hukuka uygunluk şartlarından bir diğeri de, yapılan müdahalenin bilimsel standartlara uygun olarak yapılmasıdır. Hekimden beklenen, olası risklere karşı gerekli önlemleri almak ve tıbbi uygulama sırasında yeterli dikkat ve özeni göstermektir. Hekim tıbbi müdahalede bulunurken, bu öngörülebilir riskleri ve hastanın menfaatlerini gözötmelidir. Hukuka uygun bir tıbbi müdahaleden bahsedilebilmesi için

¹⁴² GENCER, Zafer Adem (2014), ss.85

¹⁴³ GENCER, Zafer Adem (2014), ss.85

¹⁴⁴ HAKERİ, Hakan (2013), *Tıp Hukuku El Kitabı* (6.Basım), ss.199

¹⁴⁵ AKTAŞ, Ekin Özgür (2013), *İzm. Üniv.Sos.Bil.Ens.Sağ.Huk.D.Notları*.

yapılan tıbbi müdahalenin, zamanın tıp otoritelerince kabul edilmiş kurallara göre yapılması gereklidir. Bu kurallarda sapma olduğu takdirde sorumluluk gündeme gelecektir. Bu kurallara uyulmadan, sapma gösterilerek yapılan tıbbi müdahaleler neticesinde zararlı bir netice ortaya çıktığı takdirde hukuka aykırı bir tıbbi müdahaleden bahsedilecektir.¹⁴⁶

Hekimin tıp biliminin kural ve ilkelerine aykırı olan her hareketi hukuka aykırılık olarak karşımıza çıkar. Bu nedenle hekim, “genellikle kabul edilen ve tıp biliminin uygulanması artık mutad usul halini almış olan ilkelerini bilmek ve sanatının kurallarına göre doğru teşhis koyup bu teşhise uygun bir tedavi tavsiye etmek ve bu tedaviye gerekli her türlü ihtiyat tedbirlerini alarak uygulamak zorundadır. Bu bağlamda tıp bilimi ve uygulamasının genel kabul gören kurallarının bilinmesi ve bunlara uygun davranılması için hekimin tıp alanındaki yenilikleri ve gelişmeleri de takip etmesi gerekecektir. Tıp biliminin genel olarak bilinen, tanınan ve kabul edilmiş kurallar standart olarak da adlandırılmakta olup tıbbi standart kavramı, “hekimin tedavi amacına ulaşması için gerekli olan ve denenerek ispatlanmış bulunan, hekim tecrübesi ve doğa bilimlerinin o anki ulaştığı düzey” olarak tanımlanmaktadır. Hekimin yükümlülüğü tedavi yönteminin uygulanmasından sonra da sürecek, hastanın düzenli bir şekilde kontrolünü yaparak gerekli talimatları verecektir. Yargıtay da hekimin müdahalesinin hukuka uygunluğu için tıp biliminin kabul ettiği kurallara uygun davranılması gerektiğini belirttiği kararında, “Bir meslek veya sanat erbabı, meslek veya sanatını icra ederken muhakkak suretle bilmesi gereken bir konuyu bilmemesi veya zararın önüne geçmek için bilimin lüzum gösterdiği tedbirleri ihmal etmesi yüzünden zarara sebebiyet verirse sorumlu olur. Ancak muhakkak olmayan, tartışma konusu olup genellikle kabul olunmayan bilim kurallarına riayetsizlik sorumluluğu gerektiren bir kusur sayılmaz. Doktorlar tarafından yapılan ameliyatlar beklenen iyi sonucu vermemiş olsa dahi tıp biliminin kabul ettiği bütün kurallara uygun bir müdahale yapılmış ise, artık doktora kusur izafe edilemeyeceğinden meydana gelen sonuçtan sorumlu tutulamaz.”¹⁴⁷

Tıbbi müdahale sonucunda oluşan zarardan, gerekli önlemleri alan ve tıp bilim ve tekniğini gerektiği şekilde uygulayan hekimin sorumlu olmayacağına dair bir Yüksek

¹⁴⁶ GENCER, Zafer Adem (2014), ss.86

¹⁴⁷ KAYA, Mine (2012), “Hekimin hastayı aydınlatma yükümlülüğünden kaynaklanan tazminat sorumluluğu,” *Türkiye Barolar Birliği Dergisi*, <http://www.tbddergisi.barobirlik.org.tr/m2012-100-1181>, ss.52, (02.11.2014)

Mahkeme kararı şöyledir: "...davacının ikinci kez ameliyat olması ve bacağıının kesilerek kısılmasında, davalı şirkete ait hastanede yapılan ameliyat ve tedavinin tıbbın gereklerine uygun yapıp yapılmadığı ile, olayda doktor hatası olup olmadığının tespiti gerekmektedir. Taraflar arasındaki ilişki bir vekalet ilişkisidir. Dava özen borcuna aykırılık iddiası ile açılmıştır. Vekil işini yaparken, bir işçi gibi özen göstermek zorunda olup, en hafif kusurundan dahi sorumludur. (BK.324, 390, 392 maddeleri) Doktor, hastalığa tıbbi açıdan zamanında ve gecikmeksizin doğru teşhisi koyup, önlemlerini eksiksiz biçimde gecikmeksizin almalı, olayın gerektirdiği en uygun tedaviyi geçilmeden belirleyip uygulamalıdır. Tıbbın gereklerine, kurallarına uygun davranılmakla birlikte sonuç değişmemiş ise, bundan dolayı doktor sorumlu tutulamaz." (Yargıtay 13. Hukuk Dairesi E.2001/10959 K.2002/487 T.21.1.2002)¹⁴⁸

Yapılan müdahalede ihmal ve tedbirsizliğin varlığının kabulü için ölçü, zararı meydana getiren sübjektif niteliklerine bakılmaksızın orta seviyede bir kimsenin, yani tedbirli bir doktorun aynı hal ve şartlar altında göstereceği mutad ihtimamdan ibarettir." demektedir. Tıbbi standart konusundaki en büyük problem tıp bilimi ve tekniğindeki sürekli değişime ve gelişme karşısında tıbbi standart kavramının net olarak belirlenmesindeki zorluktur. Tıbbi standarda aykırılık hekimin kusurlu eylemi olarak karşımıza çıktığından ve bu standartlar zamana göre değiştiğinden hangi andaki tıbbi standardın esas alınacağı önemlidir. Aranacak tıbbi standart, müdahale anındaki tıbbi standarttır. Hekimin görev yaptığı yer ve bu standartlara ulaşabilme olanağı tıbbi standardın belirlenmesinde göz önünde bulundurulacak kriterlerdendir.¹⁴⁹

Tıbbi standartlara aykırılık bilgisizlikten, dikkat ve özen eksikliğinden, maddi imkansızlıklardan kaynaklanabilir. Hekimler ve diğer sağlık mesleği mensuplarının gerçekleştirdiği tıbbi müdahalelerin tıbbi standartlara uygun olup olmadığı konusunda mahkemeler, tıp mesleği mensubu bilirkişilerin görüşlerinden faydalanır. Ülkemizde tıbbi hata davalarında yararlanılan çeşitli resmi bilirkişilik kurumları bulunmaktadır. Bu resmi kurumlardan ve başka bilirkişilerden alınan raporların mahkemece değerlendirilmesiyle, tıp bilim ve tekniğine aykırı, dikkatsiz ve özensiz tıbbi müdahale yapıp yapılmadığı değerlendirilir. Ülkemizde mahkemelerin, tıbbi konularda bilirkişi

¹⁴⁸ SAVAS Halide (2008), "Tıbbi hata davalarında özelliikli durumlar," *Kazancı Hukuk Eserleri Bilgi Bankası*, <http://www.kazanci.com> (02.11.2014)

¹⁴⁹ KAYA, Mine (2012), ss.53

olarak faydalandığı kurumlar; Adli Tıp Kurumu, üniversiteler ve Sağlık Bakanlığı bünyesindeki Yüksek Sağlık Şurası'dır. 1219 sy. Kanun'un 75. maddesi sebebi ile tıp ceza hukuku davalarında zorunlu bilirkişilik kurumu olan Yüksek Sağlık Şurası (YSS)'nin bu niteliği, Anayasa Mahkemesi'nin 2009/69E., 2010/79K. sy. ve 3.6.2010 tarihli kararı ile kaldırılmıştır.¹⁵⁰

Taksirle ölüme sebebiyet verme nedeni ile açılan bir davada Yargıtay, Adli Tıp Kurumu raporunu eksik bulup Adli Tıp Genel Kurulu raporuna göre hüküm kurulması gerekliliğini belirtmiştir. Söz konusu davada, pratisyen doktor olan sanığın nöbetçi bulunduğu hastaneye müracat eden hastaya, sanık tarafından yapılan müşahade ve muayene sunucunda reçete düzenlenmiş ve sabah nöroloji polikliniğine gelmesi önerilerek taburcu edilmiştir. Aynı gün şikayetleri artan hasta nörolog tarafından muayane edilip gecikmeli olarak kaldırıldığı hastanede hayatını kaybetmiştir. Yargıtay kararında, "...Ölene eksik tıbbi girişimde bulunduğu şüphe bulunmayan sanığın zamanında doğru teşhis ve tıbbi girişimde bulunduğu halde dahi ölüm sonucunun gerçekleşip gerçekleşmeyeceğini, sanığın neden olduğu gecikmenin; ölenin nörolog doktor muayenesine getirilmesinde ya da diğer hastaneye sevkinde yaşanan gecikmenin sonuca etkili olup olmadığını, cerrahi girişimde bulunulmamasının tıp kurallarına uygun olup olmadığını, dolayısıyla sanığın ya da diğer bir kişinin kusuru bulunup bulunmadığını irdeleyen raporun Adli Tıp Genel Kurulundan alınması sonrası sanığın hukuki durumunu tespit ve tayini yerine teşhiste gecikmeye neden olan sanığın eyleminin eksik tıbbi girişim niteliğinde olduğundan bahsedip, söz konusu gecikmenin ölüm sonucunun gerçekleşmesinde etkili olup olmadığını, dolayısıyla sanığın kusuru bulunup bulunmadığını bildirmeyen yetersiz rapora binaen mahkumiyet hükmü kurulmaması gerekir..." demiştir. (Yargıtay 13.Ceza Dairesi E.2013/14868 K.2014/7397 T.25.3.2014)¹⁵¹

Yargıtay başka bir davada, tıbbi müdahalede hastayı aydınlatma ve rızasının alınmasının, hukuka uygun tıbbi girişimin ön koşulu olduğu; ancak işlemin tıp biliminin gerektirdiği biçimde yapılmasının da zorunluluğunu belirtmiştir. Kararda; "1989 doğumlu olup, genel cerrahi uzmanı....'ya ait zayıflama merkezinde 44 günlük tedavi sonucunda, 7.9.2008 tarihinde, kendinde mevcut kronik kalp damar hastalığının

¹⁵⁰ SAVAŞ, Halide (2013), *Yargıya Yanışyan Tıbbi Müdahale Hataları* (3.Baskı), ss.42,43

¹⁵¹ <http://www.kazanci.com/hukukeserleribankasi>

aktif hale geçmesi sonucu ölen...’nın, ölümünde sanığın sorumluluğunun bulunup bulunmadığının belirlenebilmesi için, öncelikle tıbbi müdahalenin ve hekimin sorumluluk şartlarının belirlenmesi gerekmektedir. Tıp mesleğini icraya yetkili kişi tarafından, tıbben kabul görmüş ilke ve esaslar çerçevesinde, yasaların öngördüğü amaçlarla, aydınlatılmış kişiden alınan rıza üzerine yapılan tıbbi müdahale, hukuka uygun olduğundan doğan zararlı sonuçtan failin sorumlu tutulması mümkün değildir. Ancak; hasta tıbbi müdahale konusunda aydınlatılmış ve tıbbi müdahaleye rıza vermiş olsa dahi, aydınlatma ve rıza tıbbi müdahalenin hukuka uygun olabilmesinin ön şartı olup, hekim müdahalesi tıp biliminin gerektirdiği şekilde yapılmamış ise başka bir anlatımla tıbbi müdahale kusurlu bir şekilde yapılmış ise hekim doğan sonuçtan sorumlu olacaktır...Hekime yüklenebilecek bir kusur olmamasına rağmen tıbbi müdahale başarısızlıkla sonuçlanmışsa, bu durumda da komplikasyon söz konusu olacağından, bu durumda da hekimin sorumluluğuna gidilemez. Kusurlu bir müdahale sonucunda, hastanın sağlığı zarar görmesi veya yaşamının sona ermesi halinde, tıbbi müdahaleyle doğan sonuç arasında illiyet bağı bulunmakta ise, aydınlatma ve rıza koşulu gerçekleşmiş olsa dahi, müdahaleyi yapan hekim, taksirle yaralama veya öldürme suçlarından sorumlu olacaktır.” demektedir. (Yargıtay 12. Ceza Dairesi E.2013/1125 K.2013/15909 T.11.6.2013)¹⁵²

3.2.5 Tıbbi Müdahale İçin Aydınlatma ve Onam:

Hukuka uygun bir tıbbi müdahale için, hastanın kendisine uygulanacak tıbbi işlem konusunda bilgilendirildikten sonra buna rıza göstermesi gereklidir. Aydınlatma (bilgilendirme) ve rıza (onam) bu çalışmanın konusu açısından önem taşımaktadır. Çünkü, doğru ve eksiksiz bir şekilde bilgilendirilen hasta, gereksiz veya fazla yapılacak bir girişime onam vermeyecektir. Hasta haklarının da ayrılmaz bir parçası olan “aydınlatma ve onam” konusunu bu bağlamda incelemek gereklidir.

Tıbbi müdahaleleri hukuka uygun hale getiren en önemli nedenlerden biri “ilgilinin rızası”, başka bir deyişle “aydınlatılmış hasta onamı”dır. Kişi, vücudu üzerinde gerçekleştirilecek uygulamalar hakkında bilgilendirildikten sonra hayatı, sağlığı, vücut bütünlüğü üzerinde etkili olacak bir karar vermek durumundadır. Ya

¹⁵²<http://www.kazanci.com/hukukeserleribankasi>

müdahaleye izin verecektir, ya da izin vermeyecektir. Burada net olan, bu kararı verecek kişinin, üzerinde müdahale gerçekleştirilecek kimse olmasıdır. Zira, söz konusu olan onun hayatı, vücudu ve haklarıdır. Kişinin, sağlıklı yaşama hakkı, kendi geleceğini belirleme hakkı gibi hakları sadece kendisi tarafından üzerinde tasarrufta bulunulabilecek haklardır. Ancak bu tasarrufların kanuna, ahlaka, adaba aykırı olmaması gerekir.¹⁵³

Hastanın kendi vücudu üzerindeki hakları, vücut üzerine yapılmak durumunda olan tıbbi müdahalenin, ancak hastanın rızasıyla yapılabilmesini gerekli kılmaktadır. Dolayısıyla hastanın rızası, hem özel hukuk, hem de ceza hukuku açısından önemli bir hukuka uygunluk nedenidir. Hastanın açık ve doğrudan rızası olmasa dahi muhtemel (varsayılan) rızası, kanuni temsilcisinin veya mahkemenin rızası bulunmalıdır. Ancak hastanın rızasının da geçerli olabilmesi için, hastanın neye rıza gösterdiğini bilmesi gerekir, bu konuda yanıtılmaması gerekir. Bunun sağlanabilmesi de ancak hastanın aydınlatılması suretiyle mümkün olur.¹⁵⁴

Geleneksel hekim-hasta ilişkisinde, hekimin bilgisel üstünlük nedeniyle özerklik alanı oldukça genişken, hastanın özerklik alanı arttırılmaya çalışılmakta, aydınlatılmış onam uygulamasıyla hasta özerkliğine saygı ilkesi tıp etkinliğinde yaşama geçirilmeye çalışılmaktadır. İlişkide birinin özerklik alanının genişlemesi, her zaman ötekinin özerklik alanının daralması sonucunu doğurmaz. Özerklik ilkesinin hasta hakkı olarak tıp etkinliğine uygulanması, hastanın özerkliğine saygı ilkesine dönüşmekte ve tıbbi uygulamada eylemle bağlantılı olarak değerlendirildiğinde, tıp etiği bağlamında “aydınlatılmış onam” olarak tanımlanmaktadır. Aydınlatılmış onamın en belirgin özelliği, tıp etkinliği içinde bireyin kendisine yönelik olarak önerilen uygulamalardan, kendi kararı ile seçerek istediği eylemlerin uygulanması davranışıdır.¹⁵⁵

Hasta özerkliğinin temeli Anayasa’da yer almaktadır. (m.17/1) Hastanın teşhise tedaviye veya önlemeye yönelik müdahalelere rıza göstermesi gerekliliği; özgürlüğe, yaşam ve vücut bütünlüğü hakkına saygı ve koruma yükümlülüğünü öngören anayasal

¹⁵³ SAVAŞ, Halide (2013), *Yargıya Yanmayan Tıbbi Müdahale Hataları* (3.Baskı), ss.317

¹⁵⁴ HAKERİ, Hakan (2013), *Tıp Hukuku El Kitabı* (6.Baskı), ss.131

¹⁵⁵ ÇOBANOĞLU, Nesrin (2009), “Tıp etiğinden tıp hukukuna hasta hakları olarak aydınlatılmış onam”, *AnkaraBarosuSağlıkHukukuDigestası*, 11.09.2009,yıl:1,S.1
file:///C:/Users/asus/Downloads/sdigesta%20ank%20baro.pdf, ss76.

prensiplerden kaynaklanmaktadır. Vücut bütünlüğü ve kişinin kendi geleceğini belirleme hakkı, kişiye tanınan en yüksek değerdeki haklardandır. Herkes hekimin yardımından faydalanmak veya hastalığının akışını kadere bırakmak hususunda seçim hakkına sahiptir. Bu seçim hakkını gereğince kullanabilmek için, kişinin vermiş olduğu kararın sonuçlarını iyice bilmesi gerekir. Hastanın kendi geleceğini belirleme hakkı, aynı zamanda hekimin aydınlatma yükümlülüğünün hukuksal temelini ve ölçütünü oluşturmaktadır. Aydınlatma yükümlülüğü sadece hastanın iradesinin serbestçe oluşmasının korunmasına değil, vücut bütünlüğünün korunmasına da hizmet eder. Bu yükümlülük, koşulsuz olarak kişilik hakkına ilişkin esaslardan ortaya çıkmaktadır. Zira genel olarak kişiliğin korunması vücut bütünlüğünün korunması gibi, ilgili hak sahibinin kendi vücut bütünlüğüne her türlü müdahaleler hakkında serbestçe karar alınmasını da ihtiva eder.¹⁵⁶

Hekim ve hasta tıbbi müdahalede beraber etkili olmalıdır. Hasta hekime, şikayetleri ve durumu konusunda bilgi verecek; hekim de hastayı hastalığı ve tedavisi, tedavi şansı ve riskler konusunda bilgilendirecektir. Burada iki ayrı hukuksal yararın çatışma içinde olduğu görülmektedir. Bir yandan hekim, kendisine verilen tıbbi müdahale hakkını kullanmak suretiyle geniş bir takdir yetkisini kullanmakta; öte yandan hasta da kendisi ve sağlığı konusunda tek karar verici olarak kalmaktadır. İşte aydınlatma bu iki tezadı birleştirmektedir. Aydınlatma, hasta odaklı bir işlemdir ve hekim ile hastanın işbirliği içinde gerçekleştirilmelidir.¹⁵⁷

Tıp etkinliğinde “aydınlatılmış onam” terimi, içerdiği iki öge açısından da oldukça ayrıntılı biçimde tanımlanmıştır. Terimin aydınlatma bölümü; uygulanacak yöntemin kapsamını, yapısını, yararlarını, olası istenmeyen sonuçlarını, bu yöntemle seçenек oluşturabilecek öteki yöntemleri ve bu seçenек tedavilerin yapısal ve sonuçsal özelliklerini kapsar. Bu bilgilerin anlaşılmasının ve verilecek karara yönelik olarak işlenmesinin gerekli oluşu, terimde yalnızca bilgilendirme sözcüğünü kullanmak yerine, aydınlatma sözcüğünün kullanılmasını gerektirmiştir. Onam sözcüğü ise, bu bilgilerin ışığında kabul ya da reddetme eylemini içerir ki bu bölümde, yeterliliği olan kişinin bu eylemi özgürce usavurarak yapması temel koşuldur. Buna göre aydınlatılmış onam, “yeterliliği olan bir kişinin kendisine uygulanacak tıbbi yöntem ile ilgili kararını, bu

¹⁵⁶ HAKERİ, Hakan (2013), *Tıp Hukuku El Kitabı* (6.Basım), ss.132

¹⁵⁷ HAKERİ, Hakan (2013), *Tıp Hukuku El Kitabı* (6.Basım), ss.132

yöntemle ve ona seçenek oluşturan öteki yöntemlerle ilgili aydınlatıcı bilgi aldıktan sonra hiçbir baskı altında kalmadan özgürce usavurarak vermesi” olarak tanımlanabilir.¹⁵⁸

3.2.5.1 Aydınlatma ve Onamın Tarihsel Süreci:

Eski Hint ve Yunan tıp uygulamalarında hekimlerin belli ahlaki ilkeler doğrultusunda mesleklerini icra ettikleri ve hekim-hasta ilişkisinin dönemin ahlaki anlayışıyla şekillendiği görülmektedir; ilk kez Roma Hukuku’nda yer alan kanunlara istinaden hekimin kusurunun, beceri eksikliğinin ve bilgisizliğinin ağır ihmal olarak nitelendirildiği dikkat çekmektedir. Ayrıca, başlangıçta pratik olarak dar anlamda iken sonraları hekimlik uygulamalarını da kapsayacak şekilde genişletilen "rıza gösterene yapılan fiil haksızlık oluşturmaz” kuralı, aydınlatılmış onama temel oluşturmuştur.¹⁵⁹

İslam Hukuku’nda ise; ilk çağdaki örneklerin aksine, hekimlerin yapmış oldukları uygulamaların sonuçlarına göre değerlendirilmediği, her uygulama için hukuka istinaden hastanın rızasının gözetildiği ve hatta hekimlerin alçak gönüllü ve dürüst olması gerektiği temel ahlaki ilke doğrultusunda hastalara veya bazı durumlarda yakınlarına, bedenlerine yapılacak tıbbi uygulama ve sonuçları hakkında güzel ve açık bir dille bilgi verilmesine yer verildiği görülmektedir.¹⁶⁰ Osmanlı döneminde “eylemin zararlı olabilecek sonucundan sorumlu olmayı kaldıran rıza (izin) bir bakıma, büyük zararın önlenmesi için küçük zarara katlanma sonucudur”. Bu zamanlarda daha ziyade teknik imkansızlıklar nedeniyle sonucun ne olacağı bilinmeyen cerrahi müdahale öncesi kadı ve şahitler huzurunda hekime izin verilme yoluna gidilmiştir. Bu noktada hastanın yazılı ve sözlü muvafakati yeterli görülmemiş; ayrıca, sonradan çıkacak anlaşmazlıkların bertaraf edilebilmesi için mahkemede şahitler huzurunda teyit ve tescil istenmiştir.¹⁶¹

Günümüz uygulamalarına doğru gelindiğinde, Anglo-Amerikan Hukuk sisteminin güvene dayalı ilişki ve bireyin kendi geleceğini belirleme hakkı ilkelerinin doğal bir sonucu olarak ortaya çıktığı ileri sürülen aydınlatılmış onam öğretisi hakkında

¹⁵⁸ ÇOBANOĞLU, Nesrin (2009), ss.76,77

¹⁵⁹ TÜMER, Ali Rıza (2013), ss.48

¹⁶⁰ TÜMER, Ali Rıza (2013), ss.48

¹⁶¹ SAVAŞ, Halide (2013), *Yargıya Yansıyan Tıbbi Müdahale Hataları* (3.Baskı), ss.319

en erken 1767 yılında Amerika Medeni Kanunu'nda bir takım düzenlemelerin yapıldığı görülmektedir. Hekim yükümlülüklerinin, özellikle de cerrahi girişimlerden önce hastanın onamının alınmasının, 20. yy. başlarında Amerikan mahkemelerinde görülen hukuk davalarının konusu olduğu göze çarpmaktadır. Mary E. Schloendorff davası; Bireyin kendi vücudu üzerinde karar verme hakkını, 1914 yılında NewYork Mahkemesi tarihte ilk olarak ele almıştır. Mary E. Schloendorff bazı mide rahatsızlıkları şikayeti ile NewYork hastanesine başvurur, burada eter anestezisi uygulanarak mideden inceleme yapmak üzere parça alınmasına karar verilir. Cerrah yapılan işlem sırasında karşılaştığı cilt fibroid tümörünü cerrahi yolla opere eder. Bu işlem için hasta anestezi altında iken başka bir salona alınır ve cerrahi işlem gerçekleştirilir. Operasyondan sonra hasta yapılan cerrahi işlemde kaynaklanan enfeksiyon, gangren ve amputasyona maruz kalır. Başlangıçta kusursuz bulunan doktor daha sonra yapılan ikinci yargılamasında Hakim Cordoza tarafından, tarihte Schloendorff kuralları olarak kabul edilen, bir dizi mahkeme kararı ile kusurlu bulunur. Bu kararda en önemli husus “bir yetişkinin kendi bedenine ne yapılacağını belirleme hakkına sahip olması ve kişinin rızası olmaksızın bir cerrahi işlemi gerçekleştiren cerrahın, zararlarından kendisinin sorumlu olduğu bir saldırı meydana getirmiş” olduğunu belirtmesidir. Nathanson Kline davası; 1950 ve 1960 yıllarında aydınlatılmış onam konusunda en önemli dava olup, meme kanseri tanısı ile radikal mastektomi operasyonu uygulanan hastanın ameliyat bölgesine uygulanan kobalt ışın tedavisinin, ciltte oluşturduğu hasar nedeni ile doktordan şikayetçi olması temeline dayanmaktadır. Kansas Yüksek Mahkemesi 1960 yılında verdiği karar ile “doktor hasta arasındaki ilişkinin güveme dayanan bir ilişki olduğunu vurgulayarak, hastaya hastalığı ve tedavisi hakkında tüm gerçeklerin açık sözlülükle açıklanması gerektiğini” bildirmiştir.¹⁶²

Devam eden yıllarda birkaç uluslararası belge ve bildiri aydınlatma ve onam kavramlarının altyapısı oluşmuştur. Dünya Tabipler Birliği'nin 1981 yılında yayımladığı Lizbon Bildirgesi 6 maddeden oluşmakla birlikte, hasta haklarının yazılı olduğu ilk uluslararası metin olma özelliğini taşımaktadır. Bildirgenin 3. maddesinde yer alan “hasta, yeterli ölçüde bilgilendirildikten sonra tedaviyi kabul ya da ret etme hakkına sahiptir.” ifadesi ile aydınlatılmış onamın altı çizilmiştir.¹⁶³ Daha sonra 1994

¹⁶² TÜMER, Ali Rıza (2013), ss.48,49

¹⁶³ TÜMER, Ali Rıza (2013), ss.50

yılında Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bürosu'nca, Amsterdam'da Hasta Haklarının Geliştirilmesi Bildirgesi yayımlanmıştır. Aydınlatılmış onamın bir tıbbi müdahalenin ön koşulu olduğu belirtilmiş ve hastanın eğitim seviyesine uygun bir dil ve seviyede bilgilendirilmesine dikkat çekilmiştir. 1995 yılında Endonezya'da Lizbon Bildirgesi genişletilerek, karar verme ehliyet ve yeteneğine sahip olmayanlar için yasal temsilcilerinden onam alınması gerektiği belirtilmiştir.¹⁶⁴

Avrupa Konseyi İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi; İnsan hakları ve temel özgürlüklerin devam ettirilmesi ve hayata geçirilmesi amacıyla 1997 yılında Avrupa Konseyi ve üye ülkeleri tarafından imzalanan ve 2003 yılında Türkiye tarafından da kabul edilerek, Anayasa'nın 90. maddesi ile bağlayıcı nitelik kazanan sözleşmenin bir takım hususlarla beraber, "insanın hem birey, hem de insan türünün bir üyesi olarak saygı görmesi gerektiğine inanarak ve insan haysiyetini güvence altına almanın önemi" kabul edilerek düzenlendiği vurgulanmıştır. Sözleşmenin 5. maddesinde "sağlık alanında herhangi bir müdahale ile ilgili kişinin bu müdahaleye özgürce ve aydınlatılmış olarak onam vermesinden sonra yapılabilir, bu kişiye müdahalenin amacı ve niteliği ile sonuçları ve tehlikeleri hakkında önceden uygun bilgiler verilmelidir ve ilgili kişi onamından her zaman serbestçe vazgeçebilir" denilerek genel kural belirtilmiştir.¹⁶⁵

Hasta haklarının belirlenmesi ve korunması adına 2002 yılında Roma'da kabul edilen ve Avrupa Birliği üye ülkelerinin anayasalarında, bahsi geçen temel hakların korunduğu düzenlemelere temel oluşturması düşünülen Hasta Hakları Avrupa Sözleşmesi'nin 3. ve 4. maddelerinde; bilgilendirme ve onam hususlarına değinilerek, aydınlatmanın kapsamı önceki bildirgelerdekine benzer şekilde belirtilmiştir. Ayrıca aydınlatmanın müdahaleden en az 24 saat önce yapılması gerektiğine dikkat çekilmiştir.¹⁶⁶

Günümüzde dünyada, tıbbi girişim için hastayı aydınlatma ve onam konusunda bazı devletlerin yaklaşımlarını değerlendirecek olursak; Alman Hukuku'nda doktorun hastanın rızası olmaksızın yapacağı her müdahale bir haksız fiil kabul edilmekte ve bu fiili hukuka uygun hale getirebilmek için de hastanın rızası özellikle gözetilmektedir. Rızanın sarih olması yanında zımni olabileceği de kabul edilmektedir. Hastanın rızasını

¹⁶⁴ TÜMER, Ali Rıza (2013), ss.50

¹⁶⁵ TÜMER, Ali Rıza (2013), ss.51

¹⁶⁶ TÜMER, Ali Rıza (2013), ss.51

almadan önce doktor tarafından aydınlatılması gereği ise, tıbbi müdahalenin arz edeceği tehlikenin tipine, derecesine ve meydana getireceği komplikasyonların ağırlığına ve yoğunluğuna göre değişebilecektir.¹⁶⁷ Alman mahkeme kararlarına göre de hastanın rızası ancak, rıza gösterilen tıbbi müdahalenin anlamını, önemini, sonuçlarını yeterli derecede bilmesi halinde geçerli olacaktır.¹⁶⁸

Fransa'da tedavi için doktora başvuran kimsenin, doktorun yapacağı tüm operasyonlara muvafakat göstermiş sayılmayacağını, ancak, özel risk arz etmeyen normal ve gerekli operasyonlara zımnen muvafakat ettiğinin kabul edileceği görüşü hakim bulunmaktadır. Ancak özel risk arz eden ve hastanın vücut bütünlüğünü kesin ve devamlı bir şekilde ihlal edebilecek müdahalelerde hastanın açık rızası aranmakta; rıza alınması öncesinde de hastanın müdahale hakkında aydınlatılması istenmektedir.¹⁶⁹

İsviçre Federal Mahkemesi bir kararında, aydınlatma yükümlülüğünden şöyle bahsetmiştir; "Aydınlatma ödevi sınırlarını, konusu sağlığın korunması ve devam ettirilmesi olan tıp biliminin tanımında bulur. Hekim, hastalığın muhtemel gelişmesine ait tahminlerini ve tedaviye ilişkin hususları basit, anlaşılır bir şekilde ve dürüstçe açıklamakla yükümlüdür. Hasta, önerilen tedavinin mahiyeti ve muhtemel etkileri hakkında yeterli derecede aydınlatılmalıdır ki, bu tedaviye bilerek rıza gösterebilsin."¹⁷⁰

ABD'de mahkeme içtihatlarına yansıyan uygulamada oldukça sert bir çözüm benimsenmiştir. Buna göre, doktor, başvuracağı tedavinin muhtemel tüm riskleri konusunda hastayı tam bir açıklıkla aydınlatıp rızasını almalıdır. Öyle ki, hastanın tedavinin risklerini öğrenmesi dolayısıyla ortaya çıkabilecek moral çöküntüsü ve benzeri sakıncalar dahi bu sert çözümün yumuşatılmasında yeterli görülmemektedir.¹⁷¹

3.2.5.1.1 Türkiye'de Tıbbi Müdahale İçin Aydınlatma ve Onam Kavramı:

Cumhuriyet döneminde ilk düzenleme 1928 yılında yürürlüğe giren 1219 sy. TŞSTİDK ile yapılmıştır. Adı geçen kanununun 70. maddesinde; hekim ve diş hekimlerinin yapılacak her türlü müdahale için hastadan veya belirlenen şartlarda

¹⁶⁷ DERYAL, Yahya (2012), *Sağlık Hukuku Problemleri*, ss.28

¹⁶⁸ SAVAŞ, Halide (2013), *Yargıya Yansıyan Tıbbi Müdahale Hataları* (3.Baskı), ss.322

¹⁶⁹ DERYAL, Yahya (2012), ss.29

¹⁷⁰ SAVAŞ, Halide (2013), *Yargıya Yansıyan Tıbbi Müdahale Hataları* (3.Baskı), ss.323

¹⁷¹ DERYAL, Yahya (2012), ss.29

hastanın velisi ya da vasisinden müdahale öncesinde rıza alınması ve büyük cerrahi operasyonlar için bu rızanın yazılı olması gerektiği karara bağlanmıştır.¹⁷² (Aksi şekilde davrananlar için öngörülen para cezası, 2008 yılında yapılan değişiklikle artırılmıştır.)

Hasta-hekim ilişkileri ve aydınlatma hakkından bahseden bir diğer düzenleme 1960 yılında hazırlanan Tıbbi Deontoloji Tüzüğü'dür. (TDT) Tüzüğü'nün 14. maddesinde bilgilendirmenin hasta üzerinde olumsuz etki oluşturup hastalığı artırma ihtimali bulunmadığı takdirde, teşhis ve alınması gereken tedbirler hakkında hastaya açıklıkla bilgi verilmesi gerektiği ifade edilmiştir.¹⁷³

1979 yılında yürürlüğe giren 2238 sy. "Organ ve Doku Alınması ve Saklanması, Aşılması ve Nakli Hakkında Kanun" ve 1983'de yürürlüğe giren 2827 sy. "Nüfus Planlaması Hakkında Kanun" da, bu iki özel konudaki girişimler için bilgilendirme ve rıza alınması zorunluluğu hükme bağlanmıştır. Tıbbi girişimlerde hastanın aydınlatılması ve rızasının alınmasının anayasal dayanağı ise 1982 Anayasası'nın "Kişinin Hak ve Ödevleri" başlığı altında açıklanmıştır. Buna göre anayasanın 17. maddesi "Tıbbi zorunluluklar ve kanunda yazılı haller dışında, kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamaz; rızası olmadan bilimsel ve tıbbi deneylere tabi tutulamaz" demektedir.¹⁷⁴

TTB Disiplin Yönetmeliği'nin 3/e maddesine göre, hasta haklarına saygı göstermemek, "uyarma" cezası gerektiren hallerdendir. Aynı yönetmelikte, aydınlatılmış onam ve yararlılık ilkesi de 4.madde (r),(s) ve (t) fıkralarında ele alınmıştır: "Para cezası gerektiren haller şunlardır:...r) Acil durumlar dışında özel bilgi ve beceri gerektiren girişimlerde bulunarak hastaya zarar vermek, s) Hastanın aydınlatılmış onamını usulüne uygun almaksızın tıbbi girişimde bulunmak, t) Sonuçta hastanın ölümüne, sakatlığına sebep olmayıp da sağlığının kısa süreli geçici bozulmasına yol açan tıbbi hata ve ihmalde bulunmak"¹⁷⁵

TDT'nün yeniden düzenlenmesiyle 1998 yılında kabul edilen "Hekimlik Meslek Etiği Kuralları"na göre Aydınlatılmış Onam; madde 26: "Hekim hastasını, hastanın sağlık durumu ve konulan tanı, önerilen tedavi yönteminin türü, başarı şansı ve süresi,

¹⁷² TÜMER, Ali Rıza (2013), ss.52

¹⁷³ TÜMER, Ali Rıza (2013), ss.52

¹⁷⁴ ÇOBANOĞLU, Nesrin (2009), ss.81

¹⁷⁵ ÇOBANOĞLU, Nesrin (2009), ss.83

tedavi yönteminin hastanın sağlığı için taşıdığı riskler, verilen ilaçların kullanılışı ve olası yan etkileri, hastanın önerilen tedaviyi kabul etmemesi durumunda hastalığın yaratacağı sonuçlar, olası tedavi seçenekleri ve riskleri konularında aydınlatılır. Yapılacak aydınlatma hastanın kültürel, toplumsal ve ruhsal durumuna özen gösteren bir uygunlukta olmalıdır. Bilgiler hasta tarafından anlaşılabilir biçimde verilmelidir. Hastanın dışında bilgilendirilecek kişileri hasta kendisi belirler. Sağlıkla ilgili her türlü girişim, kişinin özgür ve aydınlatılmış onamı ile yapılabilir. Alınan onam, baskı, tehdit, eksik aydınlatma ya da kandırma yoluyla alındıysa geçersizdir...Hasta vermiş olduğu onamı dilediği zaman geri alabilir.”¹⁷⁶

Hasta haklarının kapsamlı ve açık bir şekilde belirtildiği önemli düzenlemelerden biri de 1998’de yürürlüğe giren “ Hasta Hakları Yönetmeliği”dir. [8.5.2014’de bazı maddelerinde değişiklik yapılmıştır. HÖ] Yönetmeliğin 22.maddesinde; kanunda işaret edilen istisnai haller haricinde, kimseye onam olmaksızın veya verdiği onama uygun olmayan bir şekilde tıbbi müdahalede bulunulamayacağı; sonrasındaki maddelerde acil durumlarda ne şekilde hareket edileceği, hastanın rızasını geri çekme, tedaviyi reddetme veya durdurma hakkı, rızanın hukuka ve ahlaka uygun olmadığına geçerli olmayacağı, organ ve doku nakli ile bazı özel durumlar konu edilmiş ve önceki düzenlemelerle örtüşen açıklamalar yapılmıştır.¹⁷⁷

Tıbbi girişim için hastanın aydınlatılması hakkındaki ilk Yargıtay kararlarından biri 1977 tarihlidir; acil olarak ambulansla doğumevine getirilmiş olan hastaya davalı kadın-doğum uzmanı tarafından rektal tuşe sırasında hekimin baş parmağının himene basması hastanın anüler olan kıvrık zarının yırtılmasına yol açmıştır. Yargıtay’ın aldığı karara göre; muayenenin olası sonuçları, riski davacıya açıkça bildirilmediği, hekim aydınlatma görevini uygun olarak yerine getirdiğini kanıtlayamadığı için, aydınlatma ödevini yerine getirmemekten dolayı sorumlu tutulmuştur. (Yargıtay 4. Hukuk Dairesi 7.3.1977, 6297/2541)¹⁷⁸ Aydınlatma ve onam konusunda başka bir Yargıtay kararında ise; “...Tıbbi müdahalelerde de bu genel kuraldan ayrılmamak gerekir. Tıbbi müdahaleler ve hekimin girişeceği diğer eylemler kişinin sağlığını vücut bütünlüğünü ilgilendirdiği, muhtemel tehlikeleri meydana getirebilir nitelikte olduğu için, bunların

¹⁷⁶ ÇOBANOĞLU, Nesrin (2009), ss.84

¹⁷⁷ TÜMER, Ali Rıza (2013), ss.53

¹⁷⁸ TÜMER, Ali Rıza (2013), ss.53,54

gerçekleştirilmesine karar vermek yetkisi hekime değil, müdahaleye maruz kalacak kişiye (hastaya) aittir. Yalnız bu rızanın hukuken geçerli olabilmesi için kişinin, sağlık durumunu, yapılacak müdahaleyi ve etkileri ile sonuçlarını bilmesi gerekir.” denmiştir.(Yargıtay 13.Hukuk Dairesi E.K.2007/2942-6736 T.15.5.2007)¹⁷⁹

3.2.5.2 Tıbbi Müdahale İçin Aydınlatma:

Eski zamanlarda hekim paternalist bir yaklaşımla hastasına yaklaşmaktaydı. Tıpta paternalizm, bir hekimin babanın en iyi bildiği yöntemle hastalarına yaklaşmasıdır. Böylece hekim, çocukları için faydalı olduğu inancıyla hareket eden, iyi niyetli bir baba tutumunu sergilemektedir. Ancak zamanla paternalist anlayış terk edilerek, kişinin kendi vücudu üzerinde karar verebilecek özerk bir yapıya sahip olduğu anlayışı yerleşmiştir. Özerklik; kişinin kendi başına düşünme, değerlendirme, özgür bir biçimde kendi hakkında karar verme ve eylemde bulunabilme yetkinliğidir. Bu itibarla kendisine tıbbi müdahale yapılmadan önce, kendisine tıbbi müdahale yapılacak kişinin öncelikle rıza göstermesi özerkliğe saygı ilkesinin bir sonucudur.¹⁸⁰

3.2.5.2.1 Aydınlatmanın Çeşitleri:

Tıbbi müdahalenin hukuka uygunluk şartı olan hasta onayının (rızanın) geçerliliği, hastanın yeterince ve uygun şekilde aydınlatılmış olmasına bağlıdır. Bu anlamda hastanın aydınlatılması, rızanın geçerlilik şartıdır ve çok önemlidir. Bu nedenle, aydınlatma yükümlülüğü yerine getirilmeden alınmış bir rıza ile yapılacak bir müdahale de, hastanın geleceğini bizzat tayin hakkına, dolayısıyla kişiliğine yönelik bir saldırı sayılacaktır. Doktora başvuran hastanın tek ve birinci amacı, rahatsızlığından kurtulmak ve sağlığına kavuşmaktır. Ancak bunu nasıl elde edebileceği konusunda bilgi sahibi değildir. Bunun için tıbbi müdahaleyi yapacak hekim tarafından bilgilendirilmesi ve aydınlatılması zorunluluğu vardır.¹⁸¹

Bu bağlamda hekimin hastayı aydınlatma yükümlülüğü çerçevesinde müdahale aydınlatması ve tedavi aydınlatması ayrımı yapılmaktadır. Müdahale aydınlatması;

¹⁷⁹ YILMAZ, Battal (2009), “Aydınlatılmış rıza” *Tıp etiğinden tıp hukukuna hasta hakları olarak aydınlatılmış onam*, Ankara Barosu Sağlık Hukuku Digestası, 11.09.2009,yıl:1,S.1 file:///C:/Users/asus/Downloads/sdigesta%20ank%20baro.pdf , ss.168, (03.11.2014)

¹⁸⁰ GENCER, Zafer Adem (2014), ss.57

¹⁸¹ DERYAL, Yahya (2012), ss.154

kendi geleceğini belirleme aydınlatması da denilmektedir. Müdahale aydınlatmasında esaslı unsur, hastanın rızasının tıbbi müdahaleyi haklı kılabilmesi için, hastanın hangi boyutta aydınlatılması gerektiği sorunudur. Müdahale aydınlatması kendi içinde teşhis, süreç ve riziko aydınlatması olarak üçe ayrılır. Teşhis aydınlatmasında, hekim hastasına yapmış olduğu muayene neticesinde elde ettiği tıbbi bulgular ve teşhis hakkında bilgilendirilmelidir. Süreç aydınlatması ile tıbbi müdahalenin etkileri ve sürecin aydınlatılması ifade edilmektedir. Hekim süreç hakkında hastasını bilgilendirerek yapılan teşhis sonucunda elde edilen bulgular çerçevesinde belirlenen fiziksel veya ruhsal bozuklukların tedavisi, tedavi sırasında gerçekleştirilmesi olası müdahalelerin gerekliliği, türü, gerçekleştiriliş tarzı ve kapsamı ile öngörülen tıbbi müdahalelerin gerçekleştirilmemesi durumunda oluşacak sonuçlar hakkında aydınlatılır. Tıbbi müdahale neticesinde oluşacak kesin sonuçların da hastaya bildirilmesi süreç aydınlatmasına dahildir.¹⁸² Yargıtay 13. H.D. bir kararında göğüs kanseri nedeniyle göğüsleri alınan bir kadına sırttan alınan et parçası ile yeni göğüs yapılması operasyonunda, sırtta yara izi oluşacağına ilişkin hastaya aydınlatma yapılmamasını hukuka aykırı bulmuştur. (Yargıtay 13. Hukuk Dairesi T.01.11.2013 E.19631 K.26901)¹⁸³ Başka bir mahkeme kararına konu olayda, hastanın rahmindeki tümör alınırken, hasta, bütün rahmin alınacağı konusunda bilgilendirilmemiştir. Hekim daha önce hastanın iki uzman hekime danışmış olması dolayısıyla, aydınlatılmasına gerek görmemiş ve keza bütün rahmin alınabileceği ihtimalinden bahsederek, hastayı endişeye sevk etmek istememiştir. Yüksek mahkemeye göre bir kimse, bütün rahminin alınmasındansa, hasta kalmayı kabul edebilir. Bu karar hayati tehlikeye yol açacak olsa ve mantıklı olmasa bile, hekimin böyle bir kararın verilebileceğini göz önünde bulundurması gerekir.¹⁸⁴

Hekim, tıp biliminin kabul ettiği esaslara göre bir tıbbi müdahale yapmış olsa dahi, her tıbbi tedavide komplikasyonlar veya planlanmayan bazı gelişmeler olabilir. Hekimin, olası komplikasyon ve yan etkileri hastaya bildirmesi gerekir. Buna riziko aydınlatması denir.¹⁸⁵ Esasen risk aydınlatması, aydınlatma konusundaki tıbbi ve hukuki sorunların temelini oluşturmaktadır. Bu tür aydınlatmanın somut olayda ne ölçüde

¹⁸² GENCER, Zafer Adem (2014), ss.61

¹⁸³ GENCER, Zafer Adem (2014), ss.62

¹⁸⁴ HAKERİ, Hakan (2013), *Tıp Hukuku El Kitabı* (6.Basım), ss.137

¹⁸⁵ GENCER, Zafer Adem (2014), ss.62

yapılması gerektiği ve nelerin aydınlatılması gereken riskler çerçevesinde olduğu en çok tartışılan problemlerden birini oluşturmaktadır. Hekim, müdahalenin doğrudan tehlikeleri dışında, ayrıca müdahalenin sonucu olarak ortaya çıkabilecek riskler konusunda da hastayı aydınlatmalıdır. Hasta, sadece komplikasyon oranları konusunda değil, karar vermesi bakımından önem arz edecek bütün riskler konusunda aydınlatılmalıdır. Müdahalenin diğer organlara etkisi, hatta üçüncü kişilere (örneğin doğacak çocuğa) etkisi de açıklanmalıdır. Hekim az rastlanan risklere de işaret etmek zorundadır. Yargıtay da “nadiren de olsa sonucun, riskin meydana gelebileceğinin açık olarak hastaya bildirilmesi gerektiği”ne hükmetmiştir.¹⁸⁶ Örnek bir davada; 2008 yılında davacıya yapılan sezeryan operasyonunda doğan bebeğin kalp hastası olması nedeniyle tüplerinin bağlanması operasyonu da uygulanmıştır. Ancak, hasta 2010 yılında gebe kalmış ve kürtaj uygulanmıştır. Açılan dava kararında, “Adli Tıp Kurumu 3. İhtisas Kurulunun 24.02.2012 tarihli raporunda, tüp ligasyonuna rağmen nadir de olsa gebelik meydana gelebileceğinin tıbben bilindiği, davalı hastaneye kusur atfedilemeyeceği mütalaa olunmuştur. Davacılar tarafından imzalanan 9.4.2008 tarihli sterilizasyon izin belgesinde işlemin tıbbi sonuçlarının ve olası komplikasyonlarının anlatıldığı ve davacıların bu işleme rıza gösterdiği yazılı ise de, bu rızanın az yukarıda vurgulandığı üzere aydınlatılmış rıza olması gerekir. Anılan belgede önerilen tedavi yönteminin başarı şansı ve süresi, bu yöntemin hastanın sağlığı için taşıdığı riskler, tıbbi sonuçları ve olası komplikasyonları konularında bir açıklama bulunmamaktadır.” belirtmek suretiyle tıbbi müdahaleye uğrayacak hastaya, başarı şansının bildirilmesi gerektiği vurgulanmıştır. (Yargıtay 13.H.D. T. 9.5.2013, E.2013/1813, K.2013/11915)¹⁸⁷

Tedavi aydınlatması, hastanın rızasını almaya yönelik bir aydınlatma değildir. Bu nedenle bu tür aydınlatmaya öğretilde “uyarı yükümlülüğü” adı da verilmektedir.¹⁸⁸ Koruma aydınlatması da denen bu aydınlatma ile hastanın sağlığına ilişkin menfaatlerin gerçekleştirilmesi amaçlanır. Koruma aydınlatması ile ulaşılmak istenen hastaya kendi durumu, ilaçların etkileri veya iyileştirme sürecinin işleyişi konusunda bilgilendirerek,

¹⁸⁶ HAKERİ, Hakan (2013), *Tıp Hukuku El Kitabı* (6.Basım), ss.143

¹⁸⁷ GENCER, Zafer Adem (2014), ss.63

¹⁸⁸ HAKERİ, Hakan (2013), *Tıp Hukuku El Kitabı* (6.Basım), ss.138

hastanın menfaatleri doğrultusunda hastanın hekimle işbirliğine girmesini sağlamaktır. Hastanın tehlikelere karşı korunması düşüncesi hakimdir.¹⁸⁹

Hastaya, tedavinin muhtemel alternatifleri, örneğin klasik bir tedavinin mi, yoksa ameliyatın mı, ilaç mı yoksa ışın tedavisinin mi mümkün olduğu açıklanmalıdır. Burada söz konusu olan, alternatif tedavi yöntemleri konusunda aydınlatmadır. Hastanın rızasının geçerli olabilmesi için kural olarak, alternatif tedavi yöntemleri konusunda da aydınlatılmış olması gerekir. Hastaya, kendi durumunda sadece belli bir tedavi yönteminin değil, başka yöntemlerin de alternatif teşkil edebileceği anlatılmalıdır.¹⁹⁰ Alternatif tedavi yöntemlerine ilişkin olarak yükseltilmiş aydınlatma yükümlülüğünde esas alınan ölçüt “müdahalenin aciliyeti” kriteridir. Hastanın tedavi yöntemleri arasında gerçek bir seçme imkanı varsa, artık bunlardan birini seçmek konusunda karar verme hususu hastaya bırakılmalıdır. Bu tip durumlarda hekimin yapması gereken, bütün müdahale olasılıklarını hastaya sunmak, bunların avantaj ve dezavantajlarını izah etmek, bu yöntemlerin lehine ve aleyhine olan hususları açıklamak ve böylece yeteri kadar aydınlatılmış hastanın karar vermesini sağlamaktır.¹⁹¹

3.2.5.2.2 Aydınlatmanın Kapsamı:

Aydınlatma yükümlülüğünün kapsamının belirlenmesinde bazı özel kanunlar dışında genel kurallar yoktur. Her somut olayın kendine özgü koşulları bulunduğu için, olaya göre aydınlatma yükümlülüğü genişleyip daralabilmektedir.¹⁹² Bu husus objektif kıstaslara ve hastanın beklentilerine göre belirlenir. Bu konuda dikkate alınacak hususlar, hastanın kültürel, toplumsal ve psişik durumudur. İkinci olarak, aydınlatmanın kapsamı müdahalenin gerekliliğine ve riskin ağırlığına göre belirlenecektir.¹⁹³

Tıbbi müdahale doğrudan tedavi amacını taşııyorsa, örneğin estetik ameliyat, kısırlaştırma gibi durumlarda aydınlatma kapsamı geniş tutulmalıdır. Ayrıca tedavi

¹⁸⁹ GENCER, Zafer Adem (2014), ss.63

¹⁹⁰ HAKERİ, Hakan (2013), *Tıp Hukuku El Kitabı* (6.Basım), ss.137

¹⁹¹ HAKERİ, Hakan (2013), *Tıp Hukuku El Kitabı* (6.Basım), ss.144

¹⁹² YILMAZ, Battal (2009), ss.172

¹⁹³ HAKERİ, Hakan (2013), *Tıp Hukuku El Kitabı* (6.Basım), ss.150

amacı gütmeyen tanı amaçlı yapılan müdahaleler ile yapılması tavsiye edilen fakat zorunlu olmayan müdahalelerde de aydınlatma kapsamı geniş tutulmalıdır.¹⁹⁴

Aydınlatma kapsamını belirleyen bir diğer faktör, hastanın psikolojik durumudur. Hekim hastanın psikolojik durumunu kötü bulur ve aydınlatma yapıldığı takdirde, hastanın ruhen fena tesir altında olacağını öngörmekteyse, bu durumda hekim, hastanın kendi geleceğini belirleme hakkının ihlali ile aydınlatma sonucu ortaya çıkan zarar arasında bir mukayese yapmalıdır. Aydınlatma yüzünden uğranılan zarar, hastanın kendi geleceğini belirleme hakkının ihlaline göre daha ağır sonuçlara neden olacaksa hekim aydınlatma kapsamını hastanın menfaatine olacak şekilde sınırlandırmalıdır.¹⁹⁵ (HHY m.19'da bu durum tanımlanmaktadır.)

8.5.2014 tarihinde Resmi Gazete'de yayımlanan "Hasta Hakları Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik"de, HHY'nin 15. maddesi değiştirilmiş ve "bilgilendirmenin kapsamı" tanımlanmıştır.¹⁹⁶

3.2.5.2.3 Aydınlatmanın Zamanı ve Yükümlüsü ve Kime Yapılacağı:

Aydınlatma ne çok erken ne de çok geç yapılmalıdır. Hekim aydınlatmayı zaman baskısı altında yapmamalı, hastasına da karar verme baskısı uygulamamalıdır. Acil bir durum olmadığı sürece hastaya düşünmesi için makul ve uygun bir süre tanınmalıdır.¹⁹⁷ Aydınlatmanın ne zaman yapılması gerektiği konusunda yasal bir düzenleme bulunmamaktadır. Önemli olan husus, hastaya aydınlatma yapıldıktan sonra, hastaya makul bir süre tanınmalıdır ki, hasta sağlıklı karar verecek düzeye erişerek tıbbi

¹⁹⁴ GENCER, Zafer Adem (2014), ss.65

¹⁹⁵ GENCER, Zafer Adem (2014), ss.66

¹⁹⁶ www.resmigazete.gov.tr, 8 Mayıs 2014, sayı: 28994

"Hasta Hakları Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik"

Madde 3- Aynı Yönetmeliğin 15 inci maddesi başlığı ile birlikte aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

"Bilgilendirmenin Kapsamı

Madde 15- Hastaya;

a) Hastalığın muhtemel sebepleri ve nasıl seyredeceği,

b) Tıbbi müdahalenin kim tarafından nerede, ne şekilde ve nasıl yapılacağı ile tahmini süresi,

c) Diğer tanı ve tedavi seçenekleri ve bu seçeneklerin getireceği fayda ve riskler ile hastanın sağlığı üzerindeki muhtemel etkileri

ç) Muhtemel komplikasyonları,

d) Reddetme durumunda ortaya çıkabilecek muhtemel fayda ve riskleri,

e) Kullanılacak ilaçların önemli özellikleri,

f) Sağlığı için kritik olan yaşam tarzı önerileri,

g) Gerektiğinde aynı konuda tıbbi yardıma nasıl ulaşabileceği, hususlarında bilgi verilir."

¹⁹⁷ YILMAZ, Battal (2009), ss.176

müdahale yapılıp yapılmamasına karar verebilsin. Tıbbi müdahalenin ne zaman yapılacağı, müdahalenin niteliğine göre değişiklik gösterir. Müdahalenin hemen yapılması gerekli acil durumlarda, ameliyattan hemen önce yapılabileceği gibi işin niteliğine binaen ameliyat masasında dahi yapılabilir. Hasta Haklarına İlişkin Avrupa Sözleşmesinin 4. maddesine göre tıbbi müdahale yapılmadan 24 saat önce hastanın aydınlatılması gerekir.¹⁹⁸ Ayakta tedavilerde aydınlatma müdahale gününde yapıldığı takdirde, zamanında yapılmış sayılır.¹⁹⁹

Hastayı aydınlatacak kişi gayet tabii ki hekimin kendisidir. Bu, aydınlatmanın hukuken aranan bir ödev olmasının da doğal sonucudur.²⁰⁰ Tıbbi müdahale birden fazla hekim tarafından yapılacak ise, müdahaleye katılan her hekim kendi ihtisas alanı kapsamında hastayı aydınlatmalıdır. Hekim haricindeki sağlık personelinin tanı, tedavi, risk vb. konularda hastaları aydınlatma yükümlülüğü bulunmamaktadır. Ancak kendi yaptıkları işlemler için, hastaya bilgi vermeleri gerekir.²⁰¹

Aydınlatılması gereken kişi kesinlikle hastanın bizzat kendisidir. Özellikle hukuka uygunluk sebebi olan rıza, kişiye sıkı sıkıya bağlı bir hakkın kullanılmasıdır. Bu nedenle hak sahibinin ayırtım gücü varsa o aydınlatılmalıdır.²⁰² Hastanın ayırt etme gücü bulunmadığı durumlarda ikili bir ayrıma gidilir. Hastanın ayırtım gücü, başına gelen kaza vs. gibi nedenlerden ötürü geçici bir süre yok olduğu durumlarda, hastanın hayatını ve sağlığını korumak için gerekli müdahaleler yapılır. Böyle durumlarda aydınlatma yapılmaz. Ancak; hastanın ayırtım gücü sürekli yoksa, hastanın kanuni temsilcisine aydınlatma yapılmalıdır. Hastanın kanuni temsilcisi yoksa ya da o anda rıza alma imkanı yoksa zaruret hükümlerine dayanarak müdahalede bulunulur.²⁰³

Tıbbi girişim için hastanın aydınlatılma zamanı, bilgilendirmenin kim tarafından ve kime yapılacağı konuları HHY'nin değişen (2014) 18. maddesinde tanımlanmıştır.²⁰⁴

¹⁹⁸ GENCER, Zafer Adem (2014), ss.69

¹⁹⁹ HAKERİ, Hakan (2013), *Tıp Hukuku El Kitabı* (6.Basım), ss.149

²⁰⁰ YILMAZ, Battal (2009), ss.176

²⁰¹ GENCER, Zafer Adem (2014), ss.68

²⁰² HAKERİ, Hakan (2013), *Tıp Hukuku El Kitabı* (6.Basım), ss.148

²⁰³ GENCER, Zafer Adem (2014), ss.70

²⁰⁴ www.resmigazete.gov.tr, 8.5.2014, s:28994,

Hasta Hakları Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik;

“Madde 18- Bilgi mümkün olduğunca sade şekilde, tereddüt ve şüpheye yer verilmeden, hastanın sosyal ve kültürel düzeyine uygun olarak anlayabileceği şekilde verilir.

3.2.5.2.4 Tıbbi Müdahale İçin Aydınlatmanın Şekli:

Aydınlatmanın sözlü olarak ve hastanın sorduğu soruların cevaplandığı, üzerinde düşüneneceği yeterli sürenin tanındığı bir süreç şeklinde anlaşılması ve uygulanması doğru olacaktır.²⁰⁵ Değişen HHY'nin 18.maddesinde de bilgilendirmenin sözlü olması öngörülmüştür.

Aydınlatmanın kişisel olması gerekir. Bu nedenle matbu aydınlatmadan kaçınmak gerekir. Aydınlatma hastanın formu imzalamasını teminden öte bir anlam taşımaktadır. Dolayısıyla hekim hastasıyla konuşmalıdır. Bu konuşmada öncelikle hastanın beklentileri ve korkuları belirlenmelidir. Ayrıca, hastanın hekim ile ilgili bizzat kanaat sahibi olabilmesi bakımından da sözlü aydınlatmanın ayrı bir önemi vardır. İspata ilişkin nedenlerden dolayı aydınlatma ve rızanın yazılı olması hekime tavsiye edilir.²⁰⁶

3.2.5.2.5 Aydınlatmada İspat Yükümlülüğü:

Aydınlatma yükümlülüğünün bu şartlar çerçevesinde usulünce yerine getirilip getirilmediğinin ispat yükü hekimin üzerindedir. Yani, hastanın rızası alınarak tıbbi müdahale yapılmış olsa bile, bu rızanın yeterince aydınlatılmış bir iradeye dayanıp dayanmadığı tartışmalı ise, bu tartışmada hastanın aydınlatılmadığını değil, hekimin aydınlatma ödevini usulünce yerine getirmiş olduğunu ispatlaması gerekir.²⁰⁷ Hekim ile hasta arasındaki ilişkide zayıf taraf olarak hasta kabul edilerek, ispat yükümlülüğü hekime yüklendiği gibi hasta ile hekim arasındaki ilişki hukuken bir sözleşme

Hasta, tıbbi müdahaleyi gerçekleştirecek sağlık meslek mensubu tarafından tıbbi müdahale konusunda sözlü olarak bilgilendirilir. Bilgilendirme ve tıbbi müdahaleyi yapacak sağlık meslek mensubunun farklı olmasını zorunlu kılan durumlarda, bu duruma ilişkin hastaya açıklama yapılmak suretiyle bilgilendirme yeterliliğine sahip başka bir sağlık meslek mensubu tarafından bilgilendirme yapılabilir.

Hastanın kendisinin bilgilendirilmesi esastır. Hastanın kendisi yerine bir başkasının bilgilendirilmesini talep etmesi halinde, bu talep kişinin imzası ile yazılı olarak kayıt altına alınmak kaydıyla sadece bilgilendirilmesi istenen kişilere bilgi verilir.

Hasta aynı şikayetiyle başka bir hekimden de sağlık durumu hakkında ikinci bir görüş almayı talep edebilir.

Acil durumlar dışında, bilgilendirme hastaya makul süre tanınarak yapılır.

Bilgilendirme uygun ortamda ve hastanın mahremiyeti korunarak yapılır.”

²⁰⁵ YILMAZ, Battal (2009), ss.177

²⁰⁶ HAKERİ, Hakan (2013), *Tıp Hukuku El Kitabı* (6.Basım), ss.151

²⁰⁷ DERYAL, Yahya (2012), ss.159

ilişkisidir. Bu sözleşmenin ise vekalet sözleşmesi olduğu, gerek literatürde, gerekse uygulamada genel kabul görmektedir.²⁰⁸

Esasen aydınlatma işlemi, hekim tarafından yapılacağından ve bu konuya ilişkin belgeler de kendisinde bulunacağından, ispat yükünün hekimde olması doğaldır. Nitekim Yargıtay'da ispat yükümlülüğünün hekimde olduğunu kabul etmektedir.²⁰⁹ Yargıtay daha önce deindiğimiz bir kararında; "Bu yönün ispatı davalı doktora aittir...Olayımızda davalı doktor, aydınlatma görevini yerine getirdiğini bütün veri ve sonuçları tıp bilimine uygun olarak davacının anlayacağı biçimde bildirdiği iddia ve ispat edilemediğine göre....zararlı sonuçtan sorumludur." hükmüne varmıştır. (Yargıtay 4.H.D. E.1976/6297, K.1977/2541, T.7.3.1977) Ameliyat sonrası komplikasyon gelişen bir hasta ile ilgili başka bir davada da; "...Her ne kadar davalılar, davacıya bu yönde açıklayıcı ve aydınlatıcı bilgi verdiklerini savunmuşlarsa da bu konuda savunmalarını doğrulayıcı dosya içerisinde bir bilgi ve belgeye rastlanılmamıştır. Bu yönün ispatı davalılara düşer. Hal böyle olunca davalılar meydana gelen zarardan sorumludurlar..." hükmüne varmıştır. (Yargıtay 3.Hukuk Dairesi, E.2007/12837, K.2007/13884, T.20.11.2007)²¹⁰

3.2.5.2.6 Aydınlatma ile İlgili Hastanın Diğer Hakları:

Hastanın aydınlatmayı reddetmesi, HHY'nin değiştirilen 20. maddesinde açıklanmıştır. Buna göre, "İlgili mevzuat hükümleri ve/veya yetkili mercilerce alınacak tedbirlerin gerektirdiği haller dışında; kişi, sağlık durumu hakkında kendisinin, yakınlarının ya da hiç kimsenin bilgilendirilmemesini talep edebilir. Bu durumda kişinin kararı yazılı olarak alınır. Hasta, bilgi verilmemesi talebini istediği zaman değiştirebilir ve bilgi verilmesini talep edebilir."²¹¹

Hastanın bilgisinin bulunması; Bu bilginin nasıl edinildiğinin önemi yoktur. Hastanın onamı bakımından gerekli olan bilgisi, broşürlerden, kitaplardan, mesleki kişisel tecrübelerinden veya önceki hastalıklarından kaynaklanabilir. Hekimin hastanın bilgisi olduğunu düşündüğü durumlarda, bu hususu güvence altına alması, hastanın

²⁰⁸ YILMAZ, Battal (2009), ss.177

²⁰⁹ YILMAZ, Battal (2009), ss.177

²¹⁰ YILMAZ, Battal (2009), ss.177,178

²¹¹ www.resmigazete.gov.tr, 8.5.2014, s:28994

kesin bilgisinden emin olması gerekir. Hastanın hekim olduğu durumlarda, mesleği dolayısıyla tıbbi müdahale konusunda bilgisi olduğu varsayılabilir.²¹²

Aydınlatmayı yerine getirmeyen hekime karşı sırf bu sebeple bir kusur yükleyip tazminat talebinde bulunmak söz konusu değildir; ancak aydınlatmayı yapmayan hekim, tedavi sonrası çıkabilecek bir takım komplikasyon ya da olumsuz sonuçlardan sorumlu olacaktır. Bir görüşe göre ise tıbbi eylemlerde bulunması gereken rızanın alınmaması veya aydınlatılmadan alınması ya da kapsamın aşılması durumunda hekimin eyleminin hukuka aykırı olacağı yönündedir. Hekimin hukukun yüklediği davranış kuralına uymamakla gösterdiği irade eksikliği, insanın yaşam ve sağlığı ile ilgili kişilik hakkına haksız bir el atmanın olması ve nihayet hastanın serbest karar verme hakkının ortadan kaldırılması nedenleri ile yapılan tıbbi el atma ve yardım tıp kurallarına uygun olsa bile bir zarardan söz edilebilecektir. Hastanın rızası olmadan veya aydınlatılmadan yapılacak tıbbi el atmalar, söz konusu kişinin yaşam ve sağlığına hukuka aykırı bir el atma niteliğinde olduğundan ve bu nedenle kişilik hakkı ihlal edildiğinden manevi zararın varlığı tartışılmaz olacaktır.²¹³

3.2.5.3 Tıbbi Müdahale İçin Onam (rıza) Alınması:

Hastanın rıza beyanında bulunabileceği olağan durumlarda gerçekleştirilen tıbbi müdahalelerin hukuka uygun olması için, hastanın rızası alınmış olmalıdır. Müdahale için verilen bu rızanın geçerliliği ise; hastanın yeterli derecede, zamanında ve yetkili kişi tarafından müdahale konusunda bilgilendirilmiş olmasına bağlıdır. Kişinin üzerinde uygulanması düşünülen tıbbi müdahale konusunda yeterli bilgi sahibi olduktan sonra, tesir altında olmadan müdahaleye rıza göstermiş olması gerekir.²¹⁴

Esasen aydınlatma konusu üzerinde bu kadar durulmasına rağmen, tıp hukukunda, hekimin tıbbi müdahalesinin hukuka uygunluğunu sağlayan asıl unsur, "rıza"dır. Aydınlatma ise rızanın geçerliliğinin ön şartıdır. Fakat pratikte aydınlatmanın

²¹² HAKERİ, Hakan (2013), *Tıp Hukuku El Kitabı* (6.Basım), ss.154

²¹³ YILMAZ, Battal (2009), ss.179

²¹⁴ SAVAŞ, Halide (2013), *Yargıya Yansıyan Tıbbi Müdahale Hataları* (3.Baskı), ss.41

rıza açısından kazandığı büyük önem, aydınlatma konusunun gerek öğretide ve gerekse uygulamada ağırlık kazanmasına neden olmuştur.²¹⁵

Türk hukuk düzeninde “rıza” kavramını irdelediğimizde; öncelikle, Anayasamıza göre “tıbbi zorunluluklar ve kanunda yazılı haller dışında kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamaz, rızası olmadan bilimsel ve tıbbi deneylere tabi tutulamaz.” (m.17/2) İnsan vücudunun bilimsel ve tıbbi deneylerde kullanılması da kişinin rıza göstermesi şartına bağlanmıştır. Medeni Kanun’un (MK) 23. maddesine göre; “insan kökenli biyolojik maddelerin alınması, aşılması ve nakli ancak vericinin yazılı rızası ile mümkündür.” MK’un 24.maddesi ise; kişilik haklarına yönelen her saldırının hukuka aykırı sayılacağı ilkesi vurgulandıktan sonra; kişilik haklarına yönelik bir saldırının hukuka uygun sayılması için, kişilik hakkı zedelenen kimsenin rızası, daha üstün nitelikte özel veya kamusal yarar ya da kanunun verdiği yetkinin kullanılması gerektiği belirtilmiştir.²¹⁶ 1219 sy. TŞSTİDK’un 70. maddesi, rıza şartını tedavinin temel unsuru olarak belirlemiştir ve; “tabipler ve diş tabipleri ve dişçiler yapacakları her nevi ameliye için hastanın, hasta küçük veya tahtı hacirde ise veli veya vasisinin evveleminde muvafakatini alırlar” demektedir.²¹⁷ TCK’da ise “kişinin üzerinde mutlak surette tasarruf edebileceği bir hakkına ilişkin olmak üzere, açıkladığı rıza çerçevesinde işlenen fiilden dolayı kimseye ceza verilemez” (m. 26/2) hükmü mevcuttur.²¹⁸ 1998’de yürürlüğe giren ve 2014’de değişiklikler yapılan HHY’nin 24-31. maddeleri arasında rıza kavramı açıklanmıştır.

