

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

**KAMU HASTANELER BİRLİĞİ'NDE;
YÖNETİM ORGANİZASYONUNUN
VE
YÖNETİCİLERİN, TIBBİ UYGULAMA
HATALARINDA SORUMLULUĞU.**

Tez Öğrencisi
Dr. MEHMET ERTAN

Tez Danışmanı
Prof. Dr. EKİN ÖZGÜR AKTAŞ

İZMİR-2014

TEZ ONAY SAYFASI

İZMİR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE;

İzmir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Hukuku Tezli Yüksek Lisansı Programı 134006013 numaralı öğrencisi Mehmet Ertan'ın hazırladığı "Kamu Hastaneler Birliği'nde; Yönetim Organizasyonunun ve Yöneticilerin, Tıbbi Uygulama Hatalarında Sorumluluğu" isimli Yüksek Lisans Tezi ile ilgili savunma sınavı 06/06/2014 günü saat 13.00-14.30 saatleri arasında yapılmış, tez sunumu ve sorulan sorulara alınan yanıtlar sonunda adayın BAŞARILI / BAŞARISIZ olduğuna OYBİRLİĞİ / OY ÇOKLUĞU ile karar verilmiştir.

Tez Danışmanı
Prof. Dr. Ekin Özgür AKTAŞ
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı
Öğretim Üyesi

Üye
Prof. Dr. Aytaç KOÇAK
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi
Adli Tıp Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

Üye
Yrd. Doç. Dr. Serkan ÇINARLI
İzmir Üniversitesi Hukuk Fakültesi
İdare Hukuku Bölümü Öğretim Üyesi

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum “Kamu Hastaneler Birliği’nde; Yönetim Organizasyonunun ve Yöneticilerin, Tıbbi Uygulama Hatalarında Sorumluluğu” adlı çalışmanın, tarafımdan, akademik kurallara ve etik değerlere uygun olarak yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

06/06/2014

Dr. Mehmet Ertan
Tez Öğrencisi

ÖZET

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**Kamu Hastaneler Birliği'nde; Yönetim Organizasyonunun ve Yöneticilerin,
Tıbbi Uygulama Hatalarında Sorumluluğu.**

Dr. Mehmet Ertan.

T.C.

İZMİR ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

SAĞLIK HUKUKU YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

1970'li yıllar dünyada neoliberal anlayış ve politikaların atağa geçtiği yıllar olmuştur. Bu durumun, Türkiye'ye de yansması uzun zaman almamış ve 24 Ocak 1980 Kararları ile resmi ve yazılı hükümet politikaları niteliğine kavuşmuştur. Aynı şekilde, sağlık ve sosyal güvenlik hizmetlerini devlete bir görev olarak veren düzenlemeler kaldırılarak yerine, bu hizmetleri devletin gözeteceğini, düzenleyeceğini belirten yeni reformlar hayata geçirilmiştir. Böylece "Özelleştirme Dönemi" başlamıştır. 2002 yılında kurulan hükümetle, sağlık alanındaki değişim hızlanmış, 2003 yılında açıklanan "Sağlıkta Dönüşüm Programı" hızla hayata geçirilmeye çalışılmıştır. 2003-2011 yılları arasında sağlık alanında yapılan köklü değişiklikler 2011'de yayınlanan 663 sayılı Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında KHK ile zirveye ulaşmış ve Sağlık Bakanlığının teşkilat ve yönetim organizasyonu değiştirilmiştir.

Aynı dönemde gelişmelere paralel olarak sağlık hukuku da ülkemizde gelişmeye başlamıştır. Sadece tıbbi uygulama hatası olarak kabul edilen malpraktis kavramı, artık medikal, etik ve idari malpraktis olarak algılanarak, sağlık kurumlarında idare malpraktis davalarında daha çok etkilenir duruma gelmiştir.

Sağlık hizmetinin belirli bir organizasyon içerisinde sunulmasının zorunlu olması ve Sağlık Bakanlığının Anayasal sorumlulukları çerçevesindeki organizasyon ve denetim sorumluluğunun yanı sıra, halen sağlık hizmetinin büyük bir kısmının Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık birimlerince verilmesi, Sağlık Kurumlarında yönetim organizasyonu ve yöneticilerin sorumlulukları ile malpraktis ilişkisinin daha çok incelenmesini gerektirmektedir.

ANAHTAR KELİMELELER: Neoliberal, Malpraktis, Tıbbi Uygulama Hatası, Yönetim, Organizasyon, Sağlık.

SUMMARY

RESPONSIBILITIES OF MANAGERS AND ORGANIZATION OF MANAGEMENT FROM MALPRACTICE IN ORGANIZATION OF GOVERNMENT HOSPITALS

1970s are the years that neoliberal ideas and politics became popular. Reflection of this situation was not late in Turkey that they became formal and written government politics by 24 January 1980 decisions. In parallel, the rules that give the duty of health and social security services to government were canceled and new reforms were accepted that these services will be done by control of government. Thus; period of privatization was began. By the 2002 parliaments, reforms in health area were accelerated; "Change Program in Health" was decelerated and started in 2003. Between 2003-2011 radical changes were done in health area and laws with number 663 about Organization and Duties of Ministry of Health were decelerated at 2011. Finally organization and management of Ministry of Health was changed.

At the same time, parallel to these evaluations, health law system became to evaluate. Malpractice terminology that was accepted to be only medical application mistakes now became to include medical, ethics and management concerns. Management services of health organizations are now opposed to malpractice lawsuits.

Health services have to be given in a determined organization. Ministry of health has to organize and supervise health services in frame with constitution. Besides Most of the health services are still given by Ministry of health. Thus relationships of malpractice and health organization management and responsibilities of managers have to be evaluated in details.

KEY WORDS: Neoliberal, Malpractice, Medical Application Mistakes, Organization, Health.