3.2.5.3.1 Rızanın Açıklanması, Konusu ve Kapsamı:

Hekim müdahalesinin esasen yaralama kabul edilmesi ve diğer koşullarla birlikte hastanın rızasının mevcudiyeti durumunda müdahalenin hukuka uygun sayılması dolayısıyla, tıp hukuku alanında hastanın rızası büyük bir pratik önem kazanmış bulunmaktadır. Hasta ile hekim arasında sözleşme ilişkisi bulunduğu göre, hastanın rızası olmadan bir sözleşme ilişkisinin varlığından da bahsetmek mümkün olmayacaktır. Tıbbi müdahaleye verdiği rıza ile hasta, risklere ilişkin bir aydınlatma sonrasında, kurallara uygun yapılan bir tıbbi müdahalede de istenmeyen sonuçların

²¹⁵ HAKERİ, Hakan (2013), *Tıp Hukuku El Kitabı* (6.Basım), ss.159

²¹⁶ DERYAL, Yahya (2012), ss.30

²¹⁷ DERYAL, Yahya (2012), ss.31

²¹⁸ GENCER, Zafer Adem (2014), ss.71

meydana gelme riskini üstlendiğini, bu çerçevede artık “kendi sorumluluğunun bilincinde olarak, tehlikeli bir eylemi kabullenmiş bir kişi” olduğunu açıklamış olmaktadır.²¹⁹ Bu şekilde tıbbi müdahalenin neden, etki ve neticelerini kabul eden, muhasebesini yapan hasta, bu yöndeki iradesini açıkladığı anda, rızası hukuken etki doğurmaya başlayacaktır.²²⁰

Hasta üzerinde tıbbi müdahalede bulunulabilmesi için hastanın rızası şarttır. Böylelikle müdahale kararını hekim değil, hasta vermektedir. Hasta müdahaleye rıza göstermediği takdirde, tedaviyi red hakkını kullanıyor demektir. Tedaviyi red hakkı, bireyin kendi geleceğini belirleme hakkının bir iz düşümüdür. Birey kendi yararına olan belirli bir tıbbi müdahaleye rıza göstermez veya sınırlı bir şekilde rıza gösterdiği durumlarda tedaviyi reddetmiş olacak ve rızası haricinde kendisine müdahalede bulunulamayacaktır.²²¹ Hastanın rıza göstermemesi dolayısıyla tıbbi müdahalenin yapılmaması halinde, hekimin herhangi bir sorumluluğu söz konusu olamaz. Nitekim YYSŞ’da tetanoz aşısı olmak istemeyen hastanın ölmesinde hekimin kusuru olmadığına karar vermiştir.²²²

Tıbbi müdahaleye rıza gösterildiğinin açıklanması gerekir. Ancak bu açıklamayla beraber rıza, hukuk alanında etkisini doğurur. Rıza açıklaması tıbbi müdahale yapılmadan önce veya en geç yapıldığı sırada gerçekleşmelidir. Rıza açık olabileceği gibi zımni olarak da açıklanabilir. Hastanın tıbbi müdahaleye rıza gösterdiği, hal ve vaziyetten anlaşılabiliriyorsa zımni rızadan bahsedilir. Kan tahlili veya röntgen istenen hastanın bunun için kolunu uzatması veya röntgen laboratuvarına gitmesi de zımni rızadır. Zımni rızaya hukuken değer tanınması, bu hallerde hastanın aydınlatılması yükümlülüğünün kalktığını göstermez. Keza öğretilerde herhangi bir riskin söz konusu olmadığı tıbbi müdahalelerde, hastanın, hekime başvurmasıyla yapılacak tedaviye zımnen rıza gösterdiği söylenmektedir.²²³ 2014’de değişen HHY’ne göre “Mevzuatta öngörülen durumlar ile uyumsuzluğa mahal vermesi tıbben muhtemel görülen tıbbi müdahaleler için...” yazılı rıza formu alınmasını hükmetmektedir. (m.26)

²¹⁹ HAKERİ, Hakan (2013), *Tıp Hukuku El Kitabı* (6.Basım), ss.160

²²⁰ GENCER, Zafer Adem (2014), ss.72

²²¹ GENCER, Zafer Adem (2014), ss.72

²²² HAKERİ, Hakan (2013), *Tıp Hukuku El Kitabı* (6.Basım), ss.161

²²³ HAKERİ, Hakan (2013), *Tıp Hukuku El Kitabı* (6.Basım), ss.161,162

Hastanın kendisine gerekli görülecek her türlü tedavi ve ameliyata razı olduğunu ifade eden genel içerikli rıza beyanları, hukuka aykırıdır. Örneğin; “bu hastanede yapılacak her türlü müdahaleye rıza gösteriyorum” şeklindeki rıza beyanları kabul edilemez. Zira rızada bulunan kişi, neye rıza gösterdiğini bilmemektedir. Hastaya uygulanması düşünülen bir müdahaleyi farklı şekillerde anlatarak ve baskı kurmak suretiyle rıza alınması doğru değildir. Örneğin; hastaya biopsi yapılacağını söyleyip, hastaya büyük bir ameliyat yapılamaz.²²⁴

HHY'nin 24. maddesinde tanımlanan “hastanın rızası ve izin” konusu, 8.5.2014 tarihli yönetmelik ile yeniden düzenlenmiştir.²²⁵

Kişinin sağlığı ve beden bütünlüğü üzerindeki tasarruf hakkı, mutlak ve sınırsız değildir. Kişinin rızasına dayansa bile kişilik hakkından tümüyle vazgeçme veya başkasına devretme ya da aşırı sınırlandırma sonucu doğuracak nitelikte kişilik haklarına açıkça aykırı hukuki işlemler yapma durumunda, bu işlemlerin hukuka aykırı olacağı açıktır. Nitekim MK. 23/I-II'e göre, “kimse, hak ve fiil ehliyetlerinden kısmen de olsa vazgeçemez. Kimse özgürlüklerinden vazgeçemez veya onları hukuka ya da ahlaka aykırı olarak sınırlayamaz.” Hastanın rızasını açıklayacağı tıbbi müdahalenin

²²⁴ GENCER, Zafer Adem (2014), ss.74

²²⁵ www.resmigazete.gov.tr, 8.5.2014, sayı:28994

“Hasta Hakları Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik”

Madde 6- Aynı yönetmeliğin 24 üncü maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“Madde 24- Tıbbi müdahalelerde hastanın rızası gerekir. Hasta küçük veya mahcur ise velisinden veya vasisinden izin alınır. Hastanın velisinin veya vasisinin olmadığı veya hazır bulunamadığı veya hastanın ifade gücünün olmadığı hallerde, bu şart aranmaz.

Kanuni temsilcinin rızasının yeterli olduğu hallerde dahi, anlatılanları anlayabilecek ölçüde, küçük veya kısıtlı olan hastanın dinlenmesi suretiyle mümkün olduğu kadar bilgilendirme sürecine ve tedavisi ile ilgili alınacak kararlara katılımı sağlanır.

Sağlık kurum ve kuruluşları tarafından engellilerin durumuna uygun bilgilendirme yapılmasına ve rıza alınmasına yönelik tedbirler alınır.

Kanuni temsilci tarafından rıza verilmeyen hallerde, müdahalede bulunmak tıbben gerekli ise, velayet ve vesayet altındaki hastaya tıbbi müdahalede bulunulabilmesi; Türk Medeni Kanununun 346 ncı ve 487 inci maddeleri uyarınca mahkeme kararına bağlıdır.

Tıbbi müdahale sırasında isteğini açıklayabilecek durumda bulunmayan hastanın, tıbbi müdahale ile ilgili olarak önceden açıklamış olduğu istekleri göz önüne alınır.

Yeterliğin zaman zaman kaybedildiği tekrarlayıcı hastalıklarda, hastadan yeterliği olduğu dönemde onu kaybettiği dönemlere ilişkin yapılacak tıbbi müdahale için rıza vermesi istenebilir.

Hastanın rızasının alınmadığı hayati tehlikesinin bulunduğu ve bilincinin kapalı olduğu acil durumlar ile hastanın bir organının kaybına veya fonksiyonunu ifa edemez hale gelmesine yol açacak durumun varlığı halinde, hastaya müdahalede bulunmak rızaya tabi değildir. Budurumda hasytaya gerekli tıbbi müdahale yapılarak durum kayıt altına alınır. Ancak bu durumda, mümkünse hastanın orada bulunan yakını veya kanuni temsilcisi; mümkün olmadığı takdirde de tıbbi müdahale sonrasında hastanın yakını veya kanuni temsilcisi bilgilendirilir. Ancak hastanın bilinci açıldıktan sonraki tıbbi müdahaleler için hastanın yeterliği ve ifade edebilme gücüne bağlı olarak rıza işlemlerine başvurulur....”

konusunda da, kanuna, genel ahlak ve adaba, kamu düzenine aykırı olmaması gerekir.(BK.m.26) Örnek olarak, insan ve organ dokularının para karşılığı alınıp satılmasına rıza gösterilmesinin hukuka ve ahlaka aykırı olacağı kabul edilmektedir.²²⁶

HHY'nin 26.maddesi 2014 yılındaki değişiklikle, "rıza formu" başlığı altında düzenlenmiştir ve buna göre; "Mevzuatta öngörülen durumlar ile uyumsuzluğa mahal vermesi tibben muhtemel görülen tıbbi müdahaleler için sağlık kurum ve kuruluşlarınca 15 inci maddedeki bilgileri içeren rıza formu hazırlanır. Rıza formunda yer alan bilgiler, sözlü olarak hastaya aktarılarak rıza formu hastaya veya kanuni temsilcisine imzalatılır. Rıza formu iki nüsha olarak imza altına alınır ve bir nüshası hastanın dosyasına konulur, diğeri ise hastaya veya kanuni temsilcisine verilir. Acil durumlarda tıbbi müdahalenin hasta tarafından kabul edilmemesi durumunda, bu beyan imzalı olarak alınır, imzadan imtina etmesi halinde durum tutanak altına alınır. Rıza formu bilgilendirmeyi yapan ve tıbbi müdahaleyi gerçekleştirecek sağlık meslek mensubu tarafından imzalanır. Verilen bilgilerin doğruluğundan ilgili sağlık meslek mensubu sorumludur. Rıza formları arşiv mevzuatına uygun olarak muhafaza edilir."²²⁷

Asıl tıbbi müdahale konusunda hasta bilgilendirildikten sonra, bu müdahaleye bağlı olarak zorunlu, kapsam içinde, doğal alışıldık olarak yapılması gereken ve hasta açısından risk teşkil etmeyen işlemler bakımından hastanın bilgilendirilmesine gerek yoktur. Ancak yapılan işlemler tıbbi müdahaleye bağlı rutin işlemlerden değilse veya risk oluşturuyorsa, bu konularda hastanın ayrıca bilgilendirilmesi ve rızasının alınması gerekir.²²⁸ Bu konu ve rızanın sınırları HHY'nin 31. maddesinde "Rızanın kapsamı ve aranmayacağı haller" başlığı altında düzenlenmiştir. (2014) Buna göre; "Rıza alınırken hastanın veya kanuni temsilcisinin tıbbi müdahalenin konusu ve sonuçları hakkında bilgilendirilip aydınlatılması esastır. Hastanın verdiği rıza, tıbbi müdahalenin gerektirdiği sürecin devamı olan ve zorunlu sayılabilecek rutin işlemleri de kapsar. Tıbbi müdahale, hasta tarafından verilen rızanın sınırları içerisinde olması gerekir. Hastaya tıbbi müdahalede bulunurken yapılan işlemin genişletilmesi gerektiği doğduğunda müdahale genişletilmediği takdirde hastanın bir organının kaybına veya fonksiyonunu

²²⁶ DERYAL, Yahya (2012), ss.39

²²⁷ www.resmigazete.gov.tr, 8.5.2014, sayı: 28994

²²⁸ HAKERİ, Hakan (2013), *Tıp Hukuku El Kitabı* (6.Basım), ss.173

ifa edemez hale gelmesine yol açabilecek tıbbi zaruret halinde rıza aranmaksızın müdahale genişletilebilir.²²⁹

3.2.5.3.2 Rıza Ehliyeti:

Tıbbi müdahaleye maruz kalan kişinin vermiş olduğu rızanın geçerli olabilmesi için, rıza veren kişinin rıza açıklamasında bulunmaya ehil olması gerekir. Rızanın hukuken geçerli olabilmesi için hasta, rıza açıklamaya ehil olmalı, kendisine yapılacak tıbbi müdahalelerin önemi ve neticelerini idrak etmeye haiz olmalıdır. Rıza verme yetkisi, rızanın ilişkin olduğu hakkın sahibine aittir. Tıbbi müdahaleye maruz kalan kişi, rıza verme yetkisini elinde bulundurmaktadır. Hastanın yakınları, hasta adına karar vermemelidir.²³⁰

Rıza verme ehliyetini belirleyen medeni hukukta belirtilen fiil ehliyeti veya ceza hukukunda geçerli olan kusur yeteneği olmayıp, hastanın karar verme, anlama yeteneği belirleyici unsurlardandır. Hastanın rıza yeteneğinin olup olmadığını denetleme görevi hekime aittir. Hekim; hastanın yaşına, fiziksel ve ruhsal durumuna, hastalığının etkisine, anlama yeteneğine, kültürel yapısına bakarak karar verecektir. Hasta temyiz gücüne sahip olmaz veya rıza vermeye ruhen muktedir olmadığı durumlarda tıbbi müdahale için gerekli izin, kanuni temsilcisinden alınmalıdır.²³¹

Medeni hukuka göre fiil ehliyetine haiz olan tam ehliyetli, tek başına rıza vermeye ehildir. Tam ehliyetsizler, bu haklarını tek başlarına kullanamazlar. Bu hakkın kanuni temsilcisi tarafından kullanılması gerekir. Sınırlı ehliyetsizler genel olarak kanuni temsilcilerinin izin ve muvafakati olmaksızın tıbbi müdahaleye rıza gösterebilirler.²³²

Çocuklar bakımından ne zamandan itibaren rıza ehliyetinin söz konusu olacağı, başka anlatımla rıza gösterme yetkisinin hangi yaştan itibaren mevcut olacağı konusu

²²⁹ www.resmigazete.gov.tr, 8.5.2014, sayı: 28994

²³⁰ GENCER, Zafer Adem (2014), ss.76

²³¹ GENCER, Zafer Adem (2014), ss.76

²³² GENCER, Zafer Adem (2014), ss.77

gerek Türk ve gerekse karşılaştırmalı hukuktaki çok çetin sorunlardan birisini oluşturmaktadır.²³³

TCK'ndaki kusur yeteneğine ilişkin yaş sınırlarını göz önünde bulunduran bazı yazarlar on iki yaşından küçüklerin rıza verme yeteneğinin bulunmadığı; on sekizinden büyük olanların ise kural olarak bu yeteneğe sahip olduklarını kabul etmektedir. Bazı yazarlar da 15 yaşın, Türk Hukuku bakımından kabul edilebilir ve uygulanabilir bir yaş sınırı olduğunu; MK'un 15 yaşını doldurmuş bir kimsenin tek başına vasiyet yaparak tüm mal varlığı üzerinde tasarrufa ehil görmesi karşısında, bu çocuğun kendi bedeni üzerinde yapılacak çok önemli olmayan tıbbi müdahalelere de rıza gösterebileceğini kabul etmek gerektiği görüşündedir.²³⁴

Uygulamada ise Yargıtay'ın özellikle yeni TCK sonrasında verdiği kararlarda, 15 yaşından büyüklerin iradesine de geçerlilik tanıma yönünde bir eğilimi olduğu söylenebilir. Bu görüş tıbbi müdahaleler bakımından da göz önünde bulundurulabilir. Bugün öğretilerde genel kabul gören görüş, genel ve kesin bir yaş sınırı belirlenmesinden ziyade, somut olaydaki ruhsal gelişimi ilgili olayın somut olgularına göre belirlemek gerektiği yönündedir. Böylece, çocuğun karar anındaki, yaşı, kabiliyetleri, tecrübesi, eğitimi, olgunluğunun ve değerlendirmesinin derecesine ve karar anındaki tutum ve davranışlarına göre, tıbbi müdahaleye rıza gösterme yeteneğine sahip olup olmadığı belirlenmelidir. Fakat 15 yaşından küçükler bakımından hiçbir zaman rıza yeteneğinin kabul edilmemesi, ancak yasal temsilcisinin rızası ile tıbbi müdahalenin yapılabilmesi gerekir.²³⁵ HHY (M.24) ve Biyotıp Sözleşmesi (m.6/2)'de küçüğün rıza gösterme ehliyetine sahip olmadığı durumlarda, kanuni temsilcinin rızası yeterli olmasına rağmen, bilgilendirme sürecine anlayabileceği ölçüde çocuğunda dahil edilmesi belirtilmiştir.

Küçüğün rıza yeteneğinin bulunduğu kabul edildiği hallerde, artık ebeveynin söz söyleme hakkı kalmaz. Böylece, reşit olmamakla beraber rıza yeteneğinin bulunduğu kabul edilen hastanın iradesi ile ebeveynin iradesi çatıştığı hallerde, hastanın iradesi esas alınacaktır. Dolayısıyla kanuni temsilci rıza göstermesi dahi çocuğun rızası

²³³ HAKERİ, Hakan (2013), *Tıp Hukuku El Kitabı* (6.Basım), ss.164

²³⁴ HAKERİ, Hakan (2013), *Tıp Hukuku El Kitabı* (6.Basım), ss.165

²³⁵ HAKERİ, Hakan (2013), *Tıp Hukuku El Kitabı* (6.Basım), ss.165

yeterlidir. Bu durumda sır saklama yükümlülüğü noktasında bir sakınca olmadığı takdirde, özellikle tereddütlü durumlarda ebeveynin rızasını almakta yarar vardır.²³⁶

Hastanın rıza yeteneğinin olup olmadığını denetleme görevi hekime aittir. Hekim, bütün olguları, yaş, fiziksel ve ruhsal durum, ilaçların etkisi, anlama yeteneğinin derecesi, kişinin kültürel yapısı, milliyeti vs. gibi hususları bu bakımdan göz önünde bulundurmak durumundadır. Hekimin bu konuda şüpheye düşmesi durumunda kanuni temsilcilerinin onayını alması gerekmektedir. Elbette bunun için müdahalenin acil olmaması gerekir. Aciliyet durumunda varsayılan rıza veya zorunluluk hali esasları gereğince hukuka uygun kabul edilmektedir.²³⁷ Hastanın kısıtlı olması durumunda TŞSTİDK'nun 70. maddesi uyarınca vasisinden izin alınması gerekir. Kısıtlama nedeninin malvarlığı ile ilgili olmaması gerekir. Akıl hastalığı, akıl zayıflığı, (...) gibi kişinin anlama ve isteme yeteneğini tamamen etkileyen faktörlerden dolayı kısıtlanması durumunda tıbbi müdahale için kanuni temsilcinin izni aranır.²³⁸

3.2.5.3.3 Varsayımsal Rıza:

Tıbbi müdahalelerin varsayımsal rıza nedeniyle hukuka uygunluğu bilinci kapalı hastalarda ve normal rızanın fiili nedenlerden ötürü alınamaması halinde söz konusu olur. Varsayımsal rıza, tıbbi müdahaleyi uygulayan kişinin, hastanın hukuksal yararına izinsiz bir biçimde saldırıda bulunduğu ancak objektif ölçütlere göre hastanın rızasının varsayılabildiği halleri kapsamaktadır. Rıza, bir hukuka uygunluk sebebi olarak kabul ediliyorsa, bu rızanın açıkça beyan edilmediği, ancak koşullardan rızanın bulunduğu varsayılabildiği hallerde, hukuka uygunluk sebebini kabul etmek bir zorunluluktur.²³⁹

Bilinci kapalı hastada tıbbi girişime rızanın kim tarafından ve nasıl verileceği konusu, Hakeri'ye göre (2013); "hastanın bilinçsizliği durumu uzun süreli bir durum ise vasi atanmalıdır.(MK.m.405) Ancak geçici bir bilinçsizlik halinde nasıl hareket edilecektir? Şuna dikkat etmek gerekir ki, hukuk sistemimizde, acil haller için temsilcilik gibi bir müessese bulunmamaktadır. Dolayısıyla eşin, anne-babanın veya yakın akrabaların bilincini kaybetmiş bir hasta adına hareket etmesine yönelik bir yasal

²³⁶ HAKERİ, Hakan (2013), *Tıp Hukuku El Kitabı* (6.Basım), ss.166,167

²³⁷ HAKERİ, Hakan (2013), *Tıp Hukuku El Kitabı* (6.Basım), ss.163

²³⁸ GENCER, Zafer Adem (2014), ss.79

²³⁹ HAKERİ, Hakan (2013), *Tıp Hukuku El Kitabı* (6.Basım), ss.185

düzenleme hukukumuzda yoktur. Bu itibarla, burada hareket noktası “varsayılan rıza” olmak gerekir.” Varsayılan rıza bir hukuka uygunluk sebebidir. Hasta bakımından rızanın alınmaması durumunda varsayılan rızanın varlığından söz edilebiliyorsa, hekim, hekim hukuka uygunluk sebebi içinde hareket ediyor demektir.²⁴⁰

Uygulama, varsayılan rızanın sadece yaşamsal tehlikenin bulunduğu alanlarda kabul edilebileceği şeklinde bir sınırlama getirmemektedir. Yaşamsal tehlike olmasa bile, hastanın beden ve ruhsal bütünlüğüne yönelik büyük tehlikelere yol açabilecek risklerin varlığı halinde de varsayılan rıza kabul edilebilir.²⁴¹

Günlük yaşamda hastanın muhtemel rızasının belirlenmesi özellikle hastanın şuurunu kaybetmiş olması, kazanın şoku, akli yeteneklerinde noksanlık veya ağır acılardan veya diğer nedenlerden ötürü rıza beyan edecek durumda olmaması ve durumun aciliyeti dolayısıyla mahkemeye başvurmanın mümkün olmaması hallerinde önem arz etmektedir.²⁴² Hastanın varsayımsal rızasının belirlenmesinde makul bir üçüncü kişinin bakış açısıyla değil, somut olayda hastanın kişisel durumu, bireysel menfaatleri, arzuları, ihtiyaçları ve değer yargıları esas alınmalıdır. Varsayımsal rızası araştırılacak kişinin, duruma ilişkin gerçek ve açık bir rızasının bulunmaması gereklidir. Eğer kişinin belirli bir olay üzerinde önceden geçerli bir iradesini beyan eder ya da varsayılan rızaya dayanılarak yapılan bir takım işlemler sırasında gerçek iradesini ortaya çıkarabilecek duruma geldiği takdirde, artık tıbbi müdahalenin hukuka uygunluğu açısından varsayımsal rızaya dayanılamaz.²⁴³ İradesini açıklayacak durumda olmayan hasta için, Biyotıp Sözleşmesi 9. maddesi de; “Müdahale sırasında isteğini açıklayabilecek bir durumda bulunmayan bir hastanın, tıbbi müdahale ile ilgili olarak önceden açıklamış olduğu istekler göz önüne alınacaktır.” demektedir.²⁴⁴

3.2.5.3.4 Tıbbi Müdahalede Rızanın Aranmadığı Durumlar:

Kural hastanın kendi geleceğini bizzat kendisinin belirlemesi ve bu çerçevede her türlü tıbbi müdahale için rızasının bulunması ise de bazı hallerde rıza olmaksızın da tıbbi müdahalenin yapılabilmesi mümkün kılınmıştır. Özellikle yasal birtakım

²⁴⁰ HAKERİ, Hakan (2013), *Tıp Hukuku El Kitabı* (6.Basım), ss.186

²⁴¹ HAKERİ, Hakan (2013), *Tıp Hukuku El Kitabı* (6.Basım), ss.186

²⁴² HAKERİ, Hakan (2013), *Tıp Hukuku El Kitabı* (6.Basım), ss.187

²⁴³ GENCER, Zafer Adem (2014), ss.80

²⁴⁴ HAKERİ, Hakan (2013), *Tıp Hukuku El Kitabı* (6.Basım), ss.185

düzenlemelerle zorunlu tıbbi müdahalenin hukuka uygun kılındığını görmekteyiz. Bu düzenlemelerin ortak noktası, zorla tıbbi müdahaleye olanak tanımış olmasıdır. Tıp hukukunda “zorla tıbbi müdahale” denildiğinde, teşhise veya tedaviye yönelik tedbirlerin bir hekim tarafından hastanın rızası olmaksızın veya açıkça karşı çıkmasına rağmen, iyileştirme amacına yönelik olup olmasına bakılmaksızın uygulanması anlaşılmaktadır. Mevzuatımızdaki düzenlemeleri, iki ana başlıkta ele almak mümkündür. Kamu sağlığının korunmasına ilişkin düzenlemeler ile ceza hukukunun öngörmüş olduğu düzenlemeler. Ancak bunun dışında da örneğin medeni muhakeme için de gerekli hallerde muayeneye katılma zorunluluğu vardır. Örneğin, babalığın tespiti davası için gerekli örneklerin alınmasına müsaade edilmek zorundadır.²⁴⁵

Bunların haricinde, bir istisnai durum da tıbbi zorunluluk halleridir. Gecikilmeksizin tıbbi müdahalede bulunulmadığı takdirde hastanın ölmesi ya da sağlık yönünden ağır bir zarara uğraması durumunda yapılan müdahale için rızanın aranmayacağı kabul edilmektedir. TDT m.3'e göre, görevi ve uzmanlığı ne olursa olsun her hekimin, acil vakaların gerektirdiği tıbbi müdahaleleri yapması hukuki bir yükümlülüktür. Mücbir sebep istisnası dışında bu ilkeye aykırı davranılması hekimin sorumluluğunu gerektirir.²⁴⁶ Bu tip olaylarda hastanın rızasını almak mümkün olmadığından, tıbbi müdahale onun rızası olmaksızın, ancak onun sağlığına kavuşturulması hedeflenerek yapılmaktadır. Tıbbi zorunluluk durumlarında, hekim, hastanın yararına veya muhtemel iradesine uygun bir davranışta bulunduğundan, yapılan tıbbi müdahale vekaletsiz iş görme hükümleri hukuka uygun sayılmalıdır. Örneğin, trafik kazası sonucu ağır bir şekilde yaralanarak bilincini kaybetmiş bir kişiye, hekimin yapmış olduğu tıbbi müdahale onun yararına gerçekleştirildiğinden hukuka uygun olarak kabul edilmelidir.²⁴⁷

Ceza hukukundan kaynaklanan zorunlu tıbbi müdahaleler, akıl hastalarının yüksek güvenilirlikli sağlık kurumlarında koruma ve tedavi altına alınması ve suç işleyen alkol veya uyuşturucu veya uyarıcı madde bağımlılarının tedavi altında tutulmasıdır. (TCK 32/1-2, TCK 57/1-7, TCK 191/2)²⁴⁸ TCK'nun öngördüğü bu durumlarda rıza yerine kaim olmak üzere, hakim takdir yetkisine bağlı olarak tıbbi müdahaleye maruz

²⁴⁵ HAKERİ, Hakan (2013), *Tıp Hukuku El Kitabı* (6.Basım), ss.174

²⁴⁶ DERYAL, Yahya (2012), ss.45

²⁴⁷ ÇEKER, Mustafa (2002), ss.7

²⁴⁸ HAKERİ, Hakan (2013), *Tıp Hukuku El Kitabı* (6.Basım), ss.190

kalma söz konusudur. hakim kararına bağlı olduğu durumlarda kişinin rızası olup olmamasının bir önemi bulunmamaktadır.²⁴⁹ Ayrıca, CMK'nun 75. maddesinde şüphelinin iç ve dış beden muayenesi, CMK 76. maddesinde ise mağdur ve diğer kişilerin beden muayenesi düzenlenmiştir. CMK 75. maddesi uyarınca üst sınırı 2 yıl ve üzeri hapis cezasını gerektiren hallerde gecikmesinde sakınca bulunan durumlarda Cumhuriyet Savcısının kararıyla, diğer durumlarda ise hakim kararıyla iç ve dış beden muayenesi yapılır.²⁵⁰ Bunlar ve benzeri mevzuatta bulunan hallerde, tıbbi girişim için kişinin rızası aranmaz.

Kişinin rızası olmaksızın gerçekleştirilen bir tıbbi müdahalenin kamu sağlığını korumayı hedeflemiş olması halinde de, müdahale hukuka aykırı değildir. Bu durumda, tıbbi müdahalenin hukuka uygun sayılma nedeni, müdahalenin yapılmasında "üstün kamu yararı" bulunması ya da "kanunun verdiği bir yetki"nin kullanılması olmasıdır. Gerçekten, MK m.24/II'ye göre, kişilik hakkına yönelmiş saldırının üstün nitelikteki bir kamu yararına ya da kanunun verdiği bir yetkiye dayanması halinde, kişilik hakkına tecavüz hukuka uygundur. Bu tür müdahalelere örnek olarak, sağlık nedeniyle aşı yapma, karantinaya alma vs. gösterilebilir. Bu hallerde, resmi ehliyetli kişiler, kendilerine kanunun tanıdığı özel yetkiyi kullanarak tıbbi müdahalede bulunmaktadır. Burada, tıbbi müdahaleye maruz kalan kişinin rıza göstermiş olması, müdahaleyi hukuka aykırı hale getirmez; çünkü, müdahalenin gerçekleştirilmesi üstün nitelikteki kamu yararı gaye edinildiğinden, olayda başka bir hukuka uygunluk nedeni ortaya çıkmaktadır. (MK m.24/II)²⁵¹ Kamu sağlığının korunması için zorunlu tıbbi müdahalelerin çoğunluğu Umumi Hıfzıssıhha Kanununda düzenlenmiştir. (kolera, difteri, menenjit, ruam.... ve kuduz gibi)²⁵²

Sonuç olarak, her türlü tıbbi müdahale açısından hastanın aydınlatılması ve onamının alınması aranmalıdır. Tıbbi zorunluluk ve acil durum nedeniyle rıza alınamayan haller müstesna, hastanın açık veya zımni onayı alınmalı ve bunun içinde hasta gerektiği ölçüde bilgilendirilmeli ve aydınlatılmalıdır. Hastanın tıbbi müdahaleye onayını ifade eden rıza, iradeyi sakatlayan nedenlerden birisi ile sakatlanmamış olmalıdır. Hasta hata, hile, tehtit ve cebir gibi arızalardan uzak olarak serbest iradesiyle

²⁴⁹ GENCER, Zafer Adem (2014), ss.81

²⁵⁰ GENCER, Zafer Adem (2014), ss.81

²⁵¹ ÇEKER, Mustafa (2002), ss.7

²⁵² GENCER, Zafer Adem (2014), ss.82

tıbbi müdahaleyi kabul etmiş bulunmalıdır. Tıbbi müdahalelerde, hekimin iyileştirme ödevi ve sorumluluğu ile hastanın kendi varlığı ve sağlığı için bizzat kendisinin karar vermesi arasında hassas bir dengenin kurulması zorunludur.²⁵³

²⁵³ DERYAL, Yahya (2012), ss.159,160

4. TÜRKİYE'DE SAĞLIK SİSTEMİ

Sağlık hizmeti kavramı, temelde bir kamu hizmeti olarak “sağlıklı olma” halini korumak, sağlamak, sürdürmek ve geliştirmek üzere yapılan tüm faaliyetleri kapsamaktadır. Bu durumda sağlık kavramını kısaca açıklamak gerekirse, Dünya Sağlık Örgütü sağlığı; Yalnızca hastalığın olmaması değil, aynı zamanda fiziksel, zihinsel ve sosyal anlamda tam bir iyilik hali olarak tanımlamıştır. Yani; sağlık hizmeti, sadece hastalığı tedavi eden değil, aynı zamanda vatandaşların sağlıklı yaşamaları için tüm tedbirleri alan, sağlığı korumak için hizmet sunan, tedavi sonrası da rehabilite eden bir hizmet anlayışıdır.²⁵⁴

Toplumların sağlık ve dolayısıyla hastalık konusuna bakışlarının, kültürel algılamaları ve sosyal yaşamları doğrultusunda değişim gösteriyor olması, sağlık hizmetlerinin de toplumların gelişmişlik seviyelerine paralel olarak gelişme göstermesine neden olur. Söz konusu farklılıklar sağlık hizmetlerinin kapsamını ve çeşitliliğini de etkilemektedir. İnsanın varlığı kadar eskiye dayanan sağlıklı ve daha kaliteli yaşama isteği, daha sağlıklı bir çevrede yaşama ihtiyacı, çağlar boyunca sağlık sisteminin sürekli olarak değişim ve gelişimini sağlamıştır.²⁵⁵

Sağlığı bozulan insanların tedavisi, insanlık tarihi kadar eskiye dayanmaktadır. İlkel devirlerden günümüze kadar tedavi etme sanatı büyük ilerleme kaydetmiştir. Hastalıkların tedavisi ve hekimlik mesleğinin eski medeniyetlerden, Sümer’de, Babil’de, Eski Hint’de, Mısır’da, Yunan ve Roma’da uygulandığı bilinmektedir.²⁵⁶ Dünyanın bilinen ilk hastaneleri MÖ 6.yy.’da Yunan mitolojisinde tıbbın ve sağlığın tanrısı olarak kabul edilen, Asklepios adına kurulmuş olan Asklepion-Sağlık tapınaklarıdır. En ünlüleri Bergama’da kurulan Pergamon ve Kos adasında kurulmuş olan Asklepion’dur. Hipokrat ve Galen, Asklepion’lardan yetişmiş olan hekimlerin en ünlüleridir.²⁵⁷

²⁵⁴ÇINARLI, Serkan (2013), *İdarenin Sağlık Hizmetinin Sunumundan Kaynaklanan Hukuki Sorumluluğu*, Ankara: Orion Kitapevi, ss.20

²⁵⁵ÇINARLI, Serkan (2013), ss.20

²⁵⁶GENCER, Zafer Adem (2014), ss.18

²⁵⁷ÇINARLI, Serkan (2013), ss.27

4.1 Tarihçe:

Eski Türklerde hastalığın tedavisinde Şamanist öğretiler büyük yer tutmaktaydı. Şamanlar falcılık veya sihirli ilaçlarla hastanın iyileşmesine çalışırlar, ancak şamanların bu davranışları sonucunda hasta iyileşmez ve sağlığı zarar gördüğü takdirde şamanlar cezalandırılmaktaydı.²⁵⁸

Türkler İslamiyeti kabul ettikten sonra çok sayıda devlet kurmuş ve bu devletler çok sayıda sağlık kuruluşu açmıştır. Tolunoğlu Ahmet Mısır'da ilk hastaneyi inşa etmiş, yine Büyük Selçuklu Devleti muhtelif hastaneleri hizmete açmışlardır. Selçuklular kalp, ateş kontrolü, idrar muayenesi gibi tanı usullerinde oldukça ilerlemişlerdir.²⁵⁹ Selçuklularda vakıflar tarafından kurulan darüşşifalarda tedavi edici sağlık hizmeti sunulmuş ve tıp eğitimi verilmiştir. Darüşşifalar vakıflara ait olmasına rağmen hekimleri sultan tayin etmektedir.²⁶⁰

Selçuklu'da darüşşifaların yanında, kervansaraylarda da sağlık hizmeti sunulmuş ve ticaret yolları üzerinde pek çok sağlıkla ilgili tesis hizmete sokulmuştur. Selçuklu'nun en önemli darüşşifası Kayseri'de kurulmuş olan Gevher Nesibe Darüşşifası'dır. Bu kurum 1206 yılında veremden yaşamını yitiren Gevher Nesibe Sultan'ın vasiyeti üzerine, kardeşi Gıyasettin Keyhüsrev tarafından yaptırılmış olup, diğer darüşşifalar gibi sağlık hizmeti sunumu yanında tıp okulu olarak da faaliyet göstermiştir.²⁶¹

Anadolu Selçuklu döneminde hekimin eğitimi usta çırak ilişkisi şeklinde olmuştur. Hekimlik yapmak isteyen kişiler öncelikle bir hekimin yanında mesleğe başlamakta, daha sonra kendi başına hekimlik yapmaktaydı. Hekimlik yapması için, mesleği iyi bir şekilde öğrenmesi gerekliydi. Anadolu Selçukluları döneminde de, hekimlik mesleğinin gelişmesine paralel olarak birçok sağlık kuruluşu açılmıştır.²⁶²

Osmanlı döneminde de Anadolu Selçuklu döneminde yapılmış sağlık ve sosyal yardım kurumları korunmuş, bunun yanında muhtelif sağlık kurumu inşa etmişlerdir. Osmanlı Devleti 15. yy.'da bugünün sağlık bakanlığına müsavi kabul edilebilecek olan

²⁵⁸ GENCER, Zafer Adem (2014), ss.23

²⁵⁹ GENCER, Zafer Adem (2014), ss.23

²⁶⁰ ÇINARLI, Serkan (2013), ss.28

²⁶¹ ÇINARLI, Serkan (2013), ss.28

²⁶² GENCER, Zafer Adem (2014), ss.23

hekimbaşılık kurumunu getirmiştir. Hekimbaşı bütün sağlık işlerini yönetmekteydi. Cerrahlar ve göz hekimleri hekimbaşına karşı sorumluydu. Hekimbaşı darüşşifalarda çalışan tabip ve cerrahların tayinlerini yapar, ayrıca ücretlere yapılacak zamları belirlemekteydi. Yine ordunun sağlık işleriyle ilgilenir ve her yıl hastalıklar konusunda bir tahmin yaparak bunu padişaha sunardı. Hekimbaşının görevleri arasında hekimleri denetlemek ve yeterlilikleri anlamak için sınav yapmakta bulunmaktaydı.²⁶³

Osmanlı İmparatorluğu döneminde idari örgütlenmenin saray merkezli ve askersel olmasına koşut olarak, devlet eliyle yürütülen sağlık hizmetleri de daha çok saraya ve orduya yönelik olmuştur. Tabip, cerrah ve diğer sağlık personelinin atama yetkisi ile hastane ve muayenehane açılmasına karar verme yetkisi hekimbaşındadır. Halk serbest çalışan hekim ve cerrahlardan ücret karşılığı hizmet almıştır. Kimsesiz ve yoksullara ise padişah ve yakınlarının hayra yönelik olarak kurdukları Darüşşifalar hizmet etmiştir. Yaygın kitlelere sunulacak sağlık ve sosyal hizmetler 19. yy. sonlarına kadar devletin asli görevleri içinde sayılmamıştır. Çoğunlukla devlet merkezi olan Bursa, Edirne, İstanbul ve Manisa gibi şehirlerde ve genellikle külliyelerin bir bölümünde sağlık hizmeti sunulmuş, hastanelerin ve onu takiben sağlık örgütlerinin yurt geneline yayılması ise ancak 1840'lardan sonra başlamıştır.²⁶⁴

1850 yılında Tıbbiye Nezareti'nin kurulması ile hekimbaşılık makamı kaldırılmış olup, bu tarihten sonra hekimbaşılar, Sertabip olarak yalnızca sarayın sağlık işleri ile ilgilenmişlerdir. 19. yy.'da batı ile başlayan ilişkilerin de etkisiyle, devlet eliyle sağlığa yönelik, pek çok düzenlemeye gidilmiştir. 1827 yılında ilk tıp okulu açılmış, 1839'da tam anlamıyla modern niteliğe kavuşmuştur. İlk tıp okulunun açılmasına yol açan etkenlerden en önemlisi ordu için hekim yetiştirmek olup, bu okul daha ziyade Askeri Tıp Okulu niteliğindedir. Bir diğer etken ise; o dönemde yaşanan kolera salgıdır.²⁶⁵

1838 yılında Sultan II. Mahmut'un emriyle karantina için meclis (Meclis-i Tahaffuz) toplanarak göreve başlamıştır. Bu örgüt tarafından hazırlanan "Karantina Talimatnamesi" Osmanlı'daki ilk mevzuattır. Osmanlı'da 1855 yılından itibaren

²⁶³ GENCER, Zafer Adem (2014), ss.24

²⁶⁴ ÇINARLI, Serkan, HIZAL ARSLAN Sevinç (2014), *Özelleştirme Uygulamaları Ve Sağlık Hizmetlerinin Özelleştirilmesi*, İstanbul: Leges Yayınları, ss.120

²⁶⁵ ÇINARLI, Serkan (2013), ss.28

belediyeler kurulmaya başlanmış ve ilk olarak İstanbul Belediyesi kurulmuştur. 1861 yılında yayınlanan “Tababet-i Belediye İcrasına Dair Nizamname” ile kamu görevlisi istihdamı, belediyelere görev olarak verilmiştir. Böylece mahalli idareler aracılığıyla sağlık sistemi oluşturma uygulamasına geçilmiştir. 1868 yılından itibaren de İstanbul dışında da belediyelerin kurulması hız kazanmıştır. 1871 tarihli, İdare-i Umumiye-i Tıbbiye Nizamnamesi ile alınan, taşrada “Memleket Tabibi” görevlendirilmesi kararıyla, hekim görevlendirilmesi işi merkeze çekilmiştir. Osmanlı’da kırsala sağlık hizmeti götürmek, taşraya hekim tayin etmek olarak uygulanmış ve yeterli kabul edilmiştir. 1866 yılında ilk sivil tıp okulu olan Mekteb-i Tıbbiye Mülkiye’nin kurulması için Sadrazamlık tezkeresi yayınlanmıştır. Okul ilk mezunlarını 1873 yılında, 25 kişi olarak vermiş olup, 1873-1902 yılları arasında 670 hekim mezun etmiştir.²⁶⁶ 1914 yılında Dahiliye Nezareti’nin adı Dahiliye ve Sıhhiye Nezareti olmuş, böylelikle yaygın kitlelere götürülen sağlık hizmetleri İçişleri Bakanlığı’na bağlı bir genel müdürlük gözetiminde yürütülen devlet görevi olma niteliğine kavuşmuştur.²⁶⁷

4.1.1 Cumhuriyet Dönemi Sağlık Sistemi:

Cumhuriyet döneminde sağlık sistemi, 2002 yılına kadar birkaç büyük dönemden geçmiştir. 2000’li yıllara yaklaşıldıkça, sağlık sistemindeki değişimlere, dünyaya egemen sosyal ve ekonomik politikaların, daha fazla damgasını vurduğu görülmektedir. Bu çalışmanın konusunun temelini oluşturan “performansa dayalı döner sermaye” sistemini de içinde bulunduran ve 2003 yılından itibaren uygulamaya konan “Sağlıkta Dönüşüm Projesi” sonra ki bölümde incelenecektir. Öncelikle 2002 yılına kadar olan değişimleri irdelemek yerinde olacaktır.

4.1.1.1 1920 – 1946 Dönemi:

Sağlık hizmetlerinin birinci derecede bir devlet görevi olarak ele alınışının başlangıcı TBMM dönemidir. TBMM 3 Mayıs 1920’de kabul ettiği 3 Sayılı Yasa ile Sıhhiye ve Muaveneti İçtimaiye Vekaleti’ni (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı) kurarak sağlık hizmetlerini ayrı bir bakanlığa yürütülen, asli bir devlet görevi haline

²⁶⁶ ÇINARLI, Serkan (2013), ss.29

²⁶⁷ ÇINARLI, Serkan, HIZAL ARSLAN Sevinç (2014), ss.120

getirmiştir.²⁶⁸ Osmanlı'da sağlık hizmetleri İç İşleri Bakanlığı'na bağlı bir genel müdürlük tarafından düzenlenirken, 23.04.1920'de kurulan TBMM'nin çıkardığı ilk üç kanundan birisinin sağlık uygulamalarına yönelik olması, genç Cumhuriyet'in kurucularının ileride sağlık hizmetlerine önem vereceğinin kanıtı olarak değerlendirilebilir.²⁶⁹ İlk Sağlık Bakanı olarak Dr. Adnan Adıvar atanmıştır. Adnan Adıvar'dan sonra 1921 yılında bakanlığa atanan Dr. Refik Saydam 1937 yılına dek bu görevi sürdürmüş ve Türkiye'de sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi ve yurda yayılmasında büyük bir başarı göstermiştir.²⁷⁰ Dr. Refik Saydam 1925-1937 yılları arasında, 12 yıl 7 ay aralıksız olmak üzere toplam 14 yıl 7 ay Sağlık Bakanlığı yaparak, Cumhuriyet tarihinin en uzun süre hizmet veren Sağlık Bakanı olmuştur.²⁷¹

1921 Anayasası'nın 11. maddesi ile sağlık hizmetlerinin düzenlenmesi ilk kez anayasal boyutta ele alınmış ve sağlık hizmetlerinin tanzim ve idaresi vilayetlere verilmiştir.²⁷² Avrupa'da salgın hastalıkların önüne geçmek maksadıyla Avrupa Devletleri tarafından Osmanlı'ya uygulanan Sağlık Kapitülasyonları, 24.07.1923'te Lozan Barış Anlaşması'nın imzalanması ile "İstanbul Sağlık İşleri Büyük Meclisi" kaldırılarak, anlaşma metnine "Türkiye sıhhi teşkilatının sağlık görevi Türk idaresine aittir" ibaresinin konmasıyla, sağlık hizmetlerinin yürütülmesi ve düzenlenmesi tamamen yeni Cumhuriyet'in kurucularının kontrolüne geçmiştir.²⁷³

1923-1937 yılları arasında, sağlık sisteminin yapılandırılması, ihtiyaç duyulan kurumların kurulması ve örgütlenmesi amacıyla, 50 kadar kanun, pek çok sayıda tüzük ve yönetmelik hazırlanarak, uygulamaya konmuştur ki; bunların çoğu halen yürürlüktedir. Bunların belli başlı olanlarına değinmek gerekirse aşağıdaki gibi sıralanabilir:

- 992 sy. Bakteriyoloji ve Kimya Laboratuvarları Kanunu (1927)
- 1219 sy. TŞSTİDK (1928)
- 1962 sy. İспенçiyari ve Tıbbi Müstahzar Kanunu (1928)
- 1593 sy. Umumi Hıfzısıhha Kanunu (1930)

²⁶⁸ ÇINARLI, Serkan, HIZAL ARSLAN Sevinç (2014), ss.121

²⁶⁹ ÇINARLI, Serkan (2013), ss.31

²⁷⁰ ÇINARLI, Serkan, HIZAL ARSLAN Sevinç (2014), ss.121

²⁷¹ ÇINARLI, Serkan (2013), ss.31

²⁷² ÇINARLI, Serkan (2013), ss.32

²⁷³ ÇINARLI, Serkan (2013), ss.32

- 2219 sy. Hususi Hastaneler Kanunu (1933)
- 3017 sy. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Teşkilat ve Memurin Kanunu (1936)
- 3153 sy. Radyoloji, Radyum ve Elektrikle Tedavi ve Diğer Fizyoterapi Müesseseleri Hakkında Kanun (1937)²⁷⁴

Sağlık Bakanlığı, 1925 yılında hazırladığı ilk çalışma programında önceliklerini sağlık örgütünü genişleterek köye kadar götürmek, sağlık personeli yetiştirmek, numune hastaneleriyle doğumevleri ve çocuk bakımevleri açmak, halk sağlığı bakımından önemli olan sıtma, verem, trahom, frengi, kuduz gibi hastalıklarla savaşmak ve sağlıklı ilgili kanunlar yapmak, Merkez Hıfzısıhha Enstitüsü ve Hıfzısıhha okulu kurmak olarak belirlemiştir.²⁷⁵

Bu dönemde bakanlığın esas görevinin koruyucu hekimlik olduğu kabul edilmiş ve hasta tedavisi hizmetlerinin yürütülmesi ve geliştirilmesi bazı özel durumlar dışında, özel idare ve belediyelerin sorumluluğuna bırakılmıştır. Fakir hastaların hükümet hekimleriyle belediye ve özel idareler tarafından ücretsiz muayene ve tedavisi bir sosyal yardım hizmeti olarak kabul edilmiştir. Yine bu dönemde salgın hastalıklarla mücadele etmek amacıyla dikey örgütlenme yapısı geliştirilmiştir. Dikey örgütlenmede, sıtma, trahom, frengi ve lepra gibi hastalıklarla mücadele etmek üzere her bir hastalık için ayrı örgütler oluşturularak bu yapılanma içinde koruyucu sağlık hizmetleri topluma ücretsiz sunulmuştur.²⁷⁶

Bunun dışında Dr. Refik Saydam'ın Sağlık Bakanı olduğu dönemde bu program doğrultusunda;

- İllerde Sağlık Müdürlükleri, İlçelerde Hükümet Tabiplikleri kurularak, sağlık örgütünün temel taşları oluşturulmuş ve hizmetlerin tüm yurda yayılması sağlanmıştır.²⁷⁷ Hükümet tabiplerinin görevleri, koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri, adli hekimlik uygulamaları ve sağlık idaresidir.²⁷⁸

- Birinci basamağa ve koruyucu hizmetlere önem ve öncelik verilmiş, bu hizmetler doğrudan merkezi hükümetçe üstlenilerek genel bütçe olanakları bu yöne kanalize edilmiştir.

²⁷⁴ ÇINARLI, Serkan (2013), ss.33,34

²⁷⁵ ÇINARLI, Serkan, HIZAL ARSLAN Sevinç (2014), ss.121

²⁷⁶ ÇINARLI, Serkan, HIZAL ARSLAN Sevinç (2014), ss.121

²⁷⁷ ÇINARLI, Serkan, HIZAL ARSLAN Sevinç (2014), ss.122

²⁷⁸ ÇINARLI, Serkan (2013), ss.35

- Yataklı tedavi hizmetlerinin yine kamu eliyle ancak yerel idareler (belediyeler, il özel idareleri) tarafından yürütülmesi politikası benimsenerek bu alanda merkezi hükümet yol göstericilik ile yükümlenmiştir. Bu amaçla Ankara, İstanbul, Sivas, Erzurum ve Diyarbakır gibi büyük illerde doğrudan bakanlığa bağlı “Numune Hastaneleri” açılmıştır.

- 1928 yılında halen yürürlükte olan 1219 sy. TŞSTİDK çıkarılarak sağlık personelinin yetki ve sorumlulukları belirlenmiş ve hizmet disiplin altına alınmıştır.

- 1930 yılında sağlık hizmetlerinin anayasası niteliğinde olan ve hala yürürlükte olan 1593 sy. Umumi Hıfzısıhha Kanunu çıkarılarak sağlık hizmetlerinde alt politikaların ya da uygulamaların esasları belirlenmiştir. Bu kanunla bulaşıcı hastalıklarla savaş hizmetleri düzenlenmiş, verem ve trahom gibi hastalıklarla mücadele ilk kez devlet hizmeti olarak yasalaşmıştır.²⁷⁹

- Cumhuriyet dönemiyle taşraya hizmet götürülmesi hızlandırılmış olup, her yere hastane açılmasının o dönemdeki koşullar itibariyle mümkün olmaması nedeniyle 1930 yılında Muayene ve Tedavi Evleri Talimatnamesi yayınlanmış ve 5-10 yataklı muayene ve tedavi evlerinin kurulması öngörülmüştür. Muayene ve tedavi evlerinde; hasta muayenesi ücretsiz olarak yapılır, ilaçlar parasız olarak verilir, yiyecek ve içecek temin edemeyen yoksul hastalara belediyeler tarafından yiyecek temin edilirdi. Bu birimlerin işlevi hekimlik hizmetleriyle sınırlı olup, ayakta tedavi hizmeti verir ve buralarda koruyucu sağlık hizmeti yürütülmezdi. Sağlık Bakanlığı’na kurulan bu birimlerin sayısı, 1936 yılında 180, 1942 yılında 200, 1950 yılında 300 civarındadır.²⁸⁰

- Bugün Aile Hekimleri tarafından verilmekte olan “mobil sağlık hizmeti”nin prototipi ve esin kaynağı olan ve 1934 yılında yayınlanan “Seyyar Tabiplerin Vazifeleri Hakkında Talimatname” ile uygulamaya konan seyyar hekimlik uygulaması ile köylere kadar vatandaşın ayağına hizmet götürmek amaçlanmıştır. Seyyar Tabipler her ayın 20 günü köylere hizmet götürür, tedavi edici hizmet yanında koruyucu sağlık hizmeti de verir, hatta köylüye sağlık ve hijyen konularına yönelik eğitimler de verirlerdi.²⁸¹

- 1936 yılında 3017 sy. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Teşkilatı ve Memurin Kanunu çıkarılarak Bakanlık merkez ve taşra örgütünün kuruluşu tamamlanmış, yetki ve sorumluluklarına açıklık getirilmiştir.

²⁷⁹ ÇINARLI, Serkan, HIZAL ARSLAN Sevinç (2014), ss.122

²⁸⁰ ÇINARLI, Serkan (2013), ss.35,36

²⁸¹ ÇINARLI, Serkan (2013), ss.35

- Yine bu dönemde hekimlerin sayısını artırmak ve kamuda çalışmalarını özendirmek amacıyla Yatılı Tıp Talebe Yurtları kurulmuş, sağlık hizmetlerinin tüm yurda yayılabilmesi için de tıp fakültesi mezunlarına mecburi hizmet uygulanmıştır. Hekim dışı personel yetiştirmek üzere okullar açılmış, kurslar düzenlenmiştir.

- Koruyucu sağlık hizmetlerinde çalışan personele daha yüksek bir ücret rejimi uygulanarak, personelin hükümet tabiplikleri ve koruyucu hizmet birimlerinde çalışması özendirilmiştir.²⁸²

4.1.1.2 1946-1960 Dönemi:

Dr. Refik Saydam döneminden sonraki ilk önemli girişim 1946-1950 yılları arasında bakanlık yapan Dr. Behçet Uz döneminde olmuştur. İkinci Dünya savaşından sonra, hasta tedavisi hizmetleri ile koruyucu hekimlik hizmetlerinin birbirinden ayıramayacağı ve bir arada örgütlenmesinin gerektiği görüşü kuvvet kazanmıştır ve bu görüş ülkemizi de etkilemiştir.²⁸³ Bu döneme damgasını vuran isim; 1946 ve 1954 yıllarında hazırladığı "Milli Sağlık Planları" ile Dr. Behçet Uz'dur. 12.12.1946 yılında Sağlık Bakanı Dr. Behçet Uz tarafından açıklanan ve içerdiği hedeflerin 10 yıl içinde gerçekleştirilmesinin öngörüldüğü plan nihayetlendirilememiş olsa dahi, sonrasında sağlık hizmetlerinin yapılandırılmasında yer alacak pek çok uygulamanın temellerini atmıştır. Bu plan ile belirlenen 6 maddelik hedefler şöyle sıralanabilir:

1. Koruyucu sağlık hizmetleri için gerekli olan örgütlenme ve alt yapıyı kurmak
2. Sağlık sistemini köy ve köylülere hizmet verecek şekilde yapılandırmak ve yaygınlaştırmak.
3. Halihazırdaki sağlık personelini ve yenilerini günün ihtiyaçlarına göre yetiştirmek.
4. Mevcut hastaneleri ve diğer sağlık tesislerini modern, bilimin ve çağın gereklerine uygun hale getirmek.
5. Tüm illerimizi kapsayacak şekilde yurdun uygun bölgelerinde personel ve örgütlenme yönünden sağlık tesisleri kurmak.
6. Yukarıda sayılan amaçları gerçekleştirebilmek için Milli Sağlık Bankası veya Milli Sağlık Sigortası ve Sağlık Sandıkları kurmak.

²⁸² ÇINARLI, Serkan, HIZAL ARSLAN Sevinç (2014), ss.122,123

²⁸³ ÇINARLI, Serkan, HIZAL ARSLAN Sevinç (2014), ss.123

Bu plan çerçevesinde ülke 7 bölgeye ayrılarak, her bölgeye bir tıp fakültesi kurulması düşüncesi ile bu planın uygulanabilmesindeki en önemli unsur olan hekim ve diğer sağlık personellerinin yetiştirilmesi amaçlanıyordu. O dönemde nüfusun yaklaşık %75'ini oluşturan köylere hizmet götürülmesi büyük önem arz etmekteydi.²⁸⁴

1945'te daha sonra Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) adını alacak olan İşçi Sigortaları Kurumu kurulmuş ve 506 sy. kanun ile kapsamı genişletilmiştir. SSK Avrupa'daki sigorta sistemlerinden farklı olarak yalnızca finansör değil aynı zamanda hizmet sunan bir kurum olmuştur. Buna bağlı olarak 1952 yılında SSK tarafından kurulan ve işletilen hastaneler ortaya çıkmış, ancak verilen hizmet sadece tedavi edici sağlık hizmeti olup koruyucu hizmetler işyeri hekimliklerine bırakılmış ve finans desteği de SSK sağlık örgütlenmesinin dışında tutulmuştur. Dolayısıyla sağlık sektöründe çok başlılık ve eşgüdümsüzlük hakim olmuştur.²⁸⁵

1950'li yıllara gelindiğinde, ülkede sağlık hizmetlerinin verilme şeklinde; üç farklı yönetim olduğu ve bunun hem maddi kaynak, hem de iş gücü israfına neden olduğu, aslında bu hizmetlerin tek bir mekanda ve tek elden yürütülebileceğinin farkına varılır ve birimler arası işbirliğine gidilir. O zamana dek hükümet tabibi, bulaşıcı hastalıklarla mücadele eden kurumlar ve sağlık merkezleri aynı bölgelerde farklı hizmetleri sunmaktadır.²⁸⁶

08.12.1954 tarihinde yine Sağlık Bakanı olan Dr. Behçet Uz tarafından, Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planının devamı niteliğinde olan Milli Sağlık Programı açıklanmıştır. Bu program günümüz sağlık sisteminin yapıtaşlarından biri olarak kabul edilir. Bu program ile daha önceki planda yedi olan sağlık bölgesi sayısının on altıya çıkarılması öngörülmüştür. Hem Milli Sağlık Planı, hem de Milli Sağlık Programı'nda, halkı bir ücret karşılığında sigortalamak, sigortası olmayan ve tedavi giderlerini ödeyemeyenlerin masraflarını özel idare bütçesinden sağlamak, bir sağlık bankası kurularak, sağlık harcamalarının finansmanını buradan sağlamak, ilaç, serum ve aşı gibi tıbbi malzemelerin üretimini denetim altına almak, süt ve mama gibi çocuk besinlerini sağlayacak sanayi kuruluşlarını oluşturmak gibi hedefler bulunmaktaydı.²⁸⁷

²⁸⁴ ÇINARLI, Serkan (2013), ss.36,37

²⁸⁵ ÇINARLI, Serkan, HIZAL ARSLAN Sevinç (2014), ss.123

²⁸⁶ ÇINARLI, Serkan (2013), ss.37

²⁸⁷ ÇINARLI, Serkan (2013), ss.38

Bu dönemde çıkarılan mevzuatlar incelendiğinde, sağlık hizmeti sunumunda büyük pay sahibi olan meslekler ile ilgili; gerek görev tanımı ve hukuki alt yapı, gerekse etik ve sorumluluklar vs. açısından yasal düzenlemeler oluşturulmasına ağırlık verildiği söylenebilir. Bu çerçevede; 3958 sy. Optisyenlik ve Optisyenler Yasası (1940), 6023 sy. Türk Tabipler Birliği Kanunu (1953), 6197 sy. Eczacılar ve Eczaneler Kanunu (1953), 6283 sy. Hemşirelik Kanunu (1954), 6643 sy. Türk Eczacıları Birliği Kanunu (1956) sayılabilir ve bu kanunlar halen yürürlüktedir. Bu dönemde birçok tıp fakültesinin kurulmasıyla 1950-1961 yılları arasında hemen tüm sağlık meslek gruplarında %100'ün üzerinde personel artışının olduğu görülmektedir.²⁸⁸

Bu dönemde personel yetersizliği olan bölge ve kurumlarda personel için hizmeti çekici kılacak olanaklar sağlanamadığından kamu sağlık kuruluşları tarafından arz edilen sağlık hizmeti talebini karşılayamaz olmuştur. Hekimler için kamu kesiminde çalışmanın çekiciliğini kaybetmesine bağlı olarak, özellikle büyük şehirlerde özel muayenehane sayısı artmıştır. Diğer taraftan, bu tarihten itibaren yönetime hakim olmaya başlayan liberal görüş ve politikalar, sağlık alanında özel sektörün geliştirilmesi çaba ve zorlamalarını gündeme getirmiştir. Bunun sonucunda yataklı tedavi kurumlarının Anadolu'ya yayılmasının hızı da kesilmiştir. Bundan sonraki dönemlerde esas gücün kamuda olduğu, fakat özel sağlık kuruluşlarının da desteklendiği karma bir sistem oluşmuştur.²⁸⁹

4.1.1.3 1960-1980 Dönemi:

1960 sonrası sağlık hizmetlerine 244 sy. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun ve sayıları yediye kadar çıkan "5 yıllık kalkınma planları" damgasını vurmuştur. Bu dönemin Sağlık Bakanı olarak öne çıkan isim Dr. Nusret Fişek'tir. [müsteşar ve vekaleten bakanlık] 27.05.1961 tarihli Anayasa'nın Sosyal Güvenlik başlıklı 48. ve Sağlık Hakkı başlıklı 49. maddeleri ile sağlık sunumuna Anayasal bir destek kazandırılmıştır. Başka bir deyimle 244 sayılı kanun Anayasa ile desteklenmiştir. 244 sayılı kanunda sosyalleştirme, "Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi vatandaşların sağlık hizmetleri için ödedikleri prim ile amme sektörüne ait müesseselerin bütçelerinden ayrılan tahsisat karşılığı her çeşit sağlık hizmetlerinden ücretsiz veya

²⁸⁸ ÇINARLI, Serkan (2013), ss.38

²⁸⁹ ÇINARLI, Serkan, HIZAL ARSLAN Sevinç (2014), ss.124

kendisine yapılan masrafın bir kısmına iştirak suretiyle eşit şekilde faydalanmalarıdır.” şeklinde açıklanmıştır.²⁹⁰

Sosyalleştirme Kanunu ile sağlık hizmetinin bütünüyle devlet eliyle verilmesi, kamu sektöründe çalışanların mesleklerini serbest olarak icra etmemeleri kararı alınmıştır. Sağlık personelinin “amme sektörünün sağlık personeli” şeklinde bahsedilmesiyle, kamu görevlisi kavramı ortaya çıkmıştır. Sosyalleştirme denince sağlık hizmetlerinin devlet eliyle sunulması akla gelirken, 224 sy. kanun ile sağlık hizmetlerinin finansmanına çözüm bulunmaya çalışılmış ve finansmanın devlet yükümlülüğünden çıkarılması hedeflenmiştir. Finansman ile ilgili uygulamalar kanununun 29., 30., 31. ve 32. maddelerinde ayrıntılandırılmıştır. Sosyalleştirilme çalışmalarında pilot bölge uygulaması yapılmış ve 1962 yılında Muş ilinden başlanmıştır. 1963 yılında da Bitlis, Hakkari, Van, Etimesgut bölgesinde sosyalleştirme çalışmaları başlatılmıştır.²⁹¹

Anayasa'nın ilgili maddelerine istinaden hazırlanan Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planında (1963-1967) sağlık idaresinde temel amacın halkın sağlık düzeyini yükseltmek olduğu ve bunun için de halk sağlığı hizmetlerine öncelik verilmesi gerektiği belirtilmiştir. Bu amaca ulaşmak için tedavi edici hizmetler, koruyucu hizmetleri tamamlayan bir öge olarak görülmüş, az sayıda nüfusun yararlandığı ve pahalı bir hizmet olan hastanecilik yerine evde ve ayakta tedaviyi sağlayan, küçük topluluklara kadar yayılan bir sağlık örgütünün kurulması ve kamu sektöründe sağlık hizmetlerinin tek elden yönetimi ile kamu sektöründe hekimlerin tam süre çalışması öngörülmüştür. Bu amaçla Sağlık Bakanlığı Müsteşarı Dr. Nusret Fişek'in önderliğinde hazırlanan 224 sy. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun 5 Ocak 1961'de kabul edilerek Türkiye'de birinci basamak sağlık örgütlenmesi konusunda temel adım atılmıştır. İlkeler yasası olarak adlandırılacak bu kanunla sağlık hizmetlerinde on temel ilke kabul edilmiştir: Eşit, sürekli, entegre, kademeli, öncelikli, katılımlı, ekip hizmeti, denetlenen, uygun ve nüfusa göre hizmet.²⁹²

224 sayılı yasa birinci basamak sağlık hizmetlerinin önemli özelliklerini barındırıyordu:

²⁹⁰ ÇINARLI, Serkan (2013), ss.39

²⁹¹ ÇINARLI, Serkan (2013), ss.39,40

²⁹² ÇINARLI, Serkan, HIZAL ARSLAN Sevinç (2014), ss.125

- Basamaklandırılmış sağlık sistemi ve sevk zinciri benimsenmişti.
- Hizmet sunacak en küçük birim sağlık evi olacak ve buradaki ebe doğum, ana çocuk sağlığı ve koruyucu hekimlik alanında hizmet verecekti.
- Daha üst düzeydeki sağlık ocaklarında hizmet sunacak asli personel pratisyen hekim ve ebeydi. Bu personelin yanında halk sağlığı hemşiresi, sağlık memuru, çevre sağlığı teknisyeni, tıbbi sekreter, şoför ve hizmetli de bulunacaktı.
- Sunulan hizmet tümelci yaklaşıma göre belirlenmişti, yani koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmet birlikte verilecekti.
- Hizmet bir kamu sağlık kurumunda ekip olarak, ücretsiz verilecekti.
- Nüfusu ortalama 50 000-100 000 olan bölgelerde 5-10 sağlık ocağı, bir laboratuvar, 50-100 yataklı ilçe hastanesinden oluşan "sağlık grup başkanlığı" oluşturulacak, her 200 000- 400 000 nüfus için Bölge Hastanesi kurulacaktı. Üniversite hastaneleri sevk zincirinin en üst basamağında olacaktı.
- 1982 yılında her 5000 kişiye bir sağlık ocağı kurulmasının tamamlanması öngörülmüyordu.²⁹³

Dr.Nusret Fişek'e göre (Fişek, 1983) ; 1963-1965 yıllarında başarıyla uygulanan Sosyalleştirme Yasası, 1966 yılından başlayarak bugüne kadar başarısız bir uygulama biçimine dönüştürülmüştür. Bunun temel nedenlerini şöyle sıralamak olanaklıdır:

- Bazı Sağlık Bakanları ve bunlara bağımlı olarak yüksek kademe yöneticileri kanunun uygulanması gereğine inanmamışlar ve personelin güvenini sarsmışlardır.
- Başta sağlık ocakları olmak üzere sağlık evleri ve hastaneler donanım ve insan gücü açısından desteklenmemişlerdir.
- Nüfusa göre sağlık evi, sağlık ocağı ve hastane açma ilkesine uyulmamıştır.
- Hekim ve hekim dışı sağlık insan gücü, fakülte ve okullarda hizmetin gerektirdiği şekilde yetiştirilmemişlerdir.
- Sevk zinciri kurulamamıştır.
- İl düzeyinde sağlık yönetimi yetersiz kalmıştır.
- Hizmet için verilmesi kanun gereği olan ödenekler hiçbir zaman yeter düzeyde verilmemiştir. Araç, gereç ve ilaç sıkıntısı her zaman büyük sorun olmuştur.

- 1960'lı yıllarda nüfusun yaklaşık %70'i kırsal alanda, %30'u kentsel alanda yaşamakta olduğundan sosyalleştirme yasası kırsal alanda yaşayanların sağlık

²⁹³ ÇINARLI, Serkan, HIZAL ARSLAN Sevinç (2014), ss.125,126

sorunlarını önceleyen bir anlayışla hazırlanmıştır. Bu oran, sanayileşmenin etkisiyle giderek değişmiş ve 1990'lı yılların sonunda kırsal alanda yaşayanlar yaklaşık %35'e düşmüş, kentsel alanda yaşayanlar ise yaklaşık %65'e yükselmiş olmasına karşın, sosyalleştirme yasasında kentsel alanda yaşayan insanların gereksinimlerini karşılamaya yönelik düzenlemeler yapılmamıştır.²⁹⁴

Bu dönemde personel yetersizliğine rağmen yoksunluk bölgelerinde ve kırsal kesimde en uç noktalara kadar sağlık hizmeti, özellikle koruyucu sağlık hizmeti verilmeye çalışılmış, kırsal kesime doktor, ebe ve hemşire gönderilmiş, aşılama hizmetleri yaygınlaştırılmış, kızamık, çiçek, difteri, tetanoz, tübüküloz, çocuk felci ve tifo gibi hastalıkların sebep olduğu çocuk ölüm oranlarında önemli düşüşler sağlanmıştır. Ancak bu geniş kapsamlı uygulamanın planlandığı biçimde gerçekleştirilebilmesinin birinci koşulu, devlet bütçesinden yeterli kaynağın ayrılmasıdır. Oysa o dönemde sağlık hizmetlerinin çok büyük kısmını üreten Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı bütçesine genel bütçeden ayrılan pay, sosyalleştirme uygulamasına geçildikten sonra yükseleceğine, aksine sürekli düşmüştür. Programın başarısı için ikinci koşul ise planlanan personel sayısına ulaşılmasıdır. Personel sayısının yetersizliği sorununun çözülebilmesi için 1978 yılında 29.06.1978 tarih ve 2162 sy. Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışma Esaslarına Dair Kanun çıkarılmıştır. Bu kanunla kamu kesiminde çalışan sağlık personelinin, serbest çalışması yasaklanmış ve sağlık alanında çalışan tüm personele belli bir tazminat ödenerek, kamu sağlık hizmetlerinin çekiciliği arttırılmaya çalışılmıştır.²⁹⁵

İzleyen yıllarda neoliberal politikaların benimsenmesi sebebiyle Sosyalleştirme Programı merkezi hükümetlerden gerekli desteği görememiştir. 1970'li yıllar dünyada neoliberal anlayış ve politikaların atağa geçtiği yıllar olmuştur. Bu politikaların ülke yönetimlerine hakim olmasına koşut olarak, sosyal devlet anlayış ve politikalarından uzaklaşmış, ekonomide liberal politikaların izlenmesi ve özelleştirme en çok tartışılan konular haline gelmiştir.²⁹⁶

²⁹⁴ PALA, Kayıhan (2007), "Türkiye için nasıl bir sağlık reformu?" *Uludağ Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı*, <http://www.pdfkutuphane.com/turkiye-icin-nasil-bir-saglik-reformu-kayihan-pala-pdf-ekitap>, ss.12, (03.11.2014)

²⁹⁵ ÇINARLI, Serkan, HIZAL ARSLAN Sevinç (2014), ss.127

²⁹⁶ ÇINARLI, Serkan, HIZAL ARSLAN Sevinç (2014), ss.127

4.1.1.4 1980-2002 Dönemi:

Dünyanın tek kutuplu bir biçim almasından sonra, kapitalist dünyada sağlık artık fiilen bir hak olmaktan çıkarılmış, “parası olanın parası kadar satın alabileceği” bir meta biçimine dönüştürülmüştür. Türkiye’de de 1980’den sonra yürütülen sağlık politikaları önce 224 sy. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası’nın uygulanmamasına odaklanmış ve bununla birlikte sonuç olarak kamu sağlık hizmetleri çöktürülmüştür.²⁹⁷

Ülkemizde 24 Ocak 1980 Kararları ile sağlık ve sosyal güvenlik hizmetleri piyasanın arz ve talep kuralları içinde kişilerin toplumsal fırsatları oranında yararlandıkları hizmetler olarak resmi politika haline gelmiştir. Bu politikalara paralel olarak 1961 Anayasası’nda yer alan ve sağlık hizmetlerini devlete bir görev olarak yükleyen 49. maddenin yerine, 1982 Anayasası’nda “Sağlık hizmetleri ve çevrenin korunması” başlığı altında 56. maddede yapılan düzenleme ile devlet bu görevinden arındırılmış, insanlara yalnızca sağlıklı yaşama hakkı tanınmış, İlk kez sağlık alanında “özel kesim” den söz edilmiş ve bu hizmetleri devletin gözececeği, düzenleyececeği ifade edilmiştir. Böylece sağlık hizmetlerinde “Aktif özelleştirme” dönemine geçilmiştir.²⁹⁸

07.11.1982 tarihinde kabul edilen Türkiye Cumhuriyeti Anayasası’nda vatandaşların sağlık hizmeti almalarına yönelik düzenlemeler eklenerek, sağlık alanında yapılacak uygulama ve mevzuata Anayasal destek kazandırılmıştır. 1982 Anayasası’nın 17. maddesinde; “Herkes, yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahiptir.” denerek, sağlıklı yaşam hakkının herkese ait olduğu vurgulanmıştır. Anayasa’nın 56. maddesinde; “Herkes sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek devletin ve vatandaşların ödevidir. Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliği gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler.” denerek sağlık hizmetlerini planlama ve düzenleme dolayısıyla da sunma görevi devlete verilmiştir. Aynı maddenin 4. fıkrasında; “Devlet, bu görevi kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal yardım kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir.” cümlesi kullanılarak, Cumhuriyet tarihimizde ilk defa sağlık

²⁹⁷ PALA, Kayıhan (2007), ss.14

²⁹⁸ ÇINARLI, Serkan, HIZAL ARSLAN Sevinç (2014), ss.127

hizmetlerinde özel sektörden Anayasal boyutta söz edilmiş olması dikkat çekicidir. 1982 Anayasası'nın 60. maddesinde "Herkes, sosyal güvenlik hakkına sahiptir. Devlet, bu güvenliği sağlayacak gerekli tedbirleri alır ve teşkilatı kurar." denerek sosyal güvenlik hizmetleri ile ilgili planlama, sistemi kurma ve gerekli tedbirleri alma görevi devlete verilmiştir.²⁹⁹

Bu dönemde "devletin sağlık alanında üstlendiği yükümlülüklerin azaltılması" tercihinin uygun politikalara yönelmek istenmiştir. Yukarıda da bahsedildiği gibi 1982 Anayasası'nın 56. maddesinde ilk defa devletin, sağlık hakkını gerçekleştirirken, sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde sunulmasında özel sektörden faydalanabileceğinden söz edilmiş, çevre sağlığının korunup geliştirilmesinde devlet ve vatandaş birlikte görevli kılınmıştır. 1982 Anayasası bu düzenleme ile sağlık alanında liberal politikaların uygulanmasına olanak sağlanmıştır. Daha sonra 1982 Anayasası'nda 2001 yılında yapılan bir değişiklikle de "Devletin iktisadi ve sosyal ödevlerinin sınırları" başlığı altında Anayasa'nın 65.maddesi yeniden düzenlenmiştir. Bu düzenlemeye göre "Devlet, sosyal ve ekonomik alanlarda Anayasa ile belirlenen görevlerini, bu görevlerin amaçlarına uygun öncelikleri gözeterek mali kaynaklarının yeterliliği ölçüsünde yerine getirir." "Mali kaynakların yeterliliği" tamamıyla siyasal iktidarların takdirinde olan bir husustur. Dolayısıyla ülkemizde sosyal devletin ne ölçüde ve hangi araçlarla gerçekleşeceğinin takdiri siyasal iktidara kalmıştır.³⁰⁰

Esnaf ve sanatkarlarla, diğer bağımsız çalışanların sosyal sigorta halini düzenleyen, 1479 nolu Bağ-Kur kanunu, 02.09.1971 tarihinde yürürlüğe girdikten sonra, 1986 yılında Bağ-Kur sigortalılarına sağlık yardımı yapılmaya başlanmıştır. Bu tarihten sonra, Cumhuriyet'in kurulmasından beri tek elden yürütülmesi esası gözetilen sağlık sigortacılığında, Sosyal Sigortalar Kurumu, Emekli Sandığı ve Bağ-Kur olmak üzere 3 başlı bir yapı oluşmuştur. 18.01.1992 tarihinde, 3816 nolu "Ödeme gücü olmayan vatandaşların tedavi giderlerinin yeşil kart verilerek devlet tarafından karşılanması hakkında kanun" yayınlanarak, genel sağlık sigortasına geçiş kapsamında ödeme gücü olmayan vatandaşların sağlık giderlerinin karşılanması esasları ortaya konmuştur. Daha sonra 31.05.2006 tarih, 5510 sayılı "Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık

²⁹⁹ ÇINARLI, Serkan (2013), ss.41

³⁰⁰ ÇINARLI, Serkan, HIZAL ARSLAN Sevinç (2014), ss.128

Sigortası Kanunu” gereğince tüm bu sosyal güvenlik uygulamaları “Genel Sağlık Sigortası (GSS)” çatısı altında toplanmıştır.³⁰¹

1980’li yıllarda tıpkı diğer alanlardaki özelleştirme uygulamalarında olduğu gibi sağlık alanında da Dünya Bankası ve İMF’nin etkisiyle yapısal uyum programları gündeme gelmiştir. Dünya Bankası 1987 yılında çıkardığı “Gelişmekte Olan Ülkelerde Özel Sektör Aracılığıyla Sağlık Hizmetlerinin Güçlendirilmesi” raporları ile gelişmekte olan ülkelere şu önerilerde bulunmuştur:

- Sağlık hizmetlerinin, özellikle hastanecilik hizmetlerinin özelleştirilmesi,
- Bu şekilde, devletin kısıtlı kaynaklarının kırsal yörelere ve koruyucu sağlık hizmetlerine yöneltilmesi,
- Genel sağlık sigortasına geçilmesi.³⁰²

Türkiye’de sağlık sektöründeki dönüşüm için yeni stratejilerin çerçevesi ilk kez 1990 yılında DPT için yürütülmüş olan Sağlık Sektörü Master Plan Çalışması ile çizilmiştir. Yine aynı yılda 24.09.1990 tarihinde T.C. Hükümeti ile Dünya Bankası arasında Sağlık Projesi İkraz Anlaşması imzalanmıştır. Bu anlaşma ile Dünya Bankası Türkiye’ye Birinci Sağlık Projesini gerçekleştirmek üzere 75 milyon dolarlık kredi vermiştir. Daha sonra 28.09.1994 tarihinde imzalanan başka bir ikraz Anlaşması ile 150 milyon dolarlık bir kredi daha vermiştir. 03.06.1997 tarihinde Dünya Bankası ile imzalanan 14.5 milyon dolarlık borç anlaşması ile de Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Projesi başlatılmıştır. Proje kapsamında verilen paranın 300 bin dolarlık bölümü ise sağlık hizmetlerinin finansmanında yeni bir geri ödeme sisteminin planlanması ve finansal yönetimde etkinliğin artırılması için kullanılacaktır.³⁰³

1990’lı yıllarda başlayan bu süreçle anılan projeler doğrultusunda sağlık hizmetlerinin finansmanı ve örgütlenmesi tartışmaya açılmış, hükümetlerce çeşitli modeller önerilmiş ve sürekli bir reform arayışı içine girilmiştir. 1990 sonrası “sağlık reformu” tartışmaları ile birinci basamak sağlık hizmetleri yeniden gündeme gelmiş ancak sağlık ocakları ile entegre, çok sektörlü, toplumcu, sistematik, standart bir hizmete uyarlanmış kapsamlı, eşitsizliği azaltma amaçlı bir birinci basamak yerine muayenehane temeline dayalı olan “aile hekimliği” tercih edilmiştir. “Sağlıkta

³⁰¹ ÇINARLI, Serkan (2013), ss.43

³⁰² ÇINARLI, Serkan, HIZAL ARSLAN Sevinç (2014), ss.128

³⁰³ ÇINARLI, Serkan, HIZAL ARSLAN Sevinç (2014), ss.129

Dönüşüm” programı da 1990’lı yıllardaki “Sağlık Reformu”nun bir devamı şeklinde ortaya çıkmıştır. İkinci basamakta da devlet hastanelerinin önce özerkleştirilmesi, zamanla özelleştirilmesi tartışılmaya başlanmıştır.³⁰⁴

Türkiye’de 1987 yılında çıkarılan ve sağlık hizmetlerinin niteliği ve örgütlenme açısından bir kırılma noktası oluşturan, dönemin “işletmecilik” esaslı yönetim anlayışına son derece uygun olan 3359 sy. Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu’nun başta 5. maddesindeki sağlık kuruluşlarının Bakanlar Kurulu kararıyla kamu tüzel kişiliğini haiz sağlık işletmesine dönüştürülebileceğini hükmü olmak üzere birçok hükmü, piyasalaşma ve özelleştirme uygulamalarına uygun zemin hazırlamıştır.³⁰⁵

Bu süreç içerisinde 3559 sy. Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu’na dayanılarak 1995 yılında çıkarılan Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık İşletmelerinin Yönetimi ile Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik ile de sağlık kurumlarının sağlık işletmesi haline dönüştürülebileceği düzenlenmiştir. Yönetmelik hükümlerine göre, bu kanun kapsamındaki kamu kurum ve kuruluşlarına ait sağlık kuruluşlarından işletmecilik esaslarına göre işletilmesi ilgili bakanlıkça önerilip Sağlık Bakanlığı’na uygun görülenler, Bakanlar Kurulu kararı ile “sağlık işletmesi” haline dönüştürülebilecektir. İlk defa 1988 yılında Numune Hastanesinin temizlik ihalesi ile başlayan hizmet alımı uygulamaları, anılan yönetmeliğe dayanılarak Türkiye Yüksek İhtisas ve Koşuyolu Hastanelerinde de uygulanmaya başlanmıştır. Yemekhane, çamaşırhane gibi birimlerden başlatılan özelleştirme uygulamaları, özel hasta muayeneleri, özel hasta yatakları, özel tarifeler, özel ve süit odalarla devam etmiştir.³⁰⁶

1996-2000 dönemini kapsayan VII. Beş Yıllık Kalkınma Planında kaynakların etkin kullanılması, sistemin yeniden yapılandırılması, sağlık politikalarına süreklilik kazandıracak yasaların kararlılıkla uygulanması kararlaştırılmış ve bu doğrultuda kentlerde aile hekimliği sisteminin oluşturulmasına, Sağlık Bakanlığı’nın doğrudan yataklı tedavi hizmeti sunumundaki rolünün azaltılmasına, hizmetin sunulmasında yerel yönetimlerin rolünün artırılmasına karar verilmiştir. 4046 sy. kanunla yataklı tedavi kurumlarının işletilmesi haklarının özelleştirilmesi imkanı getirildiği belirtilerek, sağlık hizmeti sunan kamu kuruluşlarının rasyonel planlama yapabilmeleri, etkili hizmet

³⁰⁴ ÇINARLI, Serkan, HIZAL ARSLAN Sevinç (2014), ss.129

³⁰⁵ ÇINARLI, Serkan, HIZAL ARSLAN Sevinç (2014), ss.130

³⁰⁶ ÇINARLI, Serkan, HIZAL ARSLAN Sevinç (2014), ss.130

sunumu ve denetimi gerçekleştirebilmeleri için bu kuruluşlarda hizmet sunumu ile finansmanı birbirinden ayrılacağı, hastanelerde maliyet muhasebesi teknikleri kullanılarak bütün gider unsurlarının maliyetlere yansıtılacağı, gerçek maliyetlere dayalı fiyatlandırmaya gidileceği, bu şekilde, kendi gelirleri ile giderlerini karşılayan ve piyasa koşullarında çalışan hastanelerden kamu sübvansiyonunun kademeli olarak kaldırılacağı, ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması, bulaşıcı ve salgın hastalıklar ve diğer koruyucu sağlık hizmetlerinin kamu hizmeti olarak bedelsiz verilmeye devam edileceği ancak tedavi hizmetlerinin bedelinin ise kullanıcılar tarafından ödeneceği belirtilmiştir.³⁰⁷

1980-2000 arası döneme genel olarak bakıldığında birinci basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesinden ziyade, ikinci basamak sağlık hizmetlerine ağırlık verildiği, GSS ile ilgili alt yapının oluşturulması çabalarına hız verildiği söylenebilir.³⁰⁸ Türkiye’de sağlık sistemi 2002 yılından itibaren, dünyada ki ve Türkiye’de ki ekonomik politikalara paralel olarak, çok hızlı ve köklü bir değişime girmiştir. “Sağlıkta Dönüşüm Programı” denilen bu değişim ile, sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi, finansmanı ve sunumu yeniden yapılandırılmıştır. Bu nedenle bu dönemi ayrı bir başlık altında ve biraz daha yakından incelemek yerinde olacaktır.

4.2 Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP):

Uluslararası kriterlere göre tanımlanmış olan sağlıklı yaşam hakkının fiilen gerçekleştirilebilmesi için sağlık hizmetlerinin kaliteli ve toplumun tüm fertlerinin yararlanabildiği bir çerçevede sağlanması gerekir. Bunun için sağlık hizmetleri yeterli bir şekilde finanse edilmelidir. Son yıllarda tıp alanında ortaya çıkan teknolojik ilerlemeler, insanları sağlık hakkında bilgi birikimlerinin çoğalması, ulaşım imkanlarının nispeten daha kolay bir hale gelmesi sağlık hizmetlerine olan talebin artmasına neden olmuştur. Bu durum sistemin finansmanında çeşitli problemlerin ortaya çıkmasına yol açmıştır. Gelişmekte olan ülkelerde, hızlı nüfus artışı ve yetersiz sağlık hizmetlerinin etkinlik seviyesini yükseltme çabaları, gelişmiş ülkelerde ise yaşlı nüfusun çoğalması ve sağlık hizmetlerinin aşırı kullanımı sağlık harcamalarının artmasına neden olan demografik unsurlar arasında anılabilmektedir. İşte tüm bunlar,

³⁰⁷ ÇINARLI, Serkan, HIZAL ARSLAN Sevinç (2014), ss.130,131

³⁰⁸ ÇINARLI, Serkan (2013), ss.44

gerek gelişmiş ve gerekse gelişmekte olan ülkelerde sağlık hizmetlerinin sunumu ve özellikle finansmanında ciddi tedbirlerin alınmasını gündeme getirmiştir. Türkiye’de de sağlık sistemine ilişkin köklü reform ihtiyacı uzun süre tartışılmıştır. Özellikle beşer yıllık kalkınma planlarında bu ihtiyacın varlığı net bir şekilde ifade edilmiştir. 2000’li yıllara gelindiğinde bu ihtiyaç artık bir zorunluluk olarak algılanmaya başlamıştır. Bu kapsamda, 2003 yılında hazırlanan Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) tüm sağlık sistemini kapsayacak şekilde, sekiz başlıkta gerçekleştirilmesi planlanan değişimleri ve mevcut problemlere ilişkin çözümleri içeren bir çerçeveye sahiptir.³⁰⁹

2002 sonrası dönem sağlıkta değişimlerin hız kazandığı, modern ve herkese eşit olarak verilen bir sağlık hizmeti sistemi oluşturulması için gerek mevzuat, gerekse uygulama alanında köklü düzenlemelerin yapıldığı dönem olmuştur. 2002 yılı seçimlerinin hemen ardından “Acil Eylem Planı” hazırlanarak, “Herkesin Sağlık” başlığı altında yapılması planlananlar ve hedefler belirtilmiştir. Bunların belli başlıları şöyle sıralanabilir;

- Sağlık Bakanlığı’nın idari ve fonksiyonel açıdan yeniden yapılandırılması.
- Tüm vatandaşların Genel Sağlık Sigortası kapsamına dahil edilmesi.
- Hastanelerin hem idari, hem de mali açıdan özerk bir yapıya kavuşturulması.
- Aile Hekimliği sistemine geçilmesi.
- Anne ve Çocuk sağlığına önem verilerek, anne-bebek ölümü düzeylerinde dünya standardının yakalanması.
- Koruyucu hekimlik hizmet ve uygulamalarının yaygınlaştırılması.
- Özel sektörün sağlık alanında yatırım yapması için teşvik edilmesi.
- Kamu kuruluşlarında alt kademelere yetki devrinin yapılması.
- Kalkınmada öncelikli kabul edilen bölgelerde sağlık personeli eksikliğinin giderilmesi
- Sağlıkta e-dönüşüm projesinin uygulamaya konması.³¹⁰

Acil eylem planı belirlendikten sonra, 2003 yılında “Sağlıkta Dönüşüm Programı” hazırlanarak halka ilan edilmiştir. Sağlık Bakanı Recep Akdağ tarafından

³⁰⁹ ÇELİKAY, Ferdi, GÜMÜŞ, Erdal (2011), “Sağlıkta dönüşümün ampirik analizi”, *Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi*, C.1,N.3,ss.59.

³¹⁰ ÇINARLI, Serkan (2013), ss.44

Aralık 2003'te yayınlanan kitapçıkla SDP açıklanmıştır. Buna göre SDP'nun amaç ve hedefleri şöyle tanımlanmıştır;

“Bugüne kadar Bakanlığımız bünyesinde ulusal ve uluslararası katılımı yapılmış çok sayıda çalışma ve proje ortaya konmuş ve bu projeler “reform” olarak adlandırılmıştır. Farklı adlarla da olsa, bu kurumun aynı amaca hizmet eden çok sayıda projeye ev sahipliği yaptığını biliyoruz. Bugün bir reformdan söz etmeyişimiz, tamamen yeni bir görüş ortaya koymadığımızın bilincinde olduğumuz içindir. Uygur dünyanın uygulama ve arayışları ile Bakanlık olarak geçmişten aldığımız yararlı mirası değerlendirmemiz gerekiyor. Ancak, bugüne kadar defalarca reform iddiası ile ortaya konan benzer çalışmaların uygulama alanı bulamamış olması kamuoyunun güvenini sarsmıştır. Ayrıca mevcut gidişatı tamamen sonlandırıp yeni bir sisteme geçme iddiası çok da gerçekçi değildir. Özlenen değişimi gerçekleştirmek için mevcut yapıyı tahrip etmeden planlanan hedefe doğru dönüştürmek gerekir. Bu dönüşümü yapmaya kararlıyız. Bu yüzden kamunun reform adı altında ümitsizliğe dönüşmüş olan arzularını yeniden alevlendirecek geniş katılıma tüm tarafların sahiplenebileceği ve aktif rol alacağı bir eylem dizisini karalılıkla başlatıyor ve bunu “Dönüşüm Programı” olarak adlandırıyoruz.

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın amaçları sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunulmasıdır.

Etkililik, uygulanacak politikaların halkımızın sağlık düzeyini yükseltmesi amacını ifade etmektedir. Sağlık hizmetinin sunumundaki en büyük hedef insanların hastalanmasının önlenmesi olmalıdır. Bu amaca ulaşmak, epidemiyolojik göstergelerde sağlanacak ilerlemelerle kanıtlanacaktır. Anne ve çocuk ölümlerinin azaltılması ve doğuştan beklenen yaşam süresinin artırılması bu amaca ulaştığımızın en somut örnekleri olacaktır.

Verimlilik, kaynakları uygun şekilde kullanarak maliyeti düşürüp, aynı kaynakla daha fazla hizmetin üretilmesidir. İnsan kaynaklarının dağılımı, malzeme yönetimi, akılcı ilaç kullanımı, sağlık işletmeciliği ve koruyucu hekimlik uygulamaları bu esas çerçevesinde değerlendirilmelidir. Ülkenin tüm sektörel kaynaklarının sistem içine alınması ve entegrasyonunun sağlanması verimliliği artıracaktır.

Hakkaniyet, insanlarımızın sağlık hizmetlerine ihtiyaçları ölçüsünde ulaşmalarının ve hizmetlerinin finansmanına mali güçleri oranında katkıda bulunmalarının sağlanmasıdır. Gerek farklı sosyal gruplar, gerek kıır-kent, gerekse doğu-batı arasındaki sağlık hizmetlerine erişim ve sağlık göstergeleri ile ilgili farklılıkların azaltılması, hakkaniyet amacı kapsamında yer almaktadır.”³¹¹

Programın temel ilkeleri ise şu başlıklar altında açıklanmıştır;

- “İnsan merkezilik: Bu ilke, sistemin planlamasında ve hizmetin sunumunda hizmetten faydalanacak bireyi, bireyin ihtiyaç, talep ve beklentilerini esas almayı ifade etmektedir. Sağlıkın aile ortamında oluştuğu gerçeğinden hareketle birey “aile sağlığı” çerçevesinde ele alınmaktadır.

- Sürdürülebilirlik: Geliştirilecek olan sistemin, ülkemiz koşulları ve kaynakları ile uyumlu olması ve kendini besleyerek bir devamlılık arz etmesi ilkesini ifade etmektedir.

- Sürekli kalite gelişimi: Vatandaşlarımıza sunulan hizmetlerde ve elde edilen sonuçlarda ulaşılan noktayı yeterli görmeyerek, hep daha iyiyi aramayı, sistemin kendi kendisini değerlendirerek hatalarından öğrenmeyi sağlayacak bir geri bildirim mekanizmasının oluşturulmasını ifade etmektedir.

- Katılımcılık: Sistemin geliştirilmesi ve uygulanması sırasında ilgili tüm tarafların görüş ve önerilerinin alınmasını, yapıcı bir tartışma ortamı sağlayacak platformların oluşturulmasıdır. Ayrıca bu ilke, sağlık sektörünün bütün bileşenlerinin sistemin kapsamı içine alınarak uygulamada kaynak birliğinin sağlanması amaçlanmaktadır.

- Uzlaşmacılık: Demokratik bir yönetimin gereği olarak sektörün farklı bölümleri arasında karşılıklı çıkarları gözeterek ortak noktalarda buluşma arayışıdır. Çıkar çatışmasına dayalı bir uygulama yerine yöntem, standartlar ve denetim mekanizmalarında birlik sağlanması ve tarafların buna uyması hedeflenmektedir.

- Gönüllülük: Hizmette arz veya talep eden, birey veya kurum ayrımı yapmaksızın sistem içerisinde yer alacak bütün birimlerin belirlenen amaçlara yönelik

³¹¹SAĞLIK BAKANLIĞI(2002),*SağlıktaDönüşüm*,
<http://www.sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/saglikadonusum.pdf>, (06.11.2014)

davranmalarını sağlama yöntemidir. Sistemde hizmet üreten ve hizmet alan kesimlerin zoraki değil, teşvik edici önlemler doğrultusunda gönüllü bir şekilde yer almaları şarttır.

- Güçler ayrılığı: Sağlık hizmetlerinin finansmanını sağlayan, planlamasını yapan, denetimini üstlenen ve hizmeti üreten güçlerin birbirinden ayrılması ilkesidir. Bu şekilde çıkar çatışması olmayacak, daha verimli ve daha kaliteli hizmet sunumu sağlanacaktır.

- Desantralizasyon: Kurumlar, merkezi yönetimin oluşturduğu hantal yapıdan kurtarılmalıdır. Değişip gelişen koşullara ve çağdaş anlayışa uygun olarak yerinden yönetim ilkesinin hayata geçirilmesi hedeflenmektedir. İdari ve mali yönden özerk işletmeler hızlı karar alma mekanizmalarına sahip olacak ve kaynakları daha verimli kullanabilecektir.

- Hizmette rekabet: Sağlık hizmet sunumunun tekel olmaktan çıkarılıp belli standartlara uygun farklı hizmet sunucularının yarışmasının sağlanması ilkesidir. Böylece sürekli kalite artımına ve maliyet azalmasına yönelik bir teşvik ortamı oluşacaktır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı, belirtilen ilkeler çerçevesinde yukarıda sayılan amaçlara ulaşırken, Dünya Sağlık Teşkilatı'nın "21.Yüzyılda Herkese Sağlık" politikasını, Avrupa Birliği tarafından açıklanan "Katılım Ortaklığı Belgesi" ve ülkemiz tarafından hazırlanan "Ulusal Program" doğrultusunda Türk Sağlık mevzuatının, Avrupa Birliği Sağlık mevzuatı ile uyumlu hale getirilmesi ihtiyacını ve diğer uluslararası deneyimleri de dikkate alacaktır.³¹²

SDP'nin bileşenleri olarak tanımlanan sekiz ana teması şunlardır;

1. Planlayıcı ve denetleyici bir Sağlık Bakanlığı
2. Herkesi tek çatı altında toplayan bir Genel sağlık Sigortası
3. Yaygın ve erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmeti,
Güçlendirilmiş Temel Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği,
Etkili, kademeli sevk zinciri,
İdari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri.

³¹²SAĞLIK BAKANLIĞI(2002), *SağlıktaDönüşüm*,
<http://www.sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/saglikadonusum.pdf>, ss.25,(06.11.2014)

4. Bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü
5. Sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumları
6. Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon
7. Akılcı ilaç ve malzeme üretiminde kurumsal yapılanma
 - Ulusal İlaç Kurumu
 - Tıbbi Cihaz Kurumu
8. Karar sürecinde etkili bilgiye erişim: Sağlık Bilgi Sistemi.³¹³

2007 yılında SDP'na üç yeni başlık daha eklenmiş olup, bunlar;

- Daha iyi bir gelecek için sağlığın geliştirilmesi ve sağlıklı hayat programları
- Tarafların harekete geçirilmesi ve sektörler arası işbirliği için çok yönlü sağlık sorumluluğu
 - Uluslararası alanda ülkenin gücünü arttıracak sınır ötesi sağlık hizmetleri, şeklinde sayılabilir.³¹⁴

Tüm bu başlıklar çerçevesinde, sağlık sisteminde pek çok atılım ve yenilik yapılmıştır. 112 acil sağlık hizmetleri yaygınlaştırılmış, pek çok yeni istasyon kurularak ve araç çeşitliliği ile yurdun her noktasına ulaşılabilirlik sağlanmıştır. 2005 yılında SSK Hastaneleri'nin Sağlık Bakanlığı'na devri gerçekleştirilerek, sağlık hizmetlerinin tek elden ve herkese eşit, hakkaniyetli sunumu sağlanmaya çalışılmıştır. 2007 yılında sağlık hizmetlerinin sunum kalitesini arttırmak üzere çalışmalar başlatılmış ve bugün hastaneler 621 ana standart ve 3802 alt standart ile "Sağlıkta Kalite Standartları" nı uygular hale gelmiştir. Sağlık Bakanlığı hizmetin denetimini ve bu standarda uygunluğunu oluşturmuş olduğu değerlendirici grubuyla; 81 ilde, yılda iki defa, kamu ve özel sağlık kurumlarını kapsayacak şekilde ve çapraz denetim mekanizması ile gerçekleştirmektedir. 2004 yılından itibaren, "her hekime bir poliklinik" uygulaması ile hastalara hekim seçme özgürlüğü tanınmıştır. 2010 yılından itibaren Sağlık Bakanlığı bünyesindeki kurumlarda görev yapan personele tam gün hizmet uygulaması getirilerek, serbest çalışmaları yasaklanmıştır. Sağlık Bakanlığı yapısında en köklü değişim 02.11.2011 tarihinde yayınlanan ve 02.11.2012 tarihinde yürürlüğe giren, 663 sy.

³¹³ ÇINARLI, Serkan (2013), ss.45

³¹⁴ ÇINARLI, Serkan (2013), ss.46

Kanun Hükmünde Kararname (KHK) ile yapılmıştır. (Sağlık Bakanlığı'nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname)³¹⁵

SDP'nin hukuki açıdan uygulanabilirliğinin sağlanması için bu dönemde pek çok mevzuat yayınlanmıştır. Bunlardan birkaçı;

- 4924 sy. Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılmasına İlişkin Kanun (2003)
- 5258 sy. Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun (2004)
- 5283 sy. Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Devredilmesine Dair Kanun (2005)
- 5510 sy. Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu (2006)
- 5634 sy. Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun (2007)
- 5947 sy. Üniversite ve Sağlık Bakanlığı Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun (2010)
- 663 sy. Sağlık Bakanlığı'nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname (2011)³¹⁶

Türkiye'de sağlık hizmetinin sunumuna ilişkin köklü değişimler içeren SDP, on yılı aşkın süredir uygulanmaktadır. Ancak, gerek hizmetin sunumuna ilişkin, gerek mali, gerekse idari konularda pek çok kez yerel mahkemeler ve yüksek mahkemelerde dava konusu olmuştur. Hem bu davaların bazılarının kararları sonucu, hem de projenin uygulanması sırasında görülen aksama ve yanlışlıklar sonrası, sağlık mevzuatında çok sayıda değişiklik yapılmıştır. SDP'nin sonuçlarının değerlendirilmesinde, dünyadaki güncel siyasi, sosyal ve ekonomik politikalar ışığında, eleştirel yaklaşımlar olmaktadır.

Bir salgın hastalık gibi 80'lerden itibaren hemen her ülkenin sağlık sistemi Dünya Bankası tarafından yayılan sağlıkta reform çalışmalarına maruz kaldı. Bizde hazırlığına 90'larda başlanan bu program 2002'den itibaren tam anlamıyla yaşama geçirildi. Programın temel özelliği, sağlık hizmetlerinin piyasa temelli/uyumlu hale

³¹⁵ ÇINARLI, Serkan (2013), ss.46

³¹⁶ ÇINARLI, Serkan (2013), ss.46,47

getirilmesidir. Dünya Bankası'nın sağlık politikaları üzerinde gelişmiş ülkeler ve gelişmekte olan ülkeler için farklı projeleri vardır. Bu projeler, 80 ve 90'lar (daha radikal), 2000'ler (daha tedbirli) gibi bazı dönemsel farklılıklar da göstermektedir. Ancak, temel ortak nokta, sağlık hizmetlerinde kamusal niteliğin azaltılması ve vatandaşların bireysel sorumluluğunun artırılmasıdır.³¹⁷

Sağlıkta dönüşüm programlarının yüzleri, farklı ülkelerde ve farklı dönemlerde değişmektedir. Asıl yapılmak istenenin ne olduğunun anlaşılması bazen yıllar alabilmektedir. Ancak, nihai hedef, sağlığın anayasal güvence altında bir vatandaşlık hakkı ve sağlık hizmetlerinin üretim, finansman ve uygulama olarak bir kamu hizmeti olmaktan çıkarılması, en azından bu niteliğin ciddi olarak azaltılmasıdır. Sağlıkta dönüşüm programları, Avrupa ülkelerindeki (örneğin; İngiltere, Almanya, Fransa, İskandinav ülkeleri vb.) tüm vatandaşları kapsayan ve kamu hizmeti olarak sunulan sağlık hizmetinin, piyasa ile uyumlu hale getirilmesi amaçlanmaktadır. Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde ise sağlık sistemleri çoğu kez tüm vatandaşları kapsamaktan uzaktır. Dünya Bankası'nın temel görüşü, sağlık harcamalarındaki artış nedeniyle zengin ülkelerin, refah devletlerinin vatandaşlarına sunduğu kamusal sağlık hizmetlerinin artık sürdürülemez olduğudur. Bu ülkelerdeki reformlar vatandaşların bugüne kadarki kazanımlarını azaltmaya odaklanmıştır. Dünya Bankası gelişmekte olan ülkeler için ise sağlığın bir vatandaşlık hakkı ve kamu hizmetleri yerine, sağlık hizmetlerinin piyasa ilişkilerine açılmasını, kamudan özel sektöre devredilmesini ve her bireyin sağlık harcamasına katkıda bulunmasını istemektedir.³¹⁸

80 ve 90'lardaki neoliberal politikaları takiben, Türkiye'de oluşan 2001 krizi sonrası, DB ve IMF'in politikaları etkisiyle yeni ekonomik program uygulanmaya başlandı. Sağlık alanında da SDP ile 2002'den itibaren yeni bir döneme girildi.³¹⁹ SDP, Dünya Bankasının direktifleri sonrasında biçimlendirilmiştir. Haziran 2002'de hazırlanan "Türkiye; Yaygınlığı ve Verimliliği İyileştirmek Amacıyla Sağlık Sektöründe Yapılan Reformlar" adlı raporda, Türkiye için sağlık politikası:

- Sosyal güvenlik örgütlerinin birleştirilmesi

³¹⁷ TERZİ, Cem (2012), "Sağlıkta Dönüşüm Programı: Sağlık piyasalaşırken hekimler işçileşiyor" *Medikolegal Düzlem Tıpta Uygulama Hataları* (1.Basım)

Derl: BİLGE Yaşar, GEÇİM Ethem (Ankara: Baskı Evi Matbaa),ss:30

³¹⁸ TERZİ, Cem (2012), ss.30

³¹⁹ TERZİ, Cem (2012), ss.32

- Genel sağlık sigortası kurulması
- Temel hizmetler paketi
- Kamu hastanelerinin özerkleştirilmesi
- Sağlık Bakanlığı'nın görevinin politika hazırlamak ve denetlemek olması
- Aile hekimliği sistemine geçilmesi, olarak önerilmiştir.

Dünya Bankası görüşü ve önerisine göre, devletin küçültülmesi tezi, bütçede sağlık harcaması kaleminde tahsisat kısıntısına gidilmesi şeklinde değil, fakat hizmetin götürülmesi aşamasında özel kesime terk edilmesi şeklinde yorumlanmalıdır. Özellikle gelir düzeyinin düşük ve gelir dağılımının bozuk olduğu ekonomilerde, sağlık harcamalarının büyük bölümünün kamu bütçesinden finanse edilmesi önemlidir. Söz konusu politikalarla bütün amaç, Yeni Dünya Düzeninde, kriz yaşıyan sermayeye kamu kaynakları ile yeni faaliyet ve kar alanları açmaktır.³²⁰

2001-2005 yıllarını kapsayan VIII. Beş Yıllık Kalkınma Planında, hastanelerin idari ve mali yönden özerkliğe kavuşturularak kendi gelirleriyle giderlerini karşılayan işletmeler haline getirilmesi, özel sektörün sağlık yatırımlarının ve gönüllü sağlık kuruluşlarının hizmetlerinin teşvik edilmesi, hizmet sunumu ile finansmanının ayrılmasına ilişkin düzenlemelerin yapılması amaçlanmıştır. Ayrıca herkese sağlık sigortası kapsamında sağlık hizmetinden yararlanma hakkı sağlanacağı ve sağlık hizmeti basamakları arasında etkin işleyen bir hasta sevk sistemi geliştirileceği, Sağlık Bakanlığının görev ve teşkilat yapısının yeniden düzenleneceği, birinci basamak sağlık hizmet birimleriyle entegre aile hekimliği uygulaması için gerekli düzenlemeler gerçekleştirileceği belirtilmiştir. Bu dönemde 2003 yılında 657 sy. Devlet Memurları Kanunu'nun 36. maddesindeki değişlikle sağlık hizmetleri ve yardımcı sağlık hizmetleri sınıfına dahil personel tarafından yerine getirilmesi gereken hizmetlerin, bedeli döner sermayeden ödenmek kaydıyla hizmet satın alınması yoluyla gördürülebileceği hükmü eklenmiştir. İdarenin sağlık hizmetlerinde mal, hizmet ve yapım işi alımı yaygınlaşmış ve işletmecilik esasları lehine hızla genişlemiştir.³²¹

³²⁰ PALA, Kayıhan (2007), "Türkiye için nasıl bir sağlık reformu?" *Uludağ Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı*, <http://www.pdfkutuphane.com/turkiye-icin-nasil-bir-saglik-reformu-kayihan-pala-pdf-ekitap>. ss.26,27,28

³²¹ ÇINARLI, Serkan, HIZAL ARSLAN Sevinç (2014), ss.131

VIII. Beş Yıllık Kalkınma Planı döneminde SDP'nın birinci aşaması, 20 Mayıs 2004 tarihinde Dünya Bankası ile Sağlık Bakanlığı arasında imzalanan bir anlaşma (Health Transition Project) ile başlamıştır. Bu proje 2004-2008 yılları arasında kullanılmak üzere 71,22 milyon dolarlık bir bütçeye sahiptir. Bu bütçenin 14,86 milyon doları Türkiye'den, 56,36 milyon doları Dünya Bankasından sağlanacaktı. Daha sonra Dünya Bankası ile imzalanan ek anlaşma ile proje bütçesine 55 milyon dolar daha eklenmiştir. Proje hizmetin finansman ve üretiminin birbirinden ayrılması, teknik verimliliği artırmak için hastanelere otonomi verilmesi ve aile hekimliği modelinin başlatılması amacı ile imzalanmıştır. Hükümetin belirlediği özel amaçlar ise şöyledir;

- Sağlık Bakanlığı'nın daha etkin politika yapma planlayıcı, denetleyici olması açısından yeniden yapılandırılması
- Aile hekimliği sisteminin kurulması
- Genel sağlık sigortası sistemi kurulması
- Hastanelerin finansal ve yönetsel otonomisinin sağlanması, (öncelikle Sağlık Bakanlığı ve SSK hastanelerinin tek çatı altında toplanması)
- Tam kompüterize bir sağlık ve sigorta enformasyon sisteminin kurulması.

Bununla birlikte 4046 sy. Özelleştirme Kanunu'nda, genel ve katma bütçeli idarelerle bunlara bağlı döner sermayeli kuruluşların mal ve hizmet üretim birimlerinin ve varlıklarının (örneğin, yataklı tedavi kurumları) işletme hakkı verilmesi, kiralama ve diğer yöntemlerle kullanma hakkının 49 yıllığına devredilebileceği öngörülmüştür. Bu durumda kamuya ait sağlık işletmelerinin işletme hakkının özel kişilere devri olanağı açılmıştır.³²²

Yine VIII. Beş Yıllık Kalkınma Planı döneminde 5258 sy. Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun ile 5283 sy. Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığı'na Devredilmesine Dair Kanun yürürlüğe girmiştir. Böylelikle bir yandan birinci basamakta muayenehane temeline dayalı olan Aile Hekimliği modeli başlatılmış, bir yandan da önce bazı kamu kurumlarına bağlı sağlık tesislerinin de Sağlık Bakanlığı'na bağlanması, ardından da kamu hastanelerinin

³²² ÇINARLI, Serkan, HIZAL ARSLAN Sevinç (2014), ss.131,132

idari ve mali açıdan kademeli olarak özerkleştirilmesi ve özelleştirilmesi amaçlanmıştır.³²³

2007-2013 yıllarını kapsayan IX. Beş Yıllık Kalkınma Planı döneminde, 30.06.2009 tarihinde Dünya Bankası ile Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) arasında Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik Reformu Projesi için bir proje ve borç anlaşması imzalanmıştır. 2010-2014 döneminin temel amaçları şunlardır;

- Sağlık Bakanlığı'nın yeniden yapılandırılmasının tamamlanması ve üretim ve satın alma işlerinin ayrılması,
- Sağlık hizmeti üreten kurumların bağımsız ya da yarı bağımsız statüye dönüştürülmesi,
- Aile hekimliğinin yaygınlaştırılması ve sevk zorunluluğunun yerleştirilmesi,
- SGK'nın etkinliğinin artırılması ve hizmet üreticisi kurumlar karşısında temel satın alıcı kurum pozisyonuna getirilmesi,
- Gereksiz müdahale ve tedavilerin azaltılması için katkı payı uygulaması.³²⁴

Bu dönemde belirtilen hedefleri gerçekleştirmek amacıyla çok önemli iki hukuki düzenleme yürürlüğe girmiştir. Bunları ilki sosyal güvenlik alanında sosyal sigorta işlemleri ile genel sağlık sigortası birbirinden ayıran 5510 sy. Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile Sağlık Bakanlığı'nın tüm teşkilat yapısını, kamu hastanelerinin işleyiş ve yapısını tamamen değiştiren, sağlık alanında "sağlık serbest bölgeleri" kurulmasına izin vererek kapılarını yabancı sermayeye olabildiğince açan ve yabancı sermayeyi teşvik eden 663 sy. Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında KHK'dir. 5510 sy. kanununun 68. maddesinde ayrıca belirli sağlık hizmetlerinden katılım payı alınacağı düzenlenmiştir.³²⁵

Ayrıca 2013 yılında yürürlüğe giren 6428 sy. Sağlık Bakanlığı'nca Kamu Özel İşbirliği Modeliyle Tesis Yapıtırılması, Yenilenmesi ve Hizmet alınması ile Bazı Kanun ve KHK'lerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun'un 12. maddesi ile 3359 sy. Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'na eklenen Ek 7. madde yürürlükten kaldırılmış ve

³²³ ÇINARLI, Serkan, HIZAL ARSLAN Sevinç (2014), ss.133

³²⁴ ÇINARLI, Serkan, HIZAL ARSLAN Sevinç (2014), ss.133

³²⁵ ÇINARLI, Serkan, HIZAL ARSLAN Sevinç (2014), ss.134

Kamu Özel Ortaklığı modeline ayrıntılı olarak yer verilerek, modelin özelleştirme yöntemi olarak geniş bir uygulama alanı bulmasının yolu açılmıştır.³²⁶

Yukarıda değinilen sağlık politikaları neticesinde son yıllarda gerek kamu gerekse özel sektörde sağlık alanında verilen hizmetlerin önemli bir bölümü taşeron şirketler aracılığıyla sağlanmaya başlamıştır. Kamu sağlık kuruluşlarında, giderleri en aza indirme çabasının önemli araçlarından birisi de taşeronlaştırmadır. Önceleri kadrolu memurların yaptıkları işler, bu işi yapanların zamanla tasfiye edilmesiyle güvencesiz, geçici sözleşmeyle çalışan, düşük ücretli çalışanlara verilmiştir. Güvenlik ve yemek hizmetleriyle başlayan taşeronlaşma Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde hemşire, radyoloji teknisyeni, laborant, tıbbi sekreter, hasta bakıcı gibi kadroların ilgili kurumlarda istihdam edilmesiyle devam edilmiştir. Hekim dışı bazı sağlık personelinin 657 sy. Devlet Memurları Kanunu'nun 4/B ve 4/C maddelerine göre sözleşmeli olarak çalıştırılmasının yanında Aile Hekimleri ve Aile Sağlığı Elemanları 657 sy. Kanuna tabi devlet memuru iken ücretsiz izinli sayılarak sözleşmeli biçimde çalıştırılmaya başlanmışlar, buna ek olarak Sağlık Müdürlükleri tarafından maaşları döner sermayeden karşılanmak üzere sözleşmeli sağlık personeli istihdam edilmiş veya ihale yolu ile hizmet satın alınmış ve ebe, hemşire, sağlık memuru, acil tıp teknisyeni ve temizlik personeli gibi şirket elemanları aile Sağlığı Merkezlerinde Aile Hekimlerinin ödedikleri ücretlerle çalıştırılmaya başlanmıştır.³²⁷

SDP ile sağlık mevzuatında yapılan bu değişiklikler sonucu, uygulamaya konan temel konular, Aile Hekimliği sistemi, Genel Sağlık Sigortası (GSS) , 663 sy. KHK ve Kamu Hastane Birlikleri olmuştur. Bu programın bir parçası olan “performansa dayalı döner sermaye sistemi” ise bu çalışmanın konusuna esas teşkil ettiğinden ayrıca değerlendirilecektir.

4.2.1 Aile Hekimliği Sistemi:

SDP ile birinci basamakta sağlık hizmetlerinin temeli olan, “sağlık ocağı” modeli yok edilerek, başvurana hizmet verilen “aile hekimliği” sistemine geçildi. Bu sayede, 60'larda planlandığı biçimde uygulama olanağı bulamamış, gerekli kaynak, yatırım ve iş gücünden yoksun bırakılmış, nüfusa dayalı yapısı ortadan kaldırılmış

³²⁶ ÇINARLI, Serkan, HIZAL ARSLAN Sevinç (2014), ss.134

³²⁷ ÇINARLI, Serkan, HIZAL ARSLAN Sevinç (2014), ss.134

“sosyalizasyon” uygulaması da tarihe gömüldü. Aile Hekimliği, ekip hizmetini ortadan kaldıran ve birinci basamakta hekimler dahil istihdam modelini sözleşmeli biçime dönüştüren bir model oluşmuştur.³²⁸

Sağlık Bakanlığı, Aralık 2002’de yayınladığı “Sağlıkta Dönüşüm” adlı dokümanda, “Aile Hekimliği” sistemine geçiş ile ilgili yaptığı açıklamada; “ Temel sağlık hizmetlerinde sorumluluk paylaşımı ve bireye –tek pencere- sistemi ile yaklaşım, başarıyı arttıracak önemli faktörlerdir. Bu yüzden bireye yönelik koruyucu hizmetler ile birinci basamak tanı ve tedavi hizmetlerinin bireylerin kendi seçeceği doktorlar tarafından yürütülmesi amaçlanmaktadır. Bu sayede doktor ve aile üyeleri yakın ve kişisel ilişkiler kuracak ve sağlık sisteminde, hastalıkların önlenmesinde ve sağlığın düzeltilmesinde önemli rol oynayacaktır. Koruyucu dış hekimliği uygulamaları birinci basamakta yerini alacaktır. Bireylerin sağlık kayıtlarının birinci basamak hekimlerince tutulması kontrol, takip ve risk analizlerinin yapılabilmesinde önemli ilerlemeler sağlayacaktır. Böyle bir amacı gerçekleştirme yolunda farklı kesimlerce sürdürülen ‘aile hekimi’ veya ‘genel pratisyenlik’ tartışmalarının yersiz olduğu kanısındayız. Bir uzmanlık dalı olarak aile hekimleri ülkemizde zaten sayıca yetersizdir. Uygulamaya mevcut pratisyen hekimlerin kısa süreli bir eğitimden geçirilerek başlaması ve uygulama süresi içine yayılmış sürekli eğitim ile desteklenmesi en pratik çözüm olacaktır.” denmiştir.³²⁹ Bu bağlamda hazırlanan 5258 sy. “Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun” (09.12.2004) ve “Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik” (06.07.2005, 25867 sy. RG) ile aile hekimliği pilot uygulaması 2005 yılında Düzce ilinde başlamıştır. 31.12.2010 tarihinden itibaren tüm illerde Aile Hekimliği uygulamasına geçilmiştir. 25.01.2013 tarihinde yenilenen Aile Hekimliği Yönetmeliği’ne (RG 28539) göre, Aile Hekimi; kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini yaş, cinsiyet ve hastalık ayırımı yapmaksızın, her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak bir mekanda vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Sağlık Bakanlığı’nın öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabiplerdir. (m.3/a)³³⁰

³²⁸ TERZİ, Cem (2012), ss.34

³²⁹ SAĞLIK BAKANLIĞI (2002), *Sağlıkta Dönüşüm*, http://www.sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/saglik_kiadomusum.pdf, ss.30

³³⁰ ÇINARLI, Serkan (2013), ss.103

Aile hekimleri görevlerini sözleşmeli olarak yaparlar. Sözleşmenin şartları ve ödemeler en son düzenlemesi 30.12.2010 tarihli Resmi Gazete’de (Sayı:27801) yayımlanan, “Aile Hekimliği Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler İle Sözleşme Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik”e göre yapılır. Ödemelerde, kayıtlı kişi sayısı, bakılan hastaların özellikleri ve hizmet verilen yerin sosyoekonomik gelişmişlik düzeyi esas alınır ve bu özellikler katsayılandırılarak hesaplanır. Daha sonra koruyucu hekimlik hizmetlerinde ki başarı oranına göre kesinti yapılır. Ayrıca, yönetmeliğin 16/c maddesine göre; “Sözleşmeyle çalıştırılan aile hekimine, hizmet verdiği merkezin kira, elektrik, su, yakıt, telefon, internet, bilgi-işlem, temizlik, büro malzemeleri, küçük onarın, danışmanlık, sekreteryaya ve tıbbi sarf malzemeleri gibi Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği’nin 19 uncu ve 20 nci maddeleri ile belirlenen asgari fiziki ve teknik şartların devamına yönelik giderleri için, her ay tavan ücretin %50’sinin, Türkiye İstatistik Kurumu tarafından yayımlanan illerin satın alma gücü paritesi puanı ile çarpımı sonucuna göre bulunacak tutarda ödeme yapılır.”³³¹

Danıştay 11. Dairesi bir kararında (K.2008/10605, T.30.12.2008), aile hekimlerinin hukuki statüsü ile ilgili çok önemli tespitler yapmıştır. Danıştay aile hekimlerinin sözleşmelerinin niteliğinin idari hizmet sözleşmesi niteliğinde bulunduğu, bu anlamda kamu hukuku kurallarının uygulanacağını belirledikten sonra, evrak ve belgelerin resmi kayıt ve evrak niteliğinde olduğu, mevzuat ve sözleşmeye uygunluk ve diğer konularda Sağlık Bakanlığı ile ilgili mülki idare ve sağlık idaresinin denetimine tabi olduklarını ortaya koymuştur. Danıştay görevleri ile ilgili ya da görevleri başında işledikleri ve kendilerine karşı işlenen suçlar bakımından Devlet memuru gibi kabul edileceklerini belirtmiştir. Aile hekimleri bir diğer anlamda kamu hukuku kuralları ile belirlenmiş ve sınırları çizilmiş idari hizmet sözleşmesi ile istihdam edilen sözleşmeli kamu personelleridir. Aile Sağlığı Merkezinde, bulunması gereken tıbbi cihaz ve malzemenin faal olması zorunlu olup, bu malzemeler 25.01.2013 tarih, 28539 sy. Resmi Gazete’de yayınlanan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği’nin 24. maddesinde sayılmıştır. Aynı yönetmeliğin “Aile Sağlığı Merkezi gideri olarak yapılacak katkıların

³³¹ <http://www.legeshukuk.com/sonuç.php?daire=mevzuat&bolun=mevzuat#9849>

tespitinde kullanılmak üzere aile hekimliği gruplandırması” başlıklı ekinde de Aile Sağlığı Merkezlerinin seviyelendirilmesi şartları düzenlenmiştir.³³²

SDP ve Aile Hekimliği uygulamasının öncelikli amaçlarından birisi de hasta sevk zincirinin oluşturulmasıydı. Ancak, hastaların ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına, aile hekiminin sevki ile gidebilmesi zorunluluğu olan bu sistem, pilot uygulamada başarılı olamadı. Pilot uygulama İsparta, Denizli, Gümüşhane ve Bayburt illerinde yaklaşık dört ay denenmiştir. Sağlık Bakanlığı’nın sevk zinciri uygulamasının ertelenmesi talebini değerlendiren SGK 30 Haziran 2009 tarihinde yayınladığı genelge ile, sevk zinciri uygulamasının süresiz olarak ertelendiğini açıkladı. SGK’nın konu ile ilgili yayınladığı genelge şöyledir; “...Ancak Sağlık Bakanlığı’nın 06.05.2009 tarih, 13530 sayılı yazısında özetle; halen 33 ilde aile hekimliği uygulamasına geçilmiş olduğu, 2010 yılı sonuna kadar bütün ülkede uygulamanın başlatılmasının planlandığı, mevcut durumda ülkemizdeki hekim sayısının Avrupa Birliği ve OECD ülkeleri ile kıyaslandığında çok yetersiz olduğu, bu durumun sevk zinciri uygulaması başlatılacak illerin daha fazla hekim verilmek suretiyle desteklenmesini imkansız kıldığı, ayrıca mevzuat düzenlemelerinin henüz tamamlanmadığı belirtilerek aile hekimliğine geçilen illerde zorunlu sevk uygulamasının ertelenmesi talep edilmektedir. Sağlık Bakanlığı’nın da görüşleri dikkate alınmak suretiyle Kurumumuzca yapılan değerlendirme neticesinde, aile hekimliği uygulamasına geçilen illerde 01 Temmuz 2009 tarihinden itibaren ilk müracaatın aile hekimlerine veya aile hekimliği dışında kalan diğer birinci basamak resmi sağlık kuruluşlarına yapılması zorunluluğu uygulaması ve dolayısıyla sevk zinciri uygulanacak illerin duyurulması hususları ertelenmiştir.”³³³ Sevk zinciri sisteminin süresiz ertelenmesinde hekim sayısının yetersizliği dışında başka faktörlerde etkili olmuştur. Bunlardan en önemlisi tıp fakültelerinde ki eğitim sisteminin bu uygulama için donatılmış hekimler mezun etmemesidir. Aile Hekimliği’ne geçiş amacıyla hekimlere verilen kısa süreli ve çoğu mevzuata ilişkin eğitimler de, mesleki deneyim ve bilgiye yönelik eksikleri tamamlamaya yetmemiştir.

Birinci basamak sağlık hizmetinin sunumunda uygulamaya konan aile hekimliği sistemi, sorunlarıyla devam etmektedir. Bu nedenle uygulamanın başladığı yıllarda, sisteme ilişkin bazı eleştirileri de irdelemek yerinde olacaktır.

³³² ÇINARLI, Serkan (2013), ss.110,111

³³³ <http://www.ailehekimligi.com.tr>

SDP ile sağlık hizmetinin örgüt yapısı değiştirilmektedir. Sağlık hizmetinin örgütlenmesine yapılan müdahale ile 1961 yılında 224 sy. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine İlişkin Yasa ile getirilen çağdaş örgütlenme ilkeleri terk edilmekte; yerine serbest piyasa ekonomisinin “sunum/istem” dengesi getirilmektedir. Son yıllara kadar, yurttaşına para, sağlıkla ilgili sosyal güvence ya da başka herhangi bir özellik sormaksızın, sağlık ocaklarında ücretsiz olarak hizmet sunan devlet anlayışı terk edilmektedir. Sağlıkta dönüşümün örgüt yapısı, birinci basamağın özelleştirilmesi biçiminde kurgulanan bir aile hekimliği modeline dayanmaktadır. Üstelik bireyin sağlık hizmetine erişebilmesi için priminin kendisi ya da devlet tarafından ödenmesi de yetmeyecektir. Ek olarak hizmetten yararlanma aşamasında kullanıcı ödentisi de ödemesi gerekmektedir.³³⁴

Aile hekimliği sistemi ile gündeme gelen diğer bir problem; Türkiye'nin iki önemli sorununu çözmek amacıyla kurulan “dikey sağlık yapılanmalarını” (verem savaş dispanserleri ve ana çocuk sağlığı merkezleri) “görevlerini tamamlamış, karmaşaya ve israfa yol açan merkezler” olarak tanımlanmasıdır. Kimi özel klinik tablolar için oluşturulmuş dikey sağlık yapılanmalarını ortadan kaldıran bu tür bir uygulamanın, gelecekte toplum sağlığı açısından ciddi sorunlara yol açacağı öngörülmektedir. Öte yandan, bu değişimin yaratacağı olumsuz sonuçlar beklenenin aksine olumlu bir çıktı olarak da algılanmaya yol açabilir. Örneğin; Samsun'da altı verem savaş dispanseri faaliyetleyen ilde tüberküloz görülme oranı 100.000'de 34,7 iken, bir dispanserin açık kaldığı 2007 yılında 100.000'de 28,1'e gerilemiştir. Ancak yıllar içerisinde Samsun'da yaşanan bu olumlu değişim, gerçek anlamda bir düzelmeye olmayıp, aslında verem savaş dispanserinin poliklinik muayene sayısındaki gerilemenin yarattığı bir sonuçtur. Gerçekten de, aile hekimliği sistemi gereğince bireylerin ilk başvurusunun aile hekimlerine olması nedeniyle verem savaş dispanserlerinin poliklinik sayılarında yıllar içerisinde belirgin bir düşme gözlenmiştir.³³⁵

SDP ile dar bölgede sağlık hizmeti sunma anlayışı terk edilmektedir. Aile hekimliği sistemi, iddiasının aksine, hekim ve kent tabanlı olması, kırsal alanı ve bölge tabanlı bir perspektifi içermemesidir.³³⁶ Belli bir coğrafi alanda sağlık hizmeti sunmak

³³⁴ PALA, Kayıhan (2007), ss.18

³³⁵ ELBEK, Osman, ADAŞ, Emin Baki (2009), “Sağlıkta dönüşüm: Eleştirel bir değerlendirme,” *Türkiye Psikiatri Derneği Bülteni*, C.12,S.1,ss.35,36

³³⁶ ELBEK, Osman, ADAŞ, Emin Baki (2009), ss.36

yerini, bireyin seçimine bağlı, coğrafi özellikleri olmayan hizmet sunmaya bırakmaktadır. Türkiye'nin her yanına dağılmış sağlık ocakları kapatılmakta, yerine ülkemiz için uygun olamayan bir aile hekimliği modeli getirilmektedir. Burada iki temel sorunun ortaya çıkabileceği öngörülmektedir. Birincisi epidemiyolojik olarak toplumun sağlık sorunlarını ölçmek ve değerlendirmek zorlaşmakta; özellikle bulaşıcı hastalık salgınları ve olağan dışı durumlara karşı etkin savaşımında başat rolü olan kamu sağlık kuruluşları yok edilmektedir. İkincisi, bireyin hizmete ulaşması ve hizmetin sürekliliğinin sağlanması açısından eşitsizliklerin artması kaçınılmaz olacaktır. Coğrafi alanda sağlık kuruluşu zorunluluğu yerine, kar maksimizasyonu odaklı ve "sunu/istem" dengesine göre açılıp/kapanabilen sağlık kuruluşlarının tercih edilmesi, özellikle yoksul ve dar gelirli yurttaşların sağlık hizmetine erişmesinin önüne engel oluşturacaktır.³³⁷

Aile hekimliği sisteminin [diğer bir, HÖ] sorunu, birey ve toplum sağlığını ayrı kategorilerde gibi algılaması ve gündelik pratikte bu hizmet süreçlerini ayrıştırmaya kalkışmasıdır. Sistem gereğince yeniden yapılanma sonrası koruyucu sağlık hizmetlerinden bireye yönelik olanlar aile hekimlerince, çevreye ve topluma yönelik olanlar ise Toplu Sağlığı Merkezlerince yürütülecektir. Aile hekimliği sisteminin sağlığa bakışında ki bu çarpıklığın yanı sıra, toplum sağlığı merkezinde görev yapmayı tercih eden hekim ve sağlık çalışanlarına aile hekimlerine kıyasla [çok] daha düşük ücret verilmektedir. Bu nedenle toplum sağlığı merkezlerindeki kadrolar sıklıkla tercih edilmemektedir. Bu durum, zaman içerisinde çevre ve topluma yönelik koruyucu hizmetlerde ciddi aksamalar yaşanabileceğini düşündürmektedir.³³⁸ Temel sağlık hizmeti odaklı sağlık hizmeti sunma anlayışı terk edilmektedir. Sosyalleştirme döneminde, özellikle risk gruplarının evde izlenmesi yaklaşımı ile toplumun ayağına götürülen sağlık hizmeti anlayışından vazgeçilmekte; yerine başvuruya dayalı tedavi edici hizmet ön plana çıkarılmaktadır.³³⁹

Aile hekimliği sistemi ile birinci basamakta ekip anlayışı yok edilmektedir. Çağdaş sağlık hizmetleri ile geleneksel sağlık hizmetlerini birbirinden ayıran önemli özelliklerden birisi, çağdaş sağlık hizmetlerinin ekip anlayışı içerisinde sunulmasıdır. Oysa geleneksel sağlık hizmeti sunma yaklaşımında ekip anlayışı yoktur; hizmet

³³⁷ PALA, Kayıhan (2007), ss.19

³³⁸ ELBEK, Osman, ADAŞ, Emin Baki (2009), ss.36

³³⁹ PALA, Kayıhan (2007), ss.19

sunumu hekime, hatta uzman hekime odaklanmıştır. Sağlıkta dönüşüm, çağdaş sağlık hizmeti sunumu yaklaşımını reddederek, “aile sağlığı elemanı” kavramıyla geleneksel sağlık hizmeti sunma yaklaşımını geri getirmektedir. Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkındaki Kanun’un 2. maddesinde aile sağlığı elemanı “Aile hekimiyle birlikte hizmet veren hemşire, ebe, sağlık memuru gibi sağlık elemanı” olarak tanımlanmaktadır. Bu tanımdan temel sağlık hizmetleri ekip üyelerinin lisans eğitimi sonunda edindikleri mesleki ünvanlarının yok sayıldığı anlaşılmaktadır. Birinci basamakta ekip anlayışının yok edilmesi, ekip üyelerinin her biri tarafından sunulan hizmetlerin, toplum ile buluşmasının önünde engel oluşturabilir.³⁴⁰

Yukarıda açıklanan sorunların yanında, aile hekimlerinin özlük hakları ile ilgili sorunları uygulamanın başladığı günlerden bu yana devam etmektedir. Aile sağlığı merkezlerinin ekip ve ekipman problemleri, merkezin giderlerinin finansmanı, aile hekimlerinin giderek artan tıbbi ve bürokratik iş yükleri, döner sermaye ile ilgili ödeme sorunları, yıllık izinleri bu sorunlardan bazılarıdır. Ayrıca, 19.07.2013 tarih ve 28712 sy. Resmi Gazete’de yayınlanan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği’nde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmeliğin ikinci maddesi ile aile hekimlerine ihtiyaç duyulması halinde, devlet hastanesi acil servislerinde nöbet tutturulması esası getirilmiştir. Sonuç olarak; Aile hekimliği sisteminde yaşanan tüm bu aksaklıklar ve eksikler, sistemin Türkiye gerçeklerine ve sağlık hizmeti sunumundaki gereksinimlerine uygun hazırlanmadığı kanaatini doğurmaktadır.

4.2.2 Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası:

Bir taraftan sağlık hizmetlerine olan talebin artması diğer taraftan kaliteli sağlık hizmeti sunmak için sağlık kurumlarının modern teknolojiyi satın almak ve nitelikli personel istihdam etmek için çabaları sağlık giderlerini arttırmaktadır. Sağlık hizmeti veren sağlık kurumları giderlerinin düzenli bir şekilde karşılanabilmesi için de finansmanın hangi kaynaklardan nasıl karşılanacağı önemli bir konudur.³⁴¹

Sağlık harcamaları 1999-2009 yılları arasında %350 oranında artmıştır. Son yıllarda sağlık giderlerinin artması nedenleri içerisinde;

³⁴⁰ PALA, Kayıhan (2007), ss.19

³⁴¹ ORHANER, Emine (2006), “Türkiye’de sağlık hizmetleri finansmanı ve genel sağlık sigortası,” *Gazi Üniversitesi Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi*,2006,S.1,ss.6

- Sağlık bilincinin yükselmesi; daha çok ve daha nitelikli sağlık hizmeti istemi,
- Ortalama yaşam süresinin uzaması sonucu toplumların yaşlanması ve geriatric sağlık hizmetleri gereksiniminin büyümesi,
- Tıp ve sağlık bilimleri alanında kullanılan teknolojinin çok büyük bir hızla gelişmesi,
- Bulaşıcı hastalıkların görece azalması, buna karşılık kronik hastalıkların artması
- Ülkemizde tanı, izlem ve sağaltımda standart protokol ve direktiflerin çok yetersiz oluşu,
- Kayıt dışılık, vergi kaçağı, niteliksiz istahdam
- Tıp, diş, eczacılık ve öbür sağlık bilimleri eğitiminde, eldeki sağlık kaynaklarının olanaklı ve en yüksek verimlilikle kullanılmasına ilişkin yeter eğitim verilmeyişi,
- Hekimlerin eğitim yetersizliği, malpraktis korkusu, kimi kez kazanç güdüsü gibi etmenlerin baskısı ile pahalı ve yüksek teknolojiyi daha çok kullanmaları, fazla inceleme istemeleri, sayılabilir.³⁴²

Güntümüzde hemen her ülkede hem kamu hem de özel kaynakların yer aldığı sağlık finansman sistemi, ülkemizde de görülmektedir. Ancak sağlık finansman kaynaklarının kombinasyonu ülkenin sosyo-kültürel dokusu, ekonomik ve siyasi yapısına göre zaman içinde farklılık gösterebilmektedir. Sağlık harcamalarında finansman kaynakları, devlet bütçesi, kamu sağlık sigortası ve özel kesim olarak sıralanabilir.³⁴³

Kamu sağlık harcamalarında finansman kaynaklarının en önemlisi devlet bütçesi ya da bütçeye kaynak oluşturan vergilerdir. Dünya Sağlık Örgütü, koruyucu sağlık hizmetleri için genel bütçenin en az %10'unun ayrılması gerektiğini savunurken, Türkiye'de Sağlık Bakanlığı'nın bütçe içindeki payı hiçbir dönem %10 olmamıştır.³⁴⁴

Sağlık Bakanlığı başta devlet memuru ve emeklileriyle bunların aile bireylerine ayrıca sağlık güvencesinde olsun veya olmasın tüm ülke halkına sağlık hizmeti sunmakta, gelirleri; genel bütçe, döner sermaye ve fon gelirlerinden oluşmaktadır. Genel bütçe içinde payı fazla artış göstermeyen Sağlık Bakanlığı bütçesi son yıllarda

³⁴² SALTİK, Ahmet (2012), "Sağlık ekonomisi," *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı 2012-13 Ders Yılı*, www.ahmatsaltik.net, ss.90,91,93,94

³⁴³ ORHANER, Emine (2006), ss.7

³⁴⁴ ORHANER, Emine (2006), ss.7

bütçe dışı kaynaklardan daha fazla beslenir olmuştur. Sağlık Bakanlığı bütçesi içinde fon ve döner sermaye gelirlerinin %30-50 arasında değişmektedir.(2006)³⁴⁵

Genel sağlık sigortası, dünyada bilinen önemli bir sağlık örgütlenme modelidir. Özellikle gelişmiş batı ülkelerinde uygulanan genel sağlık sigortası modeli, mevcutlar arasında en pahalı örgütlenme modelidir. Bu modelde sağlık hizmetlerinin finansmanının büyük bölümü, sağlık hizmetlerinden yararlananlardan dolaylı veya dolaysız bir şekilde alınan primlerden karşılanmaktadır.³⁴⁶

Ülkemizde GSS'nun gerçekleştirilmesi için değişik tarihlerde çalışmalar yapılmıştır. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nın 1967'de oluşturduğu komisyon ilk kez GSS tasarısını hazırlayıp Bakanlığa vermiş ancak bu tasarı hükümete iletilmemiştir. GSS, 1969'da Sigorta Yasası olarak TBMM'ne sevk edilmiş fakat komisyonlarda görüşülemediği. GSS alanında ilk geniş kapsamlı çalışma, Sağlık Bakanlığı'nca 1989 yılında başlatılmış ve Sağlık Sigortası Kurumu Kanun Tasarısı oluşturulmuştur. Ancak bu tasarı da çeşitli nedenlerle yasalaşmamıştır. 1992 yılında kabul edilen 3816 sy. "Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşlanması Hakkında Kanun" ile GSS uygulamasına geçilene kadar fakir vatandaşların sağlık hizmeti, ihtiyaçları karşılanmaya çalışılmıştır.³⁴⁷

GSS, kişilerin ekonomik gücüne ve arzulu olup olmadığına bakılmaksızın gelecekte ortaya çıkacak hastalık riskine karşı toplumun bütün fertlerinin sağlık hizmetlerinden yaygın ve etkin bir şekilde faydalanmasını sağlayacaktır.³⁴⁸

Anayasa'nın 56.maddesi, devletin sağlık hizmetlerini yürütme konusundaki ödevini düzenlerken, sağlık hizmetlerinden yaygın bir şekilde yararlanılmasının sağlanması için GSS'nin kurulabileceğini; 60. maddesi ise herkesin sosyal güvenlik hakkına sahip olduğunu ve devletin bu hakkın gerçekleşmesi için gerekli olan tedbirleri alacağını ve teşkilatı kuracağını hükme bağlamıştır. Anayasa'nın 60. maddesinde ifadesini bulan sosyal güvenlik hakkının 56. maddede düzenlenen GSS'ni de kapsadığından şüphe etmemek gerekir. O halde, Anayasa'nın sağlık sigortasını da kapsama alan sosyal güvenlik hakkıyla, sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı

³⁴⁵ ORHANER, Emine (2006), ss.7

³⁴⁶ ORHANER, Emine (2006), ss.12

³⁴⁷ ORHANER, Emine (2006), ss.13

³⁴⁸ ORHANER, Emine (2006), ss.13

arasında bir bağ kurduğu açıktır. Bu düzenleme biçimi, devletin görevini, sadece sağlık hizmetlerini planlaması, düzenlemesi ve yürütmesi ile sınırlı görmemekte, devleti aynı zamanda bu hizmetleri erişilebilir kılmakla görevlendirmektedir. Diğer bir deyişle, Anayasa bir kamu hizmetine erişimin yaygın bir biçimde sağlanması için bir başka kamu hizmetinin kurulmasını öngörmektedir. İşte sosyal güvenlik hakkı kapsamındaki sağlık sigortası sistemi, bireylerin sağlık hizmetlerine erişiminin sağlanmasının en önemli unsurudur. Kanun koyucu da Anayasa'nın 56/5. maddesinde sağlık hizmetlerinden yararlanmanın yaygınlaşması için öngörülen hedefi takip etmiş ve 5510 sy. Kanun ile GSS uygulamasını başlatmıştır.³⁴⁹

16.06.2006 tarihinde yayınlanan "Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu" nun, 1. maddesi; "Bu kanunun amacı, sosyal sigortalar ile genel sağlık sigortası bakımından kişileri güvence altına almak; bu sigortalardan yararlanacak kişileri ve sağlanacak hakları, bu haklardan yararlanma şartları ile finansman ve karşılanma yöntemlerini belirlemek; sosyal sigortaların ve genel sağlık sigortasının işleyişi ile ilgili usul ve esasları düzenlemektir." demektedir.³⁵⁰ 2006 yılında 5502 sy. Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu ile SSK, Emekli Sandığı ve Bağ-Kur'un SGK çatısı altında birleştirilmesinin ardından, GSS 01.10.2008'de yürürlüğe girdi. Ancak alt yapının hazır olmadığı gerekçesiyle uygulamanın zorunluluğu ileri bir tarihe ertelendi. 01.01.2012 tarihinde zorunlu olarak uygulanmaya başlandı.