**KAMU HASTANELER BİRLİĞİ'NDE; YÖNETİM ORGANİZASYONUNUN VE
YÖNETİCİLERİN, TIBBİ UYGULAMA HATALARINDA SORUMLULUĞU.**

İÇİNDEKİLER

YEMİN METNİ	II
ÖZET.....	III
İNGİLİZCE ÖZET	V
KISALTMALAR.....	XV
GİRİŞ.....	1

**BİRİNCİ BÖLÜM
GENEL BİLGİLER**

1.1 SAĞLIK HUKUKU TANIMI.....	4
1.2. DEVLETİN SAĞLIK ALANINDAKİ SORUMLULUĞUNUN TARİHSEL SÜRECİ.....	6
1.2.1. 1920-1923 Dönemi.....	7
1.2.2. 1923- 1946 Dönemi (Refik Saydam Dönemi).....	8
1.2.3. 1946-1950 Dönemi (Dr. Behçet Uz Dönemi)	9
1.2.4. 1950-1960 Dönemi (Demokrat Parti Dönemi).....	9
1.2.5. 1960- 1980 Dönemi (Sosyalleştirme Dönemi)	9
1.2.6. 1980-2002 Dönemi (Özelleştirme ve Reformlar Dönemi).....	10
1.2.7. 2002'den Günümüze Devam Eden "Sağlıkta Dönüşüm" Dönemi	11
1.3. HASTANE TANIMI, ÖZELLİKLERİ VE SINIFLANDIRILMASI	14
1.3.1. Tanım.....	14
1.3.2. Sistem Yaklaşımına Göre Hastaneler.....	14
1.3.3. Yönetim Açısından Hastaneler	14
1.3.4. Organizasyon Açısından Hastanenin Özellikleri	15
1.3.4.1. Hastaneler Birer Hizmet Organizasyonudur	15
1.3.4.2. Hastaneler Karmaşık Yapıda, Açık-Dinamik Sistemlerdir.....	15
1.3.4.4. Hastaneler Günde 24 Saat Hizmet Veren Organizasyonlardır	16
1.3.4.5. Hastaneler Personelinin Önemli Bir Kısmı Kadınlardan Oluşan Organizasyonlardır	16
1.3.5. Hastanelerin Sınıflandırılması	16

1.3.5.1. Mülkiyet Esasına Göre Hastaneler	16
1.3.5.2. Büyüklüklerine Göre Hastaneler	17
1.3.5.3. Kalma Süresine Göre Hastaneler	17
1.3.5.4. Halkın Kullanımına Açık Olma Durumuna Göre Hastaneler	17
1.3.5.5. Akreditasyon Durumuna Göre Hastaneler	18
1.3.5.6. Eğitim Statüsüne Göre Hastaneler.....	18
1.3.5.7. Dikey Entegrasyona Göre Hastaneler.....	18
1.3.5.8. Verdikleri Hizmet Türüne Göre Hastaneler	19
1.3.5.9. İşlevlerine Göre Hastaneler	19
1.3.5.10.Kamu Hastaneler Birliğine Göre Hastanelerin Gruplandırılması	20
1.3.6. Hastanelerin İşlevleri.....	20
1.3.6.1. Hasta Ve Yaralıların Tedavisi	20
1.3.6.2. Eğitim	20
1.3.6.3. Araştırma ve Geliştirme Faaliyetleri	21
1.3.6.4. Toplumun Sağlık Seviyesinin Yükseltilmesine Katkıda Bulunma	21
1.3.7. Afiliasyon.....	21
1.4. HASTANELERDE KURUM KÜLTÜRÜ, LİDERLİK VE ÖRGÜTSEL ÇATIŞMA	24
1.4.1. Kurum Kültürü	24
1.3.1.1. Kurum Kültürü Oluşumuna Etki Eden Öğeler	24
1.3.1.2. Kurum Kültürü Çeşitleri.....	25
1.4.2. Hastanelerde Liderlik.....	26
1.4.3. Hastanelerde Örgütsel Çatışma	30
1.4.3.1. Hastanelerde Çatışmanın Nedenleri	31
1.4.3.2. İletişime İlişkin Nedenler	31
1.4.3.3. Amaç ve Rol Farklılıkları	31
1.4.3.4. Ortak Kaynak Kullanımı.	31
1.4.3.5. Kişilerarası Karşılıklı Bağımlılık.....	31
1.4.3.6. Değer ve Algılaşılardaki Farklılıklar.....	32
1.4.3.7. Etkin Performans Değerlendirme ve Ödüllendirmenin Uygulanamaması.....	32
1.4.3.8. Örgütsel Görev ve Sorumluluklardaki Karışıklıklar.	32
1.4.3.9. Etkin Ekip Çalışmasının Uygulanamaması.	32

1.4.3.10.Hastanede Çalışan Personelin Öğrenim Farklılıkları.....	33
1.5. SAĞLIK SEKTÖRÜ	34
1.5.1. Sağlık Sektörü Kavramı	34
1.5.2. Sağlık Hizmetlerinin Amacının Gerçekleşmesi İçin Gerekli Şartlar	34
1.5.3. Sağlık Hizmetlerinin Nitelikleri	35
1.5.4. Sağlık Sisteminin İşlevsel ve Duygusal Hedefleri	35
1.5.5. Sağlık Sisteminin Görevini İstenilen Kalite ve Biçimde Yerine Getirebilmesi İçin Gereken Ön Şartlar	36
1.5.6. Sağlık Hizmetlerinin Dört Temel Unsuru.....	36
1.5.6.1. Sağlık İnsan Gücü	36
1.5.6.2. Yardımcı Unsurlar.....	36
1.5.6.3. Arz ve Talep Düzenleri	37
1.5.6.4. Yönetim Yapıları	37
1.5.7. Kişi Sağlığını ve Ülke Sağlık Sisteminin Yapı ve İşleyişini Etkileyen Başlıca Unsurlar.....	37
1.5.7.1. Sağlık Hizmeti Alanlarla İlgili Unsurlar (Kişisel Unsurlar)	38
1.5.7.2. Sosyal ve Fiziksel Unsurlar (Düzenleyici Unsurlar)	38
1.5.7.3. Sağlık Hizmeti Verenlerle İlgili Unsurlar (Örgütsel ve mesleki unsurlar	39
1.5.8. Sağlık Sistem Mühendisliği.....	40
1.5.8.1. İnsan Faktörü Mühendisliği.....	41
1.6. SAĞLIKTA İLETİŞİM	43
1.6.1. İletişim Karar Verme Modelleri	44
1.6.1.1. Ataerkil Model.....	44
1.6.1.2. Bilgilendirici Model	44
1.6.1.3. Açıklayıcı Model.	44
1.6.1.4. Görüşmecı Model.	44
1.6.2. Sağlık İletişiminin Temel Amaçları.....	45
1.6.3. Sağlık Sektöründe Halkla İlişkiler	46
1.7. SAĞLIKTA KALİTE	48
1.7.1. Hastanelerde Kalite Yönetimi	50
1.7.2. Üst Yönetimin Kalite Sürecine Katılması	52
1.7.3. Sağlık Hizmet Kalite Standartları-Hastane Seti.....	54
1.7.4. Kodlama Sistemi	56
1.7.5. Akreditasyon	57
1.7.6. Belgelendirme	58

1.8. SAĞLIK HİZMETLERİ ÖZELLİKLERİ, HARCAMALARI VE FİNANSMANI	60
1.8.1. Sağlık Ekonomisi.....	60
1.8.2. Sağlıkta Performans.....	62
1.8.2.1. Kamu Kurumlarının Performans Değerlendirme Sistemlerini Oluştururken Dikkat Etmesi Gereken Özellikler.....	62
1.8.2.1.1. Çalışma Barışının Korunması	62
1.8.2.1.2. Ceza Uygulamaları Yerine Motivasyonun Artırılması	63
1.8.2.1.3. Saydamlık.....	63
1.8.2.1.4. Personelin Değerlendirme Sürecinin Aktif Bir Parçası Haline Gelmesi	63
1.8.2.1.5. Kurum Yapısı Uygunsa Önceliği Objektif Kriterlere Vermek.....	64
1.8.2.1.6. Ücret Etkisini Asgari Düzeyde Tutmak	64
1.8.2.1.7. Personel Hedefleri ile Kurumsal Hedefler Arasında Bağ Oluşturma.....	64
1.8.3. Sağlık Harcamalarının Artış Nedenleri.....	65
1.8.3.1. Kişi Başına Düşen Gelirin Artması	65
1.8.3.2. Sosyal Değer Yargılarının Değişmesi	65
1.8.3.3. Kentleşme	65
1.8.3.4. Eğitim Düzeyinin Yükselmesi	66
1.8.3.5. Yaşam Düzeyinin Yükselmesi.....	66
1.8.3.6. Teknolojik Gelişmelerin Artması.....	66
1.8.3.7. Tıp Eğitimi Yetersizliği	66
1.8.3.8. Performans Yönetimindeki Sorunlar	67
1.8.3.9. Defansif Tıp Uygulamaları	67
1.8.3.10. Koruyucu Tıbbın İhmal Edilmesi	67
1.8.3.11. Tıp Endüstrisinin Medya Aracılığı ile Hasta Oluşturması.....	68
1.8.3.12. Demokratik Düzenin Yaygınlaşması ve Yeni Kazanımlar.....	68
1.8.4. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı	68
1.8.4.1. Sağlık Hizmetlerinin Kamu Ekonomisi Aracılığıyla Finansmanı.....	69
1.8.4.1.1. Zorunlu Sosyal Sigorta Yöntemi ile Finansman (Bismarck Modeli)	69

1.8.4.1.2. Genel Vergiler Yöntemi ile Finansman (Beveridge Modeli).....	70
1.8.4.2. Sağlık Hizmetlerinin Piyasa Ekonomisi Aracılığıyla Finansmanı.....	70
1.8.4.2.1. Hizmet Sırasında Bedel Ödeme Yöntemi (Cepten Ödeme).....	70
1.8.4.2.2. Özel Sigorta Yöntemi ile Finansman.....	70
1.8.4.3. Bütünleştirilmiş Finansman Modelleri (Karma Modelleri).....	71
1.8.5. Dışarıdan Hizmet Satın Alımı	71
1.8.5.1. Dış Kaynaklardan Yararlanmanın Uygulama Alanları	71
1.8.5.2. İşletmeleri Dış Kaynaklardan Kullanımı Uygulamasına Yönelten Nedenler	72
1.8.5.3. Hastaneleri, Dış Kaynak Kullanımı Uygulamasına İten Nedenler.....	73
1.8.5.4. Dış Kaynak Kullanımının Olumsuz Etkileri	74
1.8.5.5. Sorunların Çözümlerine Yönelik Bazı Öneriler	74
1.9. HASTANE YÖNETİM VE FİNANSMAN MODELLERİNİN ULUSLARARASI KARŞILAŞTIRILMASI.....	75
1.9.1. ABD Uygulama Modeli	75
1.9.2. İngiltere Uygulama Modeli	76
1.9.3. Federal Almanya Uygulama Modeli.....	77
1.9.4. Küba Uygulama Modeli	78
1.9.5. Neoliberalizm	78
1.9.6. Neoliberal Politikaların Türkiye'deki Sağlık Politikalarına Etkisi	81
1.10. SAĞLIK HİZMETLERİNDE ÖZELLEŞTİRME	83
1.10.1. Kamu Hizmeti Kavramının Özelleştirme Sürecindeki Değişimi.....	85
1.10.2. Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Özelleştirilmesinde Uygulanan Yöntemler.....	86
1.10.2.1. Fiyatlandırma Yöntemi.....	86
1.10.2.2. Finansal Kiralama Yöntemi.....	86
1.10.2.3. Yönetimin Devri Yöntemi	87
1.10.2.4. İhale Yöntemi	87
1.10.2.5. İmtiyaz Yöntemi	88
1.10.2.6. Ortak Girişim Yöntemi.....	88
1.10.2.7. Özel Kesimin Desteklenmesi Yöntemi	88
1.10.2.8. Gönüllü Organizasyonlar Yöntemi	88

1.10.3. Sağlık Hizmetlerinin Özelleştirilmesinin Anayasa ve İdare Hukuku İlkeleri Bakımından İrdelenmesi.....	87
1.10.3.1.Anayasa Hukukunun Temel İlkeleri Bakımından Özelleştirme.....	89
1.10.3.1.1. Sosyal Devlet İlkesi.....	89
1.10.3.1.2. Eşitlik İlkesi.....	90
1.10.3.1.3. İnsan Haklarına Saygılı Devlet İlkesi.....	90
1.10.3.2.İdare Hukukunun Temel İlkeleri Bakımından İdarenin Hukuka Bağlılığı ve Özelleştirme.....	91
1.10.3.2.1. Süreklilik İlkesi.....	91
1.10.3.2.2. Tarafsızlık ve Eşitlik İlkesi.....	92
1.10.3.2.3. Değişkenlik ve Uyum İlkesi.....	92
1.10.3.2.4. Bedelsizlik İlkesi.....	93

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK BAKANLIĞI YAPILANMASI VE GÖREV TANIMLARI

2.1. SAĞLIK BAKANLIĞI'NIN MERKEZ VE TAŞRA TEŞKİLATININ YENİ YAPILANMASI.....	94
2.1.1. Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi Sağlık Bakanlığı'nın Örgütlenmesi.....	96
2.1.1. Sağlıkta Dönüşüm Programı Sonrası Sağlık Bakanlığı'nın Örgütlenmesi.....	98
2.1.3. Kamu Hastaneleri Birliklerinin Kuruluşu.....	102
2.1.4. Sağlık Bakanlığı Teşkilatının Yeni Yapılanmasının Sonuçları.....	106
2.1.5. Sağlık Bakanlığı Eski ve Yeni Teşkilat Karşılaştırması.....	108
2.2. SAĞLIK PERSONELİ GÖREV TANIMLARI.....	115
2.2.1. Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı Görevleri.....	117
2.2.2. Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı Görevleri.....	119
2.2.3. Sağlık Bakanlığı Bağlı Kuruluşları Görevleri.....	120
2.2.4. Sağlıkta İnsan Gücü Planlaması (SİGP).....	121