GSS temel olarak üç bileşenden oluşmaktadır; temel teminat paketi, primler ve kullanıcı ödentisi. Temel teminat paketi yurttaşın yararlanabileceği sağlık hizmetinin kapsamını belirleyen belge olarak adlandırılabilir. Başka bir deyişle, güvence altına alınan sağlık hizmetlerinin kapsamını belirlemektedir. Elbette bu belirleme, bir "kısıtlama" ile birlikte. Dünya Bankası "Sağlık hizmeti temel hizmetler çerçevesinde sunulmalıdır" diyerek, dönüşümün rotasını belirlemiş durumdadır.(DB 2006) Temel teminat paketinin vurgulanması gereken en önemli özelliği, sağlık hizmeti kapsamının gereksinimi karşılamaktan uzak olması nedeniyle, kişilerin "ek ve tamamlayıcı" sigorta adı altında, özel sağlık sigorta şirketleri aracılığıyla ikinci bir sigorta primi ödemeye

³⁴⁹ YILMAZ, Halit (2011), *Sağlık Hizmetlerinden Yararlanmanın Kısıtlanması Ve Kısıtlamanın Yargısal Denetimi* (1.Basım), Ankara: Seçkin Yayıncılık, ss.68,69

³⁵⁰ www.resmigazete.gov.tr, 16.06.2006, S.26200

zorlanmalarıdır. GSS ile özel sağlık sigortacılığı genişleyecektir. Çünkü pek çok kişi temel teminat paketinin gereksinimlerini karşılayamayacağını görecektir.³⁵¹

Dünyadaki uygulamalar, başlangıçta halkın tepkisini çekmemek için temel teminat paketlerinin geniş tutulduğunu, ancak zaman geçtikçe kapsamın daraltıldığını göstermektedir. GSS ile sağlık hizmetinin kamuya maliyeti de artacaktır. Bunun iki önemli nedeninden birincisi, sağlık hizmetinin özel sektör tarafından sunulması nedeniyle maliyete “kar” kaleminin eklenmesi ve ikincisi GSS nedeniyle yönetsel maliyetlerin artması olacaktır. Bunlara kapsam altındaki sigortalıların hizmeti gereksiz yere kullanmak istemini de eklemek gerekir.³⁵²

ABD'de sağlık hizmetlerinin finansmanında rol oynayan üç ana grup vardır: Bunlar kâr amaçlı özel sigorta şirketleri, kamu sigortaları (Medicaid ve Medicare) ve eyaletlerle federal hükümetin bütçesidir. Yoksullar için oluşturulmuş bir sigorta olan Medicaid ancak %10'luk bir kesime; 65 yaş üstü nüfus için oluşturulan zorunlu yaşlılık sağlık sigortası Medicare ise toplumun %13'üne (o da ancak kısmen) bir güvence sağlayabilmektedir. Bu sigortaların tüm harcamaları karşılayamaması nedeniyle Medicare'li nüfusun büyük çoğunluğunun ayrıca özel bir sağlık sigortası vardır. Medicaid'li yoksullar ise acil durumlar hariç birçok hastaneden ve sağlık hizmetinden yararlanamamaktadır. ABD tüm Batılı ülkeler içinde özel sektörün en yaygın olduğu ülkedir. Bu nedenle de toplam sağlık harcamalarında kamu harcamalarının payı %44'te kalmıştır. Bu oran OECD ülkeleri içindeki en düşük orandır. Kamu harcamaları oranı Norveç'te %98, İsveç'te %91, İngiltere'de %87'dir. ABD'de sistemin eleştiri alan bir diğer yönü ise sağlık harcamalarının çok yüksek boyutlara ulaşmış olmasıdır. ABD kişi başına yaptığı 5000 doları aşkın sağlık harcaması ile dünyada birinci sırada gelmektedir. Ayrıca ABD'de ulusal gelirin %15'i sağlık harcamalarına ayrılmaktadır. Ancak ABD harcadığı bu büyük para ile kıyaslandığında, sağlık düzeyi göstergeleri açısından diğer zengin Batılı ülkelerden (İngiltere, Kanada, İsveç, Japonya vb.) ve gelir düzeyi daha

³⁵¹ PALA, Kayıhan (2007), ss.20

³⁵² PALA, Kayıhan (2007), ss.21

düşük olan Küba'dan daha kötü düzeydedir. Tüm ülkeler içinde sağlığa en çok para harcayan ülke olan ABD bu durumdan kurtulmanın yollarını aramaktadır.³⁵³

ABD, dünyada sağlık için en çok para harcayan birinci ülke olmasına karşın (2012'de 7500 dolar kişi/yıl), hizmet sunum ve finansmanındaki yanlışlar nedeniyle verimlilikte dünya 37.'sidir. Bu yanlışların bazıları; birinci basamağın zayıf oluşu, yüksek teknolojiye dayalı 2. ve 3. basamak sağaltıcı sağlık hizmetlerinin ağırlıklı oluşu, kar amaçlı özel sağlık sigortası sisteminin pahalılığı ve yaygınlığıdır ve bu nedenlerle beklediği verimi elde edememektedir. Nisan 2010'daki reformla sosyal güvenlik şemsiyesi dışında kalan nüfus 50 milyondan 20 milyon kişiye indirilmiştir. Birinci basamak sağlık hizmetinin gereğince örgütlenememiş olması, bu yüzden toplumun temel sağlık hizmeti gereksiniminin karşılanamaması; bu ülkede, sağlık sektöründe verimsiz kaynak kullanımının ana nedenlerindedir.³⁵⁴

Almanya'da sigorta zorunlu sosyal sigortadır. Yıllık gelir düzeyi 45.000 € (aylık 3750 €) altında olan herkes sosyal sigortaya üye olmak zorundadır. Gelir düzeyi aylık 3750 € üzerinde olanlar ya sosyal sigortayı ya da özel sigortayı seçmek zorundadır, sonradan değiştiremezler. Özel sigortaların aylık primleri daha yüksektir (kişi başı 500€ civarındadır). Bu nedenle özel sigorta yaptıran sonra vazgeçenler sigortasız durumda kalırlar (bu grubun sosyal sigortaya geçme hakkı yoktur). Sosyal sigorta primi aylık gelirin %13-15'i arasındadır. Toplumun%74'ü gelir düzeyi sınırı nedeniyle sosyal sigortaya zorunlu üyedir. Zenginlerin üyeliği ise bu sigorta için zorunlu değildir. Toplam sosyal sigortalı oranı %90, özel sigortalı oranı %9-10'dur. Sigortasız grup %0.5'tir.³⁵⁵

ABD, Almanya ve Türkiye sağlık hizmetlerinin finansmanı açısından ele alındığında Almanya ve Türkiye'de sosyal sigortaların, ABD'de özel sigortaların ağırlıklı olduğu görülmektedir. Ancak sigortaların en önemli dezavantajı harcamaları artırmasıdır. Nitekim bu durum gerek Almanya gerekse ABD'de açıkça görülmektedir. ABD tüm dünyada sağlığa en çok para harcayan ülkedir, Almanya ise Avrupa'da 2. durumdadır. Türkiye de son yıllarda genel bütçe ağırlıklı finansmandan giderek sigorta

³⁵³ KILIÇ, Bülent (2007), "Sağlık sistemlerinde finansman ve ödeme biçimleri-ABD ve Almanya örnekleri", ESER Erhan, *V.Temel Sağlık Hizmetleri Sempozyumu "Birinci basamak ağırlık örgütlenme ve finansman sistemleri: farklı yaklaşımlar"*, 10-11.05.2007,Ceal Bayar Üniversitesi, Manisa, ss.16,18

³⁵⁴ SALTİK, Ahmet (2012), ss.99,100

³⁵⁵ KILIÇ, Bülent (2007), ss.19,20

ağırlıklı bir finansmana geçmiştir ve bunu daha da genelleştirmeye çalışmaktadır. Bu nedenle Türkiye'nin sağlık harcamaları da giderek artmaktadır.³⁵⁶ Türkiye'de SDP'nin en önemli aşamalarından biri GSS'dir. Sosyal Güvenlik Kurumu'nun (SGK) verileri dikkate alındığında, Aralık 2007 tarihi itibarıyla ülke nüfusunun %87'sinin sosyal güvence kapsamında olduğu görülmektedir. Ancak saha çalışmaları ülke nüfusunun %35'inin herhangi bir sosyal güvenceye sahip olmadığını göstermektedir. Bu nedenle kayıt dışını azaltan, nüfusun tümünü güvence altına alan ve yurttaşlar arasında farklı sosyal güvenlik sistemleri yaratarak hiyerarşik bir yapılanmaya izin vermeyen bir sosyal güvenlik reformuna Türkiye'nin ihtiyacı olduğu açıktır. Ancak, TBMM'ce kabul edilen Sosyal Sigortalar ve GSS yukarıda tanımlanan ihtiyaca göre gündeme getirilmemiştir. Çünkü, söz konusu kanun gerekçesinde “Sosyal güvenlik sisteminin yaşadığı finansman sorununun, ekonomik göstergeleri de olumsuz etkilediği”, “son yıllarda bizzat sosyal güvenlik sisteminin kendisinin ülke ekonomisinde istikrarsızlık yaratan ana sebeplerden biri haline geldiği” belirtilerek, söz konusu tasarının [kanun] çıkış amacının yaşanan bu finans sorununa çözüm getirmeyi hedeflediği ifade edilmektedir.³⁵⁷

Bu dönemde Emekli Sandığı, Bağkur ve SSK birleştirilerek tek bir geri ödeme kurumu olan SGK yaratıldı ve sosyal güvencesi olanların özel hastanelere başvurmasına olanak verildi. Bu adım toplumda memnuniyet yaratmıştır. Oysa sistemde tek ve güçlü bir geri ödeme kurumu kurulması ile kamu sağlık sistemi aleyhine, özel sağlık sektörü lehine bir geri ödeme politikasına geçilmiştir. SGK ödemelerinde özel sektörün payı her yıl artarak %30'lara ulaşmış durumdadır. SGK özel hastanelere ödediği gibi ilaç şirketlerine de büyük paralar ödemektedir. 2008 yılında SGK özel hastanelere 6 milyar dolar, ilaç şirketlerine de 9,4 milyar dolar ödedi. Bu rakamlar 2002 yılından 2008'e sadece 6 yılda 6 kat arttı. Özel sağlık kurumlarına buna ek olarak vatandaşın katkı payı ya da fark adı altında cepten ödemeler de yapmasına imkan tanındı. SGK bütçesi her yıl daha fazla oranda açık vermekte ve bu açık merkezi bütçeden karşılanmaktadır. 2002-2008 döneminde SGK harcama artışı 3,5 kat, bütçeden yapılan harcama artışı 1,8 kat, yeşil karttaki harcama artışı 6 kat olmuştur. SGK sayesinde kamu finansman kurumları

³⁵⁶ KILIÇ, Bülent (2007), ss.21

³⁵⁷ ELBEK, Osman, ADAŞ, Emin Baki (2009), ss.37

dışarıdan hizmet satın alan bir sektör haline getirildi. SGK hizmet satın alan ve özel sağlık hizmeti üreticilerine ciddi oranda kaynak aktaran bir yapı oldu.³⁵⁸

GSS'nin başka önemli özelliği, sağlık hizmetlerinden yararlanma aşamasında kullanıcı ödentisinin [katkı payı] zorunlu tutulmasıdır. Kamu ve özel sağlık sigortalarına rağmen bireyin ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetine ulaşmasının önünde son bir engel daha vardır: katkı payı. Başka bir ifadeyle, devletin belirlemiş olduğu fiyatların üzerinde kalan kısmını kişinin doğrudan kendi cebinden finanse etmesi gerekmektedir.³⁵⁹ Kullanıcı ödentileri; gereksiz hizmet kullanımının engellenmesi, sağlık sisteminin farklı basamaklarına farklı düzeyde ödenti zorunluluğu getirilmesine bağlı olarak, basamaklı sistemin kullanımının geliştirilmesi, hizmet kalitesinin ve hizmeti kullananların tatminin artırılması ve hizmeti üretenlerde ve kullananlarda maliyet bilincinin geliştirilmesi gerekçeleriyle gündeme getirilmiş olmasına karşın; yoksulların sağlık hizmeti kullanımını engelleyerek eşitsizlikleri arttırması, tedavi edici hizmetlere yönelik tercihi arttırması, dolayısıyla verimliliği azaltması ve yönetsel maliyetleri arttırması nedenleriyle önemli sorunlara yol açmıştır. Ancak özellikle sıcak para toplamada önemli bir araç olması nedeniyle kullanıcı ödentileri hükümetler için bir çekim alanıdır.³⁶⁰ Dünya Sağlık Örgütü, hastanın sağlık hizmetlerine ihtiyacı olduğu zaman eğer katkı payı ödemek gibi bir zorunluluk var ise, bu durumda sağlık birimlerine başvurma eğiliminin %40,6-43,5 oranında azaldığını belirtmektedir. Benzer biçimde yapılan çalışmalarda, katkı payının poliklinik başvurularında %24 civarında azalmaya neden olduğu ve reformun yasalaşması sonrası temel teminat paketinin içerisinde bulunan sağlık hizmetlerinin çeşitliliği ve genişliği azalırken, katkı payının sürekli arttığı bildirilmiştir.³⁶¹ Dünya Bankası, kamu tarafından ücretsiz sağlanan sağlık hizmetinin kullanıcı ödentisi ile sağlanmasının "verimliliği" arttıracığını iddia etmesine karşın; beklenen olası yarar gerçekleşmemiş; kullanıcı ödentileri maliyetleri azaltmamış, hizmeti kullanma sırasında, yoksulların zenginlerden daha fazla ödediği saptanmıştır.³⁶²

³⁵⁸ TERZİ, Cem (2012), ss.35

³⁵⁹ ELBEK, Osman, ADAŞ, Emin Baki (2009), ss.38

³⁶⁰ PALA, Kayıhan (2007), ss.22

³⁶¹ ELBEK, Osman, ADAŞ, Emin Baki (2009), ss.38

³⁶² PALA, Kayıhan (2007), ss.22

Türkiye’de bu dönemde sağlık harcamalarındaki artış merkez zengin ülkelere benzedi. Oysa, Türkiye refah sistemi güvensiz, sosyal ve teknolojik açığı olan, ulusal inovasyon sistemini geliştirememiş ve biyoteknolojik açıdan tamamen dışa bağımlı bir ülke olmaya devam etmektedir. Bu harcamalar, büyük oranda tedavi edici sağlık hizmetlerine; hastane hizmetlerine (%40) ve ilaca, asıl olarak da özel sağlık sektörüne oldu. Koruyucu hekimliğe yönelik harcama ciddi biçimde düşüktür. Bu dönemde vatandaşların hekime başvuru sayısında yapılan tetkik ve tedavi giderlerinde (başta ilaç olmak üzere) çok ciddi artışlar oldu. Vatandaş şimdilik bu gidişattan memnundur.³⁶³ Sağlık alanında geçerliliği/yeri tartışmalı da olsa memnuniyet anketleri (örneğin TUİK,2011) halkın sağlık politikalarından memnun olduğunu ortaya koymaktadır.³⁶⁴ 2011 yılında yayınlanmış “Sağlıkta Dönüşümün Ampirik Analizi” adlı, ankete dayalı araştırmanın sonucunda; “Analiz sonuçlarına göre toplumun büyük kesimi, sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı açısından olumlu bir gelişmenin yaşandığı görüşünü paylaşmaktadır. Ancak sistemin aksamasına neden olan ve henüz tam verim elde edilemeyen uygulamalar da bulunmaktadır....Ayrıca kıt kaynakların gereksiz yere kullanımını önleyebilme amacıyla uygulamaya konulduğu iddia edilen katkı payları, vatandaşlar tarafından mali bir külfet olarak algılanmaktadır. Bu olumsuzluklar vatandaşların azımsanmayacak bir bölümünün, sağlık risklerini kapsamada sistemi yetersiz görmelerine neden olmaktadır.” sonucuna varılmıştır.³⁶⁵ Sayıları 10 milyonu bulan Yeşil Kartlı’lar ayaktan tedavilerinin ve ilaçlarının ödenmesinden, SSK’lılar üniversite hastanesine gidebilmekten, eczanelerden ilaç alabilmekten memnundur. SDP, yeşil kartlı sayısını arttırarak, yeşil kart hizmet kapsamını genişleterek yoksullar açısından imkanlar yaratmış, eski sağlık sisteminde yerleri olmayan insanlara yer açmış ve yoksul halk kesimlerinde memnuniyet yaratmıştır. Başta SSK’lılar olmak üzere, güvence kapsamındakilere ise imkanlardan daha eşit yararlanma olanağı verilmiştir. Süreçten çıkarılacak en büyük derslerden biri yoksulların ve dışlanmışların bu dönemdeki kazanımlarını küçümseyerek ya da yok sayarak SDP’nin deşifre edilemeyeceğidir.³⁶⁶ Ancak, özel sektör aracılığı ile kısırtılmış talep toplumun gerçek sağlık gereksinimi ile ne kadar örtüşüyor? Yapılan bunca tetkik, kullanılan bunca ilaç

³⁶³ TERZİ, Cem (2012), ss.34

³⁶⁴ TERZİ, Cem (2012), ss.37

³⁶⁵ ÇELİKAY, Ferdi, GÜMÜŞ, Erdal (2011), ss.82

³⁶⁶ TERZİ, Cem (2012), ss.37

akılcı mıdır? Özel sektör arz artışını karşılamak için tedavi edici sağlık hizmetlerinde kısıktırılmış bir talep yaratmak sağlık sisteminin hastalıklı hale getirmektedir.³⁶⁷

Aslında GSS ülkemize uygun bir sistem değildir. Türkiye'nin prim ödeyebilecek bir sosyoekonomik yapısı yoktur, işsizlik oranı yüksektir. Çalışanların büyük bir kısmı kayıt dışıdır. Nüfusun önemli bir kısmı köylerde ve beldelerde yaşamakta, tarımla geçinmektedir. Çok açıkça söylemek gerekirse toplum sağlık güvencesi için prim ödeyebilecek güçte değildir. GSS modeli kamusal sigortacılık olmasına rağmen Türkiye'de bu sistem içine aynı zamanda halkın yaptığı cepten ödemeleri, katkı paylarını, farkları da dahil ettiği için, özeli de kapsayan karma bir finansman modeli şeklinde gelişmektedir. Üstelik halkı katkı payı ödemeye ve özel sigortacılık sisteminden teminat paketinin dışında kalan hizmetler için sağlık sigortası satın almaya yöneltmektedir. Türkiye gibi bir toplumda, vergi gelirleriyle değil de prim ödemeleriyle finanse edilen bir sağlık sistemi kurulması, primlerin toplanmasındaki zorlukları bir yana bırakırsak yoksulların sağlık hizmetine erişimini ihtiyaç tespitine bağlamakta ve vatandaşlık statüsündeki eşitliği yok etmektedir.³⁶⁸

4.2.3 Sağlık Bakanlığı Teşkilat Yapısı:

Sağlık Bakanlığı, SDP çerçevesinde, merkez ve taşra teşkilat yapısını ve görevlerini yeniden düzenlemiştir. Bu amaçla, 663 sy. "Sağlık Bakanlığı'nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname", 02.11.2011 tarih, 28103 sayılı Resmi Gazetede yayınlanmıştır. Buna göre Sağlık Bakanlığı'nın görevi: Herkesin bedeni, zihni ve sosyal bakımdan tam bir iyilik hali içinde hayatını sürdürmesini sağlamaktır. Bakanlık merkez ve taşra teşkilatı ile bağlı kuruluşlardan oluşur. Sağlık Bakanı; Bakanlık teşkilatının en üst amiri olup, bakanlığın icraatları ve emri altındaki birimlerin faaliyet ve işlemlerinden Başbakan'a karşı sorumludur. Sağlık Bakanlığı'nda, Bakan'dan sonra en yetkili kişi Müsteşardır. Müsteşar'a yardımcı olmak üzere beş müsteşar yardımcısı görevlendirilebilir. Bakanlık merkez ve taşra teşkilatı ile bağlı kuruluşların her kademedeki yöneticileri, görevlerini mevzuata, stratejik plan ve programlara, performans ölçütlerine ve hizmet kalite standartlarına uygun olarak yürütmekten üst kademelere karşı sorumludur. Yönetim kademesindeki pek çok

³⁶⁷ TERZİ, Cem (2012), ss.34

³⁶⁸ TERZİ, Cem (2012), ss.33

personelin, kadroların ücretsiz izinli sayıldığı ve sözleşme esasına göre çalıştığı düşünülmüşse, ilgili personelin bu şartları yerine getirmek için azami çaba harcayacağı öngörülebilir. Sağlık Bakanlığı'nın sağlık sistemi yönetimi ve politikalarını belirleme görevi, 11 üyeden oluşan, Sağlık Politikaları Kuruluna verilmiştir.³⁶⁹ Sağlık Bakanlığı merkez teşkilat yapısı aşağıdaki şekilde oluşturulmuştur;³⁷⁰

A. Sağlık Politikaları Kurulu,

B. Bağlı Kuruluşlar:

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu

Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu

Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü

C. Hizmet Birimleri:

Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü

Denetim Hizmetleri Başkanlığı

Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Hukuk Müşavirliği

Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü

Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü

Strateji Geliştirme Başkanlığı

Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü

Dış İlişkiler ve Avrupa Birliği Genel Müdürlüğü

Sağlık Bakanlığı'na faaliyetlerinde yardımcı olmak üzere üç kurulun oluşturulması 663 sy. KHK ile karara bağlanmıştır. Bu kurullar: Yüksek Sağlık Şurası (m.21), Tıpta Uzmanlık Kurulu (m.22) ve Sağlık Meslekleri Kurulu (m.23)'dur. Bunlardan Sağlık Meslekleri Kurulu; Sağlık mesleklerinde eğitim müfredatı, mesleki alan ve dal belirlenmesi gibi mesleki düzenlemelerde ve istihdam planlamalarında görüş bildirmek, mesleki yeterlilik değerlendirmesi yapmak, mesleki müeyyide uygulamak,

³⁶⁹ ÇINARLI, Serkan (2013), ss.47,48

³⁷⁰ SAĞLIK BAKANLIĞI (2012), Bakanlık Merkez Teşkilatı ve Bağlı Kuruluşlar Tanıtım Kitapçığı 2012:6

etik ilkeleri belirlemek ve uyumu denetlemek üzere kurulmuştur. Sağlık Meslek Kurulu'nun mesleki yetersizliğin tespiti ve bu konulardaki şikayetlerin değerlendirilmesi, mesleki yetersizliğe karar verilen sağlık personeline eğitim verilmesi ve sınava tabi tutulması, mesleğin icrası esnasında ihmal ve gecikme gösterilerek kişinin ağır derecede olmayan/ağır derecede özür lülüğüne sebebiyet verilmesi durumunda meslekten geçici/sürekli men cezalarına karar verme gibi geniş ve sağlık mesleği mensupları açısından mesleki geleceğin belirlenmesine yönelik önemli görevleri mevcuttur.³⁷¹

663 sy. KHK'nin 23.maddesinin (c) ve (ç) bentlerinde, mesleğin icrası sırasında hafif ya da ağır yaralanma veya ölüme sebebiyet verme durumunda üç aydan üç yıla kadar meslekten men cezaları düzenlenmiştir. Beş yıl içinde tekrarı halinde de cezaların alt ve üst sınırlarının iki katı olarak uygulanacağı belirtilmiştir. Ancak Anayasa Mahkemesi'nin E:2011/150 K:2013/30 T:14.2.2013 kararında 23.maddenin, 7. fıkrasının, (c) ve (ç) bentleri iptal edilmiştir. Anayasa Mahkemesi iptal gerekçesi;

“Kurulda bir temsilci ile temsil edilen Mesleki Yeterlik Kurumu'nun kuruluş yasası olan 5544 sy. Yasa'nın 1. maddesinde: Tabiplik, diş hekimliği, hemşirelik, ebelik, eczacılık, veterinerlik, mühendislik ve mimarlık meslekleri ile en az lisans düzeyinde öğrenimi gerektiren ve mesleğe giriş şartları kanunla düzenlenmiş olan mesleklerin kanun kapsamı dışında olduğu açıkça düzenlenmiştir. Kurulun sağlık personeli ile ilgili yetkisi, yeterliği, görevi yoktur. Maddede yükseköğrenim kurumlarından seçilecek iki temsilcinin hangi alanlardan ve hangi niteliklere sahip olacakları da düzenlenmemiştir.

Sağlık meslekleri alanında, görev, yetki ve nitelikleri kanun ile düzenlenen otuzu aşkın meslek ve yüzü aşkın alt uzmanlık alanı bulunmaktadır. Sağlık Bakanı'nın seçeceği beş adet sağlık mesleği mensubunun yüzü aşkın alanda anılan yetkileri kullanabilmek için gerekli özelliklere sahip olamayacakları açıktır.

663 sy. KHK'nin 23. maddesi;

- KHK ile düzenleme yapılamayacak alanlar arasında sayılan kamu görevlileri yönünden suç ve ceza öngörmesi nedeniyle Anayasa'nın 6., 7. ve 91. maddelerine,

³⁷¹ ÇINARLI, Serkan (2013), ss.53

- Suç ve cezaları açıkça tanımlamaması, aynı eylemin birden fazla kez cezalandırılması, ölçülü ve orantılı olmaması nedeniyle Anayasa'nın 2. ve 38. maddelerine,

- Kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşlarının meslekle bağıını kopararak işlevsizleştirilmesi nedeniyle Anayasa'nın 135. maddesine,

- Kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşlarının amaç, işlev ve nitelikleriyle örtüşen görev ve yetkilerle donatılmış bir kamu kurumu olan Kurulu yürütmeye bağımlı kılması Anayasa'nın 123. ve 135. maddelerine,

- Yükseköğrenim kurumlarına ait yetkiyi kullanması nedeniyle Anayasa'nın 130. maddesine aykırı olduğundan iptali gerekmektedir.”

Yasal düzenleme ilk çıktığından beri tüm söylemler; Yüksek Mahkeme'nin gerekçesinde belirttiği gibi bu kadar geniş ve farklı ve görevlerin yer aldığı bir sağlık örgütünün sadece beş sağlık mensubu tarafından değerlendirilmesinin imkansız olduğu idi. Kaldı ki; yine Yüksek Mahkeme'ce iptal gerekçesinde belirtilen Anayasa 135. maddede yer alan, kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşlarının meslekle bağıını kopararak işlevsizleştirilmesi, tabip odalarının en önemli ve haklı itiraz noktalarından biriydi.³⁷²

Ancak bu iptal gerekçeleri ve açıkça Anayasa'ya aykırılığa rağmen 02.08.2013 tarih, 28726 sy. RG'de yayınlanan, 6495 nolu, Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun'da 11.10.2011 tarihli ve 663 sy. KHK'nin 23. maddesinin yedinci fıkrasının (c) ve (ç) bentleri [içeriği aynı kalarak, HÖ] değiştirilmiştir. Anayasa Mahkemesi'nin gerekçesine ve iptal kararına rağmen geçici ve kalıcı men cezası verme kararını Sağlık Bakanlığı'nın uhdesinde tutmak ve mesleki konularda Anayasa'nın meslek odalarına ilişkin açık hükmüne rağmen tabip odalarını ve diğer meslek odalarını bu konuda derbest etmenin amaç olduğu anlaşılmaktadır. Yeni düzenleme ile adeta yasa koyucu, sağlık mesleklerinde geçici ve kalıcı men cezası verme yetkisini, ne pahasına olursa olsun sağlık meslekleri kurulunda tutmaya kararlıdır. Oysa bu konuda direktme içine girmektense bu kurulun yukarıda sayılan yetersiz üye sayısının düzenlenmesi, tabip odaları ve diğer sağlık meslek odaları

³⁷² ÇINARLI, Serkan (2013), ss.54

ile işbirliği içinde düzenlemeler yapılması, öğretim üyesi ve akademik ünvan vermeye yetkili kurumları içine dahil eden bir yapıya yer verilmesi öncelikli olmalıydı. Yeni düzenlemenin yukarıda sayılan sebeplerle gene Anayasa'ya aykırı olduğu açıktır.³⁷³

663 sy. KHK'nin, 14.12.1983 tarihli ve 181 sy. Sağlık Bakanlığı'nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında KHK arasındaki bir kaç farkı irdelediğimizde;

181 sy. KHK'de Sağlık Bakanlığı'nın görevleri arasında: Herkesin hayatını bedenen, ruhen ve sosyal bakımdan tam iyilik hali içinde sürdürmesini sağlamak için ülkeyi kapsayan plan ve programlar yapmak, uygulamak ve uygulatmak sayılmış olmasına rağmen, 663 sy. KHK'de Sağlık Bakanlığı'nın görevi: Teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin yürütülmesi, koruyucu sağlık hizmetlerinin sunulması amacıyla, strateji ve hedefleri belirleyerek, planlama, düzenleme ve koordinasyon yapmak olarak düzenlenmiştir.

Yani; 663 sy. KHK ile Sağlık Bakanlığı'nın hizmeti uygulama ve bizzat sunma fonksiyonu kaldırılmış, Bakanlık; hizmet sunucusu rolünden, planlayıcı ve denetleyici bir role büründürülmüştür. 663 sy. KHK ile 23.01.1953 tarihli ve 6023 sy. Türk Tabipler Birliği Kanununun 1. maddesinde geçen: "Tabipliğin kanu ve kişi yararına uygulanıp geliştirilmesini sağlamak" ibaresi de yürürlükten kaldırılmıştır. Ancak bu hüküm daha sonra Anayasa Mahkemesi tarafından, E:2011/150 K:2013/30 T:14.02.2013 karar ile iptal edilmiştir. Kanımızca 663 sy. KHK ile TTB ve Tabip Odalarının hekimlerin geliştirilmesine ilişkin düzenleme ödevi ellerinden alınmak istenmiştir. Ancak Anayasa Mahkemesi kararı ile söz konusu hüküm geçerliliğini korumaktadır.³⁷⁴

181 sy. KHK'de bakanlığın ana hizmet birimleri arasında tanımlanan, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlama Genel Müdürlüğü, Sıtma Savaş Daire Başkanlığı, Verem Savaş Daire Başkanlığı, Kanserele Savaş Daire Başkanlığı gibi birimler; 663 sy. KHK teşkilat şemasında hiç yer almamaktadır. 181 sy. KHK'de tıpta uzmanlık eğitimi ile ilgili iş ve işlemleri yapmak ve sağlık mesleklerinin standartlarını belirlemek görevi

³⁷³ ÇINARLI, Serkan (2013), ss.55

³⁷⁴ ÇINARLI, Serkan (2013), ss.61

Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü'ne verilmişken, 663 sy. KHK'de bu görev Sağlık Meslekleri Kurulu'na verilmiştir.³⁷⁵

663 sy. KHK ile Sağlık Bakanlığı'nın teşkilat yapısındaki en önemli değişikliklerden biri de Kamu Hastane Birlikleri'nin kurulması olmuştur. Kamu Hastane Birlikleri, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu'nun taşra teşkilatı olarak oluşturulmuştur.

4.2.3.1 Kamu Hastane Birlikleri:

663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerini vermek üzere, Bakanlığa bağlı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu kurulmuştur. (m. 29) Kuruma bağlı olarak da, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumları, kamu tüzel kişiliğine sahip, özerk kamu hastane birlikleri çatısı altında yeniden örgütlenmiştir. KHK (m. 30)' da, il düzeyinde Kamu Hastaneleri Birlikleri kurulmuştur. Hizmetin büyüklüğü göz önünde bulundurulmak suretiyle aynı ilde birden fazla birlik kurulabileceği ve bir ilde Birlik kapsamı dışında sağlık kurumu bırakılmayacağı, birden fazla Birlik kurulan illerdeki ve belli bölgelerdeki birliklerden birinin koordinatör olarak görevlendirilebileceği belirtilmiştir.³⁷⁶

Kanuna göre, Kamu Hastanesi Birliklerinin her biri;

- A. Genel Sekreterlik,
 - a. Genel Sekreter
 - b. Tıbbi Hizmetler Başkanı
 - c. İdari Hizmetler Başkanı
 - d. Mali Hizmetler Başkanı
- B. Hastane Yöneticilikleri,
 - a. Hastane Yöneticisi
 - b. Başhekimlik
 - c. İdari ve Mali İşler Müdürlüğü

³⁷⁵ ÇINARLI, Serkan (2013), ss.62

³⁷⁶ BIYIK, Erhan (2014), "Sağlıkta dönüşüm programının kamu hastanelerine etkilerinin sağlık personeli algısıyla değerlendirilmesi", *Yüksek Lisans Tezi*, Türk Hava Kurumu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, ss.32

d. Sağlık ve Bakım Hizmetleri Müdürlüğü şeklinde teşkilatlandırılmıştır.³⁷⁷

Oluşan bu yeni yapılanmada Birlikler, "sağlık işletmesi" ne dönüştürülürken, bu işletmelerin kendi gelirleriyle ayakta kalması ve gelir-gider dengesini kurması öngörülmüştür. Böylece, kamu hastanelerinin devlet bütçesinden ayrılacak paylarla finanse edilmesine son verilmiş, üretilen hizmetler karşılığında GSS ve özel sigorta şirketlerinden yapılacak tahsilatlarla, hastaların yapacağı diğer ödemelerle finanse edilmesi benimsenmiştir. Yeni yapılanmayla, hastaneler ve hastanelerin bağlı olduğu birliklerin yöneticileri ile birlik çatısı altında çalışan uzman ve büro personeli, sözleşmeli çalışan statüsü haline dönüşmüş, daha önce hastanelerin yönetiminden sorumlu olan başhekimler artık hekimlik hizmetlerinin ve tıbbi hizmetlerin sorumlusu olmuştur.³⁷⁸

Birlik teşkilatı, genel sekreterlik ve hastane yöneticiliklerinden oluşmaktadır. Genel sekreterlik birliğin en üst karar ve yürütme organı olup, Genel sekreterlik bünyesinde tıbbî hizmetler, idarî hizmetler ve malî hizmetler başkanlıkları kurulmaktadır. Birliğe bağlı hastaneler ise, hastane yöneticisi tarafından yönetilmektedir. Hastane yöneticisine bağlı olarak başhekimlik, idarî ve malî işler ile sağlık bakım hizmetleri müdürlükleri kurulmaktadır.

Genel sekreter başta olmak üzere, idari, mali ve tıbbi hizmet başkanları, hastane yöneticisi, başhekim ve yardımcıları, müdür ve müdür yardımcıları ile birlikte görevli uzmanlar ve büro personelleri sözleşmeli statüde istihdam edilecektir. Yapılan sözleşmeler 3 yılı aşmayacak ve sözleşme ekindeki kurumsal hedefler ile performans değerlendirmedeki gerçekleştirmelere bağlı olarak sözleşmeleri feshedilebilecektir. Tasarının [kanun, HÖ] bu düzenlemesi, yönetim kademelerinde görevlendirilen personelin iş güvencesi ve diğer haklar açısından diğer kamu yöneticileri ile aynı korumadan yoksun olacağını açıkça göstermektedir. Bu tasarı [kanun, HÖ], kamu hastanelerinin idari ve mali yönden özerk bir örgütlenme modeli getirme iddiasıyla hastanelerin özelleştirilmesi sürecinde bir ara durak olarak görülmektedir. Çünkü yönetim kurulunun görev ve yetkileri; personel planlamasını yapmaktan, birliğe ait her türlü taşınmazı satmak, satın almak ve kiralamaya; hastane ve ünitelerinin

³⁷⁷ ÇINARLI, Serkan (2013), ss.58

³⁷⁸ BIYIK, Erhan (2014), ss.33

kurulmasından, kapatılmasına, birleştirilmesine veya niteliğinin değiştirilmesine kadar uzanmaktadır. Tasarıda [kanun] ayrıca ihtiyaç duyulması halinde sağlık, avukatlık ve danışmanlık hizmetlerinin doğrudan kamu sağlık kuruluşları tarafından üretilmesi yerine, özel kuruluşlardan satın alma yoluyla yerine getirilmesine olanak sağlanmaktadır. Bu açıdan hizmet satın alma yöntemi, sağlık sektöründe en çok tercih edilen özelleştirme yöntemlerinden biridir. Bu düzenleme büyük bir kısmı GSS kaynaklarından, özel sağlık sigortalarından ya da cepten ödemelerden sağlanacak birlik gelirlerinin özel sektöre aktarılması yöntemi olarak değerlendirilmelidir. Ayrıca bu düzenleme ile hizmet satın alınması yoluyla kamudan özel sektöre, özel sektörden de ilaç tıbbi malzeme ve cihaz alımları yoluyla yurt dışına kaynak aktarımı yapısal hale gelmektedir. Zaten mevcut sistemde kamu hastaneleri temizlik, yemek, veri hazırlama, güvenlik vb. birçok hizmetini özel sektörden satın almaktadır. Kamu hastaneleri bu hizmetleri taşeron şirketlere gördürerek, aslında özel sektöre kaynak aktarmakta yani, bu hizmetleri özelleştirmektedir. Bu hizmet satın alma kervanına artık laboratuvar ve görüntüleme hizmetleri gibi tıbbi hizmetlerde girmiştir. Birlik kapsamındaki hastanelerin temizlik, yemek, veri hazırlama, güvenlik ve son olarak sağlık hizmetlerini dış kaynak kullanımı (hizmet satın alma) yoluyla temin etmesi ile hastanelerin kamu hizmeti üreten kamu idaresi statüsünden çıkarılarak, sağlık işletmesi modeline geçilmesi amaçlanmaktadır. Bununla birlikte, yönetim kuruluna personel kadrolarının ihdas, iptal ve değiştirilmesine karar verme yetkisi verilerek, birlik içinde esnek istihdam anlayışının uygulanacağı sinyalleri de verilmektedir. Bu haliyle kamu hastanelerinde çalışan personelden, memur statüsünün sağladığı güvenceler alınarak, ücret ve mesai açısından esnek düzenlemeler getirilmektedir. Böylece kamu personelinin özlük hakları sınırlandırılarak, birlik yönetimine işgücü maliyetlerini azaltmak ve işletme karını arttırmak için uygun bir ortam hazırlanmaktadır.³⁷⁹

Hastaneler; hizmet altyapısı, organizasyonu, kalite, verimlilik ve hasta memnuniyeti gibi konularda Bakanlıkça belirlenecek usul ve esaslara göre değerlendirmeye tutulacak, değerlendirmeden aldıkları puanlara göre hastaneler (A), (B), (C), (D) ve (E) olmak üzere beş sınıfa ayrılacaktır. Ağırlıklı ortalaması (C) ve üzeri olanlar birliğe dönüştürülebilecektir. Ağırlıklı ortalaması (D) ve altına düşen birlikler

³⁷⁹ GÖRMÜŞ, Ayhan (2011), "Sağlık sistemindeki neoliberal dönüşümün sağlık insan gücü üzerindeki etkileri", *Doktora Tezi*, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı Çalışma Ekonomisi Bilim Dalı, İstanbul, ss.223,226

bir yıl içinde eksikliklerini gideremezse, birliklerde yönetim kurulu üyeleri ile genel sekreter, tıbbi hizmetler başkanı, idari hizmetler başkanı, mali hizmetler başkanı, uzman, hastane yöneticisi, başhekim, başhekim yardımcısı, müdür, müdür yardımcısı ve büro görevlisinden oluşan sözleşmeli personelin sözleşmeleri sona erecektir. Bu düzenlemenin iki olası etkisi hastaneler arası rekabet ve hastane içi denetimin yoğunlaşmasıdır. Hastane ortalamasının düşmemesi ve sözleşmelerin feshedilmemesi amacıyla daha az sayıda personel ve daha az girdiyle, daha çok hizmet üretilmesine çalışılacaktır. Üstelik hastanelerin temel gelirleri hizmetlerinden elde ettikleri kazançlardan oluşacağından, hasta sayısını artırmak, karlı alanlarda hizmet vermek ve işgücü maliyetini düşürmek zorunluluk halini alacaktır.³⁸⁰

Tasarıdan [kanun] birliğin kendi ürettiği hizmetler karşılığında elde edeceği gelirleriyle ayakta kalması ve gelir gider dengesini sağlaması anlaşılmaktadır. Zaten mevcut uygulamada kamu hastanelerine devlet bütçesi katkısı sadece personellerin maaşlarını ödeme düzeyine indirgenmiş ve personel ek ödemeleri ile hastane giderlerinin büyük bir kısmı GSS'den sağlanan döner sermaye gelirlerine terk edilmiştir. Bu düzenleme ile, kamu hastanelerinin personel ve hastane giderlerinin bir kısmının da olsa devlet bütçesinden finanse edilmesine son verilirken, devlet yardımı dışsal ve olağandışı bir gelir olarak öngörülmüştür. Böylece tasarıyla, kamu hastanelerinin devlet bütçesi ve sigorta priminden oluşan kamusal mekanizmalarla finanse edilmesi modeli değiştirilerek, sigorta primi, katkı payı ve cepten ödemelere dayalı yarı kamusal, yarı fiyatlandırma mekanizmalarıyla finanse edilen yeni bir model olarak düşünüldüğü görülmektedir.³⁸¹

SDP'nın uygulanmaya başlandığı 2003 yılından bu yana sağlık mevzuatında değişiklikler sonucunda, hastaneler birer sağlık işletmesi haline getirildi. Kamu sağlık kurumlarına işletme kültürünün yerleşmesini sağlamak amacıyla önce bu kurumların bütçelerinden kesintiler yapıldı. Sağlık kurumları kendi yaratacakları döner sermaye gelirine bağımlı hale getirildi. Pek çok üniversite hastanesi iflas etti ya da negatif bütçeye düştü. Döner sermaye ek ödemeleri, personele ek gelir sağlamayacak duruma geldi. Personel geliri ise döner sermayeye dayandırıldı. Hizmet maliyetleri ve giderleri

³⁸⁰ ULUTAŞ, ÜNLÜTÜRK, Çağla (2011), "Türkiye'de sağlık hizmeti üretiminin dönüşümü", *Doktora Tezi*, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı, Ankara, ss.139

³⁸¹ GÖRMÜŞ, Ayhan (2011), ss.223,226

arttı. Bu arada Sağlık Bakanlığı toplam 16 milyar dolarlık yeni dev hastane ihalelerine başladı. [Şehir Hastaneleri, HÖ] Kamu-özel işbirliği adı altında, kamu kaynakları kullanılarak, ulusal ve uluslararası sermaye gruplarının sağlık alanına girmeleri sağlanmaktadır.³⁸²

1980'ler Dünya'da ağırlıklı olarak "minimal devlet", "desantralizasyon" ve "özelleştirme" politikalarının öne çıktığı yıllar olmuştur. 1990'lardan sonra bu uygulama "özelleştirmenin yeni bir biçimi" olarak algılanmıştır. Kamu-özel ortaklığı (KÖÖ)'nin özelleştirmenin olumsuz yönlerine ve toplumsal muhalefete karşı çıkabilmek için geliştirildiği ve kullanılmasının daha iyi sonuçlar vereceğini ileri sürülmektedir. Ülkemizde de birçok kamu hizmeti sunan kurum ya özelleştirilmiş ya da şirket mantığı ile işletilmeye başlanmıştır. İngiltere'de 2009 yılında 159 hastane özel finans girişimleri (PFI=Private Finance Initiative) veya kamu-özel ortaklığı denilen oluşumlar çerçevesinde kuruldu. Söz konusu rakam o dönemki hastane programlarının yüzde 90'ına karşılık gelmekteydi. Bu uygulama ile kamu-özel ortaklığı harcamaları vasıtasıyla (Portekiz örneğinde olduğu gibi) bütçe dışına çıkarılarak bütçe açıklarının önüne geçmek istenmiştir. Ayrıca, hükümetler özel sektörün bu işi daha iyi yapacağını düşünmektedirler.³⁸³

Şu anda uygulanmakta olan (yap-kirala, yap-işlet, yap-işlet-devret ve işletme hakkı devri gibi) bazı modeller aslında kamu özel ortaklığı uygulamalarının birer örneğidir. Günümüzde sağlık hizmeti sunan tesislerinin bir kısmı kamu, bir kısmı da özel hukuk karakterlidir. Kamu sağlık tesisleri Sağlık Bakanlığı bünyesinde bulunmaktadır. Sağlıkta yeniden yapılanma süreci içinde Sağlık Bakanlığı sağlık hizmetlerinde ağırlığı özel sektöre devretmektedir. Bu kapsamda ilk adım olarak 6 Ocak 2005 T. ve 5283 sy. Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığı'na Devredilmesine Dair Kanun ile diğer resmi kuruluşlarda bulunan sağlık tesisleri Sağlık Bakanlığı bünyesine alınmıştır. Atılan ikinci adım 03.07.2005 Tarih ve 5396 sy. Kanun (m.1) ile kamu özel iş birliği modeli oluşturulmasıdır. 07.05.1987 Tarih ve 3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'na eklenen bir madde (ek m.7) ile başlayan uygulama için Sağlık Tesislerinin, Kiralama Karşılığı Yapıtılması İle

³⁸² TERZİ, Cem (2012), ss.33,34

³⁸³ SÖZER, Ali Nazım (2014), "Sağlıkta yeniden yapılanmanın (özelleştirmenin) devamı olarak şehir hastaneleri," *Dokuz Eylül Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi* C.15(özel sayı),2013,ss.217

Tesislerdeki Tıbbi Hizmet Alanları Dışındaki Hizmet ve Alanların İşletilmesi Karşılığında Yenilenmesine Dair Yönetmelik çıkarılarak yürürlüğe konulmuştur. Söz konusu düzenlemelere göre planlanan bazı yatırımlar idari yargı kararı ile durdurulmuştur. Üçüncü adımda, hükümet yargı kararlarındaki gerekçeleri dikkate alarak, konuya ilişkin 21.02.2013 Tarih ve 6428 sy. Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İş Birliği Modeli ile Tesis Yapıtırılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun'un kabul edilmesi sağlanmıştır.³⁸⁴ Yeni kanuna göre de idare; Hazinenin özel mülkiyetindeki taşınmazlar üzerinde, sözleşmede belirlenecek bedel karşılığında tesis yaptırabilir. Yasada idare: "Bakanlık ve bağlı kuruluşlarının merkez teşkilatlarının ilgili birimi ile taşra teşkilatlarına ait sağlık kurum ve kuruluşları..." olarak tanımlanmıştır (m.1, 2-f). Böylece, kamu hastane birlikleri (genel sekreterleri) dahi, yönetimlerinde bulunan hastanelerin yenilenmesi için ihale yapabileceklerdir.³⁸⁵ Bu kanuna dayanarak, 09.05.2014 tarihinde Resmi Gazete'de yayınlanan, "Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İşbirliği Modeli ile Tesis Yapıtırılması, Yenilenmesi ve Hizmet alınmasına Dair Uygulama Yönetmeliği" yürürlüğe girmiştir. (Resmi Gazete, 09.05.2014, sayı:28995)

25 ilde kurulacak Şehir Hastaneleri ile yatak sayısının 43 bin 200 adet artacağı ileri sürülmektedir. Yüksek Planlama Kurulu, yapılacak şehir hastanelerine "ancak mevcut hastanelerin yatak sayısından, yapılacak hastanenin yatak sayısı kadar indirim yapılması" ya da "mevcut hastanelerin kapatılması" yoluyla izin vermektedir. Bu projelerle hastane ya da yatak sayısı artmamakta, karşılığında mevcut hastaneler kapatılmaktadır.³⁸⁶ 1000-3000 yatak kapasiteli bu dev hastaneler, kent dışında kurulmakta, eski hastanelerin buralara taşınması ve şehir merkezindeki eski hastane yerlerinin ise yeni ticaret alanlarına dönüştürülmesi planlanmaktadır.³⁸⁷

Özelleştirme uygulaması, Sosyal Sigorta Kurumlarında olduğu gibi, Sağlık Bakanlığı'nın yapısında değişmeye, küçülmeye ve etkinliğinin azalmasına neden olmaktadır. Özelleştirme amacıyla başvuru KÖO gibi araçlar, çalışanların hukuki konumlarını da olumsuz olarak etkilemekte, statü hukukuna tabi olan kamu görevlilerinin çalışma ilişkileri daha az güvenceli olan sözleşmeli personel veya işçi

³⁸⁴ SÖZER, Ali Nazım (2014), ss.218

³⁸⁵ SÖZER, Ali Nazım (2014), ss.231

³⁸⁶ SÖZER, Ali Nazım (2014), ss.246

³⁸⁷ TERZİ, Cem (2012), ss.34

konumuna dönmüştedir. Yeni yapısal oluşum özel sağlık işletmelerinin rekabet koşullarını zorlaştırmakta, bu sebeple temsilcileri mağdur olduklarını düşünmektedirler. En önemli etki sigortalılar üzerindedir. SSK'da iken Sağlık Bakanlığı'na devredilmiş olan sağlık tesislerinin tüm sigortalıların hizmetine sunulması ve tüm eczanelerden yararlanılabilmesi yoluyla vatandaşların memnuniyet düzeyleri artmış durumdadır. Ancak, artan sağlık giderleri Kurumu zora sokmakta ve bu yüzden sağlık hizmetlerine erişimin maliyetinin artırılması yoluna başvurulmaktadır. Bu amaca ulaşmak için en kolay yöntemlerden biri olarak katkı payları artırılmış, ayrıca Sağlık Bakanlığı bünyesinde bulunan sağlık tesislerinin KÖO görünümünde özelleştirilmesi planlanmıştır. Devlet hastaneleri ticari işletmeye dönüştüğünde sağlık hizmetleri kamusal niteliği kaybederek maliyeti artacak ve gelir dağılımı zaten fevkalade bozuk olan ülkemizde sağlık hizmetlerine ulaşmak zorlaşacaktır.³⁸⁸

Bu süreçte bir yandan teknolojik dönüşümle hastaların izlenmesinin kolaylaşması, akut hastalıklardaki azalma, hekimin paternalist otoritesindeki kırılma ve hasta haklarındaki gelişimle hastaların tıbbi bakım sürecine dâhil olması, sağlık hizmetlerinin sosyal hak olarak tanınıp genelleşmesi ve çok disiplinli bir hal almasıyla kendi hesabına çalışan hekim merkezli hizmet anlayışından kamunun örgütsel mekanizmalarıyla sunulan sağlık anlayışını geçilmesi gibi yurttaşlar açısından olumlu gelişmeler söz konusu olmuştur. Bununla birlikte, sağlık hizmetlerinin piyasalaşması ve hastaları tüketiciler olarak konumlandırmasıyla, hasta- sağlık çalışanı arasındaki mahrem ilişki zedelenecek sigorta şirketleri, döner sermaye işletmeleri gibi çok sayıda tarafı da içeren ticari bir ilişki olarak yeniden inşa edilmiştir. Yeni Kamu İşletmeciliği anlayışıyla hizmet kalitesinin en temel belirleyenin verimlilik olması, hekimlerin uyguladıkları tıbbi koruma ve tedavi süreçlerinin yurttaşlar açısından ne denli etkin olduğunun değil, işletme açısından ne denli verimli olduğunun değerlendirilmesine yol açmıştır.³⁸⁹

SDP sonucu birer ticari işletme haline dönüşen hastanelerin finansmanında (giderlerin temini ve çalışanlara yapılan ödemeler) döner sermaye gelirleri çok büyük yer tutar duruma getirilmiştir. Döner sermaye sistemi de çalışanların performansına dayandırılarak, çalışanlar "sağlık hizmeti sunan kişiler"den, "hastane döner sermaye

³⁸⁸ SÖZER, Ali Nazım (2014), ss.253

³⁸⁹ ULUTAŞ, ÜNLÜTÜRK, Çağla (2011), ss.32

neferleri”ne dönüştürülmüştür. Bu bağlamda SDP’nın önemli bir parçası olan “Performansa Dayalı Döner Sermaye” sistemini ayrıca değerlendirmek gerekmektedir.

5. PERFORMANSA DAYALI DÖNER SERMAYE SİSTEMİ

Türkiye’de “sağlıkta dönüşüm” adı altında yapılan uygulamalar, kamu sağlık hizmetlerinin kurumsal yapısında ve çalışma ortamında dikkate değer niteliksel değişimlere yol açmaktadır. Neoliberal küreselleşme, sağlık alanını büyük oranda etkileyen dinamik bir unsur olarak dikkat çekmektedir. Sağlıkta piyasalaşma eğilimlerinin giderek artırılması, hekimlerin çalışma koşullarını da piyasalaşma süreçleri temelinde yeniden dönüştürmektedir. Söz konusu dönüşüm sürecinin etkileri, “sağlıkta dönüşüm” programı ve bunun önemli bir boyutu olan “performansa göre ek ödeme” uygulamaları biçiminde belirginleşmektedir. Bu durum, “hekim-hekimlik” ve “hasta” olgularını da eski tanımlama ve konumlandırılma formlarından koparmaktadır.³⁹⁰

Sağlıkta dönüşüm programı altında gerçekleştirilmeye çalışılan reformlar ve söz konusu reformların gerekliliğine duyulan ihtiyaç, genellikle sağlık alanında yaşanan finansal sorunlar temelinde açıklanmaktadır. Genel olarak devletlerin küresel ekonomik koşullar ve finansal problemlerle baş etmeye çalıştığı bir ortamda sağlık hizmetlerine olan talebi karşılamakta güçlük çekmeleri şeklinde tanımlanan kriz, aslında sağlık alanında hızla yükselen maliyetlerle ilişkilendirilmektedir. Krize yapılan bu vurgu, söz konusu uygulamaların, makro ekonomik yapılanmalarla ilişkisine işaret etmektedir. Hedeflenen programlar, sağlık alanında yaşanan krizlere çözüm üretme temelinde gerekçelendirilmektedir. Ancak, söz konusu politikaların, yeni ekonomik rasyonalitenin aktörleri olan, Dünya Bankası (WB), Uluslararası Para Fonu (IMF) ve Dünya Sağlık Örgütü (WHO) gibi ulus ötesi organizasyonların etkilerinin belirleyiciliği ve neoliberal ekonomik politikalarla uyumlu yapılandırılması bağlamında gelişmektedir. Sağlık konusunda artarak devam eden bir küresel işbirliği söz konusudur. Başta Dünya Sağlık Örgütü olmak üzere, sağlığın birçok alanında hizmet veren UNICEF, UNFPA, UNEP, FAO, ILO gibi uluslararası kurumlar, bu kapsamda sayılmakta ve Türkiye’de bu kurumların çalışmalarına aktif olarak katılmakta ve işbirlikleri geliştirmektedir. Bunun yanında, konuya ilişkin dikkate alınması gereken önemli diğer bir husus ise, sağlık alanında yaşama geçirilen programların, her devletin kendine içkin ekonomik, siyasal ve

³⁹⁰ KART, Elife (2013), “Sağlıkta dönüşüm sürecinde performansa dayalı ücretlendirmenin hekimler üzerindeki etkileri,” *Çalışma ve Toplum Ekonomi ve Hukuk Dergisi*, 2013/3(8),ss.104

sosyal yapısı, sorunsallıkları ve farklılıkları temelinde yapılandırıldığı gerçeğidir. Aynı devletin farklı birimlerindeki sağlık hizmetleri bile çok farklı yapılanma özellikleri gösterebilmektedir.³⁹¹

Küreselleşme sürecinde, regulation (düzenleme) politikasının yerini deregulation (kuralsızlaştırma) politikası almış, kamu yönetimi bütünlüğünü yitirmiş, “kamu yönetimi” anlayışından “kamu işletmeciliği”ne geçilmiştir. Kamu yönetiminin bütünlüğü bozulurken, “yerelleşme” küreselleşmenin kazandırdığı yeni içerikle öne çıkan ve sloganlaştırılan bir kavram olmuştur. Kamu işletmeciliğinden sonra refah devletini dönüşüme uğratan kuramlardan biri de “yeni kamu işletmeciliği” yaklaşımı olmuştur. 1980’lerde devletin faaliyet alanının küçültülmesi çabalarıyla devletin sınırları belirgin hale getirilmiş, sonra da devletin bu sınırlar içinde “en etkili ve en verimli şekilde nasıl hareket edebileceği” sorusuna yanıt olarak, kamu yönetiminde Toplam Kalite Yönetimi (TKY)’nin uygulanmasını savunan “yeni kamu işletmeciliği” yaklaşımı geliştirilmiştir. Bu yaklaşım çerçevesinde, özel sektör için geliştirilmiş olan verimlilik ve etkinliği hedefleyen, sıfır hatayla tam zamanında, kaliteli, katılımlı, performans dayalı ve müşteri odaklı üretim ilkelerinin kamu yönetimine de aktarılması gündeme gelmiştir. Böylece devlete kar amacı güderek çalışan işletme kimliği, hizmet alan vatandaşa da müşteri kimliği kazandırılmıştır.³⁹²

1980’lerle birlikte dünya siyaseti yeni bir rota belirlemiş ve her alanda daha liberal politikalar benimsenmiştir. Gelişmiş ülkelerin bu tavrı Türkiye açısından da belirleyici olmuştur. Yaşanan değişim ekonomiden siyasete, yönetim sisteminden toplumsal alana çok yönlü olmuş ve bu değişim sürecinin yönetim ayağında ise “etkin ve verimli bir kamu yönetimi” oluşturma amacı ön plana çıkmıştır. Oluşturulmak istenen daha etkin ve daha verimli kamu yönetimi, sunulacak kamu hizmetlerinin daha rasyonel bir bakış açısıyla belirlendiği, yeniden belirlenen bu hizmetler doğrultusunda kamu kurumlarının mükerrerlikleri önleyecek şekilde konumlandırıldığı ve kamu hizmetini sunacak personelin verimliliğinin mümkün olduğunca artırılarak daha kaliteli

³⁹¹ KART, Elife (2013), ss.105

³⁹² ÇİRPİCİ, Erdal (2010), “Türkiye’de kamu sağlık hizmetlerinde 1980 sonrası uygulanan neo-liberal ekonomi politikalarının sağlık personeli istihdamı üzerindeki etkileri”, *Yüksek Lisans Tezi*, Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyoloji Anabilim Dalı, Aydın, ss.99,100

hizmetin sunulduğu bir model olarak açıklanabilir.³⁹³ Bu doğrultuda kamu yönetimi yeniden şekillendirilirken, sağlık politikası da bu değişimden payını almıştır. 2000’li yılların başlarına kadar sağlık mevzuatında yapılan değişiklikler, 2002 yılında gündeme gelen “Sağlıkta Dönüşüm Programı” ile daha net bir hal almıştır.

2002 sonrası süreçte ise, sağlıkta dönüşüm programının amacı sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunulması biçiminde ortaya konulmaktadır. Sağlıkta dönüşüm programının, insan merkezilik, sürdürülebilirlik, sürekli kalite gelişimi, uzlaşmacılık, gönüllülük, güçler ayrılığı ve hizmette rekabet ilkeleri çerçevesinde belirtilen amaçlara ulaştığı belirtilmektedir. Ancak burada “sağlık sektöründe dönüşüm” sürecinin ekonomik ve politik bağlamı ve bu bağlamın, makro ekonomik yapılanmayla ilişkisi, özellikle, “desantralizasyon” ve “hizmette rekabet” ilkelerinin altını çizme gereğini ortaya koymaktadır. Desantralizasyon ilkesi ile kurumlarda, yerinden yönetim ilkesinin hayata geçirilmesi hedeflenmektedir. İdari ve mali açıdan, özerk işletmelerin, hızlı karar mekanizmalarına sahip olacağı ve kaynakları daha verimli kullanabilecekleri vurgulanmaktadır. Hizmette rekabet ilkesi ile sağlık hizmet sunumu, belli standartlara uygun farklı hizmet sunucularının yarışması sağlanacak ve böylelikle sürekli kalite artırımına ve maliyet azalmasına yönelik bir teşvik ortamı oluşacaktır. Aslında bütün bu ilke ve hedefler, sağlığın piyasalaştırılmasına doğru bir eğilimi ortaya koymaktadır. Bu eğilim, 2003 yılı başında Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın hazırlanarak Sağlık Bakanlığı tarafından kamuoyuna duyurulan programın hedeflerinde de görülmektedir. “Burada sekiz tema etrafında dönüşümü hedefleyen programın, özellikle “İdari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri” bilgisi, sağlığın piyasalaştırılmasına ilişkin önemli bir vurgu taşımaktadır.³⁹⁴

Klasik yönetim anlayışından uzaklaşıp, çağdaş işletme anlayışına geçildikçe insan faktörü bir maliyet unsuru olmaktan çıkıp, işletmeler için katma değer sağlayan önemli bir sermaye unsuru haline dönüşmüştür. Böylece çalışanlar, incelenmeye, yorumlanmaya ve tarif edilmeye başlanmıştır. Bu da tanımlanması, ölçülmesi ve karşılaştırılması zor olan birçok kavramı beraberinde getirmiştir. Bu kavramlardan biri

³⁹³ ERASLAN, Tarık, TOZLU, Ahmet (2011), “Kamu yönetiminde performansa dayalı ücret sistemi”, *Sayıştay Dergisi*, S.81,ss.34

³⁹⁴ KART, Elife (2013), ss.109

de performanstır. Performans kavramı; “başarım; verim gücü” olarak açıklanmaktadır.³⁹⁵

Performans yönetim sistemi oldukça kapsamlı bir tanıma göre “gerçekleştirilmesi beklenen organizasyonel amaçlara ve bu yönde çalışanların ortaya koyması gereken performansa ilişkin ortak bir anlayışın organizasyonda yerleşmesi ve çalışanların bu amaçlara ulaşmak için göstereceği ortak çabalara yapacağı katkıların düzeyini artırıcı bir biçimde yönetilmesi, değerlendirilmesi, ücretlendirilmesi ya da ödüllendirilmesi ve geliştirilmesi süreci” olarak ifade edilmektedir. Bu geniş tanımdan da anlaşılacağı üzere çalışanların performansa göre değerlendirilmesi bir teşkilatta verimlilik ve etkinliğin artırılması amacıyla yerleştirilmeye çalışılan sistemin yalnızca bir yönüdür.³⁹⁶

Performans yönetimine yönelik ilk çalışmalar F. Taylor Şu ölçümü ve F.Gilbert'in iş ve hareket etüdü çalışmalarına kadar uzanmaktadır. Bu çalışmalar sonucunda herhangi bir işin ne kadar sürede ve hangi süreçlerden geçerek yapılması gerektiği saptanmıştır. Böylece yöneticiler elde edilen ölçüm sonuçlarını, çalışanların iş yapma süreleri ile karşılaştırmak için kullanmışlardır. Bu aşamadan sonra gelişen performans değerlendirme çalışmaları, değerlendirme yapabilmek için gerekli standartların ve değerlendirme kriterlerinin belirlenmesine ve insan gücünün mevcut performans düzeyinin tespit edilmesine büyük önem vermiştir.³⁹⁷

Bireysel performans ile ücret arasında ilişkinin kurulduğu bireysel performansa dayalı ücret sisteminde, ücret artışları çalışanların gösterdiği bireysel performansa göre belirlenmektedir. Ücretin bireysel performansa dayandığı bu sistemde, performansa dayalı ücret artış oranının tamamı veya bir kısmının alınan performans puanlarına göre belirlenmesi söz konusu olmaktadır.³⁹⁸

Modern yönetim anlayışı, çalışanların başarıları oranında ödüllendirilmesini öngörmektedir. Bu ödüllendirme yöntemlerinden en yaygın olanı başarımın ücrete yansıtılması, diğer adıyla *performansa dayalı ücret sistemidir*. Bir diğer deyişle,

³⁹⁵ BOLAT, Gülşen (2012), “Performansa dayalı ücret sisteminin işgören motivasyonuna etkisi”, *Yüksek Lisans Tezi*, Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Bilim Dalı, Ankara, ss.4

³⁹⁶ ERASLAN, Tarık, TOZLU, Ahmet (2011), ss.36

³⁹⁷ GÖRMÜŞ, Ayhan (2011), ss.253

³⁹⁸ BOLAT, Gülşen (2012), ss.29

performansa dayalı ücret sistemleri, bir kuruluşun amaçlarının ya da bireysel performans hedeflerinin gerçekleştirilmesi oranında çalışanların ödüllendirilmesi ve takdir edilmesi amacıyla kullanılan araçlardır. Bu sistemlerin temel hareket noktası, ücretlerin bir kısmının veya sabit ücretle birlikte verilen ek ödemenin çalışanın performansına göre belirlenmesidir. Buna karşı olan görüşlerin de varlığına rağmen, performansın ücretlere yansıtılması günümüzde çalışanların motivasyonunda ve örgütlerin başarısında büyük rol oynamakta ve yönetim bilimciler tarafından yaygın kabul görmektedir (SB, Sağlıkta Performans Yönetimi,2007:7)³⁹⁹

Türk kamu yönetiminde tüm personeli kapsayacak şekilde tek bir düzenleme bulunmamakta, personelin verimliliğini artırmak amacıyla yapılan düzenlemeler personel gruplarına müstakil yasal düzenlemelerle gerçekleştirilmektedir. Ancak bu parçalı uygulamaların önemli bir özelliği aylık alınan ücreti, performansa paralel olarak hesaplamaktan ziyade yapılacak ek ödemenin performansa göre yapılmasıdır. Güvenceli bir meslek olarak nitelenen memurluğun bu yapısından uzaklaşmak ve hak ve yükümlülükler performansla ilişkilendirmek amacıyla Türk hukukunda uygulanmakta olan araçların en göze çarpanı, kadro karşılığı sözleşmeli personel uygulamasıdır. Çalışma şartlarını ve özlük haklarını (ücretin taban ve tavanı dahil) Bakanlar Kurulu'nun belirlediği bu grubun çalışmakta olduğu teşkilatların amirlerine "performansa göre teşvik ikramiyesi verme" yetkisi verilmiştir.⁴⁰⁰

Döner sermaye, kamu maliyesi alanında belirli ve sürekli bir amacın elde edilmesi için genel veya katma bütçeden bir miktar paranın bu kuruluşa veya onun ilgili işletmelerine verilmesidir. Devletin iktisadi işletmelerinden kazanç elde etmesi için geliştirilen yöntemlerden biri olan döner sermaye, özerk bütçeli ancak belirli bir oranda da genel bütçe içinden yönetilen bir sistemdir. " Döner Sermayeli İşletmeler Bütçe ve Muhasebe Yönetmeliği " 3. maddesine göre; " Genel yönetim kapsamındaki kamu idarelerine kanunlarla verilen asli ve sürekli kamu görevlerine bağlı olarak ortaya çıkan ve genel idare esaslarına göre yürütülmesi mümkün olmayan mal ve hizmet üretimine

³⁹⁹ BOLAT, Gülşen (2012), ss.40

⁴⁰⁰ ERASLAN, Tarık, TOZLU, Ahmet (2011), ss.39

ilişkin faaliyetlerin sürdürülebilmesi için, kamu idaresine bağlı olarak kurulmuş işletmelere tahsis edilen sermaye ‘döner sermaye’ olarak tanımlanmıştır.”⁴⁰¹

Tarım ve Köyişleri Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığı bünyesinde uygulanmakta olan “döner sermaye geliri” uygulaması da kamu yönetiminde personeli çalışmaya teşvik etme kapsamında yapılan ek ödeme araçlarından biridir. Bunun yanı sıra Milli Eğitim Bakanlığı bünyesinde yürütülen ve DMK’da bahsedilen “ek ders ücreti” uygulaması da daha etkin ve verimli bir eğitim sistemi için daha çok performans gösteren personele yapılan bir diğer ek ödemedir. Ayrıca 1739 sayılı Milli Eğitim Temel Kanunu’nda 2004 yılında yapılan değişiklikler neticesinde öğretmenlik mesleği adaylık, öğretmenlik, uzman öğretmenlik ve başöğretmenlik basamaklarına ayrılmış ve bu basamaklar arasındaki geçiş sicil ve kıdem dışında diğer bir takım unsurların da yüzdesel ağırlığına bağlı tutulmuştur. İlk bakışta ücret performans paralelinde bir ilişki kurulmamış gibi gözükse de ileride de açıklanacak olan sistem bir öğretmenin bir üst basamağa geçerek ücret artışı sağlayabilmesi için farklı bileşenleri içerisinde barındırmaktadır.⁴⁰²

1961 yılında kabul edilen 209 sayılı Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları İle Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanun’un, döner sermaye sistemi ile yapılan ek ödeme uygulamasının dayanağı olduğu görülmektedir. İlgili kanunda döner sermayeden “...personelin katkısı ile elde edilen döner sermaye gelirleri...” şeklinde söz edilerek, sağlık personelinin gösterdiği performans sonucu belirlenen bir tutar olduğuna gönderme yapılmaktadır. Halihazırdaki döner sermayeden personele ek ödeme yapma uygulamasının ayrıntıları yönetmelikle belirlenmiştir.⁴⁰³

Türkiye’de sağlık insan gücünün maaşları devlet memuru statüsünde olduğu için 1989 yılına kadar sadece genel bütçeden karşılanmıştır. Ancak 1961 yılında çıkarılan 209 sayılı Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı’na Bağlı Sağlık Kurumları Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanun ile Sağlık Bakanlığı içinde oluşturulan döner sermayeden elde edilen gelirlerinin yüzde 50’si 1989 yılından itibaren 375 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile sağlık personeline ek ödeme olarak dağıtılmaya başlanmıştır. 23.01.2001 tarihinde 4618 sayılı Kanun ile bu

⁴⁰¹ www.resmigazete.gov.tr, 01.05.2007

⁴⁰² ERASLAN, Tarık, TOZLU, Ahmet (2011), ss.39

⁴⁰³ ERASLAN, Tarık, TOZLU, Ahmet (2011), ss.51

kanunun ilgili maddelerinde bazı değişiklikler yapılmış ve döner sermaye gelirlerinden ilgili sağlık kurumlarının personeline ek ödeme yapılması kararlaştırılmıştır. Yine aynı kanun ile birinci basamak sağlık kuruluşlarını, ana ve çocuk sağlığı merkezlerini, halk sağlığı laboratuvarlarını kapsamak üzere her ilde bir döner sermaye işletmesi kurulmuştur. Sağlık Bakanlığı bu düzenlemeyi 18.06.2003 tarihinde yenileyerek, personele dağıtılacak döner sermaye gelir katkı payını personelin performansı ile ilişkilendirmiştir. 2004 Mali Yılı Bütçe Kanunu'nun 49. maddesinin (k) bendine dayanarak, Sağlık Bakanlığı'nda 01.01.2004 tarihinde SDP'nin hizmet kalitesi, verimlilik ve hasta memnuniyeti ilkeleri çerçevesinde kamudaki sağlık personelinin iş motivasyonunu ve üretkenliğini teşvik etmek amacıyla Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde performans yönetimini sistemi uygulamaya konulmuştur. Böylece Sağlık Bakanlığı'nda çalışan sağlık personelinin finansman kaynağı, Sağlık Bakanlığı bütçesinden sağlanan temel maaşların yanı sıra, kurumun sosyal güvenlik kurumlarından ve ürettiği sağlık hizmetlerden elde ettiği gelirden; kurum ya da kuruluşun gelir-gider dengesi, borçlanması, nakit durumu ve gereksinimleri göz önünde bulundurularak, dağıtılan ek ödemelerden oluşmaya başlamıştır. Ancak sağlık personelinin ek ödeme alabilmesi için hekimler aldıkları puan oranında, hekim dışı sağlık personelinin ise, eylemli çalışması gerekmektedir. Bu nedenle ek ödeme sağlık personeli açasından sürekliliği olan, kazanılmış bir hak değildir.⁴⁰⁴

1980'den itibaren sağlık çalışanlarına yönelik ücret politikası, temel ücretleri sürekli baskılamak ve böylece emeklilik kazancına yansımayan ek ödemelerin toplam ücretteki payını yükseltmek yönünde olmuştur. Her ne kadar 1989 yılında yükselen örgütlü işçi hareketleri 1989-1994 arasında ücretlerde bir yükselişe neden olmuşsa da, 1990'ların ikinci yarısından itibaren ücret ve maaşlarda yeniden gözle görülür bir aşınma gerçekleşmiştir. 1994'ten itibaren kamu sağlık çalışanlarının ücretleri, ekonomik krizlerle önemli dalgalanmalar göstermiştir. Örneğin 1990 yılında Ankara'da çalışan bir uzman hekim 879 dolar alırken, bu rakam 1994 krizinde 439 dolara kadar düşmüş, 1998 yılında 788 dolar seviyesine çıkmış, 2001 krizi ile bu kez yeniden 541 dolar seviyesine kadar gerilemiş, 2003'e gelindiğinde yeniden 606 dolar seviyesini bulmuştur. Benzer

⁴⁰⁴ GÖRMÜŞ, Ayhan (2011), ss.248,249

bir süreç pratisyen hekimler, sağlık memuru ve hemşireler için de yaşanmış, fazla mesailer de adaletli olarak ücretlendirilmemiştir.⁴⁰⁵

1989-1994 arasındaki 5 yıllık dönem haricinde, 2004 yılından itibaren bütün yurt çapında hayata geçirilen performansa dayalı ücretlendirme, özellikle hekimlerin elde ettikleri toplam ücrette görece bir yükselme sağlamıştır. Performansa dayalı ücretlendirmenin, 1989 yılından bu yana sürdürülen döner sermaye gelirlerinin %50'sinin personele ek ödeme olarak dağıtılması uygulamasından temel farkı, dağıtımın meslek, kıdem, uzmanlık ve tıbbi hiyerarşideki konumun yanı sıra, hekimlerin gerçekleştirdikleri muayene, ameliyat ve girişimsel işlem sayısına göre, bir başka ifadeyle sağlık kurumuna kazandırdıkları paraya göre belirlenmesidir. Böylece, 1989'dan itibaren döner sermaye gelirlerinin paylaşılması ile başlayan piyasalaşma ve esnek ücret sistemi bir adım daha ileriye götürülmüştür. 2003 yılı ikinci yarısında 10 hastanede pilot olarak uygulanan performansa göre katkı payı ödemesi, 2004 yılından itibaren birinci basamak sağlık kuruluşlarını da kapsayacak şekilde yurt çapında yaygınlaştırılmıştır. Sağlık Bakanlığına Bağlı İkinci ve Üçüncü Basamak Sağlık Kurumlarında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönerge ile tüm hizmet unsurları en küçük ayrıntısına kadar tanımlanmış, standardı belirlenmiş ve puanlanmıştır.⁴⁰⁶

Sağlık Bakanlığı'nda uygulanmakta olan performansa dayalı ücret sisteminin yasal temelini 4 Ocak 1961 sayılı "Sağlık Bakanlığı'na Bağlı Sağlık Kurumları ile Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanun"un 5. Maddesi (özellikle 7 Mart 2006 tarih ve 5471 sayılı Kanunla yapılan değişiklikler) uyarınca hazırlanan "Sağlık Bakanlığı'na Bağlı Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelik" oluşturur. Ek ödeme uygulamasının nasıl yapılacağına dair ayrıntıların yer aldığı üç yönerge; "Sağlık Bakanlığına Bağlı Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönerge"; "Sağlık Bakanlığı'na Bağlı İkinci ve Üçüncü Basamak Sağlık Kurumlarında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönerge" ile "Kurumsal Kaliteyi Geliştirme ve Performans Değerlendirme

⁴⁰⁵ ULUTAŞ, ÜNLÜTÜRK, Çağla (2011), ss.161

⁴⁰⁶ ULUTAŞ, ÜNLÜTÜRK, Çağla (2011), ss.162

Yönergesi” ise uygulamanın ayrıntılarının ve nasıl yapılması gerektiğinin açıklandığı metinlerdir. Sağlık Bakanlığı, birinci basamak sağlık kurumlarının işletme bütçelerindeki ciddi sıkıntıları dikkate alarak bu kurumlara yönelik olarak döner sermaye uygulaması başlatmıştır. Bu amaçla ilgili mevzuat 2001’de kabul edilmiş ve 45 ile kendi kurumları bünyesinde döner sermaye kurmaları için Maliye Bakanlığı tarafından 1 Kasım 2001 tarihinde onay verilmiştir. Daha sonra tüm illerde birinci basamak sağlık hizmetleri için döner sermaye yapıları oluşturulmuş ve benzer özellikteki sağlık kurumları saymanlıkları aynı saymanlıklar altında birleştirilmiştir. 2006 yılından önce, birinci basamak ile ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurum ve kuruluşları için iki farklı düzenleyici işlem (yönerge) uygulaması bulunmaktayken, 12 Mayıs 2006 gün ve 26166 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan yeni yönetmelik ile bütün sağlık kuruluşları için tek bir düzenleyici işlem (yönetmelik) getirilmiştir. 2005 yılının ikinci yarısında uygulamaya konan kurumsal performansın ölçülmesini hedefleyen 26166 sayılı yönerge ile ağırlıklı olarak yürütülmekte olan nicelik ölçümüne ve buna dayalı ölçütlere göre performans değerlendirmesi sistemine nitelik boyutu kazandırılmıştır. (Sağlık Bakanlığı, 2005) Kurumsal performans ölçümü ve bunun denetimi sürecinde daha çok sağlık kurumlarının kaliteye yönelik bilinç düzeyinin artırılması ve kapasite geliştirilmesi hedeflenerek yaptırım kısıtlı ve dönemsel olarak belli aralarla uygulamaya konmuştur. Bu süreçte uygulayıcıların tepkileri ve uygulama kapasiteleri gözlenmiş, denetçilerin de bilgi ve kapasite artırımının sağlanmasına çalışılmıştır. Sonuçta kalite çalışmaları ile bütünleştirilerek 2007 yılında Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Kaliteyi Geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönergesi uygulamaya konmuştur. (Sağlık Bakanlığı, 2007)⁴⁰⁷

Devam eden yıllar içerisinde döner sermaye ödemelerine ilişkin, mevzuatta birkaç değişiklik yapılmıştır. Sağlık Bakanlığı’na bağlı İl Sağlık Müdürlükleri ve bağlı birimlerinde görev yapan personele yapılacak ek ödemeyle ilgili olarak en son düzenleme, 28.11.2014 tarih ve 29189 sy. Resmi Gazetede yayınlanan “Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Personeline Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelik” tir. Döner sermaye ödemelerinin Kamu Hastanelerinde çalışanlara ilişkin olan kısmı ile ilgili olarak en son yayınlanan yönetmelik ise, “Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna Bağlı Sağlık Tesislerinde Görevli Personele Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelikte

⁴⁰⁷ BOLAT, Gülşen (2012), ss.51,52

Değişiklik Yapılması Hakkında Yönetmelik”tir. (Resmi Gazete, 08.05.2014, sayı:28994) Bu yönetmelikte, Kamu Hastaneleri Birliği’ne bağlı ikinci ve üçüncü basamak hastanelerde, döner sermaye komisyonlarının teşkili, hastaneye dağıtılacak miktarın hesaplanması, çalışanlara ödenecek performansa dayalı ek ödemenin hesaplanmasında kullanılacak katsayılar ve ödenecek miktarın hesaplanma yöntemi ayrıntılı olarak tanımlanmıştır. Buna göre;

“Amaç:

MADDE 1 – (1) Bu Yönetmeliğin amacı, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumunca belirlenen hizmet sunum şartları ve kriterleri dikkate alınmak suretiyle personelin unvanı, görevi, çalışma şartları ve süresi, hizmete katkısı, performansı, tetkik, eğitim, öğretim ve araştırma faaliyetleri, yapılan muayene, ameliyat, anestezi ve girişimsel işlemler ile özellik arz eden birimlerde çalışma gibi unsurlar esas alınarak, döner sermayeden yapılacak ek ödemenin oran, usul ve esaslarını belirlemek, sağlık hizmetlerini iyileştirmek, kaliteli ve verimli hizmet sunumunu teşvik etmektir.