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETİ SUNUMUNDAN KAYNAKLANAN HUKUKİ SORUMLULUK

3.1. SAĞLIK BAKANLIĞI'NIN ÇALIŞMALARINI İLE İLGİLİ HUKUKİ MEVZUAT	124
3.1.1. Kamu Görevlileri Etik Davranış İlkeleri.....	129
3.2. SİGORTA HUKUKU	130
3.2.1. Sigorta Hukukunda Kullanılan Terimler	132
3.2.1.1. Kaza	132
3.2.1.2. Riziko	132
3.2.1.3. Prim.....	132
3.2.1.4. Sigorta Tazminatı	132
3.2.1.5. Sorumluluk Sigortaları	133
3.2.2. Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası	
Genel Şartları	133
3.2.2.1. Sigortanın Kapsamı	133
3.2.2.1.1. Sigortanın Konusu	133
3.2.2.1.2. Sigortanın Coğrafi Sınırı	133
3.2.2.1.3. Teminat Dışında Kalan Haller	134
3.2.2.1.4. Zarar ve Tazminat.....	134
3.2.2.1.5. Rizikonun Gerçekleşmesi	134
3.2.2.2. Rizikoya İlişkin Olarak Sigortacının Hak, Borç ve	
Yükümlülükleri	135
3.2.2.2.1. Giderlerin Ödenmesi.....	135
3.2.2.2.2. Tazminata İlişkin Avans Verilmesi.....	135
3.2.2.2.3. Tazminatın Ödenmesi.....	135
3.2.2.2.4. Sigortalıya Yardım	136
3.2.2.2.5. Sigortacının Zarar Görenden Bilgi Alma Hakkı.....	136
3.2.2.2.6. Zarar Görenle İlişkide İfa Yükümlülüğü	136
3.2.2.2.7. Halefiyet	137
3.2.2.2.8. Doğrudan Dava Hakkı	137
3.2.2.3. Çeşitli Hükümler	137
3.2.2.3.1. Sigorta Priminin Ödenmesi ve Sigortacının	
Sorumluluğunun Başlaması	137
3.2.2.3.2. Sigortalı ve Sigorta Ettirenin Sözleşme	
Yapıldığı Sırada Beyan Yükümlülüğü.....	137

3.2.2.3.3. Sözleşmenin Devamı Sırasındaki Beyan Yükümlülüğü.....	138
3.2.2.3.4. Sigorta Ettirenin ve Sigortalının Durumu	138
3.2.2.3.5. Tebliğ ve İhbarlar	139
3.2.2.3.6. Sigorta Sözleşmesinin Son Bulması	139
3.2.2.3.7. Özel Fesih Nedenleri	139
3.2.2.3.8. Ticari ve Mesleki Sırların Saklı Tutulması	139
3.2.2.3.9. Zamanaşımı.....	140
3.2.2.3.10. Özel Şartlar.....	140
3.2.3. Sağlık Mesleği Mensuplarının Zorunlu Mesleki Mali Sorumluluk Sigortası Olmasının Nedenleri.....	140
3.3. SAĞLIK PERSONELİNİN CEZAI VE İDARİ SORUŞTURMA USULLERİ	143
3.3.1. Disiplin Sorumluluğu.....	144
3.3.1.1. Uyarma Cezasını Gerektiren Durumlar	145
3.3.1.2. Kınama Cezasını Gerektiren Durumlar	145
3.3.1.3. Hekimin Memuriyet Kademesinin Kısa Süreli Durdurulmasını Gerektiren Durumlar	146
3.3.1.4. Hekimin Memuriyet Kademesinin Uzun Süreli Durdurulmasını Gerektiren Durumlar	146
3.3.1.5. Hekimin Geçici Olarak Görevden Çıkarılmasını Gerektiren Durumlar	147
3.3.1.7. Hekimin Devlet Memurluğundan Çıkarılmasını Gerektiren Durumlar.....	147
3.3.2. 4483 Sayılı Memurlar ve Diğer Kamu Görevlilerinin Yargılanması Hakkında Kanun Çerçevesinde Soruşturma	148
3.3.2.1. Şikayet ve İhbar	151
3.3.2.2. Ön İnceleme Şartları.....	152
3.3.2.3. Ön İncelemeci.....	152
3.3.2.4. Şikayetçi Dinleme	153
3.3.2.5. Bilirkişi Dinleme	154
3.3.2.6. Keşif Yapılması.....	154
3.3.2.7. Diğer Kurum Ve Kuruluşlarda Bulunan Belgeleri İsteme	154
3.3.2.8. Ön İnceleme Raporu.....	154
3.3.2.9. Soruşturma İzni Verme Süresi	155
3.3.2.10. Men-i Muhakeme Kararı Verilmesi.....	155

3.4. İDARENİN SAĞLIK HİZMETİ SUNUMUNDAN KAYNAKLANAN SORUMLULUĞU.....	156
3.4.1. Zarar	157
3.4.2. Maddi Zarar.....	157
3.4.3. Manevi Zarar	158
3.4.4. Zararın Nitelikleri	159
3.4.5. Zararın Kapsamı	159
3.4.6. İdari İşlem ve İdari Eylem	160
3.4.6.1. İdari İşlem.....	161
3.4.6.2. İdari İşlemin Özellikleri.....	162
3.4.6.2.1. İdari Makamlar Tarafından Yapılması	162
3.4.6.2.2. Tek Yanlı Olması	162
3.4.6.2.3. İcrai Olması	162
3.4.6.2.4. Kamu Gücüne Dayanması.....	163
3.4.6.2.5. Re' sen İcra Edilebilir Olması.....	163
3.4.6.2.6. Hukuka Uygunluk Karinesinden Yararlanması	164
3.4.6.2.7. Hukuki Sonuç Doğurması	164
3.4.6.2.8. Yazılı Olması	165
3.4.6.2.9. Geriye Yürümemesi.....	165
3.4.6.3. İdari İşlemin Unsurları.....	165
3.4.6.3.1. Yetki Unsuru.....	166
3.4.6.3.2. Şekil Unsuru	166
3.4.6.3.3. Usul Unsuru.....	166
3.4.6.3.4. Sebep Unsuru.....	167
3.4.6.3.5. Konu Unsuru.....	167
3.4.6.3.6. Amaç Unsuru.....	167
3.4.7. Kusur.....	168
3.4.7.1. Genellik	168
3.4.7.2. Anonimlik.....	169
3.4.7.3. Aslilik	169
3.4.7.4. Bağımsızlık.....	170
3.4.7.5. Esneklik.....	170
3.4.8. Hizmet Kusurunun Çeşitleri	173
3.4.8.1. Hizmetin Kötü İşlemesi	173
3.4.8.2. Hizmetin Geç İşlemesi	174
3.4.8.3. Hizmetin Hiç İşlememesi.....	174

3.4.9. Görev Kusuru	175
3.4.10. Kişisel Kusur	175
3.4.11. Kusursuz Sorumluluk	175
3.4.12. İdari Sorumlulukta Nedensellik Bağı	176
3.4.13. İlliyet Bağını Kesen Nedenler	177
3.4.14. İdari Malpraktislerde İdarenin Sorumluluğu	177
3.4.14.1. Sağlık Bakanlığı'nın Sağlık Hizmeti Sunumunda Sorumluluğu ve İdari Malpraktisler.....	178
3.4.14.2. Türkiye Kamu Hastane Birlikleri'nin (TKHB) Sağlık Hizmeti Sunumunda Sorumluluğu ve İdari Malpraktisler.....	179
3.4.14.3. Sosyal Güvenlik Kurumu'nun (SGK) Sağlık Hizmeti Sunumunda Sorumluluğu ve İdari Malpraktisler.....	181
3.4.14.4. Hekim ve Sağlık Personelinin Yetki ve Sorumluluğu Kaynaklı İdari Malpraktisler	181

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

TIBBİ UYGULAMA HATALARI

4.1. TIBBİ UYGULAMA HATALARI	183
4.1.1. Tıbbi Hizmet ve Tıbbi İşlem (Müdahale)	183
4.1.2. Hasta Hakları	184
4.1.3. Tıbbi İşlem Çeşitleri.....	186
4.1.4. Tıbbi Uygulama Hatası (Malpraktis)	186
4.1.5. Tıbbi Uygulama Hataları Sınıflandırılması	189
4.1.5.1. Tıbbi Malpraktis	189
4.1.5.2. Tıbbi Bir İşlemin Ceza Gerektirmemesi İçin Taşınması Gereken Şartlar (Hukuka Uygunluk Koşulları).....	190
4.1.5.2.1. Yapan Kişinin Tıbbi İşlem Konusunda Yetkisinin Olması	190
4.1.5.2.2. Tıbbi Bir Gereğesinin Olması (Endikasyon)-Komplikasyon	191
4.1.5.2.3. Hastanın Bedeni Üzerinde Yapılacak İşleme İzin Vermesi.....	193
4.1.5.2.4. Tıbbi İşlemin Tıbbi Kurallara Uygun Yapılması	205
4.1.5.2.5. Yapılan Tıbbi İşlemin Kanunca Yasaklanmamış Olması	206

4.1.6. İdari Malpraktis.....	206
4.1.6.1. Tanısal Hatalar	206
4.1.6.2. Tedavi Hataları	207
4.1.6.3. Bakım ve İzlem Hataları.....	207
4.1.7. Etik Malpraktis.....	208
4.1.8. Tıbbi Uygulama Hata Nedenleri Ve Önleme Yolları	208
4.1.9. İslam Hukuku Açısından Tıbbi Müdahale	211
4.2. YENİ DÜZENLEMELERİN HASTANELERİN YÖNETİM ORGANİZASYONUNDA OLUŞTURDUĞU DEĞİŞİKLİKLERLE BİRLİKTE OLUŞAN HATALAR.....	214
4.2.1. Merkezîyetçilikten Uzaklaşmama ve Özerk Olamama Sorunu.....	214
4.2.2. Mevzuat Çokluğu ve Bürokraside Evrak Kirliliği Sorunu	216
4.2.3. Afiliasyon (Birlikte Kullanım) Sorunu.....	218
4.2.4. Personel Azlığı ve İş Yükü Fazlalığı Sorunu	219
4.2.5. Sağlık İletişiminden Kaynaklanan Sorunlar.....	221
4.2.6. Eğitim Sorunu	224
4.2.7. Aydınlatılmış Onam Konusunun Öneminin Anlaşılabilmesi	227
4.2.8. Arşivleme ve Kayıt Tutma Sorunu	228
4.2.9. Ücret Politikasındaki Sorunlar	230
4.2.10. Mali Yapı Sorunları.....	232
4.2.11. Hastanenin Fiziki Şartlarından Kaynaklanan Sorunlar	233
4.2.12. Defansif Tıp Uygulamaları ile İlgili Sorunlar	235
4.2.13. SGK'nın Oluşturduğu Paket Fiyat Politikası ile İlgili Sorunlar.....	236
4.2.14. İlaç, Tedarik ve Kullanımı ile İlgili Sorunlar	237
4.2.15. Sağlık Sistem Mühendisliği ve İnsan Faktörü Mühendisliği Sorunları	238
4.2.16. Hastanelerde Örgütsel Çatışma ile İlgili Sorunlar	238
4.2.17. Sağlık Hukukunun Uygulama İçine Alınmaması İle İlgili Sorunlar	240
4.2.18. Güvenlik Sorunları.....	241
4.2.19. Tükenmişlik Sendromu Sorunu.....	242
4.2.20. İş Sağlığı ve Güvenliği Sorunları	243
4.2.21. Teşhis ve Tedavi Dışındaki Sunulan Hizmetlerden Kaynaklanan Sorunlar	245
4.2.22. Hemşirelik Mesleği Sorunları	247
4.2.23. Kalite ile İlgili Sorunlar	250
4.2.24. Teknik Servis Desteği ile İlgili Sorunlar.....	251

BEŞİNCİ BÖLÜM
TARTIŞMA

5.1. YÖNETİM-ORGANİZASYON VE PERSONEL REJİMİ BOYUTU	252
5.2. ÜCRET VE SOSYAL HAK BOYUTU	257
5.3. HUKUKİ BOYUT	258
5.4. HASTANELERİN FİZİKİ YETERLİLİK BOYUTU	261
5.5. ÖNEREBİLECEĞİMİZ HASTANE YAPILANMA MODELİ	262
SONUÇ	267
KAYNAKÇA	270

KISALTMALAR

KHK	Kanun Hükmünde Kararname
E	Esas
K	Karar
T	Tarih
md.	Madde
vb.	Ve buna benzer
T.C.	Türkiye Cumhuriyeti
TBMM	Türkiye Büyük Millet Meclisi
SSK	Sosyal Sigortalar Kurumu
MSB	Milli Savunma Bakanlığı
TEBİAT	Turizm, Ekonomi, Bilimsel Araştırma, Tanıtma Merkezi
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
SKS	Sağlıkta Kalite Standartı
SHKS	Sağlıkta Hizmetleri Kalite Standartı
JCI	Joint Commission International
JCAHO	Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations
TÜRKAK	Türk Akreditasyon Kurumu
ISO	International Standardization Organizations
TSE	Türk Standartları Enstitüsü
EN	European Norm- Avrupa Standartları
AB	Avrupa Birliği
EFTA	Avrupa Serbest Ticaret Bölgesi
CT	Computerize Tomografi
AHA	American Hospital Association
JCAH	Joint Commission on Accreditation of Hospitals
PSRO	Professional Standards Review Organizations
NHS	National Health System-Ulusal Sağlık Sistemi
KİT	Kamu İktisadi Teşebbüsü
KÖO	Kamu Özel Ortaklığı
AÇSAP	Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması
KETEM	Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi
AMATEM	Alkol Madde Bağımlılığı Tedavi Eğitim Merkezi
ENDOTEM	Endokrinoloji ve Nükleer Tıp Tanı ve Tedavi Merkezi
YÖK	Yüksek Öğrenim Kurumu