Kapsam:

MADDE 2 – (1) Bu Yönetmelik, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumunun taşra teşkilatı olan kamu hastaneleri birliklerine bağlı sağlık tesislerinde görev yapan memurları, sözleşmeli personeli (663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin 32 nci ve 45 inci maddeleri uyarınca istihdam edilenler hariç), açıktan vekil olarak atananları, sağlık tesislerinde; 4/11/1981 tarihli ve 2547 sayılı Yükseköğretim Kanununun 38 inci maddesine göre görevlendirilenleri, diğer kamu kurum ve kuruluşlarının kadrolarında bulunan ve haftanın belirli gün veya saatlerinde veyahut belirli vakalar ve işler ile en az bir ay süreyle görevlendirilen sağlık personelini kapsar.

Sağlık tesislerinde ek ödeme hesaplama usul ve esasları:

MADDE 5 – (1) Birliğe bağlı sağlık tesislerinde görevli personele yapılacak ek ödemeye ilişkin temel esaslar aşağıda belirtilmiştir.

a) Ek ödeme, personele sağlık tesisine fiilen katkı sağladığı sürece verilebilir. Sağlık tesisinin o dönemde elde ettiği gayrisafi hasılatın öncelikle Hazine payı, 24/5/1983 tarihli ve 2828 sayılı Sosyal Hizmetler Kanununun 18 inci maddesinin birinci fıkrasının (k) bendi gereğince ayrılacak pay ile Bakanlık merkez payı ayrıldıktan sonra kalan miktar, 209 sayılı Kanunun 5 inci maddesinin üçüncü fıkrasında belirlenen oranları geçmemek üzere personele ek ödeme olarak dağıtılabilir. Bağış, faiz, kira gelirinden elde edilen döner sermaye gelirleri hiçbir şekilde personele ek ödeme olarak dağıtılamaz.

b) Tabiplerce gerçekleştirilen tabip muayene ve girişimsel işlemleri incelemek amacıyla birliğe bağlı her bir sağlık tesisinde inceleme heyeti oluşturulur. İnceleme heyetlerinin yapısı, çalışma usul ve esasları Kurumca çıkarılacak yönerge ile belirlenir. Gerekli hallerde Kurum ve birlik bünyesinde de inceleme heyeti oluşturulabilir. Aynı ödeme dönemi için birlik bünyesindeki inceleme heyeti tarafından değerlendirme yapılması halinde bu değerlendirme sonuçları, Kurum bünyesindeki inceleme heyeti tarafından değerlendirme yapılması halinde de bu heyetin değerlendirme sonuçları esas alınır. İnceleme heyetinin raporuna istinaden hakkında disiplin soruşturması açılıp, 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 125 inci maddesine göre cezalandırılanlardan; uyarma cezası alanlara bir ay, kınama cezası alanlara iki ay, aylıktan kesme cezası alanlara üç ay, kademe ilerlemesinin durdurulması cezası alanlara altı ay süreyle ek ödeme yapılmaz. Ek ödeme yapılmaması işlemine, kesinleşen cezanın ilgiliye tebliğ tarihinden itibaren başlanır.

c) Personelin yaptığı işe ilişkin bilgi ve yeteneği, işini düzenli ve kaliteli yapabilme, bağımsız iş yapabilme ve inisiyatif kullanabilme, verilen işi organize edebilme becerisi, kendini geliştirme gayreti, amir ve çalışma arkadaşlarına karşı tutum ve davranışları, hizmet sunduğu kesime karşı tutum ve davranışları, birim tarafından yapılan işlerin geliştirilmesine katkısı, işin güçlüğü ve riski gibi faktörler dikkate alınarak, çalışan personel sayısının %5'ini geçmemek kaydıyla hastane yöneticisinin teklifi üzerine döner sermaye komisyonunun 2/3 oy çokluğu ile belirlenen personele, o dönem için sağlık tesisi puan ortalamasının % 20'sine kadar ek puan verilebilir. Ancak yukarıdaki kriterler dikkate alınarak, hastane yöneticisinin gerekçeli teklifi üzerine döner sermaye komisyonunun 2/3 oy çokluğu ile belirlenen personelin o dönem içindeki

net performans puanının dönem ek ödeme katsayısı ile çarpımı sonucu bulunan tutar tavan ek ödeme tutarını geçmiyorsa net performans puanının dönem ek ödeme katsayısı ile çarpımı sonucu bulunan tutardan, eğer geçiyorsa tavan ek ödeme tutarından %20'sine kadar kesinti yapılabilir. Bu hüküm kapsamında belirlenen personele verilecek ek puan bir yıl içinde altı ayı, yapılacak kesinti ise bir yıl içinde üç ayı geçmemek üzere uygulanır.

ç) Sağlık tesisleri arasında geçici veya re'sen görevlendirilen personele, görevlendirildiği sağlık tesisinden ek ödeme yapılır.

Dağıtılabilecek döner sermaye tutarının belirlenmesi:

MADDE 8 – (1) Döner sermaye komisyonu, dağıtılacak tutarı (karar alınan tutar), sağlık tesisinin o dönemde elde ettiği gayrisafi hasıllardan öncelikle Hazine payı, 24/5/1983 tarihli ve 2828 sayılı Sosyal Hizmetler Kanununun 18 inci maddesinin birinci fıkrasının (k) bendi gereğince ayrılacak pay ile Bakanlık merkez payı ayrıldıktan sonra kalan miktarın 209 sayılı Kanunun 5 inci maddesinin üçüncü fıkrasında belirlenen oranın sağlık tesisi kalite katsayısı ile çarpımı sonucu bulunan miktarı geçmeyecek şekilde belirler. Sağlık tesisi döner sermaye komisyonunca belirlenen dağıtılacak ek ödeme tutarı genel sekreterin onayıyla kesinleşir.

(2) Mesai içi çalışılan sürelerde üretilen tabip muayene ve girişimsel işlem puanları toplamı ile mesai dışı çalışılan sürelerde üretilen tabip muayene ve girişimsel işlem puanları toplamının yukarıdaki şekilde belirlenen tutara oranlanması sonucu mesai içi dağıtılabilecek tutar ile mesai dışı dağıtılabilecek tutar bulunur.

İkinci basamak sağlık tesislerinde net performans puanının hesaplanması:

MADDE 9 – (1) Mesai içi çalışan personelin net performans puanları aşağıdaki şekilde hesaplanır.

a) Tabip muayene ve girişimsel işlemler puanı bulunan uzman tabip, tabip, uzman dış tabibi ve dış tabipleri: Net performans puanı = (Tabip muayene ve girişimsel işlemler puanı x Hizmet alanı-kadro unvan katsayısı) + Bilimsel çalışma destek puanı + (Ek puan x Mesai içi aktif çalışılan gün katsayısı).

b) Enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji uzmanları: Net performans puanı = (Mesai içi sağlık tesisi puan ortalaması x Kriter katsayısı x Hizmet alanı-kadro unvan katsayısı x Mesai içi aktif çalışılan gün katsayısı) + Bilimsel çalışma destek puanı + (Ek puan x Mesai içi aktif çalışılan gün katsayısı).

c) Tabip muayene ve girişimsel işlemler puanı bulunmayan biyokimya ve mikrobiyoloji gibi laboratuvar hizmetlerinde çalışan uzman tabipler ile tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanlar ve Üremeye Yardımcı Tedavi (ÜYTE) merkezlerinde görev yapan tıbbi histoloji ve embriyoloji uzmanları: Net performans puanı = (Mesai içi sağlık tesisi puan ortalaması x Kriter katsayısı x Hizmet alanı-kadro unvan katsayısı x Mesai içi aktif çalışılan gün katsayısı) + Bilimsel çalışma destek puanı + (Ek puan x Mesai içi aktif çalışılan gün katsayısı).

ç) Sağlık tesisi puan ortalamasından ek ödeme alacak tabipler: Net performans puanı = (Mesai içi sağlık tesisi puan ortalaması x Hizmet alanı-kadro unvan katsayısı x Mesai içi aktif çalışılan gün katsayısı) + Bilimsel çalışma destek puanı + (Ek puan x Mesai içi aktif çalışılan gün katsayısı).

d) Ek-4 sayılı tablonun (C) bölümü kapsamında sağlık tesisi puan ortalamasından ek ödeme alacak tabipler: Net performans puanı = (Mesai içi sağlık tesisi puan ortalamasının Ek-4/C'de belirtilen oranı x Hizmet alanı-kadro unvan katsayısı x Mesai içi aktif çalışılan gün katsayısı) + Bilimsel çalışma destek puanı + (Ek puan x Mesai içi aktif çalışılan gün katsayısı).

e) Diğer personel (tabip dışı personel): Net performans puanı = (Mesai içi sağlık tesisi puan ortalaması x Hizmet alanı-kadro unvan katsayısı x Mesai içi aktif çalışılan gün katsayısı) + Bilimsel çalışma destek puanı + (Ek puan x Mesai içi aktif çalışılan gün katsayısı).”

Yönetmeliğe göre, “hizmet alanı-kadro unvan katsayısı”; uzman tabip kadrosuna atanan profesör ve doçentler için (8), uzman tabipler için (7), pratisyen tabip ve dış tabipleri için (5), eczacılar için (2,5), ameliyathane, yoğun bakım, diyaliz, yenidoğan ünitesi gibi özellikli birimlerde çalışanlar için (2) ve bunların dışında kalan personel için (1,5) olarak hesaplanır.

Sağlık tesisinin elde ettiği aylık gelirden hazine ve Sağlık Bakanlığı payları (%20) çıkarıldıktan sonra, kurumun ihtiyaçları için gerekli miktar (%40-80) ayrılır. Hastane gelirlerinden, döner sermaye geliri olarak dağıtılacak miktar, dağıtılabilecek yasal üst sınırın (%40), kurumsal performans puanı ile çarpılması sonucu bulunur. Kurumsal performans 5 ölçüm yöntemiyle ölçülmektedir. Her yöntemin sonucunda kurum 0 ile 1 arasında puan almaktadır. 5 ölçüm sonucunun aritmetik ortalaması o kurumun kurumsal performans puanını vermektedir. Kurumsal Performans Ölçüm Yöntemleri;

1. Muayeneye Erişim: Toplam hekim sayısının toplam poliklinik sayısına oranı ile değerlendirilmektedir.

2. Altyapı ve Süreç Değerlendirme: İl performans ve kalite koordinatörlüğü 150 soruluk kurum altyapı değerlendirme formunu her kurum için doldurur ve değerlendirir.

3. Hasta ve Hasta Yakını Memnuniyet Anketleri: Yatan ve ayaktan hastalara uygulanan memnuniyet anketlerinin sonuçlarına göre değerlendirilir.

4. Kurum Verimlilik Katsayısı: Personel gideri oranı, yatak doluluk oranı, yatan hasta oranı, ortalama kalış günü vb. kriterlerle kurumun finansal verimliliği ölçülerek değerlendirilir.

5. Kurum Hedef Katsayısı: Bakanlık hedefleri doğrultusunda belirlenmiş kriterler göz önünde bulundurularak değerlendirilir. (Örnek: Cerrah başına düşen günlük ameliyat, ameliyat masası başına düşen ortalama ameliyat, mesleğini serbest icra etmeyen uzman tabip oranı vs.)⁴⁰⁸

Sistemin ana unsuru sağlık kurumlarında yapılmakta olan 5120 tıbbi işlemin bağlı değerlerinin belirlenerek, puanlandırılmasıdır. Hekimler tarafından bire bir yapılan ve bizzat sonuçlandırılan işlemler puanlandırılmaktadır. Hekim kontrolünde olsa da cihaz ve yardımcı sağlık personeli tarafından yapılan işlemler puanlandırılmamaktadır (Örnek: Enjeksiyon).

⁴⁰⁸ ARSLAN, Erkan (2011), "Performansa dayalı ödeme: Sağlık Bakanlığı uygulaması," *Maliye Dergisi*, Ocak-Haziran 2011, S.160, ss.430,431

Örnek İşlemler:

- Koroner arter by-pass 2500 puan
- Anestezi A1 grubu 1200 puan
- Sezeryan 143 puan
- Doğum 143 puan
- Ebe eşliğinde yapılan doğum 36 puan
- Psikiyatri muayenesi 30 puan
- Servislerde yapılan hasta başı vizit 21 puan
- Muayene 21 puan
- MR (Beyin) 20 puan
- Sevki yapılan muayene 5 puan
- Akciğer grafisi 4 puan
- IV Enjeksiyon 0 puan ⁴⁰⁹

Yapılan bu işlemlerin her birinin ücretlendirmesi, Sağlık Uygulama Tebliği'nde (SUT) ilan edilen fiyatları üzerinden yapılmaktadır ve SGK tarafından hastanelere ödenmektedir. Ülkemizde artan sağlık harcamalarını kontrol altında tutabilmek ve sağlık hizmeti maliyetlerini azaltabilmek için yapılan uygulamalardan bir tanesi Paket İşlem Fiyat (PİF) uygulamasıdır. PİF hem özel hem de kamu sağlık işletmelerinde uygulanmaktadır. PİF uygulaması sunulacak sağlık hizmetinin satış fiyatının önceden belirlendiği bir uygulamadır. Bu uygulamada hizmet sunan işletmeler ürettikleri sağlık hizmetinin satış fiyatını kendileri belirleyememektedir.⁴¹⁰ Sağlık işletmelerinde "Paket İşlem Fiyat Uygulaması", 2005 yılı Bütçe Uygulama Talimatı (BUT) içerisinde; paket uygulamalar "Taniya dayalı (paket) fiyat; dahili ve cerrahi branşlarda sık karşılaşılan hastalıkların tanı ve tedavisi sırasında hizmet içeriği bakımından hasta bazında çok fazla değişiklik göstermeyen ve bu nedenle yaklaşık maliyeti önceden tahmin edilebilen tüm işlemlerin tek bir fiyat olarak belirlenmesidir." şeklinde tanımlanmıştır. Burada tanımlanan paket, tüm masrafların dahil olduğu, tek fiyatın geçerli olduğu bir

⁴⁰⁹ ARSLAN, Erkan (2011), ss.428

⁴¹⁰ CERAN, Yunus, ÖZDEMİR, Şefik (2013), "Sağlık işletmelerinde paket işlem fiyat uygulamasının hedef maliyetleme yöntemi ve stratejik pazarlama muhasebesi açısından değerlendirilmesi...". *Selçuk Üniv. İ.İ.B.F Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, Y.13, S.26, ss.452

kavramdır. Hastanın, hastaneye yatışından taburcu oluncaya kadar yapılan tüm masraflar için tek bir fiyat geçerlidir.⁴¹¹

Sağlık Bakanlığı hastaneleri, ek-bütçe döner sermaye (DS) kurumları olarak işletilmektedir. DS gelirleri, hastanenin toplam bütçesinin %80'inden fazlasını oluşturmaktadır. Sağlık Bakanlığı hastanelerinin döner sermayelerinin en büyük finansörü SGK'dır. 2007'de SGK'nın geri ödemeleri, SB hastanelerinin toplam DS gelirlerinin %70'ini oluşturmaktadır (Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı Verisi, 2009). Döner sermayelerin hastane bütçe yönetimine esneklik sağlamaları amaçlanmasına rağmen, uygulamada SDP reformları öncesinde bu görülmemektedir. SDP ile SB, denetlemeci rolüne ağırlık vermiş ve Sağlık Bakanlığı hastanelerinin yönetimlerine daha fazla özerklik ve esneklik sağlamıştır. SDP başladığında, sağlık sigorta sistemleri sunulan hizmet başına ödeme (retrospective basis, geriye dönük ödeme) yapmaktaydılar. Ödeme sistemleri beş farklı kamu sağlık sigorta sistemi arasında farklılık göstermekteydi. Üstelik, sağlık hizmetlerinin ücretleri hastanelerin cinsine göre de değişiklik göstermekteydi. Sağlık ödemelerini koordine etmek amacıyla SGK, yatan hasta ve ayaktan hasta sağlık servisleri için 2007 Sağlık Bütçe Kanunu'nda yer alan paket fiyatları geliştirdi. Sağlık servislerinin paket fiyatları "ICD 10" kodlama sistemi ve prosedürler üzerine belirlendi. Böylece bütün sağlık sigorta sistemi, özel ve kamu sağlık kurumları için aynı fiyatlar uygulanmaya başlandı. Bu açıdan, sağlık ödeme sistemi prospective (ileriye dönük) ödeme sistemine yaklaşmaya başladı.⁴¹²

Reform yıllarında sağlık ödemeleri sürdürülebilir olmalarına rağmen, harcamaların yükü SGK için sürekli olarak artmaktadır. SGK'nın sağlık harcamaları 2003-2006 döneminde %43,7 büyümüştür. Sürekli artan SB harcamalarından dolayı, 2006 yılında SGK, SB ile bütün SB hastaneleri için global bir bütçede anlaştı. Global bütçe, SB hastanelerinin döner sermaye harcamaları ve orta vadeli bütçe tahminleri göz önünde bulundurularak, kararlaştırılmıştır. Pratikte, 2006 yılından beri global bütçe SB hastanelerinde uygulanmaktadır; fakat ilgili Kanun resmi olarak Ocak 2009'da yürürlüğe girmiştir.⁴¹³

⁴¹¹ CERAN, Yunus, ÖZDEMİR, Şefik (2013), ss.454

⁴¹² SÜLKÜ, Nur Seher (2011), "Performansa dayalı ek ödeme sisteminin kamu hastanelerinin verimliliği üzerine etkileri", *Maliye Dergisi*, S.160, ss.245,246

⁴¹³ SÜLKÜ, Nur Seher (2011), ss.246

Performansa dayalı ücretlendirme uygulamasının sonuçları, Sağlık Bakanlığı tarafından ilk yıllardan itibaren, istatistiksel olarak değerlendirilmiştir. Buna göre; Sağlık Bakanlığı hastanelerinde tedavi edilen hasta sayısı, sistemin uygulanmaya başladığı 2004 yılına göre 2006 yılında iki kat artmıştır. İki yıl gibi kısa bir zaman içindeki bu artış, daha sonraki yıllarda da artarak devam etmiştir.

Tablo 1: Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde Yıllık Hasta Sayıları

2002	66 milyon
2003	69 milyon
2004	91 milyon
2005	165 milyon
2006	189 milyon

www.performans.saglik.gov.tr

Sağlık Bakanlığı verilerine göre; Poliklinik oda sayısında belirgin bir artış meydana gelmiştir. Kurumsal performans uygulamasında bir ölçüt olarak poliklinik oda sayısının esas alınması ve sistemde her hekimin yapmış olduğu işlemlerden dolayı bireysel olarak değerlendirilmesi sonucu sağlık tesislerinde yeni poliklinik odalarının açılması teşvik edilmektedir. Bunun sonucu aynı anda ve aynı branştan poliklinik yapan hekim sayısında önemli bir artış meydana gelmiştir. 2003 yılında hastanelerde 6.700 olan poliklinik oda sayısı, 2006 yılında %95 artarak 13.000 seviyesine ulaşmıştır. Artan hasta sayısına rağmen bir hastaya ayrılan sürenin bu şekilde kısaltılmaması sağlanmıştır (Sağlık Bakanlığı:2007).⁴¹⁴ Ancak bu artışta, 2005 yılında Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'nde yapılan değişiklikle, her uzman hekime ayrı bir poliklinik odası açılması zorunluluğu getirilmesinin de etkisi olduğu bir gerçektir. (Resmî Gazete, 05.05.2005, sayı:25806, Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, madde:4)

Sağlık Bakanlığının performansa dayalı döner sermaye uygulaması ile ilgili olarak yaptığı başka bir değerlendirme, sağlık ocaklarından bir üst kuruma sevk oranları ile ilgili olmuştur. 2003 yılında %30'larda olan sevk oranları, 2005 yılında %25'in altına gerilemiştir. Bakanlığın bu konudaki yorumu; "Bir üst kuruma sevk oranları

⁴¹⁴ ARSLAN, Erkan (2011), ss.432,433

düşmekte, hastaların kendi yerleşim bölgelerinde tedavi oranları artmaktadır. Bireysel performansın değerlendirilmesi ve teşvik edilmesi sonucu hastalar bulunduğu yerde daha fazla tedavi edilmeye başlanmıştır. Özellikle ilçe devlet hastanelerinden il devlet hastanelerine sevk oranları düşmektedir (Sağlık Bakanlığı:2007).” olmuştur.⁴¹⁵ Ancak burada da, aile hekimliği uygulamasının başlamasının ardından, hekimin üst kurumlara yapacağı sevk sayısına göre, döner sermayesinden kesinti yapılması uygulamasının ne derece etkisinin olduğu tartışılmalıdır.

Sağlık sistemlerinde ödeme biçimleri 3 ana başlık altında, 7 ayrı ödeme biçiminden oluşur:

1.Bütçeden Ödeme:

- a.Maaş
- b.Bütçeleme modelleri

2.Hizmet Başına Ödemeler:

- a.Performansa dayalı hizmet başına ödeme
- b.Döner sermaye
- c.Olgu başına ödeme
- d.Gün başına ödeme

3.Kişi Başına Ödemeler:

- a.Listeleme
- b.Managed Care Organizations (Sağlık Hizmeti Organizasyonları):
HMO (health maintenance organization), PPO, EPO vb.

Kişi başına ödemeler başlığı altında verilen “Sağlık Hizmeti Organizasyonları” aslında yukardaki ödeme biçimlerinin hepsini de içerdiği için karma bir sistemdir ve bu nedenle salt kişi başına ödeme olarak sayılmamalıdır. Her bir ödeme modelinin kendine göre avantaj veya dezavantajları vardır. Örneğin bütçeden ödeme modellerinden biri olan “maaş” ile ödemenin güçlü yanları olarak değerlendirme ve yönetiminin kolay olması, gereksiz tedavi ve girişimlere daha az yer vermesi ve maliyetin düşük olması sayılırken; zayıf yanları olarak gereğinden az hizmet verilebilmesi, sevk oranının yüksek çıkabilmesi ve hizmet sunanın her yaptığı hizmetin değerlendirilmemesi

⁴¹⁵ ARSLAN, Erkan (2011), ss.433

nedeniyle, çalışanın motivasyonunun düşmesi gösterilmektedir. Hizmet başına ödemelerdeyse, hizmeti veren kişinin çabasının ödüllendirilmesi ve yapılan her girişimin değerlendirilerek çalışana ödeme yapılması olumlu bir özellik olarak görülmektedir. Oysa bu ödeme biçiminin gereksiz tedavi ve girişimlere yol açarak aşırı maliyet artışına neden olması ve yapılan her işin objektif olarak değerlendirilmesinin zorluğu sıkıntı yaratmaktadır. Bu nedenle uzun zamandır Avrupa ülkelerinde uygulanmakta olan ve özellikle son on yıllarda ABD’de de gelişmeye başlayan “kişi başına ödeme” sistemleri gündeme gelmiştir. Ancak bu ödeme biçiminin de sorunlu hastaları kabul etmemesi, gereğinden az hizmet verilmesine yol açması ve bir müddet sonra çalışanda motivasyonun düşmesi gibi dezavantajları vardır.⁴¹⁶

Almanya sağlık sisteminde, ödemeler hizmet başına yapılır. Ancak Avrupa’nın İsviçre’den sonra gelen en pahalı ikinci sistemi olduğu için harcamaları azaltmak amacıyla bütçeleme modeline geçiş vardır. Hekim parasını sigortadan alır. Hekim her türlü hizmeti gün ve saatiyle kaydetmek zorundadır. Tanılar puanlama sistemi ile ücretlendirilir. Puanlar hastalığın ciddiyetine göre değişir. Harcamalar giderek arttığı için 3 aylık dönemler için hekimin uzmanlık dalına göre belli bir bütçeyi ve puanı aşmaması istenir. Hekim tüm tanı, tedavi ve ilaç giderlerini bu bütçeyi aşmadan kullanmak zorundadır. 3 aylık sürede puanını dolduran hekim artık isterse hasta bakmayabilir. Bütçeyi aşan harcamalar hekime yapılacak ödemedan kesilir. Kişi başına düşen sağlık harcamasının 1999 yılındaki 2500 dolarlık tutardan, 2003 yılında 3000 dolara kadar çıkması üzerine, Almanya’da son 3 yıldır ciddi biçimde maliyet sınırlama çalışmaları yapılmaktadır. Yıllık sağlık harcaması tutarının 2005 yılından başlayarak her yıl 10 milyar Euro azaltılarak 3 yıl içinde (2007 sonunda) toplam 144 milyar Euro’dan 120 milyar Euro’ya geriletilmesi planlanmıştır. Bu amaçla 2003-2004 yılında hastaneler için DRG (Diagnosis Related Group) sistemine geçilmiş, aile hekimleri için sabit bütçeleme (her üç aylık dönem için belli bir bütçe), reçete edilebilecek ilaçlara sınırlama getirme ve hekimlerin her ilacı yazma serbestliğinin kaldırılması başlatılmıştır. Ayrıca ileri teknoloji kullanımına sınırlama, diş sağlığı hizmetlerinde kısıtlama ve kullanıcı ödentilerinin artırılması uygulanmaya başlamıştır. Hekim gelirleri giderek düşmektedir. Bu nedenle hekimler zaman zaman grev ve yürüyüşler yapmaktadır. Bir pediatristin ortalama geliri her çocuk için üç aylık dönemde 30-40 €.

⁴¹⁶ KILIÇ, Bülent (2007), ss.13

Yapılan diğer uygulamalarla (aşı, enjeksiyon vb) hekime 3 ayda bir ortalama 50€ kalır. 1000 tane kayıtlı çocuğu olan bir pediatrist 3 ayda bir yaklaşık 50.000 € kazanır. Hekim tüm masraflarını (büro giderleri, hemşire-sekreter ücreti vb.) kendi karşılar. 3 aylık harcama kotasını dolduran hekimin yazdığı her reçete bedeli, laboratuvar incelemesi ücretten kesilir, sigortadan muayene ücreti alamaz.⁴¹⁷

Birleşik Krallık'ta 1948 yılında kurulan Ulusal Sağlık Sistemi (USH) genel vergilerle finansmanı sağlanan, sağlık hizmeti sunumu birinci basamakta genel pratisyenler (GP) ve toplum sağlığı çalışanları tarafından, ikinci basamakta kamu hastaneleri tarafından sunulan bir sistemdir. Bu kapsamda sunulan sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için kişiler öncelikle bağlı buldukları genel pratisyene başvurmak durumundadır. GP/ GP grupları serbest çalışan doktorlardır. Genel pratisyenler genellikle gruplar halinde çalışmaktadırlar. 2003'de Sağlık Bakanlığı ve İngiliz Tabipler Birliği Genel Pratisyen Komitesi arasında yapılan anlaşmaya göre genel pratisyenler birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumu için 'Genel Sağlık Hizmetleri Sözleşmesi' yapmayı kabul etmişlerdir. Bu uygulama Nisan 2004'te başlamıştır. 2006 yılına gelindiğinde genel pratisyenlerin yaklaşık dörtte üçünün bu sözleşme kapsamında çalışmakta olduğu görülmektedir. Bu sözleşmenin farklılığı GP yerine GP grupları ile sözleşme yapılması ve kalite ve sonuç kriterleri içermesidir. Genel sağlık hizmetleri sözleşmesi kapsamında, performans değerlendirmesinin nasıl yapılacağı ve grubun gelirinin nasıl hesaplanacağı 'kalite ve sonuç kriterleri'ne (the quality and outcomes framework) göre belirlenmektedir. Hekim grubunun gelirinin yaklaşık yarısı 'sağlık merkezi minimum gelir garantisi' olarak verilir. 'Kalite ve sonuç kriterleri'ne göre GP/ GP grubunun sunduğu hizmetler için belirlenmiş performans kriterleri ve verilen hizmetin düzeyine göre ödenecek miktarlar bellidir.⁴¹⁸

İngiltere'de performansa dayalı ödeme sistemi uygulamasının ilk yılında verimliliği değerlendirmek amacıyla yapılan bir çalışmada, 8105 aile ile ilgili yıllık veriler analiz edilmiştir. Bakım organizasyonu, hasta deneyimleri ve on kronik

⁴¹⁷ KILIÇ, Bülent (2007), ss.20,21

⁴¹⁸ DİNÇ, Gönül (2007), ss.10,11

hastalığın bakımını içeren, 146 kalite göstergesi incelenmiştir. Sonuçta, ilk yılda yüksek düzeyde başarı elde edildiği, fakat daha fazla araştırmaya gerek olduğu belirtilmiştir.⁴¹⁹

ABD’de yapılan bir çalışmada, ortopedik cerrahide, performansa dayalı ödeme sisteminin, cerrahi kalitesine etkisi değerlendirilmiştir. Performansa dayalı ödeme projesinde kullanılan performans ölçütlerinin geçerliliği incelenmiştir. Buna göre; ABD’de sağlık kalitesini artırmak için bir yöntem olarak sunulan performans için ödeme (P4P)’de kullanılan kalite puanları ile diz ve kalça protezi ameliyatlarındaki komplikasyon ve mortalite oranları arasında bir ilişki bulunamamıştır. Hastanın risklerini değerlendirecek daha kapsamlı ve doğru indekslere gerek olduğu; otuz günlük mortalite ve bir yıl içinde yeniden operasyon gibi kriterlerin de incelenmesi gerektiği sonucuna varılmıştır.⁴²⁰

Fransa’da birinci basamak hekimleri için performans uygulaması 2009 yılında başlatılmıştır. Uygulamanın etik yönlerinin değerlendirildiği bir çalışmada, hekimler çıkar çatışmalarının hasta özerkliği için zararlı olabileceğini kabul etmişlerdir. Çalışmanın sonucunda da, bazı ülkelerden farklı olarak birkaç etik gerginlik alanı bulunduğu belirtilmiştir.⁴²¹

Performans yönetimi olarak adlandırılan sistem aslında performansa dayalı hizmet başı ödeme yöntemidir. Performansa dayalı ödeme yöntemi, kanıta dayalı sağlık hizmeti sunumunun desteklenmesi ve teşvik edilmesi ayrıca sağlık sisteminin mümkün olduğunca etkin ve daha iyi çıktıları teşvik edecek şekilde dönüştürülmesi için özendiricilerin kullanılmasıdır. Ancak sunulan sağlık hizmetinin tarzını ve biçimi, başta hekimler olmak üzere, hizmet sunanların bilgi, yetenek ve görüşlerine göre belirlenmektedir. Bu yüzden sağlık hizmetinin sınırları çok net bir şekilde çizilememektedir. Ayrıca tıbbi bilgilerin çok hızlı bir şekilde değişikliğe uğraması, sunulan sağlık hizmetinin doğruluk, yerindelik ve nitelik açısından değerlendirilmesini de zorlaştırmaktadır. Bununla birlikte, performansa dayalı ödeme sistemi içinde

⁴¹⁹ DORAN, Tim (2006), “Pay for performance programs in family practices in UK”, *The New England Journal of Medicine*, 2006;355, ss.375-384.

⁴²⁰ BATTACHARYYA, Timothy, A.A.FREIBERG, P.MEHTA (2009), “Measuring the report card: the validity of pay-for-performance metrics in orthopedic surgery”, <http://www.healthaffairs.org>, March-2009, V.28, ss.526-532.

⁴²¹ SAINT-LARY, Olivier, I.Plu, M.Naiditch (2011), “Ethical issues raised by the introduction of payment for performance in France”, *Journal of Medical Ethics*, 2011-100 159.

performans ölçütleri tanımlansa bile, hiç birinin doğruluğuna dair kanıta dayalı bir veri yoktur. Bu durum uygulamada başta adaletsizlik olmak üzere, performans ölçütleri ile ilgili birçok sorunun çıkmasına yol açmaktadır.⁴²²

30.01.2010'da yayınlanan sağlık personelinin tam gün çalışmasına dair 5947 sy. kanunun 1.maddesi ve 209 sy. Sağlık Bakanlığı'na bağlı kurumlarda verilecek döner sermaye hakkındaki kanunun 5.maddesinde değişiklik yapılmıştır. Buna göre 31.07.2010 tarihinden geçerli olarak, sağlık çalışanlarına yapılan döner sermaye ödemelerinin üst sınırları yeniden belirlenmiştir. Kanunun bu maddesi için Anayasa Mahkemesine dava açılmıştır. Dava sonucunda, Anayasa Mahkemesi 16.07.2010 tarihli kararında özetle "Sağlık Bakanlığı personelinin döner sermaye gelirlerinden alacağı ek ödeme oranlarını belirleyen bu maddede ile, yasa koyucunun ödeme yapılacak çalışanların niteliği ve statülerine göre bu kişilere yapılacak ödemelerin tavan oranlarını ayrıntılı olarak düzenlediği, ancak yürütmeye bırakılan yetkinin sınırlarının belirlenmesi açısından yapılacak ödemelerde herhangi bir taban oranının belirlenmediği ve personelin alacakları döner sermaye katkı paylarının asgari bir garanti içermediği gerekçesiyle, Anayasa'nın 2. maddesinde belirtilen hukuk devletinin gereği olan hukuki güvenlik ilkesine aykırı bularak, yeni bir düzenleme için 9 aylık süre vermiştir." (Anayasa Mahkemesi, T.16.07.2010,E.2010/29,K.2010/90) Anayasa Mahkemesi'nin bu kararına istinaden 25.02.2011 tarihinde yürürlüğe giren 6111 Sayılı Bazı Alacakların Yeniden Yapılandırılması İle Sosyal Sigortalar Ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu Ve Diğer Bazı Kanun Ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun'un 190. maddesinin 3. fıkrası ile 209 sayılı Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları ile Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanunun 5. maddesine "Bu fıkra uyarınca personele her ay yapılacak ek ödeme tutarı, 375 sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin ek 3 üncü maddesi uyarınca kadro ve görev unvanı veya pozisyon unvanı itibarıyla belirlenmiş olan ek ödeme tutarından az olamaz. Bu kapsamdaki personel için 375 sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin ek 3 üncü maddesinin üçüncü fıkrası hükmü uygulanmaz." cümleleri eklenerek, sağlık personelinin döner sermaye katkı paylarında bir taban belirlenmiştir. Bu değişiklik ile yıllık izin, doğum izni, şua izni, hastalık izni veya kurum gelirinin az olması nedeniyle döner sermaye ek ödemeleri kesilen sağlık

⁴²² GÖRMÜŞ, Ayhan (2011), ss.254

çalışanları, 375 sayılı Kanun Hükmünde Kararnamede belirtilen ek ödemeden az olmamak üzere, döner sermaye alabilme imkanına kavuşmuştur. Fakat sağlık personelleri arasında ek ödemenin gayet orantısız ve adaletsiz bir şekilde dağıtılması ayrı bir sorun olarak devam etmektedir.⁴²³ Bu tarihe kadar sağlık çalışanları yıllık izin ve hastalık nedeniyle sağlık raporu aldıkları dönemlerde döner sermaye ödemesi alamıyordu. Bu nedenle pek çok çalışan yıllık izine çıkmamaya veya hasta olarak işe gelmeye gayret ediyordu. Ancak yapılan sabit, taban ödemenin azlığı bu durumun kısmen devamına neden olmaktadır. Bunun ne kadar sağlıksız bir çalışma ortamı oluşturduğu ise açıktır.

Performansa dayalı döner sermaye uygulaması, başladığı dönemden bugüne gerek sağlık çalışanlarının kendi arasında, gerekse idareye karşı açtığı çok sayıda yargı davasına konu olmuştur. Örnek bir davada, röntgen teknisyeni olarak görev yapan davacı, acil serviste verdiği hizmet süreleri için, riskli birimlerde çalışanlara uygulanan döner sermaye ek ödeme katsayısından yararlanması gerektiği düşüncesiyle mahkemeye başvurmuştur. Yerel İdare Mahkemesi kararının temyizen incelenerek bozulması istemiyle Danıştay'da dava açmıştır. Danıştay kararında; "...Aktarılan Yönetmelik düzenlemesinden, kurumlarda özellik arz eden riskli birimler tek tek sayılarak burada çalışan sağlık personeli için ek ödeme katsayılarının diğer birimlerde çalışanlara göre daha yüksek belirlendiği anlaşılmakla birlikte, riskli birimlerde çalışan sağlık personeli için öngörülen ek ödeme katsayısından bu birimlerde sürekli görev yapan personel gibi mesailerinin belli kısımlarını bu birimlerde geçiren diğer personelin de çalışılan süre ile orantılı olarak yararlandırılacağı açıktır. Bu itibarla, ayrı bir acil röntgen birimi bulunmayan hastanede, mesai içi ve mesai dışında acil servise fiilen hizmet verdiği anlaşılan davacının, acil servise verdiği hizmet süreleri esas alınmak suretiyle karşılığı olan döner sermaye ek ödemesinin riskli birimler için öngörülen katsayılar üzerinden değerlendirilerek ödeme yapılması gerekirken, aksi yönde tesis edilen işlemde ve davanın reddi yolunda verilen Mahkeme kararında hukuka uygunluk bulunmamaktadır."kararına varmıştır. (Danıştay 11.Dairesi, E.2009/8421,K.2012/367)

Başka bir davada; ... Devlet Hastanesinde biyokimya uzmanı tabip olarak görev yapan davacı tarafından, hastanede bulunan üç biyokimya uzmanından birisinin fiilen

⁴²³ GÖRMÜŞ, Ayhan (2011), ss.250,251

baş tabip yardımcısı olarak görev yapması nedeniyle, laboratuvarında görev yapmayan biyokimya uzmanının döner sermaye ek ödemesinde bölene dahil edilmemesi yolunda yapılan başvurunun reddine ilişkin işlemin iptali ile göreve başladığı 29.1.2010 tarihinden itibaren yoksun kalınan ek ödeme farklarının yasal faiziyle birlikte ödenmesi istemiyle açılmıştır. İdare mahkemesi, istemi haklı bulup, işlemin iptaline ve eksik ödemenin yapılmasına karar vermiştir. Danıştay kararında; "...Yönetmelik kuralı uyarınca, askerlik, ücretsiz izin veya geçici görev sebebiyle görevinden ayrılanlar hariç diğer tüm nedenlerle fiilen görev yapmayanların bölende yer alan ilgili branştaki uzman tabip sayısına dahil edilmesi gerektiğinden, Yönetmeliğin bu açık hükmü karşısında davacının talebinin reddi yolunda tesis edilen işlemde hukuka aykırılık bulunmayıp, bu işlemin iptali ile 15.3.2010 tarihinden itibaren eksik ödenen döner sermaye ek ödemesinin tahakkuk tarihlerinden işletilecek yasal faizi ile birlikte davacıya ödenmesi yolunda verilen İdare Mahkemesi kararında hukuka uyarlık görülmemiştir. Açıklanan nedenlerle, davalı idarenin temyiz isteminin kabulü ile idare Mahkemesi kararının iptal ve kabule ilişkin kısmının bozulmasına, yeniden bir karar verilmek üzere dosyanın Mahkemeye gönderilmesine, 30.01.2012 tarihinde oybirliği ile karar verildi."denmiştir.⁴²⁴

SDP'nin bir parçası olan performansa dayalı ek ödeme, bunu destekleyen görüşler ve Sağlık Bakanlığı'nın açıkladığı amaç ve hedeflere göre; sadece bir finansal sistem değil bir yönetim modelidir. Sistem, sadece parasal bir ödeme modeli olmayıp, belirlenen "başarı ölçütlerine" göre personeli ödüllendirerek, bireysel verimliliği artırmasının yanında "kurumsal performans kriterleri" ile birlikte tutumluluk, verimlilik ve etkinlik sağlamayı hedefleyen bir uygulamadır. Bu sistemde ödüllendirme, zannedilenin aksine çok hasta görene değil, zamanın, mekânın, kaynağın verimli kullanılmasına ve verilen hizmetlerin kayıt altına alınmasına göre yapılmaktadır. Yani kişinin kendi çalışma ve gayretinin yanında çalıştığı bölümün ve kurumunun bir bütün olarak değerlendirilmesi esastır. Performans değerlendirilmesi ve performansa göre döner sermaye katkı payı ödenmesi uygulamaları, çalışanların adeta ortakları olduğu sağlık kuruluşlarını idari ve mali özerk kurumlar olarak yarına hazırlama sürecinde önemli bir araçtır. Zira bu sistem, kurumun hedefleri ile çalışanların bireysel hedeflerini bütünleştirerek, bireylerin oluşturdukları değeri bu ortak amaçlar ve hedefler

⁴²⁴ Danıştay I. Dairesi, E.2010/10503, K.2012/239, www.legeshukuk.com

doğrultusunda yönlendirmektedir. Görüldüğü gibi, uygulanmaya çalışılan yöntem sadece sonuçları ölçmeye ve bunları ödüllendirmeye değil, organizasyona belirlenen amaçlar doğrultusunda yön vermeye yöneliktir.⁴²⁵

Sağlıkta performansa dayalı döner sermaye uygulamasına ilişkin yapılan olumlu yorumları değerlendirdiğimizde;^{426,427}

- Performans değerlendirme sistemi, personel verimliliğini sağlayarak, artan sağlık hizmet talebinin karşılanmasındaki en önemli araç olmuştur.

- Performans değerlendirme sistemi, hastanelerin mevcut kapasitelerini daha verimli kullanmalarını sağlamıştır.

- Sistem sayesinde hekimlerin kamuda tam zamanlı çalışma konusunda önceki dönemlere göre daha istekli hale geldikleri görülmüştür. 2002 yılında %11 olan kamuda tam zamanlı çalışan uzman hekim oranı 2007 yılında %62 olmuştur.

- Bir üst kuruma sevk oranları düşmüş, hastaların kendi yerleşim bölgelerinde tedavi oranları artmıştır.

- Poliklinik oda sayısında belirgin bir artış meydana gelmiştir.

- Koruyucu sağlık hizmetlerine yönelik puan desteği önceki yıllara göre aşı oranları, gebe ve bebek izleme sayılarında iyileşmelere katkı sağlamıştır (Sağlık Bakanlığı, 2007:71).

Arslan Erkan'a göre (maliye dergisi,2011); "Tabi ki hiçbir sistem mükemmel değildir. Tüm eleştirilere rağmen performans sistemini aşağıdaki cümlelerle okumamız durumunda daha iyi anlamamız mümkün olacaktır:

- Sistem, sağlık alanında önemli, kendine özgü, güçlü ve dinamik bir düzenlemedir.

- Sistemin modellemesi, pilot uygulamalar ve araştırmalar sonucu ülkemize özgü yapılmıştır.

- Düzenlemeyi yapan açınsından sistemin stratejik amaçları vardır. Düzenleyici ilk amaçlarına ulaşmıştır.

⁴²⁵ ARSLAN, Erkan (2011), ss.436

⁴²⁶ ARSLAN, Erkan (2011), ss.435

⁴²⁷ BOLAT, Gülşen (2012), ss.56

- Performans sistemi, bu zaman kadar özel sektörde kullanılan çağdaş performans yönetimi kavramlarını kamusal alana sokmuştur. Bu, kamuda ilk örnek olmuştur.

- Sistem, sağlık hizmetlerinde kamu kaynaklarının verimli ve etkin kullanılmasını sağlamıştır.

- Hastaların sağlık hizmetlerine ulaşımını kolaylaştırmıştır.

- Sağlık hizmetlerinde hakkaniyeti sağlamıştır.

- Hastanın hekim seçme hakkını güçlendirmiştir.

- Sağlık çalışanları, özlük hakkı olarak önemli bir kazanım elde etmişlerdir.

- Kanuni bir düzenlemeye gerek kalmadan uzman hekimler muayenehanelerini kapatmışlardır.

- Sağlık sisteminin kayıt altına alınması kolaylaşmıştır.

- Sağlık sisteminin performans göstergelerinin düzelmesini teşvik etmiştir.

- Kamu hastanelerini özel hastanelerle rekabet edebilecek duruma gelmelerini kolaylaştırmıştır.”

SDP ve performansa dayalı ek ödeme uygulaması başladığından bu yana, hasta sevk oranlarında düşme olması, hastanın hekim seçme hakkının güçlenmesi, sağlık sisteminde işlemlerin ve harcamaların kayıt altına alınmasında alınan yol, sağlık hizmetlerine ulaşımın nispeten kolaylaşması olumlu yönde değerlendirilmesi gereken gelişmelerdir. Ancak, çalışan personelin verimliliği, hastane kapasitelerinin verimli kullanılması, personelin ücret ve çalışma koşullarından memnuniyeti ve buna bağlı olarak motivasyonu, kamu mali kaynaklarının kullanımı gibi konularda, eldeki istatistiksel veriler, yapılan bilimsel araştırmalar ve yorumlar pek çok eleştiriye beraberinde getirmektedir.

2000’li yıllarda bir yandan reformlarla sağlığa erişim kolaylaştırılarak sağlık hizmeti talebi yükseltilmiş, diğer yandan performans ve kalite uygulamaları ile hizmet arzı artmıştır. Bu durum poliklinik hizmetleri, tetkik sayıları ve ameliyatlarda çarpıcı bir yükselişe neden olmuştur. Hekim başına müraacat eden hasta oranı 6 yıl içinde ikiye katlanmıştır.⁴²⁸

⁴²⁸ ULUTAŞ, ÜNLÜTÜRK, Çağla (2011), ss.166

Tablo 2. Yıllara ve Sektörlere Göre Toplam Hastane Müracaat Sayısı

	2002	2006	2008
Sağlık Bakanlığı	109.737.182	189.422.137	216.723.712
Üniversite	8.891.333	12.588.872	18.290.800
Özel	5.680.954	15.529.416	38.688.313
Toplam	124.309.469	217.540.425	273.702.825
Hekim Başına Düşen Hasta Sayısı	2.165	3.549	4.308

Çağla Ünlütürk Ulutaş (2011), ss.166 (SB, Sağlık İstatistikleri Yıllığı)

Yatan hasta sayısı da hekim başına iki katından fazla artmıştır. Sağlık Bakanlığı bu durumu verimlilik artışı olarak açıklamaktadır. Oysa bu artışın arkasında yatan gerçek, iş yoğunlaşmasıdır. Başvuru düzeyi artmış ancak sağlık çalışanı sayısı başvurularla orantılı biçimde artmamıştır. Bireysel ve kurumsal performansı yüksek tutmak amacıyla, sağlık kuruluşlarında gerçekleştirilen tüm işlemlerde çok çarpıcı bir artış gerçekleşmiştir. Poliklinik hizmetlerinde hastaya ayrılan süreler kısaltılmış, tetkikler ve ameliyatlara, birim zamanda daha çok çıktı elde edilmesini sağlayan teknolojik donanımla desteklenmiştir. Bir başka ifadeyle sağlık kurumlarında sermayenin organik bileşimini artırarak görece artık değeri artışı sağlanmıştır. Özellikle radyoloji ve biyokimya bölümlerinde kullanılan teknoloji ve yenilenen iş organizasyonu ile çarpıcı bir verimlilik sağlanmıştır. Bu durum beraberinde vasıfsızlaşma ve yabancılaşmayı da getirmiştir. Cerrahi branşlardaki teknolojik gelişim ise aşırı uzmanlaşma ile el ele gitmektedir. Buna karşın 2-3 kat artan birim hizmet sayısının salt teknolojik dönüşüm ile sağlanamayacağı açıktır. Gerek işgünün uzatılması, nöbetler, gerek dinlenme, araştırma ve öğrenmeye yönelik zamanların kısaltılması veya ortadan kaldırılması, çok becerili çalıştırma (farklı görevlerin aynı sağlık personeline birleştirilmesi), verimi artırmaya dönük toplantıların mesai saati dışında gerçekleştirilmesi ile mutlak ve görece artık değer artışı sağlanmıştır. Birçok hastanede mesai saatleri uzamış, laboratuvar ve görüntüleme bölümleri ile ameliyathaneler daha uzun süreli çalışmaya başlamıştır. Tam anlamıyla özel işletme yönetim ilkelerine göre örgütlenmeye başlayan hastanelerde, birim hasta maliyetini düşürmek, yatan hasta devrini artırmak amacıyla hasta yatış süreleri kısalmıştır. Sağlık Bakanlığı Hastaneleri'nde 2002'deki ortalama kalış gün sayısı 5,3 iken 2006'da 5,1'e, 2008'de,

4,2'ye gerilemiştir (Sağlık Bakanlığı, 2010: 97). 2 yıllık bir süre içinde ortalama kalış gün sayısındaki bu çarpıcı düşüş, salt tıp teknolojisindeki gelişimle açıklanamaz. Kuşkusuz bu durum, dünyada olduğu gibi Türkiye'de de sağlık yönetiminin verimlilik amaçlı bir tercihidir.⁴²⁹

Verimlilik konusunda Seher Nur Sülkü'nün "Performansa Dayalı Ek Ödeme Sisteminin Kamu Hastanelerinin Verimliliği Üzerine Etkileri"ni incelediği çalışmasında; verimlilik analizi için kullanılan veri setinde girdi verileri olarak; hastanelerin yatak sayısı, pratisyen hekim ve uzman hekim sayıları, çıktı verileri olarak; yatan hasta sayısı, ayakta hasta sayısı ve ameliyat sayıları alınmıştır. Ayrıca kalite indikatörleri olarak hastane ölüm oranı, yatak doluluk oranı ve ortalama kalış süresi değerlendirilmiştir. Çalışmanın sonucunda; "Performansa dayalı ek ödeme reformu ile genel olarak doktorların performansındaki üretkenlik artarken, çıktılardaki artışın sağlık kazancına dönüştüğünü iddia edebilir miyiz? Maalesef ki çalışmamızda yer alan kalite indikatörlerinin (yatak doluluk oranı, hastane ölüm oranı ve ortalama kalış süresi) kısa dönemde gelişmediğini görüyoruz....Politika yapıcıları farkında olmalıdırlar ki, sağlık hizmetlerinin talep ve arzunda görülen hızlı artışın yanı sıra gelişmiş sağlık teknolojilerinden kapsamlı bir şekilde faydalanılması sağlık sisteminin finansal olarak sürdürülebilirliğini tehlikeye atmaktadır. SGK global bütçe uygulayarak, SB hastanelerine yapacağı ödemelere bir üst sınır getirmiştir. Fakat bu uygulama, hastanelerde yüksek miktarda sağlık hizmeti üretilerek, kaynakların gereksiz yere tüketilmesini önleyemez, çünkü ek ücret direkt olarak doktorların sağladıkları hizmet sayısına göre dağıtılmaktadır." kanaatine varılmıştır.⁴³⁰

Bu sistemin demotivasyona yol açabileceğine dair görüşler de bulunmaktadır. Taylor'un geleneksel motivasyon kuramının artık işlemediğini iddia eden modern kuramlara göre, performansa dayalı ücret motivasyonu düşürebilir. Bu kuramlara göre, performansın çok yakından izlenmesi ve denetlenmesi çalışanlarda olumsuz duygular uyandırmakta ve bu süreç motivasyona negatif olarak yansımaktadır. Çalışanların performans kriterlerine odaklanarak yaratıcılıklarını ve inisiyatif kullanma yeteneklerini kaybettikleri üzerinde duran bu kuramları araştırmak için yapılan çalışmalarda bulunan sonuca göre; performansa dayalı ücret sistemi nitelik ve yetkinlik düzeyi düşük

⁴²⁹ ULUTAŞ, ÜNLÜTÜRK, Çağla (2011), ss.168

⁴³⁰ SÜLKÜ, Nur Seher (2011), ss.260

çalışanlara uygulandığında onları motive etmekte ve performanslarını artırmaktadır ancak bu sistem nitelik ve yetkinlik düzeyi yüksek olan çalışanlara uygulandığında, motivasyon ve dolayısıyla da performans düşmektedir.⁴³¹

A. Küçük ve D. Gökçınar, 2012 yılında yayınladıkları “Performansa Göre Ek Ücret Ödemesinin Anestezi Uygulamalarına Etkileri” adlı çalışmada, anestezi ve reanimasyon kliniği çalışanlarına on sorudan oluşan bir anket uygulamışlardır. Araştırmanın sonucunda, performansa dayalı döner sermaye uygulamasının adil olmaması, iş yükünü arttırması, gereksiz tıbbi işlemlerin sayısının artması, sistemde kullanılan puanlamanın yanlış olması gibi nedenlerle, çalışanlarda memnuniyet yaratmadığı sonucuna varılmıştır.⁴³²

Gülşen Bolat’ın (2011), “Performansa Dayalı Ücret Sisteminin İşgören Motivasyonuna Etkisi” ni değerlendirdiği çalışmada, Sağlık Bakanlığı’nın Sağlıkta Dönüşüm Projesi kapsamında Performansa Dayalı Ek Ödeme Sisteminin işgören motivasyonuna etkisi araştırılmış ve anket neticesinde elde edilen verilerin değerlendirilmesiyle bir takım sonuçlara ulaşılmaya çalışılmıştır. Buna göre;

“Araştırma sonuçlarına göre, sağlık hizmeti sunucuları performansa dayalı ek ödeme sisteminde, performanslarının adaletli biçimde ölçüldüğünü ve değerlendirildiğini düşünmemekte ve kurumda dağıtılan ek ödemenin hakkaniyetli olduğuna da inanmamaktadırlar. Söz konusu ifadeler katılım durumunun görev alanına, cinsiyete ve eğitim durumuna göre de farklılık göstermemesi, kanının güçlü oranda farklı özelliklere sahip tüm çalışanlar tarafından benimsendiğini ortaya koymaktadır. Sistemin performanslarını adaletli bir şekilde ölçmediğini düşünmeleri çalışanların motivasyonunu olumsuz etkileyecektir. Örneğin günde 30 hastaya verimli ve nitelikli hizmet veren bir hekimin kazanacağı puan, günde üstünkörü ve kısa sürede 60 hastaya bakacak bir hekimin puanından düşük olacaktır. Bu durumda, çalışanlar zaman içinde doğal olarak nitelikli fakat az sayıda hasta bakmak yerine; aynı zaman dilimi içerisinde çok sayıda hasta bakmaya çalışacaklar; bu ise genel sağlık kalitesini orta ve uzun vadede olumsuz etkileyecektir.

⁴³¹ BOLAT, Gülşen (2012), ss.57

⁴³² KÜÇÜK, Ahmet, D.Gökçınar, E.Aksoy (2012), “The effect of pay for performance system on anesthesia practices”, *Turkish Journal of Anesthesiology and Reanimation*, V.40-5, ss.262-268

Sağlık çalışanları, çalışma süreleri, görev alanları, cinsiyetleri ve eğitim durumları arasında farklılık olmaksızın performansa dayalı ek ödeme sisteminin iş stresini arttırdığını ifade etmektedirler. Döner sermaye ek ödeme sisteminden farklı olarak, ücretlendirmenin puanlama üzerinden yapılması ve performansın çalışanın kazandığı puan ile değerlendirilmesi stresi artırıcı unsur olarak düşünülmektedir. Çalışanlar sağlık hizmetini üretirken performans göstergeleri gereği aldıkları sağlık eğitimi kriterlerinden vazgeçmek zorunda kalabilmektedirler. Bununla birlikte performans kriterlerine odaklanarak yaratıcılıklarını ve inisiyatif kullanma yeteneklerini kaybedebilmektedirler.

Yine sağlık çalışanları performansa dayalı ek ödeme sisteminin iş barışını bozduğunu ifade etmektedirler. Belirli branşlarda yapılan işlemlerde puanlar arasında farklılıkların bulunması, branşlar arasında çalışanların çatışmasına yol açabilmektedir. Bu durum özellikle ekip çalışmasını gerektiren işlerde uyum, hız ve verimliliği olumsuz etkileyebilir. Sistemde, işlemlerin puanlandırılma esası ile ilgili personelin detaylı bilgilendirilmesi ve düşüncelerinin alınması gerekmektedir.

Araştırma bulguları performansa dayalı ek ödeme uygulaması sonrası sağlık çalışanları arasında yıllık izin kullanma oranının düştüğünü göstermektedir. Bu durum işgörenin ailesi ve sosyal çevresi ile geçirdiği zamanda azalma anlamına gelmektedir. Sistem sonrası çalışanlar ekonomik gelirlerinde sağladıkları iyileşme düzeyini koruyabilmek adına sosyal ve yasal hakları olan yıllık izin kullanımından vazgeçebilmektedir. Motivasyon üzerindeki psiko-sosyal faktörler düşünüldüğünde mevcut durum iş motivasyonu üzerinde olumsuz sonuçlara yol açabilir.

Para, her ortamda güçlü bir motivasyon aracı değildir. Ücret motivasyon araçlarından sadece birisidir. Ücret ile diğer motivasyon araçları kombinasyonunun etkin bir şekilde işletilmesinin önemi ise açıktır. Araştırma bulguları genel olarak değerlendirildiğinde, performansa dayalı ek ödeme sisteminin, çalışanların çalışma sürelerini, iş stresini ve iş rekabetini artırdığı söylenilebilir. Bununla birlikte performans sisteminin puanlama esaslarının üretilen iş miktarı ile birlikte kaliteyi de mutlaka ölçmesi gerekmektedir. Puanlamanın birimler arasında haksızlığa sebep olduğu

görüşünün yaygın olması da puanlama esaslarının yeniden yapılandırılması gerekliliğini daha kesin olarak ortaya koymaktadır.”⁴³³

Başka bir araştırmada, İstanbul’da bulunan ikinci ve üçüncü basamak kamu hastanelerinde, performans esaslı geri ödeme sistemlerini değerlendirmiştir. Sonuç bölümünde, “Reformlar ile sağlık performansı üzerinde tatmin edici ve çok başarılı bir düzelmeye sağlanmıştır. Temel sağlık göstergeleri dönüşüm periyodunun başına göre şu anda daha iyi durumdadır. Reform süreçlerinin sürdürülebilirliği, yakın gelecekte performansa dayalı ek ödemelerin daha da geliştirilmesi ile olacaktır. Hasta sayısı değil, hasta başına yapılan işlem artmıştır. Bu durum sağlık hizmetlerinde kısıktırılmış talebe yol açabilir. İkinci basamak hizmet hastanelerinde rahatlıkla takip edilebilecek komplikasyon durumlarında bile üçüncü basamak hastanelere hasta sevki yapılmasını önlemek için denetim yapılması esastır. Komplike hasta demek, hastanelerde çalışan hekimin döner sermaye havuzunda biriken performans ek ödemelerinin harcanması ve bu hastanelerdeki sağlık personelinin daha az ücret alması demektir.”⁴³⁴ kanaati belirtilmiştir.

Performansa dayalı ek ödeme sisteminde (PDEÖS) hekimlerin tutumlarına ilişkin yapılan bir araştırmada, 236 hekimden dönen anketler üzerinden analiz yapılmıştır. Yapılan faktör analizi sonuçlarına göre; (1) Mesleki etik (2) Bireysel performansı geliştirme (3) Kurumsal performansı geliştirme ve (4) Özel muayenehane açma eğilimi faktörleri belirlenmiştir. Hekimler; PDEÖS’ün mesleki etiğe olumsuz etkisinin olduğu, bireysel performansı geliştirmediği, kurumsal performansa olumlu ya da olumsuz katkıda bulunmadığı ve özel muayenehane açma eğilimini arttırdığı görüşündedirler.⁴³⁵

Elife Kart (2013)’ın yaptığı bir araştırmada ise, günümüzün ekonomik rasyonalitesi temelinde, Türkiye’de sağlıkta dönüşüm sürecinin ekonomik ve politik bağlamı içerisinde, performansa göre ücretlendirme uygulamasının hekimler üzerindeki etkileri değerlendirilmiştir. Çalışmada, “Derinlemesine Görüşme Tekniği”

⁴³³ BOLAT, Gülşen (2012), ss.140-142

⁴³⁴ KAPTANOĞLU YILDIRIM, Ayşegül (2013), “İstanbul’da kamu hastanelerinde performans esaslı geri ödeme sistemleri”, *Yükseköğretim ve Bilim Dergisi*, C.3,S.2, ss.132

⁴³⁵ AKPINAR, Ali Talip (2013), “Performansa dayalı ek ödeme sistemine ilişkihekimlerin tutumları üzerine Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi’nde bir araştırma”, *Çalışma ve Toplum Dergisi*, 2013/2, S.37, ss.167-181.

kullanılmıştır. İncelenen konunun içeriğine uygun olarak saptanan temalar çerçevesinde, Türkiye’de, farklı bölgelerde, birinci (Aile Hekimliği), ikinci (Devlet Hastaneleri) ve üçüncü (Üniversite Hastaneleri, Eğitim ve Araştırma Hastaneleri) basamakta sağlık hizmeti veren hekimler örneğinde, yirmi hekimle, yüz yüze görüşme gerçekleştirilmiş ve yorumlama aşamasında tüm görüşmelerdeki veriler kullanılmıştır.

Buna göre; “Sağlıkta Dönüşüm” çerçevesinde gerçekleştirilmeye çalışılan hedefler, sadece “hekimler”i değil, hastaların “teşhis ve tedavi” süreçlerini de olumsuz etkilemektedir. Anlatılardan, söz konusu uygulamanın olumlu boyutlarına ilişkin verilere de rastlanmaktadır. Ancak olumlu olarak değerlendirilebilecek “hekimde daha çok çalışma isteği” yaratmak gibi bir durum bile, çalışma ortamında, hekimler arasında “birbirinin hastasını çalma”, “hastayı müşteri gibi görme” gibi, olumsuz sonuçlara dönüşebilmektedir. Uygulamanın, hekimler arasında “rekabet” ortamını oluşturması, hekimler arasında ücret farklarını derinleştirmektedir. Bütün bu unsurların karşılıklı etkileşimi sonucunda, “iş barışının bozulması”, “kalitenin giderek düşmesi”, “tüketimin artması”, “hastanın aşırı ya da gereksiz tedavi alması” ve “etik” olmayan davranışların sıklıkla görülmesi biçiminde olumsuz sonuçlar ortaya çıkmaktadır.⁴³⁶ Hekimlerin sorunlara ilişkin yanıtlarına da yer veren, bu kapsamlı araştırmanın sonuçlarına daha yakından bakmak yerinde olacaktır;

- “Performansın yarattığı içsel ve dışsal baskı, hekimler arasında “rekabet”i daha da yoğunlaştıran bir stratejiye dönüşmekte ve hekimleri kendi mesleki ve etik sorumluluklarından uzaklaştırmaktadır. Bunu hekimlerin, performanslarını düşürmemek için, birbirlerinin işini ve aldığı ücretleri gözetlemek zorunda bırakılmalarından da anlamak mümkündür:

Ankete katılan bazı hekimlerin yorumları; “...Hekimlerin kendi aralarında bir rekabet ortamı oldu. İnsanlar birbirlerinin yaptığı işlemleri ve ürettiği puanları takip eder oldu. Birilerinin aldığı paralar birilerini mutsuz etti. Performansın iş kalitesini artırdığını düşünmüyorum.... Ancak yaptığım puanlı işlemleri kaydetmek ve belli bir puana ulaşmak gibi bir kaygı duymaya başladım....”, “....3. basamakta uzman doktor olarak 10 yıldır çalışıyorum... Puantaj yöntemi var. Herkes birbirinin puanını gözlüyor. Olmayacak puanlar giriliyor. Herkes birbirinin kuyusunu kazıyor gibi. Ne kadar çok

⁴³⁶ KART, Elife (2013), ss.112

puan yazarsam o kadar çok döner sermaye alacağım mantığı var. Şişirme Puanlar var... Herkes ne yapabilirim. Puanımı nasıl arttırabilirim derdinde...Hekimler arasında rekabet çok arttı. İşin kalitesi düştü. Bence hasta açısından dezavantaj oldu. Daha önceden hastaya 10 dakika ayıracakken şimdi bir dakikada bakıp gönderebiliyorsun. Sonuçta bir puanı var onun. 10 dakikada baksan da bir dakikada baksan da puanı aynı....”⁴³⁷

- “Performans”, serbest piyasa koşullarında, çalışandan en üst düzeyde “kar” elde etmede bir strateji olarak uygulanan “esneklik” ilkesinin sağlık alanına uygulanması biçiminde karşımıza çıkmaktadır. Hekimlerin, “ücretlerini artık kaç hasta baktıklarına, kaç reçete yazdıklarına, kaç operasyon, kaç sevk yaptıklarına göre almaları” hekimler üzerinde “esneklik” ilkesi ile yeni bir kontrol biçiminin yaratıldığını göstermektedir.⁴³⁸

Ankette katılan bazı hekimlerin yorumları; “Performans uygulaması hekimleri olumsuz yönde etkiledi. Yapılan her türlü işlem puanlandırıldı... Herhangi hastayı tezgâh başında parça başına göre çalışan endüstri sektörü gibi görmek kötü...”, “...23 yıldır 3. basamakta çalışıyorum. İş ortamında huzur bozuldu. Hastane çalışanları arasında rekabet arttı. Eskiden herkes kendi işi ile uğraşırdı şimdi başkasının yaptığı iş ve aldığı ücretle ilgileniyor...”, “...Puanlar nedeniyle klinikler arası ilişkiler kötü etkilendi... Hasta sayısı arttı kalite düştü...”⁴³⁹

- Aynı zamanda, performans uygulaması, hekimler arasındaki kolektif ilişkiyi parçalamakta, hekimleri kendi içinde bireysel kılmakta ve iş ilişkisini rekabete açmaktadır.⁴⁴⁰

- Sağlıkta dönüşüm altında gerçekleştirilen uygulamalar, sağlığın ticarileşmesine yönelik çok çeşitli etkileşim ve bağımlılık biçimleriyle karşımıza çıkmaktadır. Bu durum sağlık alanında, oluşturulan “istikrarsızlık” ve “güvensizlik” ortamı ile hekimi, hekimlik mesleğinin gerekleri ile puanını yüksek tutma kaygısı temelinde şekillenen verimlilik ölçütlerini gerçekleştirme zorunluluğu arasında ikileme düşürmektedir. Hekimin, içinde yer aldığı bu “çelişkili” durum hastalar açısından, başta, “gerek

⁴³⁷ KART, Elife (2013), ss.113

⁴³⁸ KART, Elife (2013), ss.113

⁴³⁹ KART, Elife (2013), ss.114

⁴⁴⁰ KART, Elife (2013), ss.114

olmayan müdahalelere maruz kalmak” gibi, farklı türden birçok soruna yol açabilmektedir.⁴⁴¹

- Bir kontrol biçimi ve bir baskı aracı olarak “performans” uygulaması, hekimin hastasına verdiği, insancıl ve etik temelli “değer” kavramının içeriğini, hastanın bir “kar” nesnesi olarak görüldüğü ve buna göre davranış biçiminin belirlendiği bir içeriğe doğru dönüştürmektedir. “Bakılan hasta sayısı”nın önemli hale getirilmesi, kaliteyi düşürdüğü gibi, hastanın bir “müşteri” gibi algılanmasına da yol açmaktadır. Hekimlerin ve hastaların içine girdikleri bu durum, özel şirketlerin işgücü piyasasını, kendi “kar” ve “verimlilik” politikaları doğrultusunda şekillendirme süreçlerini hatırlatmaktadır. “Bakılan hasta sayısı”nın önem kazanması, hekimin hem kendisi, hem de çalıştığı kurum için istenilen verimlilik ölçütlerini karşılamak zorunda bırakılma eğilimlerini gündeme getirmektedir. Bu eğilim, bütün görüşmeciler tarafından benzer biçimlerde ifade edilmektedir.⁴⁴²

- Ayrıca söz konusu uygulamaların, hekimi, daha fazla performans sergilemesi konusunda baskıladığı görülmektedir. Araştırma kapsamında görüşme yaptığımız hekimlerin ifadelerinden, hekimlerin çalışma saatlerinin esnek hale getirilmeye çalışıldığı, iş yoğunluğunun giderek artırıldığı ve iş güvencesinin giderek ortadan kaldırıldığına ilişkin verilere de ulaşılabilmektedir. Bütün bu unsurların karşılıklı etkileşimi, hekimlerin, teşhis ve tedavi konusunda sahip oldukları, “yetki, sorumluluk ve inisiyatif” kullanma yetisine ilişkin özerkliğini de biçimlendirmektedir.⁴⁴³

- Sağlık hizmetleri tıbbi donanım ve tıbbi ürünler gibi metalar için, büyük ölçüde düzenlenmiş pazarın bir kısmını oluşturmaktadır. Sağlık sektörünün bu niteliği, “piyasalaşma”, “ticarileşme” yönündeki eğilimlerin geliştirilmesinde belirleyici bir unsur olmaktadır. Sağlıkın ticarileştirilmesine yönelik eğilimler, hekimin tedavi etme şekli üzerinde de etkili olmaktadır. Bu eğilimler, hekimi, “riskli” ve “tedavi süresi uzun” hastalara girişimde bulunma noktasında kararsız kılan ya da hastadan kaçınma eğilimi gösteren bir davranış tarzına yöneltmektedir.⁴⁴⁴

⁴⁴¹ KART, Elife (2013), ss.115

⁴⁴² KART, Elife (2013), ss.118

⁴⁴³ KART, Elife (2013), ss.126

⁴⁴⁴ KART, Elife (2013), ss.128

- Bu unsurların dikkate değer en önemli olumsuz etkilerinden biri, hekimin teşhis ve tedavisi konusunda hata yapma riskinin giderek büyümesidir. Zaman baskısı, hastanın kaliteli bakılması önünde engel oluşturmakta, daha çok hasta bakılması yönündeki içsel ve dışsal baskılar, her düzeydeki hekimi fiziki ve ruhsal anlamda yorgun ve gergin kılmaktadır.⁴⁴⁵

- Derinlemesine yapılan görüşmelerin ortaya koyduğu diğer bir önemli husus ise, uygulamaların, hekimler üzerinde, endişe, stres, tükenmişlik duygusu ve psikolojik huzursuzluk şeklinde sorunlara yol açmasıdır. Verilerden, sağlık alanının hekimin tıbbi hizmet vermesine olanak tanıyan şartlar açısından giderek kötüye gittiği ve hekimlerin bu koşullarda çalışmak istemedikleri saptanmaktadır.”⁴⁴⁶

Performans sistemi ile hekimler, gelirlerini finansal teşvik doğrultusunda hasta görme ve girişim yapmalarına göre temin eder oldu. Hasta hekim ilişkisi kamuda bile gelir artırma zeminine oturtuldu. Hekimin öncelikli motivasyonu, hastasını iyileştirmekten çıkarılmış daha çok hasta bakarak, daha çok ameliyat yaparak daha çok gelir elde etmek haline gelmiştir. Hastalar endikasyonsuz, gereksiz tetkik ve müdahalelere açık hale getirildi. [Daha geçenlerde] bir kamu hastanesinde 45 dakikada 6 katarakt ameliyatı yapıldı ve maalesef hastaların hepsi görme yeteneğini yitirdi. Ayrıca hekimler genel durumu kötü ya da tedavisi riskli ve güç hastalardan kaçmakta bunun yerine daha kolay ve rahat performans geliri elde edecekleri hasta ve hastalıkların tedavisine yönelmektedirler. Hasta hekim ilişkisi bir daha düzelmeyecek şekilde bozulmuştur.⁴⁴⁷

Hekim hasta ilişkisini, sadece bir hizmet alan veren ilişkisine dönüştüren bütün bu unsurlar, hekimleri mesleğinden soğuttuğu gibi, hekim ile hasta arasında “güven”e, “özveriye” ve “saygı”ya dayalı ilişkiyi de ortadan kaldırmaktadır. Hekim ve hasta arasında “saygı” ve “güven” temelli unsurların giderek azaltılması/azalması, “hekimliğin değersizleşmesi” sonucunu doğurmaktadır.⁴⁴⁸

“Müşteri memnuniyeti” kavramının ön plana çıkması, hekim- hasta ilişkisinde geçmişteki hiyerarşiyi neredeyse tümüyle tersine çevirdi. Söz konusu koşullarda, kamu

⁴⁴⁵ KART, Elife (2013), ss.135

⁴⁴⁶ KART, Elife (2013), ss.135

⁴⁴⁷ TERZİ, Cem (2012), ss.34

⁴⁴⁸ KART, Elife (2013), ss.135

hizmetlerinin metalaşması ve Yeni Kamu İşletmeciliği yaklaşımının kamusal sağlık hizmetlerine uygulanması sürecinde, hekimlerin alana ilişkin imtiyazlarının giderek zayıfladığı, emek süreci üzerindeki denetimlerinin giderek azaldığı, emeklerinin değersizleştiği ve yeniden üretim alanlarının giderek metalaştığı açıktır. Bu çerçevede hekimlerin konumundaki dönüşümü en iyi tanımlayan kavramın “proleterleşme” kavramı olduğu, rahatlıkla ileri sürülebilir.⁴⁴⁹

McKinlay ve Arches'ın 1985'te hekimlerin proleterleşmesi üzerine yazdıkları makale, proleterleşme tartışmalarını alevlendirmiştir. McKinlay ve Arches (1985), hekimlerin giderek kendi hesabına çalışmadan, bürokratik örgütlerde ücretli/maaşlı çalışma biçimine geçtiklerini ve bu örgütlerde sağlık hizmeti sunumunun hekimler tarafından düzenlenmemiş idari hiyerarşiye göre örgütlendiğini belirtirler. Hekimler bu kurallara tabi olurlar ve böylece özerkliklerini ve iş üzerindeki denetimlerini kaybederler. Hastalar hekimlerin hastaları olmaktan çıkar ve bir sağlık kurumunun hizmetlerinden yararlananlar haline gelir; aynı şekilde teknolojik araç-gereçler ve hizmet binası hekimin değil bir şirketin veya kurumun mülkiyetindedir. Böylece hekimler profesyonel egemenliklerini kaybeder ve proleterleşirler. Hekimlerin proleterleşmesini, bürokratikleşme sürecinin bir sonucu olarak gören McKinlay ve Arches, bürokratik örgütlerin, tüm kurumları, toplumsal denetimin yaygın biçimlerini uygulayarak, kapitalizmin çıkarlarını korumak ve artırmak amacıyla kapitalizm mantığına tabi kılma ihtiyacıyla ortaya çıktığını öne sürerler. Bürokratikleşme, önceden belirlenmiş kurallara, standardizasyona ve hastaların nesneleştirilmesine dayanır. Böylece hekim, artık emeğinin nesnesi olan hastalarının kendilerine özgü durumlarıyla fazla ilgilenmeyecektir. Aksine standart prosedürler dâhilinde, devlet ve özel sektör tarafından belirlenmiş birinci ve ikinci basamak muayene ve tanı ödemelerine uygun biçimde hastasını kabul edecek, tedavi edecek ve gönderecektir. Sözü edilen bürokratikleşme süreci, kişisel tıbbi faaliyeti ahlaki kodlardan bağımsız bir bilimcilik etkinliğine indirgerken, tıbbi uygulamalarda “insan faktörünü” de etkinlik ve kârlılık nesnesine dönüştürür.⁴⁵⁰

Sağlıkta Dönüşüm Programı hekimlerin sınıf ve statüsünü de değiştirmektedir. Çok az sayıdaki hekim dışında ezici çoğunluk işçileşmektedir. İşçileşme, hekimlerin

⁴⁴⁹ ULUTAŞ, ÜNLÜTÜRK, Çağla (2011), ss.97

⁴⁵⁰ ULUTAŞ, ÜNLÜTÜRK, Çağla (2011), ss.88,89

gelirlerinin azalması ile değil emek sürecindeki denetimlerini, mesleki özerkliklerini kaybetmeleri ve işgücü piyasalarında güvenceli pozisyonlarını yitirmeleri şeklinde gelişmektedir. Hekim işçileşmesi tipik bir yoksullaşma süreci değildir; mesleki özerk konumlarını yitirmeleri ve piyasanın denetimine tabi olmaları sürecidir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın aşağıdaki uygulamaları;

- Zorunlu hizmet yasası,
- Hastanelerin işletmeleşmesi,
- Performans sistemi,
- Finansman denetimi,
- Teknolojik ve bürokratik denetim (kartlı giriş çıkış, kamera sistemleri, hastane otomasyonu, medulla sistemi vb. gibi),
- Hasta memnuniyeti kavramının ağırlık kazanması,
- Malpraktis yasası,
- Özel sağlık kurumlarının sayısının artması,
- Kamu istihdamında güvencesiz çalışma, sözleşmeli hale geçilmesi ile hekimler, kendi üretim süreçlerini kontrol edemeyecek duruma getirilmektedir.