SiGP	Sağlık İnsan Gücü Planlaması
IMF	International Money Fon
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
BM	Birleşmiş Milletler
TCK	Türk Ceza Kanunu
TUSİDER	Türkiye Sağlık İşletmeleri Derneği
TTB	Türk Tabipler Birliği
VSD	Verem Savaş Dispanseri
TODAİE	Türkiye ve Orta Doğu Amme İdaresi Enstitüsü
TAEK	Türkiye Atom Enerjisi Kurumu
DSİ	Devlet Su İşleri
CMK	Ceza Muhakemeleri Kanunu
İYUK	İdari Yargı Usulleri Kanunu
H.D	Hukuk Dairesi
TKHB	Türkiye Kamu Hastaneler Birliği
SGK	Sosyal Güvenlik Kurumu
DTB	Dünya Tabipler Birliği
SABİM	Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi
DNA	Deoksiribo Nücleic Asit
IRCT	International Rehabilitation Council for Torture
AİHM	Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi

GİRİŞ

663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname (KHK), 2 Kasım 2011 tarihli Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe girmesiyle ülkemizde Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık hizmetlerinde yeni bir yapılanma oluşturulmuştur.

663 Sayılı KHK’nın 1. maddesinde “(1) *Bu Kanun Hükmünde Kararnamenin amacı; Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarının teşkilat, görev, yetki ve sorumluluklarını düzenlemektir*¹” denilerek Sağlık Bakanlığının teşkilat, görev ve yetkilerinde yeni bir düzenleme yapıldığı vurgulanmıştır. Bu yeni yapılanma ile oluşan köklü değişikliklerin ve ortaya çıkabileceği düşünülen bazı sorunların incelenmesi gerektiği düşünülmüştür.

Çalışmamızda 663 sayılı KHK ile oluşan yeni yapının ve yönetim organizasyonun tıbbi uygulama hatalarındaki sorumlulukların incelenmesi ve yöneticilerin, sağlık çalışanlarının ve sağlık hizmeti alanların en az zarar görmeleri amaçlanmıştır.

Hukuk devleti ana ilkelerinden biri; idarenin kendi eylem ve işlemlerinden doğan zararlardan sorumlu olmasıdır². İdarenin sorumluluğu; “devletin ve diğer kamu tüzel kişilerinin, bireylerle doğrudan iletişim içinde bulunan ve kanunları uygulayan makam ve organların, kişilere verdiği zararlardan doğan sorumluluğudur”³⁻⁴.

Yargıtay Hukuk Genel Kurulu E.2011/4-592, K.2012/25, T.01.02.2012 tarihli kararı ile “*doktorun görevi sırasında ve yetkisini kullanırken işlediği bir kusura ve bu kusurun niteliği itibarıyla da kamu görevlisinin ihmeline dayanmakta olan bir davada, kamu görevlilerinin yetkilerini kullanırken işledikleri kusurlardan kaynaklı zararlarda, görevi dışında kalan kişisel kusuruna dayanılmadığına, dikkatsizlik ve tedbirsizliğe dayalı da olsa eylemin görev sırasında ve görevle ilgili olmasına ve hizmet kusuru bulunmasına göre dava idare aleyhine açılıp, husumetin de idareye yönetilmesi gerektiği*” şeklinde hüküm kurmuştur⁵.

İdarenin sorumluluğundan bahsedilebilmesi için ortada bir zarar olması, zararın idari işlem veya eylemden kaynaklanması ve zarar ile idarenin işlemi veya eylemi arasında uygun illiyet (nedensellik) bağının bulunması gereklidir⁶.

Kamu Hastaneleri Birliği bir kamu kuruluşu olduğu için ürettiği ve sunduğu hizmetlerden, İdare Hukuku açısından sorumludur. Hizmet sunumundan kaynaklanan zararlar, hangi tür kusurlarla oluştuğunun ayrımının yapılması gerekli hale gelmiştir.

¹ 02.11.2011 tarih 28103 sayılı Resmi Gazete (erişim tarihi 04.02.2014)

² <http://www.tbmm.gov.tr/anayasa> (erişim tarihi 08.02.2014)

³ **ANAYASA “Madde 125-**İdarenin her türlü eylem ve işlemlerine karşı yargı yolu açıktır.....İdare, kendi eylem ve işlemlerinden doğan zararı ödemekle yükümlüdür”.

⁴ Yrd. Doç. Dr. Serkan Çınarlı. İdarenin Sağlık Hizmetinin Sunumundan Kaynaklanan Hukuki Sorumluluğu. Orion Kitabevi. Ekim 2013 s.159

⁵ www.yargitay.gov.tr (Erişim Tarihi 04.02.2014)

⁶ Çınarlı. s. 160.

Kusur; kişisel kusur, görev kusuru ve hizmet kusuru olabilir. Çalışmamızda öncelikle hizmet kusuru ele alınacaktır. Hizmet kusurları da daha çok yönetim organizasyona ve yöneticilerin kusurlarına bağlanmaktadır.

TBMM, 2 Mayıs 1920'de 3 sayılı Büyük Millet Meclisi İcra Vekillerinin Suret-i İntihabına Dair Kanun'u çıkararak, bu Kanun'un 1. maddesi ile içerisinde Sıhhiye ve Muavenet-i İçtimaiye Vekaletinin (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı) de bulunduğu Bakanlar Kurulunu oluşturmuştur. Böylece Türkiye'de sağlık hizmetlerinin Cumhuriyet dönemindeki tarihsel gelişim ve örgütlenmesi başlamıştır. 1980'li yıllara kadar daha çok devletin vatandaşının sağlığını koruma ve tedavisini karşılama zorunluluğu olarak yani sağlığın bir hak olduğu görüşü kabul edilmişti. 1970'den sonra neoliberal politikalar etkisi ile değişmeye başlamış ve 1987'de çıkarılan Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu ile sağlıkta reform başlatılarak, sağlık bir hak olmaktan çıkarılıp piyasa ekonomisine uyarlanmaya başlamıştır. 2003 yılında açıklanan Sağlıkta Dönüşüm Programı ile eski sağlık sistemi terkedilerek yeni bir yapılanma başlatılmıştır. Birinci basamak ve sosyal güvenlik sistemlerinde yapılan değişiklikler ile süreç oldukça hızlı ilerlemiştir. 2011'de yayınlanan 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile "Bakanlık Teşkilatı" ve "Hastanelerde Dönüşüm" dönemi başlamıştır. Bu değişim, yeni bir yönetim organizasyonu oluşturduğundan bu organizasyonun tıbbi uygulama hatalarına etkisini de incelemeyi gerekli hale getirmiştir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sağlığın özelleştirilmesine yönelme, güvenilir hizmete ulaşma ve hizmetten eşit yararlanma konularında sıkıntılar yaratabilecektir. Hekimlik uygulamaları hem insanların yaşam kalitesini yükseltmeye hem de bunu uygun ve ucuz yöntemlerle çözmeye yöneliktir. Bu durum hastalar için uygun olsa da tıp endüstrisi için uygun değildir⁷. Sağlık hizmeti alan kişilerin "**müşteri**" (Hizmet, mal vb. alan ve karşılığında ücret ödeyen kimse⁸) olarak tanımlanması sağlığın bir hak olduğunu belirleyen T.C. Anayasa'sının 17. ve 56. maddeleri ve İnsan Hakları Sözleşmesi 2. maddesine aykırılık oluşturmaktadır. Ayrıca müşteri olarak tanımlamak potansiyeli artırmak anlamına da geleceğinden hastanın (hastalığın) artmasına neden olacaktır. Kişi başı hekime müracaat etme sayısı 2002 yılında 3.2 iken 2012 yılında 8.3'tür⁹.