Kamu hastanelerinde çalışan hekimler için durum, kamu hastanelerinin kar maksimizasyonu ve gider minimizasyonu ile özel sektörle rekabet edecek biçimde yapılandırıldığı, hekimlerin gelirini parça başı iş üreterek performans üzerinden elde ettiği için yarı özel sektör durumudur.⁴⁵¹

Sistemde eğer ücret stratejik bir araç olarak işlev göreceyse, ücretin değişken ve performans koşuluna bağlı olması gerekir. Ücret, değişen koşullara uyum sağlamada gereken esnekliğe sahip olmalıdır.(Schuster ve Zingheim) Yeni ücretin önemli temsilcisi Lawler(1990), “ücretlendirmeyi güçlü bir örgütsel değişim aracı olarak görmekte ve ücret sistemlerinin örgütlere ürün ve işgücü piyasalarında rakiplerine göre görece rekabet üstünlüğü sağlaması için iş strateji ve süreçleriyle bütünleştirilmesi” gereğini ifade etmektedir. Bu durumun işverene katkısı ise emek üretkenliğinin artması,

⁴⁵¹ TERZİ, Cem (2012), ss.38

talebin kısıktılması ve kısıktılmış talebin karşılanması ve emeğin denetimi yönünde olmaktadır.⁴⁵² SDP kapsamında yaşanan değişim de bu doğrultuda olmuştur.

Neo-liberal mantığın sağlık alanında yaptığı en önemli tahribat ise hekimlik değerlerinde yaşanan aşınmadır. Çünkü neo-liberal zihniyet, hasta yararı yerine para kazanmayı öncelemektedir. Bu bağlamda İzmir Diş Hekimleri Birliği'nin yaptığı bir araştırmada performans uygulamasından daha yüksek pay alabilmek için bir hekimin toplam 2.400 dakikalık mesaisinde, sanal muayene ve tedavilerle 19.100 dakikalık iş beyan ettiği saptanmıştır.⁴⁵³ örnekler sağlığın piyasanın "görünmez eli"ne teslim edildiğinde yaşayacağı yıkımı yansıtması açısından çarpıcıdır.⁴⁵⁴

Bir hekim ne kadar çok hasta muayene ederse, ne kadar çok hastaya müdahale-ameliyat yaparsa, sistem onu o oranda çok ödüllendirmektedir. Ancak bir hekimin çok hasta muayene etmesi veya ameliyat yapması aslında hasta başına ayırdığı zamanı azalttığı anlamı taşımaktadır. Ayrıca, hizmet tüketiminin teşvik edildiği bu sistemin yanlış ve gereksiz tanı ve tedavi uygulamalarını arttıracağı da açıktır. Çünkü uygulamadaki performans sisteminin temel çıktısı müşteri memnuniyeti üzerine kurulmuştur. Bu durum T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan "Sağlıkta Performans Yönetimi" başlıklı kitapta "Sağlık hizmetlerine serbest piyasa anlayışı ile yaklaşım, sağlık sisteminin kalitesini öncelikle nihai çıktı ölçütü ile belirleme eğilimindedir. Bu lt, memnuniyetin nasıl oluşturulduğuna bakmaksızın sağlık hizmetinden yararlananların klinik bulgulardan veya yaratılan ortamdan ne kadar mutlu olduğudur." ifadesi ile tanımlanmaktadır.⁴⁵⁵

Performans sisteminin uzun vadede sağlık hizmetlerini nasıl etkilediği henüz bilinmemektedir. Sağlık hizmetlerinde iyileşmeyi değerlendirmek ve kanıtlamak teknik olarak çok gt bir konudur ve Performansa Göre deme (PG) sistemi kriterleri arasında genellikle sağlık hizmetinde iyileşme bir ölçüt olarak yer almamaktadır. PG sistemlerinin uygulama maliyetleri yüksektir ve sağlık hizmeti kullanımı artırma potansiyeline sahiptir. Ayrıca bireysel ölçümlere odaklanan sistem, bir ekip alışması

⁴⁵² ZENCİR, Mehmet (2011), "Sağlık alışanlarının esnek cretlendirilmesi," *Kapitalizmin Krizi ve Sağlık Sempozyumu*, 01.10.2011, Ankara, www.ttb.org.tr/dosya/kapitalizm/mehmet_zencir.pdf

⁴⁵³ ELBEK, Osman, ADAş, Emin Baki (2009), ss.41

⁴⁵⁴ ELBEK, Osman, ADAş, Emin Baki (2009), ss.39

⁴⁵⁵ ELBEK, Osman, ADAş, Emin Baki (2009), ss.39

olması istenen ve böylece daha etkin ve yararlı olması beklenen kalite gelişimini kötü yönde etkilemektedir.⁴⁵⁶

Sonuç olarak, görüldüğü üzere Türkiye sağlık sisteminde, 2002 yılından itibaren büyük bir değişim yaşanmıştır. “Sağlıkta Dönüşüm Programı” olarak adlandırılan bu değişim, yapısal ve finansal alanlarda birçok yenilik getirmiştir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde Aile Hekimliği sistemine geçilmesi ve sözleşmeli hekimlik uygulamasının başlaması; sosyal güvenlik kurumlarının tek çatıda (SGK) toplanması ve genel sağlık sigortasına geçilmesi; hekimlere kamuda tam gün çalışmaya uygulaması; 663 sy. KHK ile Sağlık Bakanlığı yapılanmasının değiştirilmesi ve Kamu Hastanesi Birliklerinin oluşturulması; sağlık çalışanlarına ek ödeme sisteminin, performansa dayalı döner sermaye uygulamasına değiştirilmesi, yaklaşık on yıllık süreçte, SDP ile oluşan değişimlerin ana başlıklarını oluşturmaktadır. Sağlık hizmetinin sunumunda başta hekimler olmak üzere tüm sağlık çalışanları, uygulayıcı konumunda oldukları için önemli bir yer tutmaktadır. Programın başarı ile uygulanabilmesi çalışanların katılımı ve motivasyonu ile doğrudan ilişkilidir. Bu süreçte özlük haklarında yapılan olumsuz değişiklikler, esnek ücretlendirme ile maskelenmeye çalışılmıştır. Performansa dayalı ek ücret ödemesi, çalışan motivasyonunu ve verimliliğini artırmak iddiasıyla bir reform olarak sağlık çalışanlarına sunulmuştur ve sistemin içine çekilmişlerdir. Başlangıçta, düşük olan sabit maaşlara ciddi bir katkı sağlayan bu ödeme sisteminin yanlışları yıllar içerisinde ortaya çıkmıştır. Döner sermaye miktarlarında, kurum içi ve kurumlar arası eşitliklilikler, emekliliğe yansımaya ve geleceği belirsiz bir gelir olması, kişinin izin ve hastalık dönemlerinde çok az ödeme yapılması, iş yükünün aşırı artışı yaşanan sorunların nedenleri olmuştur. Hastaneleri ticari birer işletme, hastaları müşteri olarak gören bu sistem, hem sağlık çalışanlarının arasındaki tıbbi ve beşeri ilişkileri, hem de hasta-hekim ilişkisini zedelemiştir. Ayrıca, fiyatlandırmalarda sık sık yapılan değişiklikler (SUT-BUT) ve artışların günün ekonomik koşullarına uygun olmaması, ek ödeme gelirlerinin bozulmasına neden olmuştur. Artan iş yükü ve azalan gelirler motivasyonu da olumsuz yönde etkilemiştir. Devletin sağlık harcamalarını kontrol altına almayı da amaçlayan SDP, çalışanların gelirlerini azaltırken, kamu sağlık giderlerinin de artması sonucunu doğurmuştur. Bu sonuçta en önemli etken ise,

⁴⁵⁶ TERZİ, Cem (2010), “Performansa göre ödeme sistemi”, Terzi Cem, Ağalar Fatih, *Türk Cerrahi Derneği “Genel Cerrahide Performans Sistemi Çalıştayı”*, 26.12.2010, TCD Merkezi, Ankara, ss.10

özerkleştirmeden özelleşmeye doğru yönelen sağlık politikaları ve bu politikaların neden olduğu, her türlü tıbbi uygulama sayısında meydana gelen artışlardır.

6. OFANSİF TIP

Dünya genelinde birçok ülkede sağlık hizmetleri ve finansmanı sağlayan kurumlar, muhtelif fakat birbiriyle çatışan baskıları karşılayabilmek için reforme edilmektedir. Devletlerin kendi kendilerine ulusal politikalarını belirleme ve biçimlendirme güçleri, uluslararası ekonominin artan rekabeti yoluyla önemli derecede sınırlandırılmakta ve azaltılmaktadır. Ulusal ekonomilerin, mali kriz ve iç borcu (ulusal borç) karşılayabilmek için yapısal düzenlemelere gitmeleri, devletin işlevlerinin daralmasına yol açmaktadır. Ayrıca, sağlık sistemleri üzerinde, sağlık ihtiyaçlarının artması ve teknolojinin daha maliyetli hale gelmesinden kaynaklı büyüyen bir baskı da söz konusudur. Bütün bu birbiriyle çatışan kuvvetler, küreselleşme bağlamında bir araya gelmektedir. Küreselleşme; demokrasinin yayılması, piyasa güçlerinin egemenliği, ulusal ekonomilerin dünya piyasalarına entegre olması, üretim sistemleri ve emek piyasalarının dönüşümü, teknolojik değişimin yayılması, fakat daha da önemlisi, medya devrimi kanalıyla ulusların birbirleriyle ilişkili ve birbirine bağımlı olmalarının arttığı bir süreçtir. Ancak, sağlık ve hastalığın kendine özgü doğası ve sağlık hizmetlerinin karşılanmasına yön veren değerler, sağlık reformu sürecinin eşitlik, etkinlik, kalite ve sürdürülebilirliğine yönelik uygun bir teoriye olan ihtiyacı gündeme getirmektedir. Fakat küresel sermayenin “kar” güdümlü ve eşitlikçi olmayan doğası, devletlerin içinde buldukları ekonomik ve politik sorunsallıkları daha da çözümsüz kılabilmekte ve daha büyük finansal ve siyasal istikrarsızlıkların kaynağı olabilmektedir.⁴⁵⁷

Dünyada sağlık hizmeti, 1980’lerden önce, sosyal devletin bir görevi olarak hizmet sektörü içinde tanımlanırken; günümüzde artık, ticari-ekonomik (otomotiv, inşaat vb.) bölümlerin içinde “sağlık sektörü” olarak adlandırılmaktadır. Şüphesiz değişen dünya ekonomik politikalarının ve süratle gelişen teknolojinin, sağlık hizmetlerinin sunumunda giderek daha fazla yer alması bunun nedenleridir. Son elli yılda gelişen teknolojinin, hastalıkların tanı ve tedavisinde kat ettiği yol çok fazla olmuştur. Bu durum sağlık alanının başrol oyuncularını değiştirmiştir. Artık başroller sağlık çalışanları ve hastalar değil, teknolojiyi üretenler ve kullanıma sunanlara geçmiştir. Sağlıkın kar amaçlı bir sektör olarak algılanması yüksek tüketim ve buna

⁴⁵⁷ KART, Elife (2013), ss.111

bağlı artan maliyetleri beraberinde getirmiştir. Maliyet artışlarını sınırlamak için, pek çok ülkede “sağlıkta reform” olarak tanımlanan yeni uygulamalar hayata geçirildi. Ancak bunlar da ne artan maliyetleri düşürebilmiştir, ne de daha sağlıklı bir dünya sağlamıştır. Elde edilen sonuç ise gereğinden fazla tüketilen tıp ve giderek tıbbileşen hayatlar olmuştur.

Söz konusu dönüşümler önemli bir sonucu işaret ediyor: sağlığın metalaşması ve ufuşası sağlık piyasasının oluşumu ile hükümetler, ulus düzeyinde sağlık politikalarının geliştirilmesi ve planlamaların yapılması yönündeki erklerini ve yeteneklerini giderek yitiriyorlar.⁴⁵⁸

IMF programları, tüm ülkelerde kamusal sağlık harcamalarının azaltılmasını ve cepten ödemelerin artırılmasını dikte etmektedir. Dünya Bankası ise, ülkemizin de içinde bulunduğu pek çok ülkede iki yüzden fazla projeye sağlık reformlarını finanse ederek, sağlıktaki özelleştirme sürecini desteklemektedir. Sağlık hizmetlerinin dönüşümünde uluslararası finans kurumlarının yanı sıra, çok uluslu şirketler de önemli bir rol oynamaktadır. Sağlık sektörünü uluslararası yatırımcılar için giderek daha çekici kılan faktör ise, kriz koşulları söz konusu olduğunda bile sağlık hizmetlerine talebin hiçbir zaman azalmamasıdır.⁴⁵⁹

Toplumun sağlık seviyesinin bir göstergesi olarak yeni doğan ve anne ölüm oranı, aşılama oranlarından bahsedilmektedir. Bunlar bir ülkede verilen sağlık hizmetlerinin tek başına yeterli olduğunu gösteren rakamlar değildir. Bunların yanında tedavi ve girişim başına yatış süreleri, komplikasyon ve ölüm oranları, tedavilerin etkililiği ve maliyeti gibi ölçütler üzerinde durulması gerekir. Şüphesiz sağlık hizmeti dediğimizde bu hizmetlerin hastalar üzerinde uygulanan bir hizmet olması gerekir. Gereksiz yapılan girişimler ve kullanılan ilaçlar ve bunların artış nedenleri üzerinde durulmamaktadır. Bütün bu oranlar bebek ölüm oranı arkasına gizlenir.⁴⁶⁰

Sağlık hizmet sunumunun piyasa ilkeleriyle yerine getirilmeye başlanması, kar getirmeyen koruyucu hekimlik uygulamaları, araştırma, tedavi ve eğitim alanlarına yatırım yapılmamasıyla sonuçlanacaktır. Toplum sağlığını korumaya dönük harcamalar

⁴⁵⁸ ULUTAŞ, ÜNLÜTÜRK, Çağla (2011), ss.35

⁴⁵⁹ ULUTAŞ, ÜNLÜTÜRK, Çağla (2011), ss.34

⁴⁶⁰ YILMAZ, Uğur (2010), “Sağlık hizmetlerinde verimlilik anlayışı ve bunun sağlık sistemindeki sonuçları”, 02.01.2008, <http://www.turkhukuksitesi.com/showthread.php?t=23119>

yerlerini giderek bireysel ihtiyaçlara dönük, yüksek kar getiren ticari yatırımlara bırakacaktır. Günümüzde yaygınlaşan, estetik, kilo verme, kanser tedavi merkezleri, ağrı merkezleri gibi paket tıbbi hizmetler sunan merkezler bunlara örnektir.⁴⁶¹

DSÖ'nün dünyamızın sağlık durumuna ilişkin kimi düşündürücü saptamaları var; sağlık sisteminin giderleri sürekli artmakta, buna karşın sağlık sorunları azalmayıp, tersine, kriz boyutunda patlama göstermektedir. Yaklaşık üç ölümden biri, kolayca önlenabilir, erken tanı konursa etkin ve ucuz sağaltılabilir bulaşıcı hastalık kaynaklıdır.(18,4/56 milyon ölüm, %32,3)⁴⁶² Geçmiş yıllarda dünyanın pek çok ülkesinde, düzenli aşı ve tedavi programlarıyla, neredeyse yok olma noktasına gelen; verem, çocuk felci, sıtma ve kızamık gibi hastalıklar, yoksul ülkelerde giderek artmaktadır. Bu ülkelere birinci basamak sağlık hizmetlerini götürmek, dünya sağlık sektörünü yönetenler açısından, maddi getirisi olmayan veya düşük kar paylı hizmetlerdir. Bu yüzden, onların birinci basamak sağlık hizmetlerinde kar amaçlı hedefleri, varırlı ülkelerin milyonlarca insanına, kuş gribi, domuz gribi gibi hastalıkların aşılmasını dayatmaktadır; bu getirisi garanti ve çok daha karlı bir hizmettir.

Zengin dünya, gelişmekte olan ülkeler için temiz su sağlamak, aşılama yapmak gibi işlemler yerine, marjinal fayda sağlayacak pahalı tedaviler geliştirmeye devam ediyor. Doğum, yaşlanma, cinsellik ve mutsuzluk gibi hayatın normal süreçleri medikalize edilebiliyor. Global ilaç şirketlerinin, "her ilaç için bir hastalık vardır" yaklaşımıyla, yeni hastalıklar ve tedavileri oluşturulmaktadır. İnternet gibi bazı güçler bilinçlenmeyi sağlasa da, reklamlar gibi diğer olumsuz etkenler tıbbileştirmeyi teşvik etmektedir. İnsanlar sonu gelmeyen ilaç tedavileri ve testlere maruz kalmakta ve hayatları giderek tıbbileşmektedir.⁴⁶³

Tıbbi teknolojinin ilerlemesi, yeni ilaçlar üretilmesi, güvenilir ve hızlı tanı yöntemleri gelişmesi ve yeni tedavi yöntemlerinin uygulanması sonuçlarını doğurmuştur. Bu sayede, dünyada, hastalıkların tanı ve tedavisinde sağlık hizmetlerinin sunumu çok iyi bir düzeye gelmiştir ve bu ilerleme devam etmektedir. Fakat teknolojinin üretilmesi ve kullanımı yüksek maliyetler gerektirmektedir. Bu nedenle

⁴⁶¹ ULUTAŞ, ÜNLÜTÜRK, Çağla (2011), ss.22

⁴⁶² SALTİK, Ahmet (2012), "Sağlık ekonomisi," ss.21

⁴⁶³ MOYNIHAN, Ray (2002), "Too much medicine?", 13.04.2002,ss.859-860, <http://www.bmj.com/content/324/7342/859>

teknolojik yatırım tercihi; esas itibarıyla en çok görülen, en çok öldüren, en çok sakat bırakan hastalıklardan yana değil, tedavisi en kârlı hastalıklardan yanadır. Kârlılık kriteri dolayısıyla koruyucu yöntemlerin geliştirilmesinden çok, tedavi edici yöntemlerin geliştirilmesi için adım atılmaktadır. Teknoloji yansız olmadığı gibi, tıbbi bir cihazın, ilacın veya tekniğin seçimi de yansız değildir. Salt zamandan tasarruf etmek veya hastaneye/hekime daha çok gelir kazandırmak için belli bir teknolojiye yönelim söz konusu olabilmektedir. Metalaşma süreci hekimleri özverili çalışma ile kişisel çıkarları arasında bir çatışmaya sürüklemiştir. Teknolojideki hızlı gelişim, sürekli yeni kaynaklar sunarak bu çatışmayı yoğunlaştırmaktadır.⁴⁶⁴

Diğer yandan hizmet sunumunun bireyselleştirilmesi, sağlık hizmetlerinde yatırımdan hizmetin örgütlenmesine ve sunumuna kadar sürecin her anında toplum yararını değil, bireysel tüketici seçimini önceleyen bir anlayışı üretmektedir. Önleyici bakım hizmetlerinin yerini, tedavi hizmetlerine bırakması, gereksiz tetkik sayısının ve ilaç tüketiminin artması bu anlayışın sonuçlarına örnek olarak verilebilir.⁴⁶⁵ Zaten pahalı olan tıbbi hizmet ve uygulamaların gereğinden fazla kullanılması maliyetleri daha da arttırmaktadır.

Gerçekten, özellikle gelişmiş kapitalist ülkelerde sağlık hizmetlerine harcanan para artmakta, hem de sağlık harcamalarının ulusal gelir içindeki payı büyümektedir. Bu artış ve büyümeyi yapan en önemli etken ise, ilaç ve teknoloji harcamaları olmaktadır. Son yıllarda tıbbi teknoloji için çok uluslu şirketlere aktarılan paranın çok daha fazla olduğu tahmin edilmektedir.⁴⁶⁶

Sağlık hizmeti adı altında sağlık ticareti ile yapılan harcamalarla ülkelerin sağlık giderleri hızla ve aşırı oranda artmaktadır. Bu harcamalar o kadar fazla ve sınırsızdır ki aşırı harcamalar güçlü ekonomisi olduğu varsayılan ABD gibi bir ülkede bile çöküşe neden olmuştur.⁴⁶⁷ ABD, dünyada sağlık için en çok para harcayan birinci ülke (7538 dolar kişi/yıl) olmasına karşın; hizmet sunum ve finansmanındaki yanlışlar nedeniyle

⁴⁶⁴ ULUTAŞ, ÜNLÜTÜRK, Çağla (2011), ss.102

⁴⁶⁵ ULUTAŞ, ÜNLÜTÜRK, Çağla (2011), ss.31

⁴⁶⁶ PALA, Kayıhan (2007), ss.33

⁴⁶⁷ YILMAZ, Uğur (2010)

verimlilikte dünya 37.'sidir. Japonya ise en verimli sağlık sistemine sahip ülkedir ve bunu koruyucu sağlık hizmetlerine verdikleri olağanüstü öneme borçludurlar.⁴⁶⁸

Tüm dünyada tıbbın kısırlanmış kullanımının en önemli ayaklarından biri aşırı ilaç tüketimidir.

Uluslararası ilaç şirketleri kendi yayınlarında sağlık hizmeti, hastalıkların önlenmesi ve toplum sağlığında iyileşme gibi kavramlardan bahsetmez. Onlar sağlık pazarı, kârlılık oranı, pazar hissesinden bahsederek. Onların kullandığı çıktı, sağlıkla ilgili bir kavram değildir. Çıktı satılan ürün ve elde edilen kazançtır. Bu da tedavi veya ameliyat olan, ilaç veya malzeme kullanan hasta sayısı demektir. Bu da kişi başına sağlık harcamalarının artması anlamına gelir. Bunun için de sağlık hizmeti kavramı değiştirilmiş, insan hayatı tıbbileştirilmiş ve insanlar hasta olmasalar dahi sürekli sağlık teknolojisi ve ilaç kullanan kişilere dönüştürülmüştür. Modern tıpta sağlık hizmeti artık sağlık piyasası olmuştur.⁴⁶⁹

Piyasaları genişletmek için ise tedavi edilebilir hastalıkların sınırları genişletilmektedir. Pazarlama stratejilerine uygun olarak, hastalık tedavi kampanyaları yani hastalık tüccarlığı yapılmaktadır.⁴⁷⁰

İlaç teknolojisindeki hızlı gelişim, birçok hastalığın tedavi olanaklarının gelişimi açısından umut vaat ederken, sağlık hizmetlerin metalaşması bakımından belki de ilk ve en kritik adımı oluşturmaktadır. İlaç pazarının önemli kesimi çok uluslu şirketlerin elindedir ve pazara hakim 200 büyük şirket içinde 4 şirket pazar payının 1/4'ünü elinde tutmaktadır. Bu öncü şirketler temelde Amerika, Almanya, İsviçre ve İngiltere menşelidir. G8 ülkelerinde ilaç pazarı 2005- 2009 arasında %3 büyümeye 497.6 milyon dolara ulaşmıştır. Tıbbi cihaz sektörünün küresel durumu da ilaç sektörüyle çok benzerdir. Küresel piyasa değeri 200 milyon dolar civarında olan tıbbi cihaz sektörünün,

⁴⁶⁸ SALTİK, Ahmet (2012), "Sağlık ekonomisi," ss.99,122

⁴⁶⁹ YILMAZ, Uğur (2010), "Sağlık hizmetlerinde verimlilik anlayışı ve bunun sağlık sistemindekisonuçları", 02.01.2008, <http://www.turkhukuksitesi.com/showthread.php?t=23119>

⁴⁷⁰ MOYNIHAN, Ray, I.HEATH, D.HENRY (2002), "Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering", *BMJ*, 2002 Apr 13; 324(7342), ss.886-891, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1122833>

%43'lük payına Amerika, %20'sine Avrupa ve % 15'ine Asya Pasifik ülkeleri sahiptir.⁴⁷¹

Türkiye'de ilaç harcamaları SDP ile birlikte hızla artmaktadır. 2001 yılında 4,1 milyar dolar olan perakende fiyatlarıyla ilaç tüketimi, yalnızca üç yıl sonra 2004 yılında 8,8 milyar dolar olarak gerçekleşmiştir. 2005'de bu paranın 9 milyar doları aştığı tahmin edilmektedir. Türkiye'de ilaç harcamalarının toplam sağlık harcaması içindeki payı %33,5'tir. (Sağlık Bakanlığı,2004). OECD ülkelerinin çoğunda bu oran %20'nin altındadır. (OECD,2006)⁴⁷² İlaç tüketimindeki artış yıllar içerisinde değişmeden devam etmektedir. Dünyada pek çok ülke gereğinden fazla ilaç kullanılmasının sağlık ve ekonomi açısından zararlarından yakınırken; Türkiye'de tüketimin varlıklı ülkelere daha fazla ve pahalı olması dikkate değerdir.

Tablo 4. 2010 yılı Dünya Bankası verilerine göre, bazı ülkelerde ilaç tüketiminin ulusal gelire oranları.

ÜLKELER	İlaç Tüketimi Milyon Dolar	İlaç Tüketiminin GSYİH'ye oranı %
Türkiye	14.015	2,1
Japonya	62.200	1,5
ABD	181.560	1,3
Rusya	16.483	1,2
Brezilya	15.700	1,2
Meksika	11.100	1,2

Ahmet Saltık (2012), "Sağlık ekonomisi," *Ankara Ünv. Tıp Fak. Halk Sağlığı Anabilim Dalı 2012-13 Ders Yılı*, www.ahmatsaltik.net, ss.46

Sosyal güvenlik sistemi sorunları nedeni ile, sağlık kaynaklarını etkin kullanamayan Türkiye'de, sosyal güvenliğe yönelik olarak merkezi bütçeden aktarımın giderek arttığı ve kayda değer tutarlara ulaştığı görülüyor. Bu aktarımlar 2009'da 52,6 milyar TL, 2010'da 57,7 milyar TL, 2011'de 62,4 milyar TL ve 2012'de 69 milyar TL dir. 2012'de SGK bütçesi 141 milyar TL, bunun yarısı genel bütçeden aktarımdır. Yani 351 milyar TL'lik genel bütçenin 1/5'İ SGK'ya gitmektedir. Kamu tedavi giderleri

⁴⁷¹ ULUTAŞ, ÜNLÜTÜRK, Çağla (2011), ss.100

⁴⁷² PALA, Kayıhan (2007), ss.33

2002'de 10 milyar TL iken, 2011'de 45 milyar TL'ye ulaşmıştır. Kamunun özel hastanelere ödediği fatura 564 milyon TL'den 6,4 milyar TL'ye çıkmıştır.⁴⁷³

OECD ülkeleri, dünya nüfusunun %18'i iken; 2004'te 4,1 trilyon dolar toplam sağlık giderinin %80'i bu ülkelerce yapılıyor.

Görüldüğü üzere tüm dünyada ve ülkemizde sağlık harcamaları giderek artmaktadır. Yüksek teknolojinin yüksek maliyet doğurması kaçınılmazdır. Ancak bu maliyet artışında, ticarileşen sağlık hizmetlerinde, kar odaklı yaklaşımının rolü yadsınamaz. Elde edilen kar tıbbi teknoloji, ilaç, araç-gereç, malzeme üreticileri; özel sağlık kurumları ve sigorta şirketlerinin bütçelerine yansımaktadır. Karlılığın sürdürülebilmesi ise tıbbın daha fazla kullanılmasına yani *ofansif tıp* 'a bağlıdır.

“Ofansif “ sözlük anlamı olarak atak ve hücum dayalı eylemi ifade etmektedir. Genelde sporla ilgili kullanılmaktadır. “Defansif” yani savunmacı ya da çekinik sözcüğünün zıttıdır. “Ofansif Tıp” terimi henüz “Defansif Tıp” kadar yaygın kullanılmamaktadır. Savunmacı yada çekinik tıp anlamında kullanılan *defansif tıp* terimi, gerek yurtiçi gerekse yurtdışı hukuk, tıp ve sağlık hukuku literatüründe ve güncel makalelerde yer bulmaktadır.

Ofansif tıp, tıbbın yoğun bir şekilde, gereğinden fazla kullanılması anlamındadır. Yurtdışı yayınlarda, daha fazla tıp (*too much medicine*), gereksiz tıbbi girişim (*unnecessary medical prosedure*) sözcüklerine de rastlanmaktadır ve farklı sebeplerle tıbbi müdahalelerin gereğinden fazla uygulanması anlatılmaktadır. Bu sebeplerden biri mesleki deneyimi artırmak için daha çok tıbbi girişim yapma isteğidir. Diğer tıbbi ilaç ve malzemeleri üreten firmalarla girilen hukuk ve etik dışı ilişkiler sonucu, bunların fazla kullanılmalarıyla yapılan işlemlerdir. Diğer bir neden pozitif defansif tıp, yani medikolegal kaygılarla tıbbın gereğinden fazla kullanılmasıdır. Bu araştırmanın da konusunu oluşturan son neden ise, sağlık kurumları ve/veya hekimlerin maddi gelirlerini artırmak amacıyla endikasyonları zorlaması ya da genişletmesi ve daha çok tıbbi işlem yapmasıdır. Özel sağlık kuruluşlarında zaten var olduğu düşünülen bu olgu; kamu hastanelerinin döner sermayelerinden yaptıkları harcamaların artırılması ve

⁴⁷³ SALTİK, Ahmet (2012), ss.34,50

çalışanlara performansa dayalı ek ödeme sisteminin getirilmesiyle, kamu hastaneleri için de tartışılır olmuştur.

Türkiye’de sağlık finans sistemi içerisinde, döner sermaye gelirlerinin önemli bir yer tutması, hem hastane yöneticilerini hem de sağlık çalışanlarını daha fazla tıbbi girişim yapmaya teşvik eder olmuştur. Hekimlerin performansa dayalı ödemedeki daha fazla pay alma amaçlı, gereğinden fazla tıbbi müdahalede bulunması, pozitif defansif tıp yaklaşımıyla da çıkar birlikteliği meydana getirmiştir. Bu nedenle “defansif tıp” olgusunu kısaca incelemek yerinde olacaktır.

19. yüzyıla kadar medikal malpraktis Amerika’da ve dünyada alışılmış bir durum değilken 1840’tan bu yana mahkemelere götürülen malpraktis davalarında %950 artış olmuştur. Halkın basın ve iletişim yoluyla tıbbî ilerlemelerden haberdar olup her hastalığın tedavi edilebileceğine inanmaya başlaması, kötü sonuçlar meydana geldiğinde aslında doktorların daha iyisini yapabileceği ama yapmadığı şüphesini getirmektedir. Malpraktis davalarında artışın sebebi olarak; sağlık hizmetinin yaygınlaştırılmasıyla tedavi yan etkilerinin artması, eğitim ve becerilerde tek tip standart oluşturmaya yönelik organizasyonların gelişmesiyle önerilen normlardan farklı davranan doktorların kusurlu olarak değerlendirilebilir olması ve son olarak da doktorları koruyan sigortaların malpraktis sorumluluğu yönünden legal bir araç olarak algılanmaya başlanması sayılabilir.⁴⁷⁴

1970’li yıllardan itibaren Amerika Birleşik Devletleri’de tıbbî uygulama hataları nedeniyle hekimlerin ödemek zorunda kaldıkları tazminatlar sonucunda, hekimlerin hastaları teşhis ve tedavi ederken kendilerini koruma güdüsüyle hareket ettikleri, bunun hastayı kimi zaman mağdur ettiği kimi zamanda aşırı masraflara yol açtığı gözlenmiştir.⁴⁷⁵ Devam eden süreçte ABD dışındaki pek çok ülkede de defansif tıbbin varlığı yavaş yavaş tespit edilmiş ve tartışılmaya başlanmıştır.⁴⁷⁶

Defansif tıbbin tanımı; hastanın aşırı ve gereksiz bakımdan zarar görme ihtimali olsa bile, doktorların tıbbî kötü uygulamadan (malpraktis) doğacak sorumluluk

⁴⁷⁴ ÇINARLI, Serkan, “Amerika Birleşik Devletlerinde Defansif Tıbbin Hukuki Boyutu ve Çözüm Önerileri”, www.legeshukuk.com/sonuc.php?bolum=makaleler#131

⁴⁷⁵ ÇINARLI, Serkan,

⁴⁷⁶ YILMAZ, Kerem (2014), Defansif Tıp, ss.133

çekincesiyle, gerekli olmadığı halde tetkik ve işlem yapması veya yüksek riskli hasta bakmaktan ve diğer işlemlerden kaçmasıdır.⁴⁷⁷

Günümüzde artık neredeyse tüm hastalara tıbbî bir dava konusu potansiyeliyle yaklaşmakta ve sağlık finans kaynakları acımasızca kullanılmaktadır. Bunda son yıllarda yüksek meblağlı tazminat davalarının büyük etkisi vardır. Amerika'da yapılan bir çalışmada 10 sene boyunca acil servislerle ilgili açılan davalar incelenmiş ve davaların ortalama süresinin 45.5 ay, ortalama dava giderininin 14.091 dolar, ortalama tazminat ödemesininin 220.000 dolar olduğu saptanmıştır. Defansif tıp dahil edilmeden malpraktisten kaynaklanan dava giderlerinin oranı, toplam sağlık harcamalarının %2

ABD'de 2010 yılında, defansif tıp nedeniyle fazla ilaç kullanımı ve tıbbi müdahale yapılmasının maliyeti 10 milyar dolar olarak tahmin edilmektedir. Sağlıkta hizmet başına ödeme yapılan bölgelerde, sağlık harcamaları artmakta; artan maliyetler de daha katı bir legal sisteme neden olmaktadır.⁴⁷⁹

Defansif tıbbi uygulamalar iki farklı görüntüye sahiptir. Bunlar, sorumluluktan kaçınmak için hasta için izlenecek prosedürlerin gereksiz bir şekilde genişletilmesi ve daha sıkı takibin yapılması biçiminde olan ve güvence davranışlarını içeren *pozitif defansif tıp* ve özellikle risk içeren hasta ve tedavi yöntemlerinden kaçınma şeklinde olan *negatif defansif tıp*tir. Pozitif defansif tıpta hekim, hastalığın ve hastanın genel durumuna nazaran gerekli olmayan teşhis ve tedavi yöntemlerini uygulamakta, gerekli olmadığı halde hastaneye yatış istemekte ya da fazladan konsültasyon uygulamasını talep etmektedir. Negatif defansif tıpta ise, hekim görevini yaparken, kaçınma davranışları sergilemektedir. Özellikle tıbbi açıdan yüksek risk taşıyan hastalardan kaçınmakta ve yüksek risk taşıyan teşhis ve tedavi yöntemlerini uygulamamaya çalışmaktadır. Hekimin bu şekilde davranmasındaki en temel amaç ise hekimi dava etme ihtimali bulunan riskli hastayla diyaloga girmeyerek tehlikeden uzaklaşma düşüncesidir.⁴⁸⁰

⁴⁷⁷ ÇINARLI, Serkan,

⁴⁷⁸ ÇINARLI, Serkan,

⁴⁷⁹ http://www.economist.com/blogs/democracyinamerica/2010/09/08/medical_malpractice "Medical malpractice-offensive medicine", by VVV, New York

⁴⁸⁰ YILMAZ, Kerem (2014), Defansif Tıp, ss.135

Pozitif defansif tıbbi uygulamalarda uygulayıcı, bireysel olarak ya da sağlık kurumu, sistemsel olarak, hastaya normal şartlar altında gereksiz ve fazladan sayılabilecek tıbbi tahlil ve testler yapmakta, görüntüleme tekniklerini kullanmakta, ilaç yazmakta ya da cerrahi müdahalelerde bulunmaktadır. Hastane ya da hekimlerin bu tip uygulamalar içerisine girmesinin sebeplerinden bir tanesi, teşhis ve tedavi esnasında hiçbir prosedürsel eksikliğin yapılmadığını ve tüm standartların fazlasıyla uygulandığını, dolayısıyla prosedür takibinde hiçbir eksikliğin bulunmadığını rahatlıkla ispat edebilmektir. Pozitif defansif tıbbin uygulanma şekli, hastanın durumu, hastalığın durumu, hekimin uzmanlık alanı, hekim ve sağlık kurumunun hizmet algısı tıbbi ve teknolojik imkanlar gibi pek çok parametreye göre değişkenlik gösterebilmektedir.⁴⁸¹ 2005 yılında ABD’de (Pennsylvania) 824 hekim üzerinde yapılan bir anket çalışmasında, pozitif defansif tıp uygulama oranı %59 olarak bulunmuştur.⁴⁸² İtalya’da ise 2009 yılında, 307 hekim ile yapılan bir araştırmada bu oran %68 bulunmuştur.⁴⁸³ Türkiye’de ise bu konuda Dr.Yusuf Aynacı’nın yaptığı çalışmada 762 hekim ankete katılmıştır ve pozitif defansif tıba baş vurma oranı %79 çıkmıştır.⁴⁸⁴

Pozitif defansif tıbbin en önemli paradokslarından bir tanesi de beraberinde getirdiği mali külfettir. Sağlık hizmetleri günümüzde oldukça pahalı ve uygulama ve teknolojiler üzerine kuruludur. Bu nedenle fazladan yapılan her işlem maliyeti artırmaktadır. Pozitif defansif uygulamaların bir diğer olumsuz etkisi ise, hasta ve hekimin bu tür davranışlar neticesinde zamanlarının gereksiz yere harcanmasıdır. Zamansal açıdan en maliyetli uygulamaların başında gelen ise defansif kaygılarla yapılan hastaneye yatışlardır.⁴⁸⁵ Bu durum özellikle eğitim hastanelerinde karşımıza çıkmaktadır. Peker ve ark. “GATA Eğitim Hastanesinde Yatan Hastaların Tanılarına Göre Gereksiz Yatak Kullanımının Değerlendirilmesi”ni yaptıkları çalışmalarında; “Eğitim hastanelerinin asli fonksiyonları, ileri düzeyde tetkik ve araştırma gerektiren hastalıkların tedavisini yapmak, gerekli eğitim ve araştırma faaliyetlerinde bulunmaktır. Bu hastanelerin ileri düzeyde uzmanlaşmış personel ve pahalı tıbbi teknolojiye sahip olması, bu kurumlar tarafından verilen sağlık hizmetlerinin maliyetlerinin de yüksek

⁴⁸¹ YILMAZ, Kerem (2014), Defansif Tıp, ss.150

⁴⁸² YILMAZ, Kerem (2014), Defansif Tıp, ss.171

⁴⁸³ YILMAZ, Kerem (2014), Defansif Tıp, ss.173

⁴⁸⁴ YILMAZ, Kerem (2014), Defansif Tıp, ss.176

⁴⁸⁵ YILMAZ, Kerem (2014), Defansif Tıp, ss.155

olmasıyla sonuçlanmaktadır. Daha önceki basamaklarda tedavisi mümkün olan hastaların eğitim hastanelerinde tedavi edilmesi, birinci ve ikinci basamak sağlık kuruluşlarının kapasitelerinin atıl kalmasına, kaynak israfına, eğitim hastanelerinin önünde aşırı yığılmalara ve sağlık hizmeti sunanlar ve alanlar açısından tatminsizliğe yol açmaktadır. Araştırma sonucunda, eğitim hastanesine başvuran hastaların ancak %37.7'sinin eğitim hastanesi tedavisine ihtiyaç gösteren hastalardan oluştuğu, buna karşın hastaların %62.3'ünün sağlık sorunlarının birinci ve ikinci basamakta çözülebilir olduğu saptanmıştır.” sonucuna varmışlardır.⁴⁸⁶

Pozitif defansif tıp olarak tanımlanan olgu bazı makalelerde ofansif tıp olarak tartışılmaktadır. “Medical Practice-offensive medicine” adlı makalede, ABD’de 2010 yılında gündeme gelen sağlık reformundan bahsedilmektedir. Defansif tıbbın gereksiz maliyetlere neden olduğu belirtilmekte ve bunun ofansif tıbbı tetiklediği iddia edilmektedir.⁴⁸⁷ “The Offensive Flip-Side of The Defensive Medicine Argument” başlıklı makalede de malpraktis ve yargılanma endişesiyle, gereksiz testler ve işlemler yapılmasının finansal ve finansal olmayan maliyetler oluşturduğu belirtilmiştir. Ayrıca başka bir yöne de temas ederek gereksiz görüntüleme ve işlemlerin bir kazanç kaynağı olduğu iddia edilmiştir. Malpraktis çekincesi ve defansif tıp adına yapıldığı iddia edilen bu işlemlerin ofansif tıp oluşturduğu belirtilmiştir.⁴⁸⁸

Son yıllarda, hasta başına veya performansa göre hekimlere ödeme yapılan sağlık sistemlerinde, tıbbi müdahale endikasyonlarının genişlediği ve sayılarının arttığına dair görüşler vardır. Türkiye’de de 2003 yılından itibaren uygulamaya konan SDP çerçevesinde, performansa dayalı döner sermaye uygulaması başlamıştır.

Başlangıçta hekimlere verilen performansa göre ücret kavramı hekimlerin emeğinin değerlendirilmesi ve gelirlerinin artırılması olarak yorumlanmıştır. Sırf bu performans anlayışı nedeni ile sağlıkta dönüşümün diğer yönleri üzerinde durulmamış ve sanki sağlıkta dönüşüm projesi sadece bu amaçla yapılan bir iş gibi algılanarak bu proje ya açıktan ya da kerhen desteklenmiştir. Topluma da bu dönüşümün herkesin

⁴⁸⁶ PEKER, Suat, C.DEMİR, B.ŞAHİN (2004), “GATA’da gereksiz hastane kullanımı ve hasta yatış verileri”, *Gülhane Tıp Dergisi*, 2004;46(3)

⁴⁸⁷ http://www.economist.com/blogs/democracyinamerica/2010/09/08/medical_malpractice “Medical malpractice-offensive medicine”, by VVV-New York,

⁴⁸⁸ PETTY, Jonathan (2013), “The offensive flip-side of the defensive medicine argument”, 18.06.2013, <http://www.thelegalexaminer.com>, Virginia-Richmond.

istediği hastaneye gitmesi ve istediği eczaneden ilacını alabilmesi için yapılan bir dönüşüm olduğu söylenmiştir.⁴⁸⁹

Salt girdi ve çıktının değil sürecin de denetim altına alındığı yeni sağlık yönetim sistemleri, hem tüm tıbbi girdinin kullanımını denetim altına almakta, hem de yapılan her bir işlemi izlemekte ve kaydetmektedir. Kartlı geçiş sistemleri, kameralar ve hastane otomasyon sistemleri, izlemenin temel araçlarıdır. Bu araçların en ayırt edici özelliği, denetimi içselleştirmesidir. Burada denetimin içselleştirilmesi, mesleki çalışma kural ve normlarına dayalı öz-disiplin ve öz-denetimin erozyonu pahasına gerçekleşmektedir.⁴⁹⁰

Sağlığın ticarileşen boyutuna ilişkin verilerin saptandığı anlatılardan, yeni ekonomik rasyonalitenin, sağlık üzerindeki iktisadi etkilerini görmek mümkündür. Söz konusu etki, hekimlerin, “bir yaşam hakkı” olan sağlık hizmetleri üzerinde, hekimlik yapma kaygısını ortadan kaldıran veya ikinci plana iten, odaklanmaları gereken tıbbi problemlere onları yabancılaştıran sonuçlar yaratmakta, bu durum, ameliyat, poliklinik hizmetlerinde, tetkik ve laboratuvar istemlerinde, reçete yazma ve ilaç tercihlerinde gereksiz tüketimin artmasına yol açmaktadır.⁴⁹¹

Döner sermaye ile sağlık çalışanlarının ücretlerindeki azlığın takviyesi ve taşeronlaştırma ile başlayan süreç performans uygulaması ile pekiştirilmiş, artık ne kadar hizmet verirsen, o kadar para alırsın anlayışı yaşama geçirilmiştir. Performans diye sunulan kavram; tamamen hizmet başı ödemedir. Amaç: daha fazla hasta muayene edilmesi; daha fazla ilaç yazılması; daha fazla hasta opere edilmesi; daha fazla tetkik yapılması; puanı yüksek olan girişimlerin daha fazla tercih edilmesi; “Teknoloji odaklı tıp” benimsenmesi; “High-tech” tıbbi teknoloji kullanımının arttırılması; sağlık çalışanları arasında ticari rekabetin artırılması olarak sıralanabilir. Ne yazık ki, sağlık çalışanları ve halk kısa sürede bu uygulamaya alışmış, sağlık tamamen piyasa kurallarına terk edilmiş, metalaştırılmıştır.⁴⁹²

⁴⁸⁹ YILMAZ, Uğur (2010), “Sağlık hizmetlerinde verimlilik anlayışı ve bunun sağlık sistemindeki sonuçları”, 02.01.2008, <http://www.turkhukuksitesi.com/showthread.php?t=23119>

⁴⁹⁰ ULUTAŞ, ÜNLÜTÜRK, Çağla (2011), ss.59

⁴⁹¹ KART, Elife (2013), ss.115

⁴⁹² ZENCİR, Mehmet (2006), “Sağlıkta dönüşüm: Sağlıkta deformasyon”, *TTB-Uzmanlık Dernekleri Eşgüdüm Kurulu*, “12. Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurultayı”, 01-03.12.2006, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmir, ss.32

Performansa dayalı ücretlendirme yalnız hastayı değil hekimleri de homo-economicus olarak gören anlayışın bir yansımasıdır. Bu anlayışa göre, her hekim kendi çıkarını en çoklaştırmaya çalışacak, daha çok kazanmak isteyen hekim daha kısa zamanda daha çok iş yapacak, işgününe uzatacak, hastaya ayırdığı vakti kısaltacak ve böylece “toplum yararı” da en yüksek düzeyde elde edilecektir. Diğer yandan söz konusu sistemin, gerçek olmayan endikasyonlarla hasta tedavilerinin düzenlenmesi ve meslektaşlar arası rekabetin yaratacağı olumsuz çalışma ortamı gibi sonuçlar doğurması olasıdır.⁴⁹³

Türk Cerrahi Derneği tarafından, 2010 yılında, 413 genel cerrahın katılımıyla, performansa dayalı ödeme sisteminin değerlendirildiği bir çalışma yapılmıştır. Katılanların %71’i performansa dayalı geri ödeme sistemi uygulanan hastanelerde çalışmaktadır. Ankete katılanların % 62’si performansa dayalı ödeme sisteminin iş yükünü artırdığını/artıracağını düşünmektedir.⁴⁹⁴ Ankete katılanların % 75’i performansa bağlı ödeme sisteminin komplikasyon sayısını artırdığını/ artıracağını düşünmektedir. Bu soruya evet cevabı verenler, nedenleri için; performans kaygısı ile uygun olmayan hasta/ameliyat seçimi ve performansı arttırmak amacıyla bireysel kapasiteyi zorlamayı belirtmişlerdir. Bu bulgu performans sisteminin bir taraftan cerrahları ameliyat yapmaya teşvik ettiğini, diğer taraftan çekinik tıp uygulamalarına da neden olabileceğine işaret etmektedir. “Performansa bağlı ödeme sisteminden sonra endikasyon dışı ameliyat sayısında/etik sorunlarda artış olduğunu/olacağını düşünüyor musunuz?” sorusuna ise katılımcılar %84 oranında “evet” yanıtını vermişlerdir. Ankete katılanların yarıdan fazlası istenen tetkikler, işlemler ve konsültasyonların sayısında artış olduğunu belirtmektedir. Katılımcıların %86’sı performansa bağlı ödeme sisteminin, hizmet kalitesini değerlendirmedeğini düşünmektedir. Ankete katılanların 4/5’i geri ödeme sisteminin hasta güvenliği ve bakım kalitesinde artışa yol açmayacağını düşünmektedir.⁴⁹⁵

İsmail Hakkı Aydın’ın “Cerrahi Endikasyon” adlı makalesinde konuyla ilgili yorumu şöyle olmuştur; “Bazen, bazı meslektaşlarımızın, çeşitli mülahazalarla,

⁴⁹³ ULUTAŞ, ÜNLÜTÜRK, Çağla (2011), ss.53,54

⁴⁹⁴ AĞALAR, Fatih, C.TERZİ (2010), “Performansa dayalı ödeme sistemi değerlendirme anketi”, *Türk Cerrahi Derneği “Genel Cerrahide Performans Sistemi Çalıştayı”*, 26.12.2010, TCD Merkezi, Ankara, ss.47

⁴⁹⁵ AĞALAR, Fatih, C.TERZİ (2010), ss.51-54

hastadan ziyade, hastalığı ya da hastanın laboratuvar tahlillerini ve radyolojik tetkiklerini tedavi, yahut ameliyat(!) etme gayreti içerisinde olduklarına maalesef şahit oluyoruz. Hastaya elini dahi sürmeden, muayene etmeden, hatta hastanın yüzünü bile görmeden, genel durumunu dikkate almadan ameliyat kararı veren meslektaşlarımızın olduğunu, üzümlere ifade etmek istiyorum. Ayrıca, lüzumsuz sıklıkta kontrollere çağırma yanında, gereksiz, fakat pahalı tetkik, girişim ve biyopsilerden tutun da, hastanın iki ayağını bir pabuca sokup, bir başka hekimin konsültasyonuna, ya da fikrine başvurmayaya fırsat vermeden, kişisel tek bir amaca(!) odaklanıp ‘Çok acil(!), gecikince ölürsün, felç olursun...’ gibi sözlerle korku salarak, klasik tıbbi bilgilerin ışığında, birkaç ilaç ve istirahat ile şifa bulabilecek insanları operasyona zorlamalara varıncaya kadar, birçok onur kırıcı ve yüz kızartıcı davranışları da zikredebiliriz. Diğer taraftan, endikasyonları, gerekliliği tartışmalı olan ya da olmayan ameliyatlarda, tetkik ve tedavi amaçlı girişimlerde kullanılan stent, klip, koil, şant, kafes, protez, vida, rod, plak gibi malzemeler hususuna da, şimdilik girmek istemiyorum.”⁴⁹⁶

A. Küçük ve D. Gökçınar, performansa göre ek ücret ödemesinin anestezi uygulamalarına etkilerini değerlendirdikleri retrospektif araştırmada, genel cerrahi ameliyathanesinde 2003 yılında toplam 1230 hastanın 54’üne rejyonel anestezi uygulanırken, 2007 yılında 1505 hastanın 362’sine rejyonel anestezi uygulandığı saptanmıştır. “Performansa dayalı ek ücret ödemesi sonrası anestezi yöntemleri daha çok puan getiren uygulama yönünde değişmiştir” önermesine uzman hekimler, tıpta uzmanlık öğrencileri ve anestezi teknisyenlerinin çoğunluğu ‘katılıyorum’ şeklinde yanıt vermiştir.⁴⁹⁷ “Performansa dayalı ek ücret ödeme sisteminden sonra endikasyonu olmayan girişimler yapılmaya başlamıştır” görüşüne karşı tıpta uzmanlık öğrencileri %78’i ‘katılıyorum’ ve ‘kesinlikle katılıyorum’ şeklinde yanıt vermişlerdir.⁴⁹⁸ Buna göre; “anestezi hekimleri, performansa dayalı ek ödeme sistemiyle birlikte daha çok gelir getiren rejyonel anesteziyi daha fazla tercih etmeye başlamış olabilirler.” sonucuna varılmıştır.⁴⁹⁹

Eskiden görece daha homojen bir grup olan hekimlerin genel temsilcisi konumundaki ulusal tıp birlikleri aşırı uzmanlaşma ve piyasalaşma sürecinde kan

⁴⁹⁶ AYDIN, İsmail Hakkı (2011), “Cerrahi endikasyon”, 28.11.2011, <http://www.medimagazin.com.tr>

⁴⁹⁷ KÜÇÜK, Ahmet, D.Gökçınar, E.Aksoy (2012), ss.264

⁴⁹⁸ KÜÇÜK, Ahmet, D.Gökçınar, E.Aksoy (2012), ss.264

⁴⁹⁹ KÜÇÜK, Ahmet, D.Gökçınar, E.Aksoy (2012), ss.268

kaybederken, uzmanlık dernekleri önem kazanmaya başlamıştır. Uzmanlık derneklerinin kazandığı önem, “hekimlik” kimliğinin yerine “uzmanlık” kimliğini öne çıkarması açısından dikkate değer olduğu kadar hekimlerin piyasada kendi uzmanlık alanlarının çıkarını koruma çabalarının somut bir görünümü olduğu için de dikkat çekicidir. Uzmanlık derneklerinin sağlık politikalarına ilişkin yaklaşımları, üyelerinin toplumsal konumları ile doğrudan ilişkilidir. Yüksek talep gören ve yoğun teknoloji kullanan, daha çok para kazanan ve kazandıran uzmanlık alanları, sağlık reformları eliyle gerçekleşen piyasalaşma sürecine daha çok destek olmaktadır.⁵⁰⁰ Uzmanlaşmanın artışı açısından bir diğer önemli nokta ise, artık hekimlerin tıbbi bakımın yalnızca bir aşamasında uzmanlaşmaya başlamalarıdır. Tek ve belirli bir hastalığı olanlar, o konun uzmanları tarafından yönergelerde belirlenmiş standartlara uygun olarak tedavi edilmektedirler. Karmaşık çok sistemli kronik hastalıkları olan hastalar ise bir montaj hattında gibi işlem görmektedir. Hekimlikte uzmanlaşma ve piyasalaşma ile çok sayıda hekim kendi alanlarında meydana gelen tıbbi değişiklikleri yakından takip etmeye, daha çok teknoloji kullanmaya ve hasta taleplerini karşılayarak gelirlerini artırmaya çalışmaktadırlar.⁵⁰¹

Performansa dayalı ek ödeme sisteminin Sağlık Bakanlığı kurum ve kuruluşlarındaki uygulamasında maalesef olumsuz yönler, olumlu yönlerine göre çok daha fazla olup, sistem çalışma barışını bozan, etik değerleri göz ardı eden, halk sağlığına olumsuz etkileri olan ve ülke ekonomisine sanılandan çok daha büyük bir yük haline gelen kaotik bir duruma sürüklenmiştir.⁵⁰²

Ofansif tıbbi yönelik uygulamalar hemen hemen sağlık hizmetinin her alanında görülebilmektedir. Ancak özellikle performansa dayalı ücretlendirmenin olduğu sistemlerde, daha fazla gelir getiren veya kısa sürede çok sayıda vakaya müdahale edilebilecek girişimlerin tercih edildiği bir gerçektir. Türkiye’de sağlık finansman sistemi içerisinde, döner sermaye gelirleri önemli bir yer tutmaktadır. Kamu hastanelerinin bir takım harcamalarını bu gelirlerinden karşılamak zorunda olması, hastane yöneticilerini de bu gelir kalemine bağımlı hale getirmiştir. Bu durum

⁵⁰⁰ ULUTAŞ, ÜNLÜTÜRK, Çağla (2011), ss.72

⁵⁰¹ ULUTAŞ, ÜNLÜTÜRK, Çağla (2011), ss.73

⁵⁰² KORKMAZ, Atilla, H.GÜNDOĞDU (2010), “Performansa dayalı ek ödeme sisteminin genel cerrahi alanına etkileri”, *Türk Cerrahi Derneği “Genel Cerrahide Performans Sistemi Çalıştayı”*, 26.12.2010, TCD Merkezi, Ankara, ss.20.

hekimlere performansa dayalı döner sermaye ödemesi yapılmasıyla beraber ofansif tıbbi tetiklemiştir. Tıbbi gereklilik kriterlerinin genişletilerek, daha fazla hastaya müdahale edilmesi, özellikle bazı girişimlerde dikkat çekmektedir. Dünyada da üzerinde durulan bu olgu, ülkemizde de tartışılma noktasına gelmiştir. Maddi getirisi yüksek operasyonlar veya MR, BT gibi görüntüleme yöntemleri gereğinden fazla uygulanmaktadır. Bu tıbbi müdahalelerin bazılarını daha yakından bakmak ve diğer ülkelerle karşılaştırmak konu hakkında daha iyi fikir verecektir.

Tanı koymaya yardımcı yöntemlerden olan radyolojik incelemeler ve bunların içerisinde özellikle MR ve BT uygulamaları, ofansif tıpta önemli bir yer tutmaktadır. Radyolojide hem MR ve BT cihazı sayıları hem de yapılan çekim sayıları dünyada ki diğer ülkelere göre oldukça yüksek sayıdadır. Bir milyon kişiye düşen bilgisayarlı tomografi cihazı sayısı Polonya'da 6,3; Macaristan'da 6,5; İngiltere'de 6,7 iken, Türkiye'de 7,3'dür.(OECD,2006). Bir milyon kişiye düşen manyetik rezonans görüntüleme birimi sayısı Polonya'da 1,9; Macaristan'da 2,6; Fransa'da 3,2; Kanada'da 4,9 ve İngiltere'de 5 iken (OECD,2006), Türkiye'de Temmuz 2006'da 6,1'dir.⁵⁰³ 2013 yılı verilerine göre Türkiye'de 798 MR, 1080 BT cihazı bulunmaktadır.⁵⁰⁴ İstanbul'da İngiltere'nin, İzmir'de ise Finlandiya'nın iki katı sayıda MR cihazı vardır. 2007'de devlet hastanelerinde poliklinik hastalarının %0,6'sına MR çekildi. Özel sektörde bu oran 3 kattan çoktur. BT oranlarında da durum hiç farklı değildir; Devlet hastanelerinde poliklinik hastalarının %1,2'sine, özel sağlık kuruluşlarında ise %2,4'üne BT incelemesi istenmiştir.⁵⁰⁵

⁵⁰³ PALA, Kayıhan (2007), ss.33

⁵⁰⁴ <http://www.sbv.saglik.gov.tr/E.kutuphane>, Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı,(2013), ss.80

⁵⁰⁵ SALTİK, Ahmet (2012), ss.96,105

2010 ve 2013 yıllarında bu oranlar, her 1000 muayenede aşağıdaki gibi oluşmuştur;

Tablo 5. 2010 ve 2013 yılları MR ve BT görüntüleme sayıları/1000 muayene

	2010 MR	2013 MR	2010 BT	2013 BT
Sağlık Bakanlığı	15,1	18,8	20,9	26,3
Üniversite Hastanesi	32,5	38,1	57,3	55,5
Özel Sağlık Kurumları	33,4	38,1	31,3	29,2
Toplam	19,2	24	24,9	29,1

www.sbv.saglik.gov.tr/E.kutuphane, Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı,2013

Tablo 6. Sağlık Bakanlığı verilerine göre 2013 yılı toplam görüntüleme sayıları

	Sağlık Bakanlığı Hastaneleri	Üniversite Hastaneleri	Özel Sağlık Kurumları
MR	5.213.207	1.142.721	2.717.654
BT	7.295.808	1.662.826	2.081.060

Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri, 2013 (s:119)

Sağlık Bakanlığı verilerinden de görüldüğü gibi radyolojik görüntüleme sayıları çok yüksektir. Bunda her bel ağrısına MR veya BT istenmesinin büyük payı vardır. Oysa tıbbi zorunluluk olmadıkça, bel ağrısında ilk 6 hafta görüntüleme önerilmez. Çünkü, tedaviyi etkilemez ve gereksiz cerrahiye neden olur.⁵⁰⁶ Bu konu, ayrıca omurga cerrahilerinin değerlendirildiği bölümde incelenecektir.

Bu verilerin ışığında, Türkiye'nin nasıl bir teknoloji odaklı sağlık hizmeti sunma anlayışına sürüklendiği açıkça görülmektedir. Hem BT hem de MR sayısı bakımından daha gerideki İngiltere ve Fransa gibi ülkelerin, Türkiye'ye göre çok daha yaşlı bir nüfusa sahip oldukları düşünüldüğünde; Türkiye'de yüksek tıbbi teknolojinin yanlış

⁵⁰⁶ HAELE, Tara (2013), "Putting testa to the test: many medical procedures prove unnecessary-and risky" March5,2013, <http://www.scientificamerican.com/article/medical-procedures-prove>

kullanımının tartışılması bir zorunluluk olarak karşımıza çıkmaktadır.⁵⁰⁷ Tüketim hızındaki artışın SDP uygulanmaya başlamasından sonra yükselmesi; özellikle performansla dayalı ödeme sistemiyle beraber olan artış ve son olarak “Tam Gün” çalışmanın başladığı 2010 yılı sonrası ulaşılan rakamlar dikkat çekicidir. Benzer artışlar başka tıbbi girişimlerde de görülmektedir.

Ofansif tıp uygulamalarının tartışıldığı alanlardan biri de Kardioloji ve Kalp Damar Cerrahisi girişimleridir. Kalbi besleyen damarlar olan koroner arterlerin tıkanması yani koroner arter hastalığı, en sık görülen kalp hastalıklarından biridir. Sağaltımında ilaç tedavisi, ciltten kateterizasyon ile yapılan anjioplasti veya stent uygulamaları (perkutan kardiyak girişim) ve koroner bypass ameliyatları uygulanmaktadır. Son yıllarda, tedavide girişimsel yöntemlerin daha fazla uygulanır olması tüm dünyada tartışılmaktadır. Genellikle kardiologlar kendi yaptıkları anjiyo yöntemlerini, kalp-damar cerrahları ise bypass operasyonlarını önermektedir. OECD istatistiklerine bakıldığında 2000-2010 yılları arasında perkutan kardiyak (PKG) girişim oranının kayda değer bir artış gösterdiği söylenebilir. Her 100.000 kişide OECD ülkeleri için PKG ortalaması 2010 yılında 191’dir. Türkiye’de ise 2010 yılında 144 olan bu oran 2011 yılında 198’e çıkmıştır.⁵⁰⁸ 2010 yılında İngiltere’de 22 bin koroner stent ve 18 bin koroner bypass uygulaması yapılırken; Türkiye’de 70 bin koroner stent ve 55 bin koroner bypass yapılmıştır. Nüfusları birbirine yakın bu iki ülkeden, İngiltere’nin çok daha yaşlı bir nüfusa sahip olması, rakamlar arasındaki farkı daha da dikkate değer kılmaktadır. Türkiye’de bu durum ile ilgili medyaya yansıyan bir haberde; “4 milyar lirayı aşan tedavi giderlerinin detaylarını inceleyen SGK tarafından, sağlıklı hastalara bile anjiyo ve bypass yapıldığı tespit edildi. Bir yetkili, ‘bir ilçemizde sadece devlet hastanesi varken yılda 20 bypass yapılırken, özel hastane açılmasıyla sayı 150’ye çıktı. Yapılan ameliyatların %25’inin gereksiz olduğu tespit edildi.’ açıklaması yapılmıştır.⁵⁰⁹ Koroner arter hastalığı tedavisi ile ilgili olarak son yıllarda yapılan bazı çalışmalar, on yıllık yaşam süresi bakımından tedavi yöntemleri arasında büyük farklar olmadığını belirtmektedir. Bu nedenle her hastanın kendi koşulları içerisinde değerlendirilip, tedavi

⁵⁰⁷ PALA, Kayıhan (2007), ss.33

⁵⁰⁸ BALBAY, Yücel, S.BENER, T.KAYGUSUZ (2014), “Koroner revaskülarizasyon-Dünya ve Türkiye örnekleri”, *Türk Kardioloji Dergisi*, C.42, S.3, ss.245-252

⁵⁰⁹ www.medimagazin.com.tr, 10.09.2009

yöntemine iyi bilgilendirilmiş hasta ile beraber karar verilmesi en doğru uygulama olacaktır.

Ofansif tıp uygulamalarında omurga cerrahisi de önemli bir yer tutmaktadır. Özellikle “bel fitiği” ve bel omurlarına ait diğer hastalıklarda uygulanan girişimler ilk sırada yer almaktadır. Bel ağrılarının %1-3’ü bel fitiğidir ve bunların yaklaşık %10’u operasyonu gerektirir.⁵¹⁰ “SGK verilerine göre Türkiye’de 2010, 2011 ve 2012’de yapılan spinal cerrahi operasyonlarının analizi” adlı çalışmaya göre; 2010’da 91.662, 2011’de 110.520, 2012’de 137.756 spinal (omurga) cerrahisi operasyonu yapılmıştır. Bunların içinde torakolomber enstrümantasyon (plak, vida vb.) uygulan hastaların oranı; 2010’da %15.36, 2011’de %16.95 ve 2012’de %18.67 olmuştur. Enstrüman uygulamasının zorunlu olduğu travma (kırık, çıkık) olgularının sayıları ise; 2010’da 1100, 2011’de 1510, 2012’de 1980’dir. 2008-2012 arasında omurga operasyonu sayısı %62.8 artmıştır. Enstrüman uygulanan ameliyat sayısı ise %94.7 artmıştır. Bu artış hızı operasyon artış hızından çok daha fazladır.⁵¹¹ ABD’de yılda yaklaşık 7 milyon bel ağrısına 200.000 lomber spinal cerrahi uygulanmaktadır. Bunların %20’si ağrı nedeniyle yeniden opere olmaktadır.⁵¹² Yaklaşık 300 milyon nüfusu olan ABD ile kıyaslandığında Türkiye’de ki operasyon sayılarının yüksekliği görülmektedir. Bu konuda Prof.Dr.Erbil Dursun’un bir makalesinde yorumu şöyle olmuştur; “Tüm popülasyonda, hayatının herhangi bir döneminde bel ağrısı şikayeti olması oranı %80’dir. Bunların yaklaşık %4’ ü bel fitiğine bağlıdır. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre bel ağrısının spesifik bir nedene bağlı olma oranı %0,2’dir. MR’da bulgu vermeyen bel fitiği saptanan kişi oranı %76’ya kadar çıkmaktadır. O zaman MR ile disk hernisi operasyonu endikasyonu koymak ne kadar anlamlıdır? Dünyadaki klavuzlar bel ağrısının erken döneminde (en az bir ay) radyolojik görüntülemenin karşısında yer almaktadır. Oysa ülkemizde hastalar bel ağrısı anamnezi bile alınmadan radyolojiye yönlendirilmektedir. Yine bel ağrılarının ülkemizde yoğun şekilde ameliyat edildiğini

⁵¹⁰ <http://www.beyincerrahisi.org>

⁵¹¹ NADERİ, Sait (2014), “SGK verilerine göre Türkiye’de 2010, 2011 ve 2012’de yapılan spinal cerrahi operasyonlarının analizi”, *Türk Nöroşirürji Dergisi*, C.24, S.1, ss.1-6.

⁵¹² EŞEOĞLU, Metehan (2008), “Lomber disk herniasyonunda başarısız bel cerrahisi...”*Uzmanlık Tezi*, Sağlık Bakanlığı Prof.Dr.Mazhar Osman Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2.Nöroşirürji Kliniği, İstanbul, ss.6

biliyoruz. Amprik de olsa, gözlemlerimize göre ameliyat oranı son yıllarda, özellikle performans uygulamasından sonra gittikçe artmaktadır.”⁵¹³

Son 20 yılda tıp biliminde görülen teknolojik ilerlemenin en fazla olduğu alanlardan biri göz hastalıkları olmuştur. Özellikle katarakt ameliyatları eskiye kıyasla çok daha hızlı, kolay ve güvenli yapılmaktadır. Ancak bu durum, performansa dayalı ödeme sistemiyle beraber ofansif uygulamaları da tetiklemiştir. Aynı gün, aynı hastanede katarakt ameliyatı olan 8-10 hastanın hepsinde birden gelişen enfeksiyon veya köylerden otobüslerle katarakt hastası toplanması gibi haberler basında sıkça yer almaktadır. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından konuyla ilgili olarak, katarakt operasyonlarının değerlendirilmesine yönelik komisyon oluşturulduğu, işlemlerin uygunluğu ve sonuçlarının değerlendirileceği bildirilmiştir.⁵¹⁴ 01.01.2014 tarihinden itibaren geçerli olmak üzere yayınlanan Sağlık Bakanlığı genelgesinde; “Son zamanlarda Bakanlığa gelen çok sayıda şikayet üzerine yapılan inceleme ve denetlemeler sonucunda katarakt ameliyatlarına ilişkin düzenleme yapılması gereği hasıl olmuştur.