Sağlık hizmetlerinin hedefi hastaları tedavi etmek yerine insanların hastalanmasını önlemektir. Bu yüzden sağlık işletmelerinin adının, hastane yerine şifahane olması daha mantıklı, gerçekçi ve motive edici olacaktır.

⁷ Tıp Bu Değil 2. Editör: İknur Arslanoğlu. İthaki yayınları. 2013. s. 237

⁸ <http://www.tdk.gov.tr> (Erişim Tarihi 04.02.2014)

⁹ Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü istatistik verileri (Erişim Tarihi 04.02.2014)

Birinci basamakta çalışan sağlık ocaklarının kapatılarak aile hekimliğine geçilmesi ve hastanelerin performans dayalı uygulamalar ile işletme haline getirilmesi sağlığın ticarileştirilmesi şeklinde karşımıza çıkarılmıştır.

Aile hekimleri tüm çaba ve iyi niyetine işgücünün çok üstünde bir iş yükü ile karşı karşıya kalmış, koruyucu sağlık hizmetlerinin öncelenmesi yerine, defin nöbetleri, adli nöbetler acil nöbetleri gibi birinci basamak hizmetleri ile uyuşmayan işlerle görevlendirilmiş, yoğun bürokratik işlemler ile boğuşmak zorunda kalmıştır. Sevk zorunluluğunun olmaması, hastaların diledikleri sağlık basamağına başvurabilmeleri birinci ve ikinci basamak sağlık kurumları arasındaki işbirliğini ve ahengi bozmuştur. Bu hizmet şekli etik sorunlara yol açmaktadır. Etik sorunlar çalışma barışını ve hizmet kalitesini bozarak tıbbi uygulama hatalarına neden olmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin kendine özgü nitelikleri vardır. Sağlık hizmetlerinin daha sonra inceleyeceğimiz niteliklerinden dolayı devletin, milli güvenlik ve eğitim gibi sürekli müdahalesini, denetimini gerektiren bir kamu görevidir. Zarar dahi etse hizmetin aksatılmadan yürütülmesini gerektirir. Hizmetin aksamadan yürütülmesi devletin her birimini olumlu etkileyecektir. Bu özelliklerinden dolayı sağlık hizmetleri organizasyonları ve sağlık organizasyonu yöneticileri daha da önem kazanmaktadır.

Sağlıkta dönüşüm programı ile yapılan köklü değişiklikler; sürekli KHK, torba yasa, yönetmelik, tüzük, tebliğlerle ve iç yazışmalarla sürekli yenilenmeye çalışılmakta bu da sağlık yönetimlerinin ve sağlık personelinin hareket ve uyum yeteneğini bozmaktadır. Yapılan köklü değişikliklerin hızla hukuksal tadilatlar ile değiştirilmesi hataları beraberinde getirmekte ve kaçınılmaz kılmaktadır.

Özel veya kamu kurumu niteliğindeki sağlık kuruluşlarının artık günümüzde rasyonel yönetilip ekonomik anlamda hayatta kalabilmeleri ve kamuya yük olmadan kaliteli hizmet verebilmeleri için bağımsız veya özerk bir iş birimi olarak kendi uzun vadeli kurumsal ve toplumsal hedeflerini belirlemeleri ve stratejik planlarını geliştirmeleri gerekmektedir¹⁰. Bu açıdan **“Sağlıkta Dönüşüm”** programı ve 663 Sayılı K.H.K ile oluşturulan sistemin elbette olumlu ve uygulanması gereken yönleri de vardır. Ancak çalışmamızda yönetim organizasyonlarının ve yöneticilerin mevcut sistemde neden olabilecekleri tıbbi uygulama hatalarında ki sorumluluğuna yer vereceğimizden daha çok sorunlu alanlarından bahsederek hataları nasıl en aza indirileceği, organizasyon içerisinde düzenleme veya bir değişikliğe gerek duyulup duyulmayacağı konusunda katkı oluşturmak amaçlanmıştır.

¹⁰ Sağlık İşletmeleri Yönetim Rehberi. Editörler: Yrd. Doç. Dr. Ali Coşkun - Yrd. Doç. Dr. Ahmet Akın. Nisan 2009. Giriş kısmı.

BİRİNCİ BÖLÜM GENEL BİLGİLER

1.1. SAĞLIK HUKUKU TANIMI

Sağlık hukuku, gelişmiş ülkelerde önemli ve kuralları oturmuş bir hukuk alanı olmakla birlikte ülkemizde, üzerinde görüş birliğine varılmış, genel kabul görmüş kesin bir tanımı bugün için çok olanaklı görülmemektedir. Bu nedenle önce sağlık hukukunun tanımı üzerinden gitmek daha doğru olacaktır.

Sağlığın tanımı birçok modelle yapılmaya çalışılmıştır. Ancak düşüncemize göre en uygun model bütüncül yaklaşımdır. Bu model, sağlığı bir insanın bütünüyle sağlıklı olma hali olarak yani, fiziksel sağlıkla beraber aynı zamanda sağlığın sosyal ve ruhsal yönlerini de içerecek şekilde tanımlamaktadır. Bu modeldeki sağlık tanımı daha idealist bir tanım niteliğindedir. Bu tanım, DSÖ'nün *"sadece hastalık ve sakatlığın olamaması değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali"* şeklinde yaptığı tanımdır¹¹.

Ancak DSÖ' nün tanımının kabul görmesi, tanımda yer alan terimlerin anlamlarının ne olduğu konusunda bütünüyle bir görüş birliğine varılmış olduğu anlamına gelmemektedir. Bunun aksine tanımda yer alan üç boyutun nasıl ölçüleceği ile ilgili bir fikir birliği bulunmamakta ve eleştiriler devam etmektedir. Kişilerin fiziksel iyilik, sosyal iyilik hali ve ruhsal iyilik hali ile ilgili görüşleri birbirinden farklı olduğu için hangi koşullar altında ideal bir sağlık durumunun yakalanacağı konusunda da bir netlik bulunmamaktadır. Algılanan iyilik halinin sağlık statüsünü gerçekten iyi bir biçimde yansıtmıyorsa yansıtmadığı yönünde tartışmalar vardır. Çünkü iyilik hali olarak belirtilen kavram yoksulluk, işsizlik, kültürel normlar, ailevi ilişkiler, politik rejimler ve savaşlar gibi iyilik halini azaltan bir çok faktörden etkilenmektedir. Bu nedenle iyilik hali kavramının tanımlanması ve ölçülmesi oldukça zordur.

Hukuk kelimesi Arapça "hak" kökünden gelir ve hak kelimesinin çoğulu olarak bilinmektedir. Geniş bir kavramla açıklarsak teknik anlamda hukuk; örgütlenmiş bir toplum içinde yaşayan insanların birbirleriyle veya kişilerin ve bireylerin yine kendilerinin meydana getirdiği topluluklarla ve bu toplulukların birbirleriyle olan

¹¹ Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt: 4, Sayı: 1 Kavramsal Açıdan Sağlık. Sinem Somunoğlu. s. 57

ilişkilerini düzenleyen, kişilerin güvencesini ve insan haklarını sağlamak ve korumak amacıyla oluşturulan ve devlet gücü ile desteklenen bağlayıcı, genel, soyut ve devamlı (ama dönemin gerekliliğine göre değişebilecek esnekliğini de kaybetmeyen) kurallar bütünüdür¹².

Bu konuyla uğraşanların bir kısmı sağlık hukuku, bir kısmı tıp hukuku kavramını kullanmaktadırlar¹³. Tıp Hukuku'nun, sağlık hukukunun bir alt dalı olduğunu, tıbbın uygulanmasından kaynaklanan sağlık personelinin hak ve yükümlülükleri, yasal sorumluluğu, hasta hakları, ilaç hukuku, medikal hukuk gibi hukuk konularını ele alan hukuk dalı¹⁴ olduğunu söyleyen hukukçular da vardır. Tıp sözcüğü daha çok tanı, tedavi ve rehabilitasyona ilişkin hizmetleri içerir. Sağlık sözcüğü ise, hasta-hekim ve bunlar arasındaki ilişkiler dışında sağlık ile ilgili diğer kişi, kurum ve çevre ile bunlara ilişkin bütün düzenlemeleri de kapsayan boyutlarda algılanmaktadır¹⁵. Ayrıca sağlık sözcüğü, sağlık politikası ve sağlık hizmetleri ile ilgili kurum ve kuruluşlarla çağrışım sağlamaktadır.

Sağlık alanının gerek organizasyon ve işleyişi, gerek sağlık hizmetinde çalışan ve hizmet alan kişilerin hakları, gerek devletin anayasal ve uluslararası hukuktan kaynaklanan yükümlülükleri sağlık alanının neredeyse tüm hukuk alanları ile ilişki kurmasına ve onlardan etkilenmesine neden olmaktadır. Bu nedenlerle sağlık hukuku kavramının benimsenmesi daha işlevsel olacaktır¹⁶. Bir başka deyişle sağlık hukuku hukuk bilim alanlarının sahip oldukları bilgilerin sağlık hizmet alanına yansması ve uygulaması olarak nitelendirilebilir.

Sağlık Hukuku, disiplinler arası bir hukuk dalıdır. Anayasa Hukuku, Ceza Hukuku, İdare Hukuku, Medeni Hukuk, Borçlar Hukuku ve Ticaret hukuku gibi birçok hukuk dalı ile iç içedir. Bu konuyla profesyonel olarak ilgilenenlerin, sağlık sektörünün ve hukuk alanının bilgileri ile donanmış olması daha da önem kazanmaktadır.

¹² <http://www.thukuk.com/okuma-alt01.html>

¹³ Prof. Dr. Hakan Hakeri özellikle hekimlerin cezai sorumluluklarını esas almakta ve tıp hukuku tanımını kullanmaktadır. Oysa Prof. Dr. Ekin Özgür Aktaş, Prof. Dr. Hamit Hancı gibi müellifler sağlık hukuku kavramını kullanmakta ve konuyu cezai, hukuki, idari ve etik boyutları ile daha geniş olarak değerlendirmektedir.

¹⁴ Tıp Hukuku. Prof. Dr. Hakan Hakeri. Seçkin Yayınları. 5. Baskı. Mayıs-2012. Ankara. S. 37.

¹⁵ Sağlık Hukuku. Ünal Er. Savaş Yayınevi. Ankara-2008. s. 6.

¹⁶ Er. s. 6.

1.2. DEVLETİN SAĞLIK ALANINDAKİ SORUMLULUĞUNUN TARİHSEL SÜRECİ

Toplum yöneticilerinin 19. Yüzyıla gelene kadar insan sağlığına ilişkin kurumsal bir bakış açısı yoktu. Bu dönemden önce yöneticiler; insan sağlığını ve sağlık teşkilatlanmasını politik bir görev olarak algılamamışlardır. Bu bakış açısı günümüz düşünce yapısı açısından bakıldığında sosyal devlet kavramı bulunup bulunmadığı ile de yakından ilişkilidir. Bilindiği gibi Sosyal Devlet Kavramı daha çok yüzyılımıza ait bir kavramdır.

Geçmiş yüzyıllardaki yönetim sistemlerine bakıldığında devlet-yurttaş ilişkisinde karşılıklı hak ve ödevlerin yer aldığı bir yönetim sistemine rastlanması kolay olmaz. İnsanlar için herhangi bir hizmet üretilmesi yönetim sisteminin gereği değil yönetimdekilerin anlayışı doğrultusundaki bir olgudur. Geçmiş yüzyılların toplumlarında bugün anladığımız anlamda sistemli bir sağlık yapılanmasının varlığını görmek te bu nedenle çok olanaklı değildir¹⁷.

Ancak günümüz yönetim yapısı anlayışı içinde bireyin ve toplumların sağlığı devletlerin ve yöneticilerin en önemli ve öncelikli sorumlulukları arasındadır.

İnsan Hakları Bildirgesi'nde “*Madde 3 -yaşamak, özgürlük ve kişi güvenliği herkesin hakkıdır. Madde 21/2. herkesin ülkesinin kamu hizmetlerinden eşit olarak yararlanma hakkı vardır.*¹⁸” Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi 1. Bölüm Hak ve Özgürlükler başlığı altında 2. madde’ de “*1. herkesin yaşam hakkı yasayla korunur.*¹