1. Sağlık hizmeti verilen tüm kuruluşlarda görme keskinliği muayenesi yapılan 55 yaş üstü hastaların sağlık kuruluşu bilgi sistemlerinde görme keskinliği derecelerinin girilme zorunluluğu getirilmiştir.

2. Sağlık kuruluşlarında katarakt ameliyatı endikasyonu konulan hastalar örnekleme yöntemiyle denetlenecektir. Bu amaçla elektif vakalarda hastaların ameliyatlarının 24 saate kadar tehir edilmesi istenebilecektir. Bu sürede denetim ekipleri tarafından endikasyona uygunluk değerlendirmesi yapılacaktır.”⁵¹⁵

Benzer bir uygulama, 01.08.2013 tarihinde yapılan SUT değişikliği ile özel sağlık kurumlarına ilişkin olarak yapılmıştır. Buna göre Göz hastalıklarında doktor başına günlük muayene sınırı 60 hastadan 40 hastaya düşürülmüştür ve günlük her yapılan operasyon başına 2 hasta daha az muayene edilecektir.(madde 3:2.2.1.B.1)

⁵¹³DURSUN, Erbil (2012),“Bel ağrısı”,*Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi*, 17.12.2012,<http://www.medimagazin.com.tr/autors/erbil-dursun/tr-bel-agrasi-72>

⁵¹⁴<http://www.denetim.saglik.gov.tr>

⁵¹⁵www.resmigazete.gov.tr, 27.10.2013, s:23824201

Katarakt ameliyatlarının çok yüksek sayılarda olması nedeniyle alınan önlemlerden biri de fiyatlarının değiştirilmemesi olmuştur. 2005 yılında katarakt ameliyatı (FAKO+İOL) için 355 TL ödenirken, 2014 yılında 410 TL ödenmektedir. Ancak fiyatların yıllık enflasyon oranına uygun olarak arttırılmaması bile operasyon sayılarının artışı engellememiştir ve sağlık kurumlarını “sürümden kazanma” yoluna sevk etmiştir.

Tıp alanındaki teknolojik ilerlemenin en belirgin olduğu branşlardan biri de ortopedi olmuştur. Eklem içi görüntüleme ile yapılan artroskopik ameliyatlardan, her türlü doğumsal anomaliye varana kadar pek çok ortopedik sorun başarı ile tedavi edilebilmektedir. Geliştirilen eklem protezleri artık çok daha kolay ve güvenli bir şekilde uygulanabilmektedir. Az hareket etme, aşırı kilo veya ilerleyen yaş gibi nedenlerle kalça ve diz eklemlerinde meydana gelen değişiklikler, ağrı ve hareket kısıtlılığı yakınmalarına neden olmaktadır. Hastanın yaşam kalitesini bozan bu şikayetlerin tedavisinde ilaçlar, fizik tedavi veya eklem protezleri uygulanmaktadır. Eskiye göre protez operasyonlarının daha kolay ve çok yapılması ve sosyal güvenlik kurumunun iyi ücretlendirmesi yapılan girişim sayısının çok artmasına neden olmuştur. ABD ve Avrupa ülkelerinde de, diz ve kalça protezi ameliyatlarının gereğinden daha fazla yapıldığına dair yayınlar yapılmaktadır. Nispeten daha genç ya da çok yaşlı hastalara uygulanması veya başka tedavi yöntemleri denenmeden operasyonun tercih edilmesi dikkat çekmektedir. Ameliyat endikasyonlarının geniş tutularak çok sayıda protez uygulaması yapılması hem hastalar açısından erken ve geç komplikasyonlar yönüyle risk oluşturmakta hem de ülkenin sağlık giderleri içerisinde yüksek bir maliyet oluşturmaktadır. Protezin kendi fiyatı hariç, total diz artroplastisi ameliyatı için 2005 yılında SGK 533 TL öderken, bu rakam 2013’de 1600 TL, 2014’de ise 1800 TL olmuştur. ABD’de, semptomları bulunan ve görüntüleme bulguları artrit yönünde olan bir hasta grubunda yapılan çalışmada; hastalar tedavi yöntemleri ile ilgili doğru ve tam bilgilendirildikten sonra, diz cerrahisi isteyenlerin oranı %15 çıkmıştır.⁵¹⁶

Performansa dayalı ödeme sistemi, hastaların tedavisinde hekimlerin daha pahalı yöntemleri seçme konusunda teşvik edici olmaktadır. Bir makalesinde Ortopedide performansa dayalı ödeme sistemini değerlendiren Kevin J. Bozic’e göre;

⁵¹⁶ WENBERG, E. John, A.M.O’CONNOR, E.D.COLLINS (2007), “Extending the pay-for-performance agenda” <http://www.healthaffairs.org/content/26/6/1564.abstract>

“Performans sisteminde, veri toplama, analiz, yüksek maliyetler, ek finans eksikliği, hasta seçiminde istenmeyen sonuçlar gibi zorluklar vardır. Performansa dayalı ödeme sisteminin güvenli ve etkin uygulanabilmesi için uygulayıcılar, politika yapanlar ve hastalar arasında işbirliği yapılmalıdır.”⁵¹⁷

Günümüzde değişen yaşam şekli, aktivite kısıtlanmasına toleransın azalması, teknolojiye ilerlemelerle gelişen materyal-tasarım özellikleri, artroplasti ameliyatlarının genç ve aktif olgularda da uygulanmasına yol açmıştır. Ağrı ve fonksiyon kaybı şikâyetlerindeki belirsizlikler uygulama kararında hekimin sorumluluğunu arttırmaktadır. Yüksek teknolojinin yarattığı ekonomik, sosyal ve profesyonel zorlamalar ise uygulamalar sırasında etik ikilemlerin daha sık ortaya çıkmasına neden olmuştur. Klinik uygulamalarda her etik ikilemin cevabını formüle etmek olanaksızdır, ancak etik kriterler ortopediste karar vermede yol gösterici olabilir.⁵¹⁸

Birkaç tıbbi müdahale bazında incelediğimiz ofansif tıp uygulamalarının, toplam ameliyat sayılarına yansımaları net olarak görülebilmektedir. Yıllara göre yapılan değerlendirmeler, 2003 sonrası Sağlıkta Dönüşüm Programı ve buna bağlı Performansa Dayalı Döner Sermaye uygulamasının etkilerini göstermektedir.

SSK ve Devlet Hastaneleri’nde 2002 yılında toplam 596.186 büyük ameliyat yapılırken, bu sayı 2008’de 1.456.036’ya yükselmiş, aynı şekilde, üniversite hastanelerinde 2002’deki 195.014 büyük ameliyat sayısı 383.815’e erişmiştir. Orta büyüklükteki ameliyatlarda SSK ve Devlet Hastaneleri’nde 2002’deki 473.789 sayısı 2008’de 1.008.255’e tırmanmış; aynı şekilde, üniversite hastanelerinde 2002-2008 döneminde orta büyüklükteki ameliyat sayısında %115’lik bir artış yaşanmıştır. En yüksek artış ise küçük ameliyatlarda ortaya çıkmış, SSK ve Devlet Hastaneleri’nde 2002’deki 317.361 küçük ameliyat sayısı 2008’de 1.328.662’ye ulaşmış; üniversite hastanelerinde ise 2002’deki 82.567 ameliyat sayısı 2008 yılında 266.819’a yükselmiştir. 2002’de SSK ve Devlet Hastaneleri’nde operasyonla sonuçlanan başvuru

⁵¹⁷ BOZIC, J. Kevin, A. SMITH (2007), “Pay for performance in orthopedics”, [http://www.arthroplastyjournal.org/article/S0883,2007/22\(6\)](http://www.arthroplastyjournal.org/article/S0883,2007/22(6))

⁵¹⁸ ATICI, Teoman, E. ATICI (2011), “Artroplasti ve etik: değişen ve genişleyen endikasyonlar ve etik sorunlar”, *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, V.31(1), ss.176-185

oranı %1,26 iken, bu oran 2008'de %1,75'e yükselmiştir.⁵¹⁹ Bu oran 2010'da %2.8 olmuştur. Cerrahi hekim başına düşen ameliyat sayısı ise 2007-2013 arası %8.85 artmıştır.

Sağlık Bakanlığı ve SGK ameliyatları büyükten küçüğe A,B,C,D ve E grubu olarak sınıflandırmaktadır. Ülkemizdeki toplam ameliyatlar içinde küçük (E grubu) ameliyat oranı 2002'de toplamın %28.4'ü iken 2010 yılında %55.5 olmuştur. Sağlık Bakanlığı birkaç yıldır D ve E grubu ameliyat sayılarını vermemektedir. Hasta açısından riski az ve süresi daha kısa olan bu girişimler performans puanı yönünden büyük operasyonlara göre avantajlı olduğundan, bazı hekimler tarafından daha fazla tercih edilmektedir. Örneğin; cerrahi beceri, operasyon süresi, kullanılan malzeme yönüyle laparoskopik safra kesesi ameliyatı 566 puan (B grubu) iken buna karşılık çok daha basit bir operasyon olan anal fissür operasyonu (D grubu) 206 puandır. 2013 yılında Sağlık Bakanlığı verilerine göre yapılan A,B ve C grubu ameliyat sayıları tablo 7'de verilmiştir.

Tablo 7. Sektörlere göre ameliyat sayılarının, ameliyat gruplarına dağılımı

	A	B	C	Toplam
Sağlık Bakanlığı	181.675	848.484	1.384.379	2.414.538
Üniversite Hastaneleri	110.599	282.182	323.108	715.889
Özel Sağlık Kurumları	165.295	553.346	835.169	1.533.810
Toplam	457.569	1.684.012	2.542.656	4.684.237

Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı,2013,s:106

SDP ile uygulamaya konulan performans sisteminin en temel çıktısı, ister gerçek ister yapay talep yaratmak şeklinde olsun, sağlık hizmeti ve sağlık teknolojisi tüketimini arttırmak olmuştur. Performans politikasının uygulandığı sağlık birimlerinde yatan hasta

⁵¹⁹ ULUTAŞ, ÜNLÜTÜRK, Çağla (2011), ss.167

sayısında, yatak işgal oranlarında ve yatak devir hızında artış, hastanelerde ortalama kalış süresinde ise azalma saptanmıştır.⁵²⁰

“Erus ve Hatipoğlu (2010) 2002-2006 verileri ile yaptıkları tahminlerde, hastane büyüklüğü ve sabit etkiler kontrol edildiğinde, reformlar sonrasında hekim başına poliklinik hasta sayısının yaklaşık üç katına çıktığı görülmektedir. Yatan hasta sayısı da hekim başına iki katından fazla artmıştır. Sağlık Bakanlığı bu durumu verimlilik artışı olarak açıklamaktadır. Oysa bu artışın arkasında yatan gerçek, iş yoğunlaşmasıdır. Başvuru düzeyi artmış ancak sağlık çalışanı sayısı başvurularla orantılı biçimde artmamıştır.”⁵²¹

Türkiye’de hastane yatak doluluk oranları, tüm sektörler bazında incelendiğinde, 2002 yılında %59.4, 2006 yılında %67.9 ve 2013 ‘de %66’dır. Toplam yatan hasta sayısı 2002 yılında 5.5 milyon, 2009 yılında ise 9.9 milyondur. Yatak doluluk oranındaki bu artışa rağmen hastanede yatan hastaların ortalama yatış günlerine bakıldığında; 2002’de 5.8 gün, 2004’de 5.7 gün, 2008’de 4.1 gün ve 2013’de 3.9 gündür. 2012 yılında Dünyadaki hastane kalış günü ortalamalarına baktığımızda; Japonya 17.5, Almanya 9.2, Birleşik Krallık 7, Fransa 5.6, OECD ülkeleri ortalaması 7.4 ve Türkiye’de 4 gün olarak gerçekleşmiştir.⁵²² Görüldüğü üzere Türkiye’de hastanede kalış süreleri yıllar içerisinde süratle azalmış ve pek çok ülkenin altına inmiştir. Hastane doluluk oranında artışa rağmen, hastanede kalış sürelerinin azalması hasta sirkülasyonunu arttırmaya yönelik bir yaklaşımı göstermektedir.

⁵²⁰ ELBEK, Osman, ADAŞ, Emin Baki (2009), ss.39

⁵²¹ ULUTAŞ, ÜNLÜTÜRK, Çağla (2011), ss.167

⁵²² <http://www.sbv.saglik.gov.tr/E.kutuphane>, Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı,(2013), ss.109-112

Tablo 8. Sağlık Bakanlığı verilerine göre, tüm sektörlerde toplam ameliyat sayıları

	2002	2009	2010	2011	2012	2013
Sağlık Bakanlığı	1.072.417	1.829.919	2.039.021	2.209.326	2.298.893	2.414.538
Üniversite Hastaneleri	307.878	546.903	576.547	617.477	664.695	715.889
Özel Sağlık Kurumları	218.837	1.131.431	1.215.159	1.373.774	1.446.630	1.553.810
Toplam	1.598.362	3.508.253	3.850.727	4.200.577	4.410.218	4.684.237

www.sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane, Sağlık Bakanlığı İstatistikleri Yıllığı,2013,ss:105

Tüm bu verilerin ışığında görüldüğü üzere SDP'nin başladığı 2003 yılından itibaren Türkiye'de yapılan tıbbi müdahale sayılarında yüksek oranda artışlar olmuştur. Bu artışlar ülkenin nüfus artışına orantılı değildir. Özel sağlık merkezlerinin sayılarının artması ve sosyal güvenceli hastalara sağlık hizmeti vermeleri, bu kurumlardaki tıbbi girişim sayılarının artmasının nedenlerindedir. Kamu sağlık kurumlarında yapılan tıbbi müdahalelerin artmasının en önemli nedeni ise SDP ile uygulanmaya başlayan "performansa dayalı döner sermaye sistemi"dir. Dünyada olduğu gibi Türkiye'de de sağlıkta dönüşüm programı "daha fazla tıp" tüketimi yani *ofansif tıp* sonucunu doğurmuştur.

ABD'de 2009 yılında tüm sağlık harcamalarının %30'unun gereksiz sağlık hizmetleri, idari aşırı harcama ve kasıtlı fazla harcamalarla israf olduğu belirtilmiştir. Hastalara fazla fazla tanısal test yapılması sonucu birçok önemsiz sağlık sorunu bulunabilir. Bunları tedavi etmek, ömür boyu hastaya zarar vermeyecek bir bulguyu tedavi etmekten başka bir anlam taşımaz. Bazen ilave tarama testleri, gereksiz radyasyon veya biopsiye neden olur; yanlış pozitifliğe yol açar. Her testten önce onun sonucunun tedaviyi nasıl etkileyeceği sorusunu sormak gereklidir. Daha çok bakım, daha iyi bakım değildir.⁵²³

Hizmet başına ödeme yapılması da daha fazla tıp kullanmak için hekimleri teşvik etmektedir. Örneğin; ABD, Chicago'da bir hastanede daha fazla gelir elde etmek

⁵²³ HAELLE, Tara (2013), "Putting testa to the test: many medical procedures prove unnecessary-and risky" March5,2013, <http://www.scientificamerican.com/article/medical-procedures-prove>

için hastalara gereksiz yere trakeotomi (soluk borusuna ciltten kesi yapılarak hastanın solutulması) işlemi yapıldığı ve 160.000 dolar fazla ödeme alındığı tespit edilmiştir.⁵²⁴

Almanya'nın en büyük sağlık sigortalarından biri olan AOK'nın hastane raporuna göre bu ülkede ameliyat edilen hastaların sayısı her geçen gün artıyor ama aslında bunların çoğu tıbbi olarak gereksiz girişimler. Rapor, geçen sene Almanya'da bugüne kadar rastlanmayan miktarda yani 18 milyon 300 bin hastanın tedavi edildiğini gösteriyor. Bu 2005'de 16 milyon 800 bin olan hasta sayısının %11.8 arttığı manasına geliyor. Kazançlı ameliyatların sayısı artmaktadır. 2005-2010 arasında sadece bel kemiği ameliyatlarında iki mislinden fazla artış var. 2008-2010 arasında kalp pilleri de %25 daha fazla takılmış veya değiştirilmiş. Diz ve kalça protezleri de giderek daha çok yapılan cerrahi girişimler arasında ilk sıralarda geliyor. Her 100 bin kişiden 296'sına kalça ve 213'üne diz protezi yerleştirilen Almanya bu bakımdan Avrupa'da birinci. AOK'nun Bilim Enstitüsü'ne göre bu süre içinde nüfustaki ve yaşlı sayısındaki artışlar hesaba katıldığında ancak %30'luk bir artış makul kabul ediliyor. Alman Hastaneler Derneği bu yorumları, teknolojik gelişmeler sonucu ameliyat gerektiren hastalıklardaki artış, teşhis yöntemlerinin gelişmesi, hasta beklentilerinin değişmesi gibi nedenlerle kabul etmiyor. Sigorta şirketinin başkanı ise "Ameliyat sayılarının artıyor olmasını mutlaka hastaların lehine bir durum olarak değerlendirmek mümkün değil. Kimse gereksiz yere ameliyat edilmemeli. Özellikle de omurga ameliyatları ve kalp kateterizasyonu gibi çok kazançlı ve planlanabilir girişimlerdeki artan sayılar, tıbbi ihtiyaçlardaki artışlarla açıklanamaz." şeklinde yorumlamaktadır.⁵²⁵

Performansa dayalı ödeme sisteminde, saptanan performans kriterlerinden hiçbirisi sağlık hizmetinin niteliğini ölçmemekte ve mevcut hali ile ekip hizmeti çalışmasını olanaksızlaştırmaktadır. Yürürlükteki sistem, sağlık hizmetinin bir ekip hizmeti olduğunu göz ardı ederek hekim odaklı bir yapıyı yerleştirmiştir. Bir hekim ne kadar çok hasta muayene ederse, ne kadar çok hastaya müdahale-ameliyat yaparsa, sistem onu o oranda çok ödüllendirmektedir. Ancak bir hekimin çok hasta muayene etmesi veya ameliyat yapması aslında hasta başına ayırdığı zamanı azalttığı anlamı

⁵²⁴ PETTY, Jonathan (2013), "The offensive flip-side of the defensive medicine argument", 18.06.2013, <http://www.thelegalexaminer.com>, Virginia-Richmond

⁵²⁵ KÜÇÜKUSTA, Ahmet Rasim (2014), "Ameliyatlar gerekli olduğu için yapılmıyor", 03.09.2014, <http://www.saglikaktuel.com>

taşımaktadır. Ayrıca, hizmet tüketiminin teşvik edildiği bu sistemin yanlış ve gereksiz tanı ve tedavi uygulamalarını arttıracığı da açıktır.⁵²⁶

SDP'nın temel amaçlarından biri desentralizasyon yani sağlık hizmetlerinin sunum ve finansmanında merkezi yönetimin etkisini azaltarak, kamu sağlık kurumlarını birer ticari işletme haline getirmektir. Yerel karar alıcıların toplumun ihtiyaçlarına daha iyi cevap verebilecek olması, toplumun yerel hizmetlerin planlanması ve denetlenmesine katılımının demokrasiyi geliştirecek olması ve yerel düzenlemenin kaynakların daha etkin kullanılmasını sağlayacak olması desantralizasyon uygulamalarının temel gerekçeleridir. Ancak Latin Amerika'da yaşanan deneyim, Dünya Bankası "patentli" bu gerekçeleri doğrulamamıştır. Çünkü Latin Amerika'da desantralizasyon uygulaması sonrasında "verimli işletmeler" haline gelen sağlık kurumları, kazançlarını maksimize etmek için olmayan hastalar, yanlış teşhisler, mükerrer hesaplar ve yazılmayan ilaçlar için kesilen faturalar gibi yollarla her zaman kârı öncelemişlerdir. Reformların gerekçesi olan "kalite" ise, bu "verimli işletmelerin" unutulmuş bileşeni olmuştur.⁵²⁷

Çin'de de uygulanan yeni reformlar, çabalara rağmen, yüksek gelir elde etmek isteyen hastaneler ve hekimlerin finansal nedenler için mesleki sorumluluk ve etik değerleri göz ardı etmesine neden olmuştur. Dizginsiz piyasa yaklaşımı sağlık hizmetlerine erişimi azaltmış, hastaların mali yükü artmış ve kalitesiz sonuçlara neden olmuştur. Çin'de ilaç harcamalarının 1/3'ünden fazlası gereksiz reçete edilen ilaçlar nedeniyledir. Ek gelir ve kar sağlamak için pahalı testler ve ilaçların kullanımı artmaktadır. Sağlık giderlerinin artmasına rağmen sağlığa ulaşım azalmaktadır. İlaç ve tıbbi malzeme firmaları hastaneler ve doktorlara rüşvet teklif etmektedir. Bu durum hastalardan "masa altı" ödeme olarak cerrahi işlem yapılmasını da doğurmuştur. Devlet buna yüksek cezalar ve sınırlamalar getirmek zorunda kalmıştır.⁵²⁸ Çin'in GSMH'dan sağlığa ayırdığı pay yaklaşık %4'dür. Kişi başına sağlık harcaması 31 dolardır. 1990-2000 yılları arasında sağlık harcamaları %500 artmıştır. Yatak sayısı %20, buna karşılık sağlık personeli ise %15 artmıştır. Sağlık hizmeti sunumunda özel sektör giderek daha fazla yer almaktadır. Kamu hastanelerinin finansmanı hükümet sübvansiyonu, kullanıcı

⁵²⁶ ELBEK, Osman, ADAŞ, Emin Baki (2009), ss.39

⁵²⁷ ELBEK, Osman, ADAŞ, Emin Baki (2009), ss.39

⁵²⁸ HSIAO, C. William (2008), "When incentives and professionalism collide", V.27, N.4, ss.949-951, <http://www.healthaffairs.org/content/27/4/949.abstract>

ödentisi ve ilaç ücretleriyle sağlanmaktadır. 2000 yılında hükümet sübvansiyonu %8'e düşmüş, kullanıcı ödentisi payı ise %40'a çıkmıştır. Sağlık kaynaklarının büyük kısmı ileri teknoloji ve ilaca harcanmış, bunların pahalı ve aşırı kullanımı artmıştır.⁵²⁹

Diğer ülkelerde olduğu gibi Türkiye'de de, "sağlıkta reform" adı altında uygulanan programlar, sağlık ekonomisini olumsuz yönde etkilemiştir. Kamu hastanelerine Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan ödemeler azalmış ve sekreterlik, temizlik, tadilat gibi harcamaları döner sermaye gelirlerinden yapmaları zorunlu kılınmıştır. Yıllara göre Sağlık Bakanlığı'nın yatırım giderlerinin bakanlık bütçesine oranına baktığımızda, 1988'de %17,6, 1998'de %7,1, 2003'de %5,01 iken bu rakam 2010'da %4,6'ya gerilemiştir. Çok net olarak görülüyor ki; kamu artık sağlık yatırımı yapmamaktadır. Merkezi yönetim bütçesinden sağlık kurumlarına ödenek giderek azaltılırken, hastanelerin döner sermaye gelirleriyle idare etmesi isteniyor. Buna karşın SGK açıkları her geçen yıl artmaktadır. SGK'nun, tedavi hizmeti satın almak için harcadığı paranın 2002'de %14'ü, 2008'de %31,4'ü özel sektörden hizmet satın almaya gitmiştir. Aynı yıllarda Sağlık Bakanlığı hastanelerinden alınan tedavi edici hizmetlere ödenen paranın payı %64'den %52'ye düşmüştür. Üniversite hastanelerine ise %21,9'dan %16,1'e inmiştir. 2012 bütçesinden 70 milyar TL SGK'ya aktarılmıştır. 2014 için aktarılan rakam 77 milyar TL'dir ve SGK gelir-gider açığı 21 milyar TL'dir.⁵³⁰ Bu açık her geçen sene artmaktadır.

Toplam Kalite uygulamaları, iş akış şemaları, tedavi patika [yol şemaları] ve yönergeleri gibi standardizasyona yönelik uygulamaların yanı sıra, sağlık sigortaları ödeme yönergeleri ve performans dayalı ücretlendirme gibi ücrete dayalı yeni uygulamalarla da teşhis ve tedavi süreci en küçük parçalarına ayrılarak tanımlanmakta ve ayrı ayrı ücretlendirilmektedir. Teşhis, tedavi ve rehabilitasyon sürecinin her işlem ve alt işlemler için ayrı ayrı tanımlanması, kodlanması ve fiyatlandırılmasına (ücretlendirilmesine) yönelik bu uygulamalar, sağlık hizmet üretimini onun finansmanından kurumsal olarak ayıran "sağlık reformları" ile birlikte ele alındığında daha anlaşılır hale gelmektedir. Üretim ve finansmanın tek çatı yerine ayrı kurumsal yapılara dönüştürülmesi, sağlığın sosyal güvenlikle ilişkisini zaafa uğratarken piyasa olarak örgütlenmesine ivme kazandırmaktadır. En alt işlemde başlanarak standardize

⁵²⁹ <http://www.sartugan.com/CIN%20SAGLIK%20SISTEMI.pdf>

⁵³⁰ SALTİK, Ahmet (2012), ss.106,109,110

edilmiş tüm işlemlerin fiyatlandırılması, “sağlık piyasasına” yönelik fiyat denetimi tesis edilmesi ve böylece sağlık harcamalarının denetlenmesi ve kaçakların önlenmesi gibi amaçlara sahiptir. Emeğin (sağlık personelinin) denetimi, fiyat denetiminin bir fonksiyonundan ibarettir. Tüm tıbbi bakım görevlerinin en küçük parçalarına ayrılarak, her bir işlem için standartların belirlenmesi, farklı bir fiyatlandırmaya ve işbölümüne tâbi tutulması, sağlık çalışanlarını insandan uzaklaştırmakta ve insana yabancılaştırmaktadır. Böylece hayat kurtarıcı bir cerrahi işlem, herhangi bir meta üretim sürecine benzer bir hal almaktadır.⁵³¹

Sonuç olarak, sağlık hizmetinin tarzı ve biçimi hizmet sunanların bilgi, yetenek ve görüşlerine göre belirlenmesi, hizmetinin sınırlarının çok net bir şekilde çizilememesi, tıbbi bilgilerin çok hızlı bir şekilde değişmesine bağlı olarak, sağlık hizmetinin doğruluğunun, yerindeliliğinin ve niteliğinin tam olarak değerlendirilememesi sağlıkta performansa dayalı ödeme sisteminin uygulanmasını oldukça zorlaştırmaktadır. Ayrıca performansa dayalı ödeme sisteminde, performans ölçütlerinin doğruluğuna dair kanıt dayalı bir verinin bulunmadığı için hangi performans ölçütü belirlenirse belirlensin, tam olarak adalet sağlanamayacaktır. Ülkemizde uygulanan ve performansa dayalı ödeme yöntemlerinden biri olan hizmet başı ödeme yöntemi ile sadece hizmetin niceliğine göre ödeme yapılması, hizmetin niteliğinin ve gerekliliğinin göz ardı edilmesi, bu yöntemin sağlık hizmeti talebini ve sağlık harcamalarını artırması, işbirliğine dayalı ekip hizmetini ortadan kaldırması, kadrolu sağlık insan gücünün ek ödemelerinden prim kesintisi yapılmamasına bağlı olarak eksik bildiriminden kaynaklanan bir kayıt dışılığa yol açması ve daha fazla kazanç elde etme yönünde istismarları artırması nedeniyle, sağlık hizmeti sunumunun ücretle ilişkilendirilmesi son derece yanlış bir yaklaşımdır. Oysa, sağlık hizmetlerinin insani bir hizmet ve ihtiyaç olması, aynı zamanda hasta gereksinimleriyle uyumlaştırılması ve niteliğinin artırılması için hizmet sunumu ile ücretler arasında ilişki kuran sistemlerin devreden çıkarılması gerekmektedir.⁵³²

Bu bilgilerin ışığında görüldüğü üzere, performansa dayalı döner sermaye ödemesi sistemi, *ofansif tıp* uygulamalarının en önemli nedenlerinden biridir.

⁵³¹ ULUTAŞ, ÜNLÜTÜRK, Çağla (2011), ss.76

⁵³² GÖRMÜŞ, Ayhan (2011), ss.257

7. TARTIŞMA VE SONUÇ

Dünyanın bilimsel yönden ilerlemesi, 20. yy.'ın ikinci yarısından günümüze kadar, giderek artan hızda devam etmektedir. Özellikle bilgisayar teknolojisindeki gelişmeler, bilimin tüm alanlarına yansımıştır; bilginin yayılması, paylaşılması ve iletişim bağlamında çok önemli bir yere sahiptir. Tıp bilimi de bu gelişmelerde yerini almış ve büyük aşama kaydetmiştir. Önceki yıllarda adı konmamış hastalıklar tanımlanmış; zor tanı konan, tedavisi zor veya yok diye düşünülen hastalıklar, artık rahatlıkla müdahale edilebilir duruma gelmiştir. Tanı aşamasındaki testler, optik ve görüntüleme alanındaki gelişmeler, bilgisayar teknolojisinin sağlık hizmetinin her alanında yaygın kullanımı, yeni ilaçlar, yeni tedavi ve tıbbi girişim yöntemleri tıp bilimini bugün bulunduğu ileri seviyeye getirmiştir ve bu gelişim devam etmektedir.

İlerleyen teknoloji mevcut hastalıklara teşhis ve tedaviyi kolaylaştırdığı gibi yeni hastalıkların da tanı ve tedavisini geliştirmektedir. Ancak artan dünya nüfusu, sağlıksız çevre ve beslenme koşulları, olumsuz çalışma koşulları, sosyal ve ekonomik dengesizlikler gibi pek çok faktör dünya sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir. Her geçen yıl daha fazla sayıda insan sağlık hizmeti almaya gereksinim duymakta; fakat bu noktada bir paradoks karşımıza çıkmaktadır. Süratle ilerleyen teknoloji, sağlık hizmetinin eşit, yaygın ve yeterli düzeyde sunumu konusunda aynı başarıyı gösterememektedir. Bu sonucun birbiriyle bağlantılı birkaç nedeninden biri, koruyucu ve önleyici sağlık hizmetlerine verilen değer, harcanan zaman ve paranın yeterli düzeyde olmamasıdır. Diğer bir neden ise sağlık hizmetlerinde yükselen maliyetlerdir.

İlerleyen teknolojinin üretilmesi, temin edilmesi ve kullanımı yüksek bir maliyeti gerektirmektedir. Kuşkusuz bu teknolojik gelişmenin devamlılığı da bunu üreten şirketlerin parasal büyüklüğü ile doğru orantılıdır. Dolayısıyla varlıklı ülkelerin, büyük şirketlerinin bu alanda bulunması kaçınılmaz olmuştur. Bu durum özellikle 1980 sonrası, neo-liberal sosyal ve ekonomik politikaların dünyada egemen olması gerçeği ile birleşince, sağlık da bir "sektör" olmuştur. Artık "girdi", "çıktı" gibi ekonomik terimlerin kullanıldığı, hizmet yerine "karlılık" önceleyen, hastayı "müşteri" olarak gören bir "sağlık sektörü" meydana gelmiştir. Sağlık alanının başrol oyuncularını artık hekim ve hasta değil; teknolojiyi üreten ve onu satın alanlar olmuştur. Karlılığı

amaçlayan çoğu ekonomik sektörde hedef yüksek tüketim hızıdır. Artık hizmet sektörü olmaktan çıkıp ticarileşen sağlık hizmetlerinde de amaç karlı olan yönde tüketimi arttırmaktır. Bu nedenle birinci basamak sağlık hizmetleri, koruyucu ve önleyici sağlık hizmetleri yerine, ileri teknoloji ürünü pahalı tanı ve tedavi yöntemleri tercih edilir duruma gelmiştir. Yine bu nedenle dünyanın bir ucunda artık robotlarla ameliyatlara yapılırken, başka bir ucunda basit bir enfeksiyondan binlerce insan ölmektedir.

Sağlık sektöründe tüketimi yani karlılığı arttırmak için, bu alanda başrolde olan rollere geçmiş olan hasta ve hekim grubunu “oyunun” içinde tutmak zorunludur. Bu amaçla hizmeti alan hastaların yani müşteri konumundaki insanların talebini arttırmak gerekmektedir. Bunun yolu da giderek tıbbileşen hayatlardır. Yazılı-görsel tüm medyada, sağlık programı veya kampanya gibi yollarla, hayatın normal süreçleri için bile tedavi yöntemleri sunulmakta, teşvik edilmekte hatta zaman zaman zorlanmaktadır. Aslında çoğu reklam olan bu yayınlar sağlık hizmetine talebin ve tüketimin artmasına yardımcı olmaktadır. İnsanların çantaları, buzdolapları, evleri birer eczane haline gelmiştir ve sağlık hizmeti talep edenlerin çoğu büyük ya da küçük bir tıbbi girişime maruz kalmaktadır. Bu ortamı sağlamanın bir koşulu da hizmeti sunan ve alan arasındaki bir köprü durumunda olan hekimleri oyunun içinde tutmak ve bir parçası yapmaktır. Farklı ücretlendirme politikaları da bu amaç için kullanılmaktadır. Sonuç olarak varılan nokta ise tıbbin daha fazla tüketilmesi, yapılan gereksiz tıbbi girişimler veya genişleyen tıbbi gereklilik (endikasyon) koşullarıdır; yani “ofansif tıp”tır.

Dünya genelinde sağlık ile ilgili hedefler çoğunlukla, daha fazla insana, daha kaliteli ve daha ucuz sağlık hizmeti sunabilmektir. Sağlık politikaları üretenler görünüşte bu hedeflere uygun amaçlarla, pek çok ülkede sağlık reformları veya dönüşüm programları uygulamaya koymaktadırlar. Türkiye’de de 2002 yılından itibaren “Sağlıkta Dönüşüm Programı” adı altında yeni bir sağlık sistemi hayata geçirilmiştir. SDP’nin herkesin istediği hastane ve eczaneden yararlanabilmesi ve sosyal güvenlik kurumlarının bir çatı altında birleştirilmesi gibi olumlu sonuçları olmakla birlikte; sağlık hizmetlerinin giderek özelleşmesi, kamu hastanelerinin birer ticarethane haline gelmesi, kamu sağlık harcamalarının artması, hizmet kalitesindeki yetersizlik gibi olumsuz sonuçlar da ortaya çıkmıştır.

1980 sonrası dönemde daha liberal politikaların uygulanmaya başlamasıyla, sağlık hizmetlerinin sunumunda da yeni bir dönem başlamıştır. Birikim rejimindeki dönüşümle birlikte sağlık hizmetlerinde gerek yönetsel gerek denetsel aygıtlar yeniden biçimlenmiştir. Yönetsel dönüşümün birbiriyle bağlantılı iki temel ayağı, hizmet sunumu ve finansmanın birbirinden ayrılması ve adem-i merkezileşme sürecidir. Sağlık kurumları, 1990'lardan itibaren kâr maksimizasyon hesaplarına göre yönetilmeye başlanmış; sosyal güvenlik kurumlarını tek çatı altında birleştirilerek finansman ve hizmet sunumunun birbirinden ayrılmasıyla, SGK sosyal içerikten yoksun bir sigorta kurumu haline getirilmiştir. Hastanelerin hizmet sunan ve sigortadan hizmet bedelini tahsil eden kurumlar haline gelmesi, ticarileşme sürecindeki en önemli dönüm noktasıdır.⁵³³

Sağlık Bakanlığı bütçesinden hastanelere aktarılan payın azaltılması, döner sermaye gelirlerinin hastanelerin asıl gelir kaynağı haline getirilmesi ve bu amaca uygun olarak performansa dayalı döner sermaye uygulamasına geçilmesi hastanelerin birer ticari işletme haline gelmesinde önemli rol oynamıştır. Yıllara göre Sağlık Bakanlığı'nın yatırım giderlerinin bakanlık bütçesine oranına bakıldığında, 1988'de %17.6, 1998'de %7.1, 2003'de %5.01 ve 2010'da 4.6'dır. Merkezi yönetim bütçesinden sağlık kurumlarına ödenek giderek azalmaktadır. Sağlık Bakanlığı giderleri içerisinde döner sermaye paylarının yıllara göre dağılımı artmaktadır. 1998'de %28.3, 2002'de %55 iken 2008'de %120 düzeyine çıkmıştır. Yataklı Tedavi Kurumları döner sermaye gelirleri 2002 yılında 1.8 milyar TL iken SDP uygulamaya geçmesinden sadece iki yıl sonra 2004'de 4.8 milyar TL'ye çıkmıştır. Hastaneler pek çok giderlerini döner sermaye gelirlerinden karşılamak zorunda bırakılmıştır. İllerde Kamu Hastane Birlikleri'nin oluşturulması, mali işlerini kendi kadro ve yetkileriyle yürütmeleri, hatta bu birliklerin en üst yöneticisi durumundaki Genel Sekreterlik makamının, sağlık çalışanları arasında bir holding yöneticisi gibi "CEO" olarak adlandırılması, tamamen özelleştirme öncesi, kamu hastanelerinin özerkleşmesi yönünde atılan büyük bir adım olmuştur.

Neo-liberal dönemde, kamu yönetimi anlayışının dönüşmesi ve sağlık hizmetlerinin kamusalıktan uzaklaşması süreci, denetim biçiminde de dikkat çekici bir dönüşüme eşlik etmiştir. Toplam Kalite Yönetimi, İnsan Kaynakları Yönetimi, Yalın

⁵³³ ULUTAŞ, ÜNLÜTÜRK, Çağla (2011), ss.136

Üretim, Performans Yönetimi gibi yeni yönetim tekniklerinin sağlık hizmetlerinde uygulanmaya başlamasıyla yeni denetim stratejileri ve yeni gözetim teknolojileri uygulamaya sokulmuştur. [Yukarıda da belirtildiği gibi] performansa dayalı ödeme sisteminin en belirgin özelliği denetimi mesleğe dair unsurlardan soyutlayarak yaygınlaştırması ve içselleştirmesidir. Sağlık çalışanlarının işlerini ve konumlarını korumak, hastanenin karını yükseltmek ve daha çok ücret elde etmek için rekabet etmeleri, performans değerlendirmesinin kimi çalışanlar için rızaya, kimi çalışanlar için zora dayalı denetimiyle gerçekleşmektedir. Bu farklılık bireysel tercihlerle ilgili olmadığı gibi hekimliğin bir meslek topluluğu olmaktan çıkmasıyla ilgilidir. Diğer yandan elektronik gözetim sistemleri ve hasta kayıt sistemleri ile de denetim artırılmaktadır. Önceki dönemde hiyerarşi, kurallar ve görevlerle kendisini hissettiren bürokratik denetim, şimdi yerini, sağlık çalışanlarının işlerini ve konumlarını korumak, hastanenin karını yükseltmek ve daha çok ücret elde etmek için rekabet etmelerine dayalı bir denetim tarzına bırakmıştır.⁵³⁴ Böylelikle performansa dayalı ücretlendirme sistemine geçilmesi, hekimler ve diğer sağlık çalışanlarını, yeni programın gönüllü veya gönülsüz birer uygulayıcısı konumuna getirmiştir.

Ücretlendirmedeki değişim çalışanları ister-istemez sistemin birer parçası yapmıştır. Yeni ücret sisteminin önemli temsilcisi Lawler (1990), “ücretlendirmeyi güçlü bir örgütsel değişim aracı olarak görmekte ve ücret sistemlerinin örgütlere ürün ve işgücü piyasalarında rakiplerine göre görece rekabet üstünlüğü sağlaması için iş strateji ve süreçleriyle bütünleştirilmesi” gereğini ifade etmektedir. Eğer ücret stratejik bir araç olarak işlev göreceyse ücretin değişken ve performans koşuluna bağlı olması gerekir. Bu amaçla yapılan aylık gelirin sabit maaş kısmının düşük tutulup, önemli bir bölümünün performansa göre belirlenmesidir. Türkiye’de sağlık çalışanları açısından değerlendirdiğimizde, döner sermaye gelirinden dağıtılacak paranın belirlenmesi büyük ölçüde hastane yöneticilerinin inisiyatifindedir. Ödemeler hem kurum içinde hem de hastaneler arası farklılıklar göstermekte, bazı branşlarda daha az olmakta, perifer şehirlerde daha az olmakta, çalışılmayan günlerde ödeme yapılmamakta ve bu belirsiz miktarda ki ödemeler emekliliğe yansımamaktadır. Çalışanların özlük haklarını bu derece kısıtlayan performansa dayalı ücretlendirmenin işverene katkısı ise öncelikle kar elde edilmesinin sadece hastane yönetiminin değil tüm çalışanların hedefi haline

⁵³⁴ ULUTAŞ, ÜNLÜTÜRK, Çağla (2011), ss.56,57

gelmesidir. Hastaneler arası, klinikler arası, klinik içi ve sağlık emekçileri arasında piyasacı bir rekabetin oluşmasıdır. Bunun sonucunda da emek üretkenliğinin artması, hizmet üretiminin artması, talebin kışkırtılması, kışkırtılmış talebin karşılanması ve emeğin denetimi sağlanmaktadır.⁵³⁵

Sağlık hizmetinin sunumunda en önemli görev hekime düşmektedir. Sağlık bulmak talebi ile gelen hastaya hizmeti ulaştıran, uygulayıcı olan hekimdir. Uzun ve ağır bir eğitim döneminin sonunda tıp doktorluğu yapmaya hak kazanılmakta ve bu eğitim meslek hayatı boyunca devam etmektedir. İnsan sağlığı ve hayatı gibi kutsal ve bir o kadar da karmaşık olan yapının sorumluluğunu almanın, maddi olarak ölçülebilecek bir değeri olamaz. Ancak aldığı eğitim, mesleki sorumluluk, vicdani ve hukuki risk göz önüne alındığında, belirli bir refah düzeyinde olması en doğal hakkıdır. Geçmiş yıllarda, özel çalışmanın verdiği avantajı da kullanarak, haklı ya da haksız yüksek ücretler kazanan hekimlerin olduğu bir gerçektir. Fakat bu hekimlerin oranı günümüzde yaklaşık 120 bin olan doktor sayısının içinde %1-2'yi geçmez. Tüm hekimlerin çok varlıklı veya para düşkününü gibi gösterilmesi bir yanıltmadır. Tam aksine uygulanmakta olan düşük sabit ücret politikalarıyla, hekim performansına dayalı ödemeye mahkum kılınmış ve yeni sağlık sisteminin içinde tutulmuştur. Kuşkusuz bu ekonomik durum, bir hekimin kanunları, etik değerleri ve bilimsel kuralları dikkate almaması için bir mazeret olamaz.

Bir kontrol biçimi ve bir baskı aracı olarak “performans” uygulaması, hekimin hastasına verdiği, insancıl ve etik temelli “değer” kavramının içeriğini, hastanın bir “kar” nesnesi olarak görüldüğü ve buna göre davranış biçiminin belirlendiği bir içeriğe doğru dönüştürmektedir. “Bakılan hasta sayısı”nın önemli hale getirilmesi, kaliteyi düşürdüğü gibi, hastanın bir “müşteri” gibi algılanmasına da yol açmaktadır. Hekimlerin ve hastaların içine girdikleri bu durum, özel şirketlerin işgücü piyasasını, kendi “kar” ve “verimlilik” politikaları doğrultusunda şekillendirme süreçlerini hatırlatmaktadır. “Bakılan hasta sayısı”nın önem kazanması, hekimin hem kendisi, hem

⁵³⁵ZENCİR, Mehmet (2011), “Sağlık çalışanlarının esnek ücretlendirilmesi,” *Kapitalizmin Krizi ve Sağlık Sempozyumu*, 01.10.2011, Ankara, www.ttb.org.tr/dosya/kapitalizm/mehmet_zencir.pdf

de çalıştığı kurum için istenilen verimlilik ölçütlerini karşılamak zorunda bırakılma eğilimlerini gündeme getirmektedir.⁵³⁶

Sağlık sektörü, şirket ve ticari menfaatlerin tahakkümünün belirleyici olduğu bir alana dönüştürülmekte, bir çalışan olarak hekim de, özel sektördeki bir çalışan gibi, kurumun politikalarıyla bütünleşmeye zorlanmaktadır. Hekimlerin giderek “kualite” içeren çalışma koşullarına doğru itildiğini gösteren bu durum, hastalar açısından, “kaliteli tedavi olabilme ortamını” ortadan kaldırmaktadır. Performansa dayalı ücretlendirmenin hekimler üzerindeki etkisinin değerlendirildiği bir anket çalışmasında, konuyla ilgili olarak bir hekimin yorumu durumu özetlemektedir; “...Randevuyu sıkıştırın diyorlar bize. Hastanelerin yöneticileri fazla hasta almamızı istiyorlar... Sırf performanstan dolayı döner sermaye artsın diye... Başhekimler çok hasta alın diyor. Hekimin aslında bir günde efektif gerçekten kendini vererek ne kadar hasta bakabileceğinin ötesinde bir doktor günde ne kadar çok hasta bakarsa hastanemize o kadar para girer mantığıyla bakılıyor... Bu arada hastayı hiç düşünmeden günde 100 hasta bakan bir hekim ne kadar iyi tedavi verebilecek. Yani çok kaliteli bir sağlık sistemi yok. Çok iyi tedavi edici bir ortam oluşamadı. Hekim çok yoruluyor bu anlamda... Baktığı hastaya da zaten çok kaliteli bakmıyor. Ne kadar hasta bakarsam cebime o kadar para girer mantığı var sadece. Bunu herkes için söylemiyorum...”⁵³⁷

Sistemin sağlık hizmeti kalitesini ölçmek için hangi parametreleri kullandığı bilinmemektedir. Performans sisteminde öncesi ve sonrasını karşılaştırmaya yönelik veri toplanması ve analizi yapılmamaktadır. Örneğin, hastaların tedaviden sonra yeniden aynı şikayetle aynı kuruma veya başka bir kuruma başvurup başvurmadığına bakılmamaktadır. Bazı hasta grupları için performans sistemi öncesindeki sağ kalım ve morbidite oranları ile sonrasındaki oranlar araştırılmamakta ve oranlar arasında karşılaştırmalı analizler yapılmamaktadır. Bu sistemin hastaları gereksiz sevk etme (overtraj) veya sevk edilmesi gereken hastaları sevk etmeme (undertraj) gibi fenomenlere, çekinik tıp (defensive medicine) gibi uygulamalara yol açıp açmadığını saptamaya yönelik izlenebilir/ölçülebilir epidemiyolojik bilgiler yoktur.⁵³⁸

⁵³⁶ KART, Elife (2013), ss.118

⁵³⁷ KART, Elife (2013), ss.117

⁵³⁸ TERZİ, Cem (2010), ss.138

Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) ve Bütçe Uygulama Talimatı (BUT) ile Sosyal Güvenlik Kurumu ve Maliye Bakanlığı'nın ödeme yapacağı tüm işlemler ve koşullar en ince ayrıntısına kadar belirlenmiştir. Finansman ve hizmet sunumunun ayrılarak finansmanın denetim altına alınması süreci hizmet sunumu açısından üç önemli etki yaratmaktadır. İlki bu sürecin devletin sağlık hizmeti üretim sorumluluğundan çekilmesi için önemli bir basamak olmasıdır. İkincisi hastanelerin hizmet üretim amaçları ve ilkelerindeki dönüşümdür. Söz konusu tebliğlerle harcamaların azaltılması ve kaçakların önlenmesi amaçlanmaktadır. Hastaneler SUT ve BUT'a uygun işlem yaparak SGK ve Maliye Bakanlığı'ndan hizmet bedellerini alabilme, gelir gider dengesini koruyabilme, günlük deyimle “değirmeni döndürme” çabasına girmişlerdir. Bu çaba hastaneleri, tanı ve tedavi işlemleriyle tıbbi girişimlerde zarar etmemek üzere tüm girdilerde maliyet minimizasyonuna sevk edeceği gibi, tebliğlerce belirlenen daha kârlı işlemleri daha çok yapmaya da yöneltebilecektir. Üçüncüsü hekimlerin tanı ve tedavi süreçlerinin bu tebliğler etrafında belirlenmesi ve değiştirilmesi zorunluluğudur.⁵³⁹

Diğer yandan her yeni tebliğ yeni düzenlemeler içerdiği için, hekimlerin tedavi süreçlerini bu yeni ödeme ilkeleri çerçevesinde yeniden belirlemeleri gerekmektedir. Dolayısıyla harcamaların kısılması ve denetim altına alınması amacına yönelik olarak düzenlenen bu tebliğler, hekim özerkliği açısından da önemli bir tehdit oluşturmaktadır. Özetle ifade etmek gerekirse tebliğler hekimlerin tanı ve tedavi süreçlerinde en az onlara ışık tutan bilgi, deneyim ve kanıtlar kadar etkin olmaktadır.⁵⁴⁰

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın sağlık çalışanları yönünden anlamı ve sonuçları oldukça sorunludur. Çünkü program, sağlık alanını piyasaya dinamiklerine açmaya ve sağlık kurumlarını karlılığı düşünen bir işletme gibi yapılanmaya/davranmaya zorlamaktadır. İşletme mantığı çerçevesinde, ister kamu ister özel olsun tüm sağlık kurumları girdilerini azaltıp, çıktıları arttırarak gelirlerini yükseltmeye çalışacaktır. Bir sağlık işletmesinde geliri yükseltmenin en iyi yolu o işletmeye başvuran ‘müşteri’ sayısını ve ona sunulan tedavi edici hizmet çeşitliliğini arttırmaktır. Hastalar ile sağlık çalışanları arasındaki asimetric bilgi düzeyi ve özellikle hekimlere yapılan hizmet başı ödeme stratejisi düşünüldüğünde, bu yaklaşımın yapay talep yaratma anlamına geleceği ve “yaşamın doğasını tıplaştırarak hastalık üretme” / ‘müşterinin’ bilgi eksikliğinden

⁵³⁹ ULUTAŞ, ÜNLÜTÜRK, Çağla (2011), ss.137

⁵⁴⁰ ULUTAŞ, ÜNLÜTÜRK, Çağla (2011), ss.137

yararlanarak onu işletme ve hekim için karlı olacak pozisyona koşullandıracağı açıktır. Bu durum, Amerika ve Avrupa uzmanlık dernekleri tarafından “Hekimler bugün (...) sağlık sistemlerindeki dönüşümlerin mesleğin doğası ve değerlerine yönelik tehditleriyle karşı karşıyalar (...) Bu koşullar, hekimlerin geleneksel olarak öncelediği hasta yararından vazgeçmelerini talep ediyor.” ifadesiyle tarif edilmektedir.⁵⁴¹

Uygulamaya konulan performans uygulamalarının en temel sonuçlarından birisi, ister gerçek ister yapay talep yaratmak şeklinde olsun, sağlık hizmeti ve sağlık teknolojisi tüketimini arttırmak olmuştur. Uygulamaların, bir hekim ne kadar çok hasta muayene ederse, ne kadar çok hastaya müdahale, ameliyat yaparsa, sistemin onu o oranda çok ödüllendirmesi, biçimindeki işleyişi, gereksiz tüketimin artmasına yol açmaktadır. Gereksiz sağlık hizmeti istemleri yaratmak, yani, ameliyat, poliklinik hizmetlerinde, tetkik ve laboratuvar istemlerinde, reçete yazma ve ilaç tüketimini arttırmak gibi, ihtiyaç duyulmayan sağlık hizmetinin yaratılması, piyasa mantığının “kar”ı maksimize etme kuralını tıbbi alana taşımaktadır. Böylece, “hekimlik etiği” ve “hastanın sağlığı” açısından olumsuz bir tablo ortaya çıkmaktadır.⁵⁴²

Bireysel ve kurumsal performansı yüksek tutmak amacıyla, sağlık kuruluşlarında gerçekleştirilen tüm işlemlerde çok çarpıcı bir artış gerçekleşmiştir. Poliklinik hizmetlerinde hastaya ayrılan süreler kısaltılmış, tetkikler ve ameliyatlar, birim zamanda daha çok çıktı elde edilmesini sağlayan teknolojik donanım ile desteklenmiştir. Bir başka ifadeyle sağlık kurumlarında sermayenin organik bileşimini artırarak görece değeri artışı sağlanmıştır. Özellikle radyoloji ve biyokimya bölümlerinde kullanılan teknoloji ve yenilenen iş organizasyonu ile çarpıcı bir verimlilik sağlanmıştır. Bu durum beraberinde vasıfsızlaşma ve yabancılaşmayı da getirmiştir. Cerrahi branşlardaki teknolojik gelişim ise aşırı uzmanlaşma ile el ele gitmektedir. Buna karşın 2-3 kat artan birim hizmet sayısının salt teknolojik dönüşüm ile sağlanamayacağı açıktır. Gerek işgününün uzatılması, nöbetler, gerek dinlenme, araştırma ve öğrenmeye yönelik zamanların kısaltılması veya ortadan kaldırılması, çok becerili çalıştırma (farklı görevlerin aynı sağlık personelinde birleştirilmesi), verimi artırmaya dönük toplantıların mesai saati dışında gerçekleştirilmesi ile mutlak ve görece değeri artışı sağlanmıştır.

⁵⁴¹ ELBEK, Osman, ADAŞ, Emin Baki (2009), ss.41

⁵⁴² KART, Elife (2013), ss.115

Birçok hastanede mesai saatleri uzamış, laboratuvar ve görüntüleme bölümleri ile ameliyathaneler daha uzun süreli çalışmaya başlamıştır.⁵⁴³

Sağlıkta dönüşüm altında gerçekleştirilen uygulamalar, sağlığın ticarileşmesine yönelik çok çeşitli etkileşim ve bağımlılık biçimleriyle karşımıza çıkmaktadır. Bu durum sağlık alanında, oluşturulan “istikrarsızlık” ve “güvensizlik” ortamı ile hekimi, hekimlik mesleğinin gerekleri ile (performans) puanını yüksek tutma kaygısı temelinde şekillenen verimlilik ölçütlerini gerçekleştirme zorunluluğu arasında ikileme düşürmektedir. Hekimin, içinde yer aldığı bu “çelişkili” durum hastalar açısından, başta, “gerek olmayan müdahalelere maruz kalmak” gibi, farklı türden birçok soruna yol açabilmektedir.⁵⁴⁴

Sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırmak, kaliteyi artırmak ve maliyetleri düşürmek hedefleri ile yola çıkılan SDP’da, sadece sağlık hizmetine erişimin artması amacına ulaşılabilmiştir. Nitelikten çok niceliğe ilişkin olan uygulamalar, sağlık hizmetinde aşırı tüketim sonucuna varmıştır. 2002 yılında tüm sektörlerde hastanelere müracaat sayısı 124 milyon kişi iken bu rakam, 2007’de 249 milyon, 2009’da 295 milyon ve 2013’de 378 milyon kişi olmuştur. (Bu rakam özel sağlık kuruluşları için 2002’de 5.6 milyon, 2013’de 71 milyondur.) Hastanelerde yatan hasta sayıları ise tüm sektörlerde; 2002’de 5.5 milyon, 2009’da 9.9 milyon, 2013’de 12.3 milyon kişidir. Toplam ameliyat sayılarına bakıldığında ise 2002 yılında tüm hastanelerde 1.5 milyon iken, 2009 yılında 3.5 milyon ve 2013’de 4.6 milyon olmuştur. Türkiye’de son on yılda nüfus artış hızı ortalama % 0.14’ dür. (2013; %0.13) Hastanelere başvuru, yatan hasta sayısı ve ameliyat sayılarında ki, nüfus artış hızına oranla çok daha yüksek olan artış; sadece sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaşması veya teknolojik ilerleme ile açıklanamaz. SDP’nın uygulanmaya başlaması ve özellikle performans dayalı döner sermaye ödemesine geçilmesinden sonra sağlık hizmeti tüketimindeki artma çok açıktır. Uygulanan sistem performans değerlendirmekten çok hasta başı ödeme yapılan bir ücretlendirmedir. Bu durum dünyadaki örneklerinde olduğu gibi Türkiye’de de ödemesi daha yüksek tıbbi girişimlerin tercih edilmesine neden olmaktadır. Başka bir tercih nedeni ise performans puanı nispeten daha düşük fakat uygulama kolaylığı olan müdahalelerdir. Küçük cerrahi girişimler, laboratuvar tetkikleri ve MR, BT gibi

⁵⁴³ ULUTAŞ, ÜNLÜTÜRK, Çağla (2011), ss.168

⁵⁴⁴ KART, Elife (2013), ss.115,116

görüntüleme yöntemleri bu girişimlere örnektir. Sağlık hizmetlerinde maliyet yüksekliği ve gereğinden fazla kullanımı tüm dünyada sorun olmaktadır. Hasta başı yapılan ödeme yöntemleri de nedenler arasında gösterilmektedir. Ofansif tıbbi incelediğimiz bölümde de değindiğimiz gibi, ülkemizde yapılan tıbbi girişim sayıları, nüfusa oranla pek çok ülkeden yüksektir. Üstelik bu ülkelerin bir kısmının ekonomik durumu Türkiye'den daha iyidir ve buna rağmen tıbbi girişim sayısının yüksekliği insan sağlığı ve ülke ekonomisi için risk olarak görülmektedir. Sonuç olarak, bu sağlık sistemi tüketimi kısıktırmaktadır ve performans dayalı ücretlendirme “ofansif tıp” uygulamalarının en önemli nedenlerinden biri olmuştur.

Performansa dayalı döner sermaye sisteminin, tıbbi müdahalelerin sayısını arttırması ve bazı usulsüzlüklere neden olması artık basında da yer bulmaya başlamıştır. 21.01.2015 tarihli bir röportajında, kendisi de hekim olan bir Milletvekili konuya ilişkin değerlendirmesinde; “Performans sistemi, ne kadar ameliyat, ne kadar tahlil yapılırsa, ne kadar tomografi ve MR çekilirse o kadar performans payı alınacak bir sistemdir...Sağlık Bakanlığı verilerine göre 2002-2013 yılları arasında Sağlık Bakanlığı hastanelerinde yapılan ameliyatların sayısı yüzde 114,4, üniversite hastanelerinde ameliyatların sayısı yüzde 116,4 artarken, özel hastanelerde yapılan ameliyatların sayısı ise yüzde 561,1 oranında artış kaydetti...Bu yurttaşlarımız boşuna mı ameliyat oldular? Performans sistemi denilen ve sağlıkta kamu kontrolünü yok eden bu sistem yüzünden acaba yurttaşlarımız hangi yan etkileri yaşamak zorunda bırakıldı?” demiştir.⁵⁴⁵ 08.12.2014 tarihli başka bir haberde; “...Devlet Hastanesi'nde performans puanı skandalı: Devlet Hastanesi'nde görevli iki beyin cerrahı hakkında savcılık soruşturma başlattı. İki cerrah, döner sermayeden daha fazla pay almak için, yapılmayan ameliyatları yapmış gibi göstermekle suçlanıyor. İddiaya göre, beyin tümörü alınan ameliyatta, beynin de bir kısmı alındı gibi gösterildi. Yine, boyun fıtığı ameliyatında, fıtığın dışında kemik de alınmış gibi sisteme farklı bir kod numarası girildi. Yapılmayan tedaviler ise SGK'ya fatura edildi. 21 hastanın raporlarını inceleyen bilirkişi heyeti de iddiaları doğrulayan bir rapor hazırladı...Türk Nöroşirürji Derneği, gönderilen raporda, şikayete konu ameliyatların tamamına yakınında farklı kod girildiği belirtildi. Raporda, 'girilen ameliyat kodlarına ilişkin hasta filmlerine karşılık gelen bir işleme

⁵⁴⁵ <http://www.sozcu.com.tr/2015/yazarlar/ugur-dundar, 21.01.2015>

rastlanmamıştır' denildi." şeklindedir.⁵⁴⁶ Performansa dayalı ücretlendirme haberde görülen şekilde suistimallere de açık bir sistemdir. Şikayet sebebiyle tespit edilen örnekteki gibi uygulamalar, hukuk sistemimiz içerisinde suç kapsamına girmektedir ve kanıtlanması daha kolaydır. Ancak performansa dayalı döner sermaye ödemesinin, ofansif tıbbi tetikleyen ve ispatı daha zor olan, diğer bir yönü ise genişletilmiş tıbbi endikasyonlardır.

Bir tıbbi girişimin hukuka uygunluğunu sağlayan koşullar; yapılan tıbbi işlemin hukuken yasaklanmamış olması, müdahaleyi yapan kişinin işlem konusunda yetkisinin olması, girişimin güncel tıp kurallarına uygun bir gerekçesi ve uygulamasının olması ve yapılacak işlem için hastanın bilgilendirilerek rıza vermiş olmasıdır. Performans ücretini arttırmak için yapılan ofansif tıp uygulamalarına yüzeysel olarak bakıldığında, pek çoğunun tıbbi müdahalenin hukuka uygunluk koşullarını taşıdığı düşünülebilir. Çoğunlukla karşılaşılan sorun, tanı veya tedavi amacıyla yapılacak girişimin tıbbi gereklilik sınırlarının genişletilmesidir. Yani ofansif tıp bölümünde açıkladığımız gibi, basit bir bel fitiğinin veya diz ağrısının ameliyat edilmesi ya da tanıda çok büyük bir avantaj sağlamayacak bir hastadan MR görüntülemesi istenmesi gibi uygulamalar bunlara örnektir. Bu uygulamaların tıbben yanlış olduğu söylenemez ama tercih edilme nedenleri yüksek performans puanları ve ödemeleridir. Bu nedenle de hukuk açısından bir suç kapsamına girmelerinin ispatı daha zordur. Ancak hastanın gereksiz yere veya gereğinden fazla tıbbi bir müdahaleye maruz kalması, her şeyden önce hem mesleki hem de hasta hakları bağlamında etik kuralların çiğnenmesidir.

Hekimin hastasının tanı ve tedavi sürecinde, güncel ve evrensel, bilimsel ve etik kurallar çerçevesinde davranma, özen gösterme yükümlülüğü vardır. Tıbbi Deontoloji Nizamnamesine göre;

"Madde 2: Tabip ve dış tabibinin vazifesi, insan sağlığına, hayatına ve şahsiyetine ihtimam ve hürmet göstermektir.

Tabip ve dış tabibi; hastanın cinsiyeti, ırkı, milliyeti, dini ve mezhebi, ahlaki düşünceleri, karakter ve şahsiyeti, içtimai seviyesi, mevkii ve siyasi kanaati ne olursa

⁵⁴⁶ GÖKÇE, Dinçer (2014), "Performans puanı skandalı", *Hürriyet Gazetesi Ekonomi*, 08.12.2014, <http://www.hurriyet.com.tr>

olsun, muayene ve tedavi hususunda azami dikkat ve ihtimamı göstermekle mükelleftir.” (Resmi Gazete, 19.02.1960. S.10436)

TTB Meslek Etiği Kuralları'na göre ise;

“Madde 5: Hekimin öncelikli görevi, hastalıkları önlemeye ve bilimsel gerekleri yerine getirerek hastaları iyileştirmeye çalışarak insanın yaşamını ve sağlığını korumaktır. Meslek uygulaması sırasında insan onurunu gözetmesi de, hekimin öncelikli ödevidir. Hekim, bu yükümlülüklerini yerine getirebilmek için, gelişmeleri yakından izler.

Madde 6: Görevlerini yerine getirirken, hekimin uyması gereken evrensel tıbbi etik ilkeleri yararlılık, zarar vermeme, adalet ve özerklik ilkeleridir.” (01.02.1999)

Tıbbi uygulamalarda hekimin karşılaştığı etik ikilem, sıklıkla hangi tıbbi amacın öncelik taşıdığı ve buna kimin karar vermeye hakkı olduğu konusundadır. Öncelikli olan tıbbi amacın seçimi, bireyler arasında farklı olabileceği gibi aynı bireyin farklı koşullar altındaki tercihi de değişkenlik gösterebilmekte veya hangi tıbbi amacın daha önemli olduğunun belirlenmesi içinde bulunulan koşula/tıbbi duruma göre değişebilmektedir.⁵⁴⁷

Etik ikileme neden olan eylemin değerlendirilmesinde kullanılan kriterlerden olan zarar vermeme, yararlı olma, özerklik ve adalet gibi tıp etiği ilkeleri etik sorunlara yaklaşımda sıklıkla kullanılmaktadır. Etik ikilemlerde doğru yanıtı vermek, her zaman doğru davranışta bulunmakla eş anlama gelmemekle birlikte etik yaklaşımda bulunabilme çabasında ilk adımı oluşturmaktadır.⁵⁴⁸

Hipokratik etik geleneğinin başladığı Milat öncesinden günümüz yıllarına kadar hekim-hasta ilişkisinin temel ilkesi hastaya *zarar vermeme* ve aynı bağlamda yararlı olmaktır. Hasta, sağlığı ile ilgili bir rahatsızlığının giderilmesi amacıyla hekime başvurduğunda hekim ile hasta arasında bir tür “sözleşme” durumu ortaya çıkar. Adı konmayan bu sözleşmenin doğrultusunda hastanın yarar görmesi vazgeçilemez hedeftir. Bunun için hekimin, her koşulda hastasının yarar ve iyiliğini birincil değerde görmesi gerekir ki bunun yolu da onun hayati sorumluluğunu üzerine almasıdır. Hekimin hastasına yararlı olmak için çabalaması bir ilke olarak bugün de varlığını

⁵⁴⁷ ATICI, Teoman, E.ATICI (2011), ss.177

⁵⁴⁸ ATICI, Teoman, E.ATICI (2011), ss.177

sürdürmektedir. Ancak değişen dünya koşulları ve değerleri çerçevesinde bu ilkeye mutlak bağlılık artık yeterli gelmemektedir. Görülmektedir ki, yeni ilke ve değerler hekim-hasta ilişkisinin etik boyutunda kendini göstermekte ve başka etik unsurlar da eklenmektedir. Hekim-hasta ilişkisinde hasta yararı tıp etiğinde tek ve mutlak bir ilke olmaktan çıkma sürecine girmiştir. Yararlılık ilkesi günümüzde artık öteki ilkelerle karşılıklı “yarışan” bir ilkedir.⁵⁴⁹

Hekimlik ontolojik olarak toplum çıkarına uygun davranmayı gerektirir. Hekim hasta ilişkisi, müşteri satıcı ilişkisi değildir. Hekim hasta ilişkisi, hastanın iyiliğini temel alan bir tıp *ethos*'u çerçevesinde oluşan mesleki davranış kurallarına ve karşılıklı güvene dayanan bir ilişkidir. Sağlık piyasalaşması açıkça hekimliğin varoluşsal temelini değiştirmektedir. Adeta hekimlik mesleğinin genetiğine müdahale etmektedir. Hekim hasta ilişkisini bir daha düzeltilemeyecek biçimde bozmaktadır.⁵⁵⁰ Sağlık piyasalaşmasında etkenlerden biri olan performansa dayalı ücretlendirme, bu sistemi uygulayan ülkelerde etik yönden de değerlendirilmektedir. H.Woo'a (2009) göre; “etik açıdan bakınca performansa dayalı ödeme bir dizi sorunu beraberinde getirmektedir, kalite değeri ve bireye saygıyı azaltmaktadır.”⁵⁵¹ Fransa'da da yapılan bir araştırmada, birinci basamak sağlık hizmetlerinde performansa dayalı ücretlendirmenin etik sorunlar yarattığı sonucuna varılmıştır.⁵⁵²

Dünyada ve ülkemizde ofansif tıp uygulamalarının belirgin örneklerinden biri olan artroplasti operasyonlarını, etik yönden değerlendiren araştırmasında Teoman Atıcı; “Postoperatif erken dönemde yüksek hasta memnuniyeti sağlayan artroplasti uygulamalarında endikasyon, konservatif tedavilerle geçmeyen ağrı ve fonksiyon kaybıdır. Yüksek başarı oranları sonucunda cerrahların endikasyonları genişlettiği, hastalarına beklentilerinin arttığı bu uygulamalarda etik ikilemlerin daha sık ortaya çıkması kaçınılmazdır. Etik analizle klinik uygulamaların sadece etik kriterleri değil, bilimsel kriterleri de değerlendirilebilir. Endikasyonun belirlenmesinde hekimin bilgisi, görgüsü ve eğitimi ne kadar öncelikliyse uygulama kararında da hasta tercihi o oranda

⁵⁴⁹ AYDIN, Erdem (2003), “Tıp etiğinde hasta özerkliğine saygı ilkesi”, *Erciyes Tıp Dergisi*, S.25(2), ss.94

⁵⁵⁰ TERZİ, Cem (2012), ss.35

⁵⁵¹ WOO, Hawkin (2009), “*Ethics and pay for performance: Utilitarian, Kantian and Belmont perspectives*”, <http://www.med.ucla.edu/modules/xfsection/print.php?articleid=423>

⁵⁵² SAINT-LARY, Olivier, I.Plu, M.Naiditch (2011), “Ethical issues raised by the introduction of payment for performance in France”, *Journal of Medical Ethics*, 2011-100 159.

birincildir. Hasta-hekim arasındaki etkili iletişim öncelik sıralamasındaki sınırları ortadan kaldırabilir. Ortopedist bu ilişkinin yönetiminde aktif olmalıdır. İletişim çağının sağladığı olanakları kullanan ve eksik, hatalı veya yönlendirilmiş bilgiyle donatılmış hastaların tercihleri hekimin önerileriyle uyuşmadığında her ortopedik girişimin temel hedefi olan hasta memnuniyeti elde edilemeyebilir.”⁵⁵³ sonucuna varmıştır.

Sağlık seviyesinin yükseltilmesi ve finansmanında adalet amaçları özellikle sağlık sektörüne ayrılan kaynakların artırılması, mevcut kaynakların daha verimli bir şekilde kullanılması ve adil kaynak dağılımı önlemleri ile gerçekleştirilebilecek bir durumdur. Özellikle kaynak artırımı gibi önlemler, finansal açıdan zaten zor durumda olan bir ülkeye ilave yüklerin getirilmesi anlamına gelebilecektir. Nitekim Dünya Sağlık Örgütü 2000 Raporu’na göre, yeterliliğin müşteri yönelimi olarak adlandırılan acil ilgi, hizmet sunucu seçimi ve temel malzeme/araç/gereçlerin kalitesi bileşenlerinin yeterli olabilmesi genellikle maliyetlidir. Fakat kişilere saygı olarak adlandırılan saygınlık, özerklik ve mahremiyet bileşenleri maliyetsiz olarak iyileştirilebilir. Özellikle ülkemizdeki gibi kaynak kısıtlılığı olan ülkeler bile yeterliliğin bu boyutlarını sağlık bakım çalışanlarına verilen eğitimlerle, hastayı kendi bakımına dâhil ederek, onun mahremiyetine gereken önemi vererek geliştirebilirler.⁵⁵⁴

Hasta özerkliğine saygı ilkesi derken hekime yöneltilen yükümlülük; karar verme ve değerleri doğrultusunda davranabilme hakları da içinde olmak üzere, hastanın bireysel haklarına saygı göstermek ile birlikte onun tıbbi kararda söz sahibi olmasının sağlanmasıdır. Hastanın özerkliği, bilgilendirilmiş ve gönüllü olmakla ilişkilidir. Tedavi ya da müdahaleye onam vermek ya da reddetmek, özerkliğe saygı ilkesinin başta gelen öğelerinden biri iken, hastanın özerkliğini kullanabileceği bir ortamın sağlanabilmesi de hekimin etik yükümlülüklerindedir. Hekimin hastasına tıbbi bir kararla ilgili olarak yalan söylemesi hastanın özerkliğine zarar verir. Çünkü, yanlış bilgilendirilmiş bir hasta doğru karar verebilme şansını kaybeder, özerk karar verebilme hakkı elinden alınmış olur.⁵⁵⁵

⁵⁵³ ATICI, Teoman, E.ATICI (2011), ss.176

⁵⁵⁴ GÜNGÖREN, Muaz, F.ORHAN (2013), “Mikro rekabetçilikte yeni yaklaşımlar, hastanelerde oluşan etik iklimin kalite ve akreditasyon Açısından değerlendirilmesi”, *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, C.18, S.1, ss.224

⁵⁵⁵ AYDIN, Erdem (2003), “Tıp etiğinde hasta özerkliğine saygı ilkesi”, *Erciyes Tıp Dergisi*, S.25(2), ss.94

Etik kavram ve değerlerimiz açısından, kendi bedensel varlığı üzerine insanın söz söyleme hakkına sahip bulunması yadsınamaz bir ilke gibi görünmektedir. Neresinden bakarsanız bakın, tıbbi araştırma ile tıbbi müdahaleler kişinin yaşam bütünlüğüne bir dokunmadır. Kişiler, kendi beden bütünlüklerine sahip çıkma hakkına sahiptirler. Yasalar buna zarar verici girişimleri yasaklar. Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'nın 17. Maddesi "Tıbbi zorunluluklar ve kanunda yazılı haller dışında, kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamaz; rızası olmadan bilimsel ve tıbbi deneylere tabi tutulamaz" demektedir. Bu madde aracılığıyla Anayasa, hasta özerliğine saygı bağlamındaki son derece önemli bir olguyu bu şekilde kapsamına almıştır. Tıbbi ve iyi amaçlarla da olsa kendilerine yönelmiş bu müdahaleler kişilerin bilgi ve onamlarının dışında gerçekleştirilemez. Dolayısıyla hasta özerkliğine saygı ilkesini evrensel nitelikte etik bir değer olarak benimsemek ve sahip çıkmak durumundayız.⁵⁵⁶

Tıbbi Müdahale, teriminden genellikle deri bütünlüğünün bozulduğu girişimler anlaşılmaktadır. Oysa, kişinin ruh ve beden bütünlüğüne yönelik tüm uygulamalar tıbbi müdahale kapsamındadır. Yetkili bir sağlık personeli tarafından, tıbbi bir gereklilik ve tıbbi bir amaçla gerçekleştirilen tüm işlemler tıbbi müdahaledir. Röntgen filmi çekilmesinden, bir şurubun içilmesine, psikoterapiden, ameliyatlara kadar bütün uygulamalar tıbbi girişimdir ve kişinin vücut bütünlüğüne yöneliktir. Bu nedenle yapılacak tıbbi müdahaleler yalnız tıp kuralları içinde değil, aynı zamanda etik kurallar ve hukukun verdiği izin ve çizdiği sınırlar çerçevesinde yapılmak zorundadır.

Bir tıbbi müdahalenin hukuka uygunluk koşullarını oluşturan kurallardan biri, yapılacak işlem hakkında hastanın bilgilendirilmesi ve rızasının alınmasıdır. Aydınlatma ve onam olarak da adlandırılan bu konu, ulusal ve uluslararası sağlık mevzuatında ayrıntılı olarak tanımlanmıştır. Buna göre, hastanın tıbbi işlem için aydınlatılması ve rızasının alınmasının anayasal temeli olan; Türkiye Cumhuriyeti 1982 Anayasa'sının 17. maddesi; "Tıbbi zorunluluklar ve kanunda yazılı haller dışında, kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamaz; rızası olmadan bilimsel ve tıbbi deneylere tabi tutulamaz" demektedir. 1219 sayılı TŞSTİDK'nun 70. maddesi de; "Tabipler, dış tabipleri ve dişçiler yapacakları her nevi ameliye için hastanın muvafakatini alırlar" hükmünü öngörerek, hastanın rızasının alınmasını zorunlu kılar. Bu konu Tıbbi

⁵⁵⁶ AYDIN, Erdem (2003), ss.96

Deontoloji Nizamnamesi'nde " ...teşhise göre alınması gerekli tedbirlerin hastaya açıkça söylenmesi lazımdır." (madde 14) şeklinde ifade edilmiştir. TTB Hekimlik Meslek Etiği Kuralları'nın 26.maddesi ise "Hekim hastasını, hastanın sağlık durumu ve konulan tanı, önerilen tedavi yönteminin türü, başarı şansı ve süresi, tedavi yönteminin hastanın sağlığı için taşıdığı riskler, verilen ilaçların kullanılışı ve olası yan etkileri, hastanın önerilen tedaviyi kabul etmemesi durumunda hastalığın yaratacağı sonuçlar, olası tedavi seçenekleri ve riskleri konularında aydınlatılır." demektedir. TTB Disiplin Yönetmeliği de, hasta haklarına saygı gösterilmemesi (m.3/e) ve hastanın aydınlatılmış onamını usulüne uygun almaksızın tıbbi girişimde bulunmayı (m.4/s) ceza gerektiren haller olarak tanımlamıştır. 1998'de kabul yayımlanan ve 08.05.2014'de bazı maddelerinde değişiklik yapılan Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 5/d maddesi, "Tıbbi zorunluluklar ve kanunda yazılı haller dışında, rızası olmaksızın kişinin vücut bütünlüğüne ve diğer kişilik haklarına dokunulamaz." demektedir. Yönetmeliğin 2/h maddesine göre, rıza; "kişinin tıbbi müdahaleyi serbest iradesiyle ve bilgilendirilmiş olarak kabul etmesidir." Bilgilendirmenin kapsamı ise 15.maddede açıklanmıştır; "Hastaya, a) Hastalığın muhtemel sebepleri ve nasıl seyredeceği, b) Tıbbi müdahalenin kim tarafından nerede, ne şekilde ve nasıl yapılacağı ile tahmini süresi, c) Diğer tanı ve tedavi seçenekleri ve bu seçeneklerin getireceği fayda ve riskler ile hastanın sağlığı üzerindeki muhtemel etkileri, ç) Muhtemel komplikasyonları, d) Reddetme durumunda ortaya çıkabilecek muhtemel fayda ve riskleri, e) Kullanılacak ilaçların önemli özellikleri, f) Sağlığı için kritik olan yaşam tarzı önerileri, g) Gerekteğinde aynı konuda tıbbi yardıma nasıl ulaşabileceği, hususlarında bilgi verilir." Aydınlatma ve onam yükümlülüğü Dünya Tabipler Birliği'nin Lizbon Bildirgesi ve Avrupa Konseyi üyesi devletlerce kabul edilen Biyotıp Sözleşmesi'nde de tanımlanmıştır. 2003 yılında ülkemizin de kabul ettiği "Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi: İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi"nin 5. maddesi "Sağlık alanında herhangi bir müdahale, ilgili kişinin bu müdahaleye özgürce ve bilgilendirilmiş bir şekilde muvafakat etmesinden sonra yapılabilir. Bu kişiye, önceden, müdahalenin amacı ve niteliği ile sonuçları ve tehlikeleri hakkında uygun bilgiler verilecektir" şeklinde aydınlatılmış onam alınması ve hastanın komplikasyonlar konusunda bilgilendirilmesi durumundan bahsetmiştir. Türkiye'nin de

taraf olduğu bu sözleşme, Anayasa'mızın 90. maddesi gereğince, pozitif hukukumuz içerisinde yer almaktadır.

Ulusal ve uluslararası mevzuatta görüldüğü üzere, yapılacak bir tıbbi müdahaleden önce, hastanın bilgilendirilmesi ve sonra rızasının alınması yasal bir zorunluluktur. Ofansif tıp uygulamaları ve özellikle performansa dayalı programları bu açıdan değerlendirdiğimizde, hastanın bilgilendirilmesi konusunun ön plana çıktığını görmekteyiz. Zira yapılacak işlem hakkında doğru ya da tam aydınlatılmayan hasta, hekimin performans kaygısıyla yaptığı seçime rahatlıkla yönelmektedir. Hasta, uygulanacak tıbbi müdahalenin nedeni, riskleri, uygulanmaz ise olası riskleri, alternatif yöntemler ve onların riskleri hakkında doğru bilgilendirilmeli ve onamını bundan sonra vermelidir. Doğru bilgilendirilen hastaların tercihleri farklı olabilmektedir. ABD'de performansa dayalı ödeme sistemini incelediği bir çalışmada, "Yararları aynı iki alternatif tedavi yönteminin, zararları arasındaki değerlendirme ticaretten bağımsız olarak, hastanın bireysel bilinçli tercihine bağlı olmalıdır. Ama günümüzde genellikle iyi bilgi sahibi olmayan hastaların yerine bu seçimi doktorları yapmaktadır...Kalça ve diz protezi, bel fıtığı, prostat büyümesi, erken evre meme kanserlerinde iyi bilgilendirilmiş hastaların, doktorları ile ortak karar verirken, %21-44 oranında cerrahiye daha az tercih ettikleri görülmüştür...Zorunlu olmayan bir cerrahi prosedür için karar verme aşamasında, iyi bilgilendirilmiş olan hasta da bulunmalıdır." sonucuna varılmıştır.⁵⁵⁷ Sonuç olarak, tanı veya tedaviye bir katkısı olmayacak bir MR görüntülemesi; bel ağrısından başka bulgu vermeyen bir hastaya ilaç, istirahat, fizik tedavi gibi alternatif tedavi yöntemleri uygulanmadan ameliyat önerilmesi; sadece kolesterolü biraz yüksek olan hastaya ilaç başlanması gibi tıbbin her alanında örnekleri bulunan ofansif tıp uygulamaları hastaların eksik ve yanlış bilgilendirilmesi ile yapılmaktadır ve her biri kişinin vücut bütünlüğüne haksız müdahaledir. Dolayısıyla doğru bilgilendirmenin yapılmadığı bir tıbbi girişim, tıp bilimi, etik kurallar ve hukuk normlarının çizdiği medikolegal sınırların dışına çıkmış olmaktadır.

Bir süredir bazı tıbbi girişimler için maliyet analizleri, yurtiçi ve yurtdışı yayınlarda yer almaktadır. Bunların bazılarında yapılan pahalı tıbbi müdahaleler için, yapılmadığında ömür boyu uygulanacak tedavilerin daha maliyetli olduğu yorumları

⁵⁵⁷WENBERG, E. John, A.M.O'CONNOR, E.D.COLLİNS (2007), "Extending the pay-for-performance agenda", <http://www.healthaffairs.org/content/26/6/1564.abstract>

yapılmaktadır. Örneğin, koroner bypass, bel fitiği, diz protezi gibi olgularda uzun süreli ilaç tedavilerinin, ameliyata göre daha pahalı olduğu iddia edilmektedir. Burada unutulmaması gereken kişinin vücut dokunulmazlığıdır. Gereksiz yapılan bir tıbbi müdahale sırasında ya da sonrasında, ölüme kadar varabilecek bir komplikasyonun maddi ve manevi sonuçları para ile değerlendirilemez. Tıbbi girişim için hastaya yaklaşımda, tıbbın “önce zarar verme” ilkesi her zaman yol gösterici olmalıdır.

Ofansif tıp uygulamalarının olumsuz yönde etkilediği başka bir alan da sağlık hizmetinin finansmanıdır. Tüketime yönelik tıbbi uygulamalar hem devletin hem de bireylerin sağlık harcamalarını büyük oranda arttırmaktadır. Hızla gelişen teknoloji yeni fakat pahalı pek çok ilaç, tıbbi araç-gereç ve teknolojik ürünün tıp alanında kullanıma girmesini sağlamıştır. Ancak tanı ve tedavi sürecinde olumlu sonuçlar veren bu gelişimin maliyeti oldukça yüksektir. Pahalı ileri teknoloji ve beraberinde tüketimin artmasını teşvik eden sağlık politikaları, sağlık hizmetinin çok daha yüksek maliyetlerle sunulması sonucunu doğurmuştur. Ekonomisi güçlü olan ve hatta bu teknolojiyi üreten ülkeler de bile sağlığın finansmanı sorun yaratmakta ve çözüm yolları aranmaktadır. Türkiye gibi ekonomisi güçlü olmayan ve dış alıma bağımlı ülkelerde bu hizmetin sunumu daha da pahalıya mal olmaktadır. Mümkün olduğu kadar fazla insana, çoğunlukla sadece tedavi edici sağlık hizmeti götürmeyi amaçlayan, nitelikten çok niceliği önceleyen yanlış sağlık politikaları sonucu, sağlığın finansmanı giderek zorlaşmaktadır. Oluşan bu mali tablo kısıtlı kaynakların verimli kullanılmasını zorunlu kılmaktadır. Kişi başına sağlık harcamasında dünyada birinci durumda olan ABD'nin (7500dolar/yıl) sağlık hizmeti sunumunun verimliliğinde otuz yedinci sırada olması; kişi başına 2700 dolar/yıl harcayan Japonya'nın verimlilikte birinci olması bunun en çarpıcı örneğidir ve bunu koruyucu sağlık hizmetlerine verdikleri öneme borçludurlar. Türkiye'de de sağlık hizmetinin devlete maliyeti giderek artmaktadır. Kaynakları etkin kullanamama, sosyal güvenlik sistemine merkezi bütçeden aktarılan payı her sene arttırmaktadır. 2009'da 52 milyar TL olan bu miktar, 2012'de 70 milyar TL'yi bulmuştur. 2012 yılında 140 milyar TL olan SGK bütçesinin yarısı merkezi bütçeden aktarılmıştır. Sadece kamu tedavi giderleri 2002'de 10 milyar TL iken, 2011'de 45 milyar TL olmuştur. İlaça yapılan harcama, sağlık giderlerinin yaklaşık %30'u oluşturmaktadır. Sağlıklı birey ve sağlıklı toplumu amaçlayan, sosyal bir devlette, sağlığa yapılan harcamayı tümüyle gider hanesinde düşünmemek gerekir. Ancak bu

harcama etkin ve verimli olmalıdır. Ülke genelinde yaygın, eşit ve verimli olmayan, çoğunlukla tedaviye yönelik sağlık hizmeti, yapılan harcamaların doğru yönetilmediğinin bir göstergesidir. Tedavi ve ilaç giderlerinin yüksekliği bunu kanıtlamaktadır.

Son yıllarda sağlık bilincinin yükselmesi, tıp alanında kullanılan teknolojinin büyük bir hızla gelişmesi, yeni tanı ve tedavi yöntemlerinin bulunması, ortalama yaşam süresinin uzaması ve kronik hastalıkların artması sağlık hizmetine olan talebi arttırmıştır. Kullanılan teknolojinin pahalı olması, reklam içerikli bilimsel ve medyatik yayınlarla sağlık hizmeti tüketiminin teşvik edilmesi, yetersiz eğitim ve malpraktis kaygısıyla pahalı teknolojinin tercih edilmesi gibi etkenler, artan sağlık hizmeti alma talebine eklendiğinde çok yüksek maliyetler kaçınılmaz olmaktadır. Performansa dayalı döner sermaye uygulaması da nedenlerden biridir. Döner sermaye geliri, hem kamu hastanelerinin yapacakları harcamalarda, hem de hekimin aylık geliri içerisinde önemli bir yer tutmaktadır. Bu durum da hem hastane yöneticilerini hem de hekimleri daha fazla tıbbi müdahale yapmaya, *ofansif tıp* uygulamalarına yani yüksek tüketime sevk etmektedir.

Ülke uygulamalarında da olduğu gibi, sağlık hizmetinin niceliğine vurgu yapan bir ödeme sistemi, sağlık hizmeti üretimine yönelik asimetrik bilginin neden olduğu sağlık hizmeti talebinin artmasını teşvik etmekte ve ücretleri esnekleştirmektedir. Özetle sistem daha fazla hasta muayene edilmesini, daha fazla ilaç yazılmasını, daha fazla ameliyatın yapılmasını, daha fazla tetkik yapılmasını, puanı yüksek olan girişimlerin daha fazla tercih edilmesini, tıp teknolojisini daha fazla kullanmasını teşvik etmektedir. Ayrıca, daha fazla sağlık hizmetinin ödüllendirilmesi, hekimlerin ve hastanelerin daha fazla gelir getirici hastaları kabul etme yönünde rekabete girmelerine yol açmaktadır. Böylece hekimler daha fazla hasta bakmak için rekabet ederken, SGK'nın gelirleri sunulan sağlık hizmeti karşılığında Sağlık Bakanlığı'na aktarılmakta, Sağlık Bakanlığı'ndan da tıbbi sarf, tıbbi cihaz ve ilaç tedarik eden firmalara, tedarikçi firmalardan da yurt dışındaki çok uluslu şirketlere aktarılmaktadır. Kısacası, performansa dayalı ödeme sistemi, sağlık hizmetinde ihtiyaç duyulan birçok tıbbi malzeme, ilaç ve tıbbi cihazlar ithal olarak temin edildiği için, aslında uluslararası yabancı sermayeye hizmet etmektedir. Yani performans yönetimi sisteminde hekimler

arzın yarattığı talep prensibi ile sağlık kurumlarının gelirini artırmak ve çok uluslu şirketlere gelir aktarmak için aracı bir rol üstlenmektedir.⁵⁵⁸

Performansa dayalı ödeme yöntemi ile uygulanan esnek ücret modeli, çalışanlar arasında işbirliği, yerine rekabeti teşvik ettiği için işbirliğine dayalı ekip hizmeti olarak sunulması gereken sağlık hizmetinin, rekabete dayalı bireysel bir hizmet olarak sunulmasına yol açmıştır. Sağlık hizmetinin dayanışma ve işbirliği içinde ekip hizmeti olarak sunulması, sağlık hizmetinin kalitesini artıran bir unsur iken, sağlık hizmetinin rekabete dayalı bireysel olarak sunulması, verilen sağlık hizmetinin niteliğini düşürmekte ve hizmetin gerekliliğinin sorgulanmasına neden olmaktadır. Bu durum verilen sağlık hizmetinin niteliği ve gerekliliği sorgulanmadan, sadece niceliksel olarak artmasına, sonuç olarak, gereksiz sağlık hizmeti, tıbbi malzeme, ilaç ve tıbbi cihaz tüketimi ile de, genel olarak sağlık harcamalarının da artmasına yol açmaktadır.⁵⁵⁹ Sonuç olarak kamu sağlık harcamalarının yüksek maliyetinin bütçede oluşturduğu açık, devletin bir takım önlemler almasına neden olmaktadır. Bu önlemlerin çoğu da hizmetin farklı şekillerde kısıtlanması şeklinde olmaktadır.

Sosyal devletin harcamalarının günden güne arttığı ve bu harcamaları kontrol altına alma kaygısının sosyal devleti önemli bir bunalıma sokmuş olduğunu tespit etmek mümkündür. Devletin sosyal harcamalarını kısma eğiliminin en çok tartışma yaratan yansıması şüphesiz sağlık hizmetleri alanında kendisini göstermektedir.⁵⁶⁰ Sağlık hizmetlerinin kamusal finansmanla yürütüldüğü sistemlerde kısıtlama kamu otoriteleri tarafından kamu gücü eliyle gerçekleştirilir ve bu tür kısıtlamalar öteden beri bir olgu olarak mevcuttur. Ancak bu kısıtlamalar daha çok örtülü ve dolaylı, bu nedenle de çoğu zaman kullanıcıların hissetmeyeceği şekilde gerçekleşmekteydi. Son yıllarda gerçekleşen kısıtlamaların daha açık ve doğrudan bir biçim kazandığını tespit edebiliriz. Kısıtlamanın açık ve doğrudan bir biçim kazanması onun daha çok kanun koyucu ve hizmeti yürüten idarenin iradesiyle normatif olarak gerçekleşmesiyle ilgilidir.⁵⁶¹

Sağlık hizmeti sunumunda tüketimi ve masrafları azaltmanın en kolay yollarından biri erişimi kısıtlamak için ücret istenmesidir. Tüm kamu sağlık

⁵⁵⁸ GÖRMÜŞ, Ayhan (2011), ss.256

⁵⁵⁹ GÖRMÜŞ, Ayhan (2011), ss.256

⁵⁶⁰ YILMAZ, Halit (2011), ss.25

⁵⁶¹ YILMAZ, Halit (2011), ss.26

kurumlarında, katılım payı olarak ücret alınması ve özel sağlık kurumlarına sosyal güvenceli hastalardan fark alınmasına izin verilmesi bunun en belirgin örneğidir. Son günlerde, özel sağlık kurumlarında tedavi gören, sosyal güvenceli hastalara yönelik “tamamlayıcı sigorta” gündeme gelmektedir. Böylece özel sağlık sigortaları, devletin sağlık güvencesi altındaki bireylerine de erişmiş olacaklardır. Varılan bu noktada, cepten yapılan kişi başı sağlık harcaması –satın alma gücü paritesine göre- 2002’de 92 dolar iken, 2014’de 151 dolar olmuştur.⁵⁶²

Yüksek maliyetleri nedeniyle, kamu sağlık hizmetlerine getirilen kısıtlamaların diğerleri; tedavinin açıkça reddi, hizmetten yararlanmanın öncelikleri konusunda kategoriler belirlemek, hizmetten yararlanmayı ileri bir tarihe ertelemek, hizmet kalitesini düşürmek veya hizmet sunumu konusunda hastaları birinci basamak sağlık hizmetlerine yönlendirmek şeklindedir.⁵⁶³ Türkiye sağlık sisteminin, farklı konularda açıkladığımız gerçekleri nedeniyle, birinci basamak sağlık hizmetlerine yönlendirme başarılı olamamaktadır. Kısıtlamalar çoğunlukla Sağlık Bakanlığı ve SGK tarafından BUT ve SUT’da yapılan değişikliklerle yapılmaktadır. Öncelikle tüketimin çok fazla olduğu bazı tıbbi girişimlerin ödeme miktarları arttırılmamakta, güncellenmemektedir. Ancak sezeryan ve katarakt ameliyatlarında olduğu gibi güncellenmeyen fiyatlar tüketimin önünü alamamıştır. Çünkü bu operasyonlar bazı hekimler ve sağlık kurumları “sürümden kazanmak” yoluyla daha da fazla yapılır olmuştur. Tıbbi müdahale fiyatları en azından enflasyon oranında artmadığı zaman kurumun ve hekimin döner sermaye gelirleri düşmektedir. Resmi rakamlara göre yaklaşık %10 olan enflasyona göre kıyaslandığında, hekim bir önceki yıl döner sermaye gelirinin aynen devam etmesini isterse, yaptığı tıbbi müdahale sayısını her yıl en az %10 arttırmak durumundadır. Bu nedenle düşük fiyat politikaları girişim sayısını azaltmak yerine yükseltmektedir. Sezeryan, katarakt, MR veya BT incelemesi gibi pek çok tıbbi girişimde durum aynıdır, tüketim azalmamaktadır. Fakat kuruma ödenen paket fiyatın sabit kalması, enflasyon karşısında satın alma gücünü erittiği için sağlık kurumları maliyeti düşürme çabasına girmektedir. Bu da daha ucuz ve kalitesiz ilaç ve malzeme kullanımı ile olmaktadır. Örneğin, 400 TL civarında ödeme yapılan bir katarakt operasyonunda, kullanılan göz içi lenslerin kaliteli olanlarının ücreti, ameliyat fiyatının çok üzerinde; bu nedenle kamu

⁵⁶² <http://www.sozcu.com.tr/2015/yazarlar/ugur-dundar>, 21.01.2015

⁵⁶³ YILMAZ, Halit (2011), ss.27

sağlık kurumu bu ameliyatı ya zararına yapacak ya da 20-30 dolarlık kalitesiz lensleri bu ameliyatta kullanacaktır. Geçtiğimiz günlerde kalp kateterizasyonunda kullanılan ucuza ithal edilmiş kateterlerin sık kırılması ve tıkanması ile ilgili bir haber basında yer aldı. Habere göre bu kateterlerin üretildikleri ülkede kullanımları yasaklanmıştı. Radyolojide de uygulanan düşük fiyat politikaları, MR ve BT'lerin kapasitelerinin üstünde kullanımı, buna bağlı arızalar, ucuz cihaz ve malzeme kullanımı, hastaya ayrılan sürenin kısılması, hekimlerin iş yükünde ki artış gibi nedenlerle görüntüleme kalitesini düşürmüştür.

Devletin sağlık hizmetlerinden yararlanmayı kısıtlama yöntemlerinden biri sağlık hizmetinin kalitesini düşürmektir. Hizmet kalitesinin düşürülmesinin her durumda doğrudan sağlık hizmetinin sunumuyla ilgili olduğu düşünülmemelidir. Sağlık sigortası kapsamında, örneğin daha ucuz ve düşük nitelikli tıbbi malzemeler için ödeme yapılması hallerinde sağlık hizmetlerinin dolaylı olarak kalitesi düşecektir.⁵⁶⁴

Fiyatlandırmada yapılan düzenlemelerin tüketimi düşürmemesi, Sağlık Bakanlığı ve SGK'yı ilave tedbirler almaya yönlendirmektedir. Bunlardan bazıları vaka sayısının veya endikasyonlarının sınırlanmasıdır. 01.08.2013 tarihinde yapılan SUT değişikliği ile özel sağlık kurumlarında, Göz hastalıklarında doktor başına günlük muayene sınırı 60 hastadan 40 hastaya düşürülmüştür ve günlük her yapılan operasyon başına 2 hasta daha az muayene edilecektir.(madde 3:2.2.1.B.1) 01.01.2014 tarihinden itibaren geçerli olmak üzere yayınlanan Sağlık Bakanlığı genelgesinde; "Son zamanlarda Bakanlığa gelen çok sayıda şikayet üzerine yapılan inceleme ve denetlemeler sonucunda katarakt ameliyatlarına ilişkin düzenleme yapılması gereği hasıl olmuştur." gerekçesiyle düzenleme yapılmıştır. Buna göre, Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından konuyla ilgili olarak, katarakt operasyonlarının değerlendirilmesine yönelik komisyon oluşturulduğu, işlemlerin uygunluğu ve sonuçlarının değerlendirileceği bildirilmiştir.⁵⁶⁵

Sağlık hizmetlerinde kısıtlamayla ilgili dikkat çeken girişimlerden bir diğeri de koroner kalp hastalarına uygulanan ilaç salımlı stentlere ilişkindir. İlk uygulanmaya başladığı dönemlerde SGK kapsamında değildi ve bedeli ödenmiyordu. Danıştay ilacli

⁵⁶⁴ YILMAZ, Halit (2011), ss.33

⁵⁶⁵ <http://www.denetim.saglik.gov.tr>

stent bedelinin ödenmemesine ilişkin gördüğü ilk davalarda, SUT'un ilk şeklinde ilaçlı stent bedelinin ödenmeyeceğine dair açık bir hüküm bulunmadığından, sorunu genel hükümler dairesinde değerlendirerek ilaçlı stent bedelinin ödenmemesine ilişkin ilişkin işlemin yürürlüğünün durdurulmasına karar vermiştir. (Örn: Danıştay, 10.Dairesi,E.2009/10113,KT20.05.2010,YD kararı) Bunun üzerine SUT'da değişiklik yapılarak 7/1(18) maddesine "ilaçlı stent bedeli ödenmez" hükmü getirilmiştir. Buna karşı da Danıştay'da dava açılmış ve benzer gerekçelerle yürütme durdurulmuştur. (Danıştay, 10.D.,E.2010/6009,KT.16.06.2010,YD kararı) Bunun ardından ilaçlı stent bedelinin ödenmeyeceği hükmü değiştirilmiş ve sadece tanımlanan belirli klinik vakaların mevcudiyeti halinde ödeme yapılacağı karara bağlanmıştır.⁵⁶⁶ 2011 yılında getirilen sınırlama ile ilgili açılan davada Danıştay yürütmenin durdurulması istemini reddetmiştir. Son olarak 2014 yılında Danıştay 15.Dairesinde görülen davada, SGK'nın bu uygulamasının Anayasanın sosyal devlet ilkesine, 5510 sy. GSS yasasına aykırı olduğu ileri sürülerek, "ilaçlı stent bedelleri kurumca ödenmez" ibaresinin iptaline karar verilmiştir.⁵⁶⁷

Sağlık hizmetlerinde yüksek tüketim hızı ve yüksek maliyetler nedeniyle, yapılan mevzuat değişiklikleri ve kısıtlamalar amacına ulaşmamaktadır. Sosyal güvenlik sisteminin bütçeye verdiği yük her geçen yıl artmaktadır. Artık kısıtlamalarla beraber, göz hastalıkları ve diş tedavisi gibi bazı tıbbi işlemlerin GSS kapsamından tamamen çıkarılması dile getirilmeye başlanmıştır. Son on ayda SUT'da yapılan altı değişiklik ile pek çok fizik tedavi uygulaması sosyal güvence kapsamında çıkarılmıştır.⁵⁶⁸ Ofansif tıbbi uygulamaların ülke ekonomisine verdiği büyük zarardan daha önemlisi, devletin aldığı önlemler sonrası bireylerin sağlık hakkının engellenmesidir. Yapılan kısıtlama ve yasaklamalar, o tıbbi müdahaleye gerçekten gereksinimi olan hastaların hizmet almasını zorlaştırmakta, geciktirmekte ya da imkansız kılmaktadır. Bu hastalar için diğer bir seçenek de sosyal güvencesine rağmen kamu hastanesinden alamadığı sağlık hizmetini, para ödeyerek özel sağlık kuruluşlarından almasıdır.

⁵⁶⁶ YILMAZ, Halit (2011), ss.122,123

⁵⁶⁷ <http://www.medimagazin.com>, 30.10.2014

⁵⁶⁸ <http://www.hurriyet.com.tr/ekonomi>, Mesude Erşan,20.02.2015

Danıştay ilaç salınımlı koroner stent bedelinin ödenmesine ilişkin verdiği kararda konuyla ilgili olarak; “Hastanın muayenesini ve tetkiklerini yapmak suretiyle hastalığı teşhis eden doktor tarafından, hastalığın tedavisinde uygun görülen ve kullanılması hastanın tercihine bırakılmayan ve hasta tarafından bedeli mukabilinde piyasadan temin edilen tıbbi malzemenin bedelinin ödenmeyerek hastanın *sağlık hizmetine erişim hakkının engellenmesi* veya ağır bir maddi yük altında bırakılması *sağlıklı yaşam hakkına ve sosyal devlet ilkesine aykırıdır.*” hükmüne varmıştır. (Danıştay, 10.D.E.2009/10113,KT. 20.05.2010 YD kararı)⁵⁶⁹ Sonuç olarak sağlık hizmetinin aşırı tüketimi nedeniyle, idarenin sağlık hizmetinin sunumuna ilişkin yaptığı sınırlamalar, vatandaşın sağlık hakkının ve hasta haklarının ihlaline sebep olmaktadır.

Sağlık hizmetinin sunulması aşamasında tanı ve tedavi yöntemlerini uygulama yetkisi ve sorumluluğu başta hekimler olmak üzere sağlık çalışanlarına aittir. Sağlık Bakanlığı ve SGK yaptığı düzenlemelerle, mesleğin uygulayıcılarını dışarıda bırakarak, tanı ve tedavi yöntemlerini, tebliğ ve genelgelerle belirlemektedir. Endikasyonların belirlenmesi, hizmetin sınırlandırılması gibi kısıtlamalar sonunda varılan nokta; siyasi iradenin istemleri, idarenin ve yargının kararlarıyla şekillenen bir sağlık sistemi olmuştur. Bu sonuçta, ofansif tıp uygulaması nedeniyle, bazı hekim ve kamu hastanesi yöneticilerinin payı olduğu bir gerçektir. En azından tıbbi girişimler ile ilgili karar mekanizmalarının içinde olması gereken hekimler, son yıllardaki sağlık politikalarının da etkisiyle bu hak ve yetkilerini kaybetmektedirler.

Tıp biliminin tarihi incelendiğinde, ilk uygulamalardan 20.yüzyıla kadar olan süreçte, tıbbi müdahaleleri bulan, geliştiren ve uygulayan çoğunlukla hekimler olmuştur. Hastaları iyileştirebilmenin verdiği gücün, ilk çağlarda insanüstü, tanrısal bir güç olarak algılandığı toplumlar olmuştur. İnsan aklı ve uygarlık geliştikçe, hekimin sahip olduğu bilgi ve yetenekler daha somut bir şekilde algılanmış, hekim toplum içinde bilimsel ve sosyokültürel anlamda saygın bir yere sahip olmuştur. Tarih boyunca usta-çırak ilişkisi şeklinde aktarılan hekimlik mesleğinde, hem toplumun bakış açısı hem de tıp biliminin kendine özgü yapısı gereği, tek karar verici ve tek uygulayıcı hekim olmuştur. Bir hasta-hekim ilişkisi türü olarak tanımlanan “paternalist” yaklaşım, aslında hekimin doğası haline gelmiştir.

⁵⁶⁹ YILMAZ, Halit (2011), ss.122

Latince olan “patern” kelimesinin Türkçe karşılığı “baba” anlamına gelmekte olup hekim de, bu ilişki türü içerisinde bir babanın çocuğuna gösterdiği dikkat ve özeni göstererek ancak aynı zamanda bir baba gibi otoriter yaklaşarak hastasını tedavi etmeye çalışmaktadır. Paternalist ilişkide, hasta hekimi teknik bilgisine, moral ve motivasyonuna ve etik anlayışına güvenir ya da mecburen güvenecektir. Teşhis ve tedavi aşamalarını her birinde, kontrolü elinde bulunduran hekimdir. Hasta için en iyisini düşünen ve uygulayan da hekimdir.⁵⁷⁰ 2.Dünya Savaşı sonrası, dönemde bilimsel ve sosyal alanlardaki gelişmeler tıp alanına da yansımıştır. Sosyal alanda oluşan insan hakları, sağlık hakkı ve hasta hakları kavramları; tıp biliminde de ilerleyen teknoloji ile söz sahibi olan ilaç ve teknoloji şirketleri; hizmetin sunumunda ise çeşitlenen kamu ve özel sağlık kurumları ve devletlerin sağlık politikaları, tek karar verici olan hekimi farklı bir noktaya getirmiştir. Hekime ait alan artık sadece bilimsel araştırmaların bir kısmı ve hizmetin uygulanması yani tanı ve tedavi aşamasıdır. Fakat değişim bu noktada da durmamıştır. 2000’li yıllara yaklaşıldıkça kar amaçlı bir sektör olarak algılanan sağlık hizmetleri, uygulanan yeni politikalarla, devletin tanı ve tedaviyi yönlendirdiği bir duruma gelmiştir. Tarihsel sürecinde paternalist bir yaklaşımdan gelen ve usta-çırak ilişkisi ile mesleğe yetiştirilen hekim, “benim endikasyonum tartışılmaz” noktasından, tanı ve sağaltım yöntemlerinin dayatıldığı bir noktaya getirilmiştir. Bu değişim sürecinin, doktor-hasta ilişkisini, paternalist yaklaşımdan, işbirlikçi ve tıbbi girişime beraber karar verebilme bilincine getirmesi olumlu olmuştur. Ancak tıp biliminin uygulanması aşamasında, herkesten çok söz sahibi olması gereken hekimlerdir. Almış oldukları eğitim ve sorumluluk bu hakkı vermektedir. Ofansif tıp ve defansif tıp uygulamalarının önlenmesine yönelik olarak önerilen “kanıta dayalı tıp” uygulamasını bu bilgilerin ışığında değerlendirmek yerinde olacaktır.

Son dönem sağlık hizmetlerinde standardizasyonu sağlamanın bir diğer aracı tıbbi bakımda tekliği ve kalite denetimini sağlamayı amaçlayan “kanıta dayalı tıp uygulamalarıdır”. Hastaların tedavisinde mevcut en iyi kanıtların dürüst, açık ve makul biçimde kullanımı olarak tanımlanan kanıta dayalı tıp uygulamaları, temelde batılı ülkelerde yaygın olan klinik uygulama yönergelerinin kullanımını beraberinde getirmektedir. Bu yönergeler, klinik uygulamaların her bir aşaması için talimatlar içermektedir. Örneğin bir cerrahi girişim öncesinde hangi tahlillerin ve görüntüleme

⁵⁷⁰ YILMAZ, Kerem (2014), ss.95,96

tetkiklerinin yapılacağı, nasıl bir yöntem uygulanacağı ve girişim sonrası tıbbi bakımın hangi esasları içereceği, yönergece belirlenmiştir. Bu yönergeler [genellikle, HÖ] bir uzmanlar grubunun bilimsel yazınına değerlendirerek klinik uygulamalarda en güçlü kanıtlara dayalı önerileri sıralamalarıyla oluşturulmuştur.⁵⁷¹ CPG (Clinical Practice Guidelines) olarak da adlandırılan bu öneriler, doktorları kanıta dayalı tıbbi yönelterek, hem yanlış hem de aşırı tedaviyi hedef alırlar. CPG'ler profesyonel tıp organizasyonları, hastaneler, sorumluluk sigortacıları ve devlet acenteleri gibi çeşitli birimler tarafından oluşturulmaktadır.⁵⁷² Ancak uygulamada bu yol haritalarının güvenilirlikleri sorunludur. İlk olarak, yol haritaları genellikle hedef çatışması olan gruplar tarafından oluşturulur. CPG'ler hasta bakımını geliştirmek için kurulmuş sağlık birlikleri tarafından yazılır. Çok nadir olsa da, eğer her şey yolunda giderse, yol haritasına bir uzman tarafından bilgi aktarılır ve bilimsel araştırmalara ve profesyonel sağlık standartlarına dayanılarak oluşturulur.⁵⁷³ Türkiye'de bunun örneği; sağlık hizmetinin organizasyonunu yapan Sağlık Bakanlığı ve SGK'nın, tıbbi müdahalelerin ücret ödemelerine ilişkin getirdikleri sınırlama ve kısıtlamalardır. Aşırı tüketim ve suistimali önleme amacı da güden bu mevzuatın oluşturulmasında, siyasi iradenin etkisi kaçınılmaz olmaktadır. Hekim olsun veya olmasın bürokratların hazırladığı mevzuatta meslek odaları, uzmanlık dernekleri ve üniversitelerin katılımı olmamakta veya çok sınırlı kalmaktadır. Bu durum da tıbbi girişimin uygulanması aşamasında, farklı bilimsel yaklaşımlar için hekimin takdir hakkını elinden almaktadır.

Diğer bir sorun ise bilimsel verilerle oluşturulduğu iddia edilen yol haritalarının güvenilirliği konusudur. Birçok profesyonel organizasyonun ve klinik pratiğin ilaç üreticileri ve tıbbi cihaz sağlayıcıları ile güçlü finansal bağları olması ve birlikte çalışmasıdır. Yol haritası bu grupların ürünlerini kullanmayı önerdiğinde bunlara çok büyük fayda sağlar. Şu bir gerçektir ki CPG'leri oluşturan kurumlar finansal sorumlulukla ilgili önerileri konusunda da samimi ve objektif değildirler. Sonuç olarak, çoğu doktor bu yol haritalarının bilimsel kanıtlarla oluşturulup oluşturulmadığı konusunda şüphelere sahiptir.⁵⁷⁴

⁵⁷¹ ULUTAŞ, ÜNLÜTÜRK, Çağla (2011), ss.75

⁵⁷² ÇINARLI, Serkan (2013), ss.23

⁵⁷³ ÇINARLI, Serkan (2013), ss.23

⁵⁷⁴ ÇINARLI, Serkan (2013), ss.23

Bir hekim hastasına uygulayacağı tıbbi girişim için, birçok nesnel ve öznel veriyi beraber değerlendirerek karar verir. Sağlık hizmetlerinin standardizasyonu, tedavi yönergeleri vb. uygulamalar tıbbin bu öznel yanı için bir tehdit oluşturmaktadır. Anamnezden tedaviye giden sürecin parçalanarak her birinin kılavuzlar üzerinden standardize edilmesi, hekimleri tüm süreci başından itibaren izleyen, ona müdahale eden aktörler olmaktan çıkıp, kendileri dışında belirlenmiş yönergelerin teknik uygulayıcılarına indirgemektedir. Bu durum sağlık hizmetini tek tipleştirerek, hekimin takdir yetkisini azaltmaktadır. Böylece hekim açısından tasarımla uygulama arasındaki ilişkinin yok olmasa bile, en azından zayıfladığından söz etmek yanlış olmayacaktır.⁵⁷⁵ Örneğin; yeni tanı konmuş bir koroner arter hastasına uygulanacak tedavide hastanın yaşı, cinsiyeti, yaptığı iş, yaşadığı bölge, hayat standardı, beslenme alışkanlıkları, şeker hastalığı gibi yandaş hastalıkların varlığı, kalbin fonksiyonel durumu, kalp krizi geçirip geçirmediği, kaç damarının tıkalı olduğu, kullandığı ilaçlar vs. gibi pek çok veri birlikte değerlendirilir. Bu kadar çok parametrenin farklı sayıda varyasyonlarını uyguladığımızda karşımıza çıkan, tıp biliminin değişmez ilkelerinden biri olan “Hastalık Yoktur Hasta Vardır” sonucudur. Bu nedenle hazırlanan yol haritaları, hastalıkları değil, hastayı tedavi etmeye olanak sağlayacak şekilde yani; hekimin bilgi ve becerisini hastanın verileriyle beraber kullanacağı, takdir ve hareket alanı sağlayacak yönde olmalıdır.

Tıp bilminde ki hızlı gelişme, doktorların hem dünya bilimi hem de diğer branşlarla işbirliği ve iletişimini gerektirmektedir. Yoğun bakım, onkoloji gibi alanlar zaten multidisipliner çalışmaktadır. Bunların haricinde ki branşlar da, pek çok hastaya başka dallarla ortak yaklaşım göstermektedirler. Tanı ve tedavi için hazırlanan yol haritaları, paternalist yaklaşım ile yetişmiş ya da onun etkisi altında olan hekimlerin “tek karar verici” olma konumundan çıkmalarını engellemektedir. Bu nedenle katılımı ve uyumu artıracak yönde hazırlanmış yol haritaları olması önemlidir.

Örneğin, kritik olguların tedavi sürecinde hastane otomasyonunun etkin çalışması, kılavuzların kullanılması, “sepsis paketi”, “pankreatit paketi” “üriner sistem enfeksiyonu paketi” gibi ne yapılması gerektiğinin küçük fakat geçerli demetler halinde anlatıldığı, yol şemalarının kullanılması ve daha önemlisi bunlara uyumun SGK

⁵⁷⁵ ULUTAŞ, ÜNLÜTÜRK, Çağla (2011), ss.76

tarafından desteklenmesi- akredite edilmesi gerekir. Buna rağmen kılavuzlara dayalı algoritmik sağlık hizmeti sunumunun da çok kolay ya da her sorunu çözen sihirli bir yaklaşım olmadığı dünyadaki uygulamalardan bilinmektedir. Bu klavuzların bilimsel, gerçekçi, özgün koşullara uygun, büyük çoğunluktaki hasta grubuna uygulanabilir ve de en önemlisi sürekli güncel tutulabilmesi gerekmektedir. Ülkemizde bu tür bir yapılanma için altyapı çalışmalarına önem verilmelidir.⁵⁷⁶

Ofansif tıbbi tetikleyen performansa dayalı döner sermaye sistemi uygulamada ki eksik ve yanlışları nedeniyle tekrar gözden geçirilip, düzenlenmesi gereklidir. Hasta haklarının ihlalleri, iş barışının bozulması, sağlık çalışanlarının özlük haklarına olumsuz etkileri, sağlık hizmetlerine ticari bir bakış açısı getirmesi, harcamaları yükseltmesi gibi nedenler sistemin yenilenmesi gereksinimini doğurmaktadır.

Ülkemizde, uygulamaya konulan performans ve SGK'nın geri ödeme sisteminin sadece "cost reduction"[maliyeti azaltma] parametresine uygun oluşturulduğunu ve uygulanmakta olduğunu, ancak "cost-benefit", "cost-effectiveness", ve "cost-utility" kavramlarının değerlendirmeye alamadığı görülmektedir. [maliyet etkinliği ve yararı] Sağlık sistemimizde bu tür uygulama sonuçlarının hiç kimse tarafından istenmediği halde hasta bakımı ve hasta güvenliği sorunlarına neden olabilir. Performans sistemi doğası gereği yanlılık (bias) taşımaktadır. Bu yanlılık düzeltilmediğinde sistem kendi yarattığı sapmaları normalleştirmekte hatta algılanamaz kılmaktadır. Bu durumun bedeli ise beklenen ve arzu edilenin tam tersine sağlık hizmetlerinde kalite erozyonu olabilir.⁵⁷⁷

Performansa dayalı döner sermaye sisteminin devamlılığı için öncelikle hekimlerin ve hastanelerin bu gelir kalemine bağımlılığı azaltılmalıdır. Kamu hastanelerinin döner sermaye geliri ile harcamalarının büyük bölümünü karşılaması, yöneticilerin çalışanlar üzerinde, daha fazla gelir için baskı oluşturmasına neden olmaktadır. Ayrıca yardımcı sağlık hizmetlerinde, düşük ücretle taşeron eleman çalıştırılmasını arttırmaktadır. Kamu hastanelerine gereksinimlerine göre genel bütçeden ödeme yapılmalıdır. Böylelikle döner sermaye gelirini arttırmak için masrafların gereğinden fazla kısılması, aşırı sayıda hastaya müdahale edilmesi ve gereksiz tıbbi girişim yapılması eğilimi azalacaktır. Sağlık çalışanları ve klinikler arası fazla rekabetin

⁵⁷⁶ TERZİ, Cem (2010), ss.142

⁵⁷⁷ TERZİ, Cem (2010), ss.142

olumsuz etkileri, yerini iş barışına bırakacak; işbirliği içinde çalışmaya, çalışanların ücretlere değil hizmetin kalitesine odaklanmasına yardımcı olacaktır.

Performansa göre ücretlendirme hekimleri de gereğinden fazla tıbbi girişim yapmaya teşvik etmektedir. Döner sermaye geliri aylık ücretin içinde önemli bir yere sahiptir. Devletin giderek artan kamu sağlık harcamalarını azaltmak için uyguladığı düşük fiyatlandırma politikası, doktorların ofansif tıbbi uygulamalarına neden olmaktadır. Fiyatı artmayan veya düşürülen girişimler her geçen yıl daha fazla sayıda yapılmaktadır. Bu da iş yükünü arttırdığı gibi hastaya ayrılan zamanı ve hizmet kalitesini düşürmektedir. Döner sermaye geliri emekliliğe yansımayan, yıllık izin ve sağlık raporu durumunda kesilen; kesildiği için doktorların dinlenmeden veya hasta halde çalışmasına neden olan, hekimler ve hastaneler arası eşitsiz, miktarı ve geleceği belirsiz esnek bir ücretlendirme modelidir. Bu nedenlerle, hekimlerin aylık sabit maaşı yaptığı işin gereği hak ettiği düzeye getirilmeli, tıbbi girişim ücretleri günümüz ekonomik verilerine uygun düzenlenmelidir. Böylelikle hekim enflasyon hızına, tıbbi müdahale sayısını arttırarak yetişmeye çalışmayacaktır. Performans ödemesinin aylık maaşın %10-15'i düzeyinde kalması yeterli olacaktır. Ayrıca performans değerlendirmesi sadece hasta veya girişim sayısı üzerinden yapılmamalı; tedavinin etkinliği, komplikasyon veya aynı sebeple yeniden operasyon, maliyet etkinliği, başarılı tıbbi girişim, hasta memnuniyeti gibi kriterlerin de değerlendirilmesi gerçek performans değerini ortaya koyacak, hizmetin kalitesini ve etkinliğini yükseltecektir.

Sağlık hizmetinin sunumunda tanı ve tedavi yöntemleri için "kanıta dayalı tıp" uygulamalarına önem verilmelidir. Öncelikle başta üniversiteler olmak üzere, eğitim hastaneleri, hizmet hastaneleri, uzmanlık derneklerinin katılımı ile tıbbi uygulamaya yönelik yardımcı yol haritaları belirlenmelidir. Bunlar bağlayıcı olmasa da, hekime hastasına uygun olanı seçme olanağı sağlayan, sıklıkla güncellenen, bilimsel verilere dayalı, etkinliği gözetilen fakat maliyeti de göz ardı etmeyen yöntemler olmalıdır. SGK ücretlendirmeleri de bu yol haritaları paralelinde düzenlenmelidir. Bundan sonra ki aşama tarafsız, birkaç basamaklı kontrol mekanizmalarının oluşturulmasıdır. Bugün sadece SGK'nın il düzeyinde, fatura inceleme komisyonlarıyla yaptığı denetlemelerin bilimsel yönden objektifliği tartışmalıdır. Öncelikle hastane bazında daha sonra il

genelinde, standartların dışına çıkmış girişim veya faturalar olduğunda; eğitilmiş, yetkili ve tarafsız bir komisyon tarafından hasta dosyası incelenmelidir.

Ofansif tıbbi yönelik uygulamaların önemli bir kısmı, yüksek performans ödemesi almak için daha fazla yapılan, yüksek ücretli girişimlerdir. Bazı hastanelerde onkoloji veya transplantasyon merkezlerinde uygulanan “kurul kararı” yöntemi, maliyeti yüksek başka girişimler için de getirilebilir. Örneğin; bel omurlarına uygulanacak bir enstrüman ameliyatı için ilgili hastane içerisinde romatoloji ya da dahiliye, fizik tedavi, nöroloji ve beyin cerrahisi kliniklerinin oluşturduğu bir kurulun ortak kararı ile tıbbi gereklilik belirlenmelidir. Bu uygulama bir tıbbi girişim için endikasyonun, bilimsel veriler ışığında yorumlanması ve meslektaşlar tarafından değerlendirilmesidir. Aynı zamanda kanıta dayalı tıp uygulamalarının, şemalarla hastalık tedavi etme sakıncasına, hastayı tedavi etme yönünde bir destektir. Aksi taktirde hekimler, siyasi irade ve bürokrasinin, çoğu zaman hekim olmayan elemanlarının endikasyonları yargılamasına mahkum olmak durumundadır.

Bu denetim mekanizmalarının dışında, belki de her şeyden önemli olan “oto kontrol” dür. Hekimin kendisini kontrol altında tutması, bilimsel ve etik değerlerin ve hukukun dışına çıkmamasının yolu da eğitiminden geçmektedir. Tıp eğitiminin ilk yıllarında Deontoloji bir ders olarak verilmektedir. Eğitimin tamamlanmasına yakın, mesleğe atılmadan hemen önce, dünyada ve ülkemizde sağlık hizmetlerinin sunumu, ülkenin sağlık mevzuatı, hasta hakları ve ödevleri, hekimin hakları ve ödevleri ve sağlığın ekonomisi ile ilgili bilgilerin verildiği bir “Sağlık Hukuku” dersi olmalıdır. Yardımcı sağlık personeli grubu da benzer bir eğitimden geçirilmelidir. Bu uygulama dünyada ve Türkiye’de değişen sağlık politikaları, yükselen maliyetler, artan yargı davaları, gelişen insan hakları ve sağlık hakları gibi konularda bilgi düzeyi sınırlı olan meslek çalışanlarının bilinç düzeyini arttıracak ve bakış açılarını değiştirecektir.

Son yıllarda uygulanan sağlık politikaları, sistemi, bazı neo-liberal ekonomistlerin savunduğu sosyal devlet anlayışına doğru sürüklemektedir. Buna göre, sosyal devletin sadece birinci basamak, temel sağlık hizmetlerini ücretsiz olarak vermesi yeterlidir. Diğer sağlık hizmetleri kişinin tamamlayıcı özel sağlık sigortası ile karşılanacaktır. Türkiye gibi devletin ve bireylerin gelir durumu sınırlı bir ülkede bu uygulamanın, sağlık hizmetlerinin sunumunda kaos oluşturması kaçınılmazdır.

Sonuç olarak, performansa dayalı döner sermaye uygulaması, zorlama endikasyonlarla, gereksiz tıbbi girişim sayısını arttırmaktadır ve ofansif tıp uygulamalarının en önemli nedenlerinden biri olmuştur. Ofansif tıp kişinin vücut dokunulmazlığına haksız müdahaledir ve etik kurallara, sağlık hakkına ve hasta haklarına yani hukuka aykırıdır. Devletin mali kaynaklarını her geçen yıl daha fazla tüketmektedir. Bunun için idarenin aldığı kısıtlama ve sınırlama önlemleri ise sağlık hizmetine gerçekten gereksinimi olan insanların hakkını engellemekte ve sosyal devletin yapısını bozmaktadır. Uygulanan SDP'nin aksayan yönleri, Türkiye'nin sosyo-ekonomik durumuna uygun sağlık politikalarıyla yeniden düzenlenmelidir. Ülke kaynaklarının verimli kullanımı hem vatandaşlık görevi hem de devletin görevidir. Anne ve çocuk sağlığı, çalışan ve işyeri sağlığı, çevre sağlığı, koruyucu ve önleyici sağlık hizmetlerini önceleyen; bilimsel, eşit, yaygın ve etkin bir sağlık sistemi; sağlıklı birey ve sağlıklı toplum amacına ulaşmada en akılcı çözümler olacaktır.

KAYNAKÇA

Kitaplar:

- AKYILDIZ, Sunay, ÖZKAN Hasan (2012), *Hasta-Hekim Hakları ve Davaları* (2.Baskı), Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- ÇINARLI, Serkan (2013), *İdarenin Sağlık Hizmetinin Sunumundan Kaynaklanan Hukuki Sorumluluğu*, Ankara: Orion Kitapevi.
- ÇINARLI, Serkan, HIZAL ARSLAN Sevinç (2014), *Özelleştirme Uygulamaları Ve Sağlık Hizmetlerinin Özelleştirilmesi*, İstanbul: Leges Yayınları.
- DERYAL, Yahya (2012), *Sağlık Hukuku Problemleri*, Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- ER, Ünal (2008), *Sağlık Hukuku*, Ankara: Savaş Kitap ve Yayınevi.
- ERMAN, Barış (2003), *Ceza Hukukunda Tıbbi Müdahalenin Hukuka Uygunluğu*, Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- GENCER, Zafer Adem (2014), *Ceza Hukuku Kapsamında Tıbbi Müdahalelerin Hukuka Uygunluğu*, Ankara: Bilge Yayınevi.
- HAKERİ, Hakan (2013), *Tıp Hukuku El Kitabı (6.Basım)*, Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- HAKERİ, Hakan, ÜNVER Yener (2013), *Tıp/Sağlık Hukuku Mevzuatı (2.Basım)*, Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- SAĞLIK BAKANLIĞI (2012), Bakanlık Merkez Teşkilatı ve Bağlı Kuruluşlar Tanıtım Kitapçığı 2012:6
- SAVAŞ, Halide (2013), *Yargıya Yanstıyan Tıbbi Müdahale Hataları (3.Baskı)*, Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- TÜMER, Ali Rıza (2013), *Cerrahi Branşlar Açısından Hukuki Sorumluluklar ve Malpraktis*, İstanbul: Matsis Matbaa Hizmetleri.
- YILMAZ, Halit (2011), *Sağlık Hizmetlerinden Yararlanmanın Kısıtlanması Ve Kısıtlamanın Yargısal Denetimi (1.Basım)*, Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- YILMAZ, Kerem (2014), *Defansif Tıp*, Ankara: Seçkin Yayıncılık.

Makaleler:

- AKPINAR, Ali Talip (2013), "Performansa dayalı ek ödeme sistemine ilişkin hekimlerin tutumları üzerine Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde bir araştırma", *Çalışma ve Toplum Dergisi*, 2013/2, S.37, ss.167-181.
- ARSLAN, Erkan (2011), "Performansa dayalı ödeme: Sağlık Bakanlığı uygulaması," *Maliye Dergisi, Ocak-Haziran 2011*, S.160, ss.423-437.
- ATICI, Teoman, E.ATICI (2011), "Artroplasti ve etik: değişen ve genişleyen endikasyonlar ve etik sorunlar", *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, V.31(1), ss.176-185.
- AYDIN, Erdem (2003), "Tıp etiğinde hasta özerkliğine saygı ilkesi", *Erciyes Tıp Dergisi*, S.25(2), ss.92-97.
- BALBAY, Yücel, S.BENER, T.KAYGUSUZ (2014), "Koroner revaskülarizasyon- Dünya ve Türkiye örnekleri", *Türk Kardiyoloji Dergisi*, C.42, S.3, ss.245-252.
- CERAN, Yunus, ÖZDEMİR, Şefik (2013), "Sağlık işletmelerinde paket işlem fiyat uygulamasının hedef maliyetleme yöntemi ve stratejik pazarlama muhasebesi açısından değerlendirilmesi ve özel x diyaliz merkezinde bir uygulama", *Selçuk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, Y.13, S.26, ss.450-478.
- ÇELİKAY, Ferdi, GÜMÜŞ, Erdal (2011), "Sağlıkta dönüşümün amprik analizi", *Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi*, C.1, N.3, ss.55-92.
- DORAN, Tim (2006), "Pay for performance programs in family practices in UK", *The New England Journal of Medicine*, 2006;355, ss.375-384.
- ELBEK, Osman, ADAŞ, Emin Baki (2009), "Sağlıkta dönüşüm: Eleştirel bir değerlendirme," *Türkiye Psikiatri Derneği Bülteni*, C.12, S.1, ss.33-43.
- ERASLAN, Tarık, TOZLU, Ahmet (2011), "Kamu yönetiminde performansa dayalı ücret sistemi", *Sayıştay Dergisi*, S.81, ss.33-61.

- GÜNGÖREN, Muaz, F.ORHAN (2013), "Mikro rekabetçilikte yeni yaklaşımlar, hastanelerde oluşan etik iklimin kalite ve akreditasyon Açısından değerlendirilmesi", *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, C.18, S.1, ss.221-241.
- HEKİMOĞLU, Mehmet Merdan (2014), "İnsan hakları açısından sağlık hakkına genel bir bakış," *İzmir Üniversitesi, Sağlık Hukuku Dergisi*, y.1.S.1.ss.5-6.
- KAPTANOĞLU YILDIRIM, Ayşegül (2013), "İstanbul'da kamu hastanelerinde performans esaslı geri ödeme sistemleri", *Yükseköğretim ve Bilim Dergisi*, C.3,S.2, ss.128-132.
- KART, Elife (2013), "Sağlıkta dönüşüm sürecinde performansa dayalı ücretlendirmenin hekimler üzerindeki etkileri," *Çalışma ve Toplum Ekonomi ve Hukuk Dergisi*, 2013/3(8),ss.103-139.
- KÜÇÜK, Ahmet, D.Gökçınar, E.Aksoy (2012), "The effect of pay for performance system on anesthesia practices", *Turkish Journal of Anesthesiology and Reanimation*, V.40-5, ss.262-268.
- NADERİ, Sait (2014), "SGK verilerine göre Türkiye'de 2010, 2011 ve 2012'de yapılan spinal cerrahi operasyonlarının analizi", *Türk Nöroşirürji Dergisi*, C.24, S.1, ss.1-6.
- ORHANER, Emine (2006), "Türkiye'de sağlık hizmetleri finansmanı ve genel sağlık sigortası," *Gazi Üniversitesi Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi*,2006,S.1,ss.1-22.
- PEKER, Suat, C.DEMİR, B.ŞAHİN (2004), "GATA'da gereksiz hastane kullanımı ve hasta yatış verileri", *Gülhane Tıp Dergisi*, 2004;46(3), ss.213-218.
- SAINT-LARY, Olivier, I.Plü, M.Naiditch (2011), "Ethical issues raised by the introduction of payment for performance in France", *Journal of Medical Ethics*, 2011-100 159.
- SÖZER, Ali Nazım (2014), "Sağlıkta yeniden yapılanmanın (özelleştirmenin) devamı olarak şehir hastaneleri," *Dokuz Eylül Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi* C.15(özel sayı),2013,ss.215-253.
- SÜLKÜ, Nur Seher (2011), "Performansa dayalı ek ödeme sisteminin kamu hastanelerinin verimliliği üzerine etkileri", *Maliye Dergisi*, S.160, ss.242-268.
- ŞAHBAZ, İbrahim (2009), "Bir sosyal hak olarak sağlık hakkı," *Türkiye Barolar Birliği Dergisi*, S.86.ss.405-423.

TERZİ, Cem (2012), "Sağlıkta Dönüşüm Programı: Sağlık piyasalaşırken hekimler işçileşiyor" *Medikolegal Düzlem Tıpta Uygulama Hataları (1.Basım)*
Derl: BİLGE Yaşar, GEÇİM Ethem (Ankara: Baskı Evi Matbaa),ss:30-41

YILMAZ, Kerem (2012), "Cerrahi müdahale sırasında vücutta yabancı cisim unutulmasının hasta hakları açısından değerlendirilmesi," *Medikolegal Düzlem Tıpta Uygulama Hataları (1.Basım)*
Derl: BİLGE Yaşar, GEÇİM Ethem (Ankara: Baskı Evi Matbaa),ss:64-73

Tez ve projeler:

BIYIK, Erhan (2014), "Sağlıkta dönüşüm programının kamu hastanelerine etkilerinin sağlık personeli algısıyla değerlendirilmesi", *Yüksek Lisans Tezi*, Türk Hava Kurumu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

BOLAT, Gülşen (2012), "Performansa dayalı ücret sisteminin işgören motivasyonuna etkisi", *Yüksek Lisans Tezi*, Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Bilim Dalı, Ankara.

ÇİRPİCİ, Erdal (2010), "Türkiye'de kamu sağlık hizmetlerinde 1980 sonrası uygulanan neo-liberal ekonomi politikalarının sağlık personeli istihdamı üzerindeki etkileri", *Yüksek Lisans Tezi*, Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyoloji Anabilim Dalı, Aydın.

EŞEOĞLU, Metehan (2008), "Lomber disk herniasyonunda başarısız bel cerrahisi; epidural fibrozis ve nüks olgularının reoperasyondaki başarı skorlamasının retrospektif incelenmesi", *Uzmanlık Tezi*, Sağlık Bakanlığı Prof.Dr.Mazhar Osman Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2.Nöroşirürji Kliniği, İstanbul.

GÖRMÜŞ, Ayhan (2011), "Sağlık sistemindeki neoliberal dönüşümün sağlık insan gücü üzerindeki etkileri", *Doktora Tezi*, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı Çalışma Ekonomisi Bilim Dalı, İstanbul.

ULUTAŞ, ÜNLÜTÜRK, Çağla (2011), "Türkiye'de sağlık hizmeti üretiminin dönüşümü", *Doktora Tezi*, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı, Ankara.

Ders notları:

AKTAŞ, Ekin Özgür (2013), *İzmir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Hukuku Yüksek Lisans Ders Notları*.

ÇINARLI, Serkan (2013), *İzmir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Hukuku Yüksek Lisans Ders Notları*.

HEKİMOĞLU, Mehmet Merdan (2013), *İzmir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Hukuku Yüksek Lisans Ders Notları*.

SALTIK, Ahmet (2012), "Sağlık ekonomisi," *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı 2012-13 Ders Yılı*, www.ahmatsaltik.net (21.12.2014).

Çalıştay ve sempozyum bildiri kitapları:

AĞALAR, Fatih, C.Terzi (2010), "Performansa dayalı ödeme sistemi değerlendirme anketi", *Türk Cerrahi Derneği "Genel Cerrahide Performans Sistemi Çalıştayı"*, ss.43-54, 26.12.2010, TCD Merkezi, Ankara.

DİNÇ, Gönül (2007), "Sağlık hizmetlerinde finansman ve ödeme modelleri: Birleşik Krallık örneği", ESER Erhan, *V.Temel Sağlık Hizmetleri Sempozyumu "Birinci basamak ağılık örgütlenme ve finansman sistemleri: farklı yaklaşımlar"* ss.10-11, 10-11.05.2007, Celal Bayar Üniversitesi, Manisa.

KILIÇ, Bülent (2007), "Sağlık sistemlerinde finansman ve ödeme biçimleri-ABD ve Almanya örnekleri", ESER Erhan, *V.Temel Sağlık Hizmetleri Sempozyumu "Birinci basamak ağılık örgütlenme ve finansman sistemleri: farklı yaklaşımlar"* ss.13-24, 10-11.05.2007, Celal Bayar Üniversitesi, Manisa.

KORKMAZ, Atilla, H.GÜNDOĞDU (2010), "Performansa dayalı ek ödeme sisteminin genel cerrahi alanına etkileri", *Türk Cerrahi Derneği "Genel Cerrahide Performans Sistemi Çalıştayı"*, ss.17-20, 26.12.2010, TCD Merkezi, Ankara.

TERZİ, Cem (2010), "Performansa göre ödeme sistemi", Terzi Cem, Ağalar Fatih, *Türk Cerrahi Derneği "Genel Cerrahide Performans Sistemi Çalıştayı"*, ss.9-14, 26.12.2010, TCD Merkezi, Ankara.

ZENCİR, Mehmet (2006), "Sağlıkta dönüşüm: Sağlıkta deformasyon", *TTB-Uzmanlık Dernekleri Eşgüdüm Kurulu, "12.Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurultayı"*, ss.31-35, 01-03.12.2006, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmir.

İnternet kaynakları:

- AYDIN, İsmail Hakkı (2011), “Cerrahi endikasyon”, 28.11.2011,
<http://www.medimagazin.com.tr> (17.01.2015).
- BATTACHARYYA, Timothy, A.A.FREIBERG, P.MEHTA (2009), “Measuring the report card: the validity of pay-for-performance metrics in orthopedic surgery”,
<http://www.healthaffairs.org>, March-2009, V.28, ss.526-532.
- BOZIC, J. Kevin, A. SMITH (2007), “Pay for performance in orthopedics”,
[http://www.arthroplastyjournal.org/article/S0883,2007/22\(6\),ss.8-12](http://www.arthroplastyjournal.org/article/S0883,2007/22(6),ss.8-12)
- ÇEKER, Mustafa (2002), “Tıbbi müdahalelerde hukuka uygunluk sorunu,” Çukurova Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi,
<https://www.cu.edu.tr/insanlar/mceker/tibbimudahaleler.rtf>, (22.10.2014)
- ÇINARLI, Serkan, “Amerika Birleşik Devletlerinde Defansif Tıbbın Hukuki Boyutu Ve Çözüm Önerileri”,
www.legeshukuk.com/sonuç.php?bolum=makaleler#131
(08.01.2015).
- ÇOBANOĞLU, Nesrin (2009), “Tıp etiğinden tıp hukukuna hasta hakları olarak aydınlatılmış onam,” Ankara Barosu Sağlık Hukuku Digestası, 11.09.2009, yıl:1, S.1, ss.70-87,
<file:///C:/Users/asus/Downloads/sdigesta%20ank%20baro.pdf> (03.11.2014)
- DURŞUN, Erbil (2012), “Bel ağrısı”, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, 17.12.2012,
<http://www.medimagazin.com.tr/autors/erbil-dursun/tr-bel-agrisi-72>,
(23.01.2015)
- GÖKÇE, Dinçer (2014), “Performans puanı skandalı”, *Hürriyet Gazetesi Ekonomi*, 08.12.2014, <http://www.hurriyet.com.tr>
- GÜL, Cengiz (2010), “Klonlama ve kök hücre çalışmaları karşısında insan onurunun korunması hakkı,” *e-akademi Hukuk, Ekonomi ve Siyasal Bilimler Aylık İnternet Dergisi*, Temmuz 2010, S.101, www.e-akademi.org/arşiv.asp?sayi=101,
(18.10.2014)
- HAELE, Tara (2013), “Putting testa to the test: many medical procedures prove unnecessary-and risky” March 5, 2013,
<http://www.scientificamerican.com/article/medical-procedures-prove>, (19.1.15)
- HARMAN, Adnan (2007), “Vücut bütünlüğünün ihlalinde manevi tazminat,” Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 27.07.2007,
www.turkhukuksitesi.com/makale_645.htm, (19.10.2014)

- HSIAO, C. William (2008), "When incentives and professionalism collide", V.27, N.4, ss.949-951, <http://www.healthaffairs.org/content/27/4/949.abstract>, (25.01.2015).
- KAYA, Mine (2012), "Hekimin hastayı aydınlatma yükümlülüğünden kaynaklanan tazminat sorumluluğu," *Türkiye Barolar Birliği Dergisi*, <http://www.tbdergisi.barobirlik.org.tr/m2012-100-1181>, (02.11.2014)
- KÜÇÜKUSTA, Ahmet Rasim (2014), "Ameliyatlar gerekli olduğu için yapılmıyor", 03.09.2014, <http://www.saglikaktuel.com>, 22.01.2015.
- MOYNIHAN, Ray (2002), "Too much medicine?", 13.04.2002, ss.859-860, <http://www.bmj.com/content/324/7342/859>, (09.01.2015).
- MOYNIHAN, Ray, I.HEATH, D.HENRY (2002), "Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering", *BMJ*, 2002 Apr 13;324(7342), ss.886-891, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1122833>, (12.01.2015).
- ORAL, Tuğçe (2009), "Hekimin aydınlatma ve hastanın rızasını alma yükümlülüğü," 27.06.2009, http://www.turkhukuk sitesi.com/makale_1049.htm, (21.10.2014)
- PALA, Kayıhan (2007), "Türkiye için nasıl bir sağlık reformu?" *Uludağ Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı*, <http://www.pdfkutuphane.com/turkiye-icin-nasil-bir-saglik-reformu-kayihan-pala-pdf-ekitap>. (03.11.2014)
- PETTY, Jonathan (2013), "The offensive flip-side of the defensive medicine argument", 18.06.2013, <http://www.thelegalexaminer.com>, *Virginia-Richmond*.
- SAĞLIK BAKANLIĞI (2002), *Sağlıkta Dönüşüm*, <http://www.sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/saglikadonusum.pdf>. (06.11.2014)
- SAVAŞ, Halide (2008), "Tıbbi hata davalarında özellikli durumlar," *Kazancı Hukuk Eserleri Bilgi Bankası*, <http://www.kazanci.com> (02.11.2014)
- WENBERG, E. John, A.M.O'CONNOR, E.D.COLLINS (2007), "Extending the pay-for-performance agenda" <http://www.healthaffairs.org/content/26/6/1564.abstract>, (26.01.2015)
- YILMAZ, Battal (2009), "Aydınlatılmış rıza" *Tıp etiğinden tıp hukukuna hasta hakları olarak aydınlatılmış onam*, *Ankara Barosu Sağlık Hukuku Digestası*, 11.09.2009, yıl:1, S.1, ss.167-181, <file:///C:/Users/asus/Downloads/sdigesta%20ank%20baro.pdf> (03.11.2014)
- WOO, Hawkin (2009), "Ethics and pay for performance: Utilitarian, Kantian and Belmont perspectives", <http://www.med.ucla.edu/modules/xfsection/print.php?articleid=423>

- YILMAZ, Uğur (2010), "Sağlık hizmetlerinde verimlilik anlayışı ve bunun sağlık sistemindeki sonuçları", 02.01.2008,
<http://www.turkhukuksitesi.com/showthread.php?t=23119> (08.01.2015)
- ZENCİR, Mehmet (2011), "Sağlık çalışanlarının esnek ücretlendirilmesi,"
Kapitalizmin Krizi ve Sağlık Sempozyumu, 01.10.2011, Ankara,
www.ttb.org.tr/dosya/kapitalizm/mehmet_zencir.pdf (11.11.2014).
- ZENCİR, Mehmet (2006), "Sağlıkta dönüşüm nedir?"
http://www.ttb.org.tr/kurultay/2gun/Mehmet_zencir/mzencir.ppt (17.10.2014).
- <http://www.ailehekimligi.com.tr>
- <http://www.hurriyet.com.tr>
- <http://www.legeshukuk.com>
- <http://www.medimagazin.com>
- <http://www.performans.saglik.gov.tr>
- <http://www.sartugan.com>, Çin'de sağlık sistemi, (28.01.2015)
- <http://www.sbv.saglik.gov.tr/E.kutuphane>, Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı, (2013)
- <http://www.sozcu.com.tr/2015/yazarlar/ugur-dundar>, 21.01.2015
- <http://www.beyincerrahisi.org> (20.01.2015)
- <http://www.denetim.saglik.gov.tr> (21.01.2015)
- <http://www.kazanci.com/hukuk-eserleri-bankasi>
- http://www.economist.com/blogs/democracyinamerica/2010/09/08/medical_malpractice
 "Medical malpractice-offensive medicine", by VVV-New York, (11.01.2015).

ÖZGEÇMİŞ

Adı-Soyadı: Hakan ÖZSEL

Doğum yeri ve tarihi: Eskişehir - 1966

İletişim Adresi: hakanozsel@yahoo.com

Yabancı Dil: İngilizce

Eğitim ve Meslek:

1980-1983 Eskişehir Atatürk Lisesi

1983-1990 Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi

1990-1991 Ağrı-Doğubeyazıt Merkez Sağlık Ocağı (Zorunlu Hizmet)

1991-1996 Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon
Anabilim Dalı (Tıpta Uzmanlık Eğitimi)

1997-1998 Şırnak 23.J.S.Tm.Kom. Asker Hastanesi (Askerlik Hizmeti)

1998-2010 Özel bir hastanede anestezi uzmanlığı (İzmir)

2013-2015 İzmir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Hukuku Yüksek Lisans

2000 yılından buyana İzmir Büyükşehir Belediyesi Eşrefpaşa Hastanesi'nde Anestezi ve Reanimasyon uzmanı olarak çalışmaktayım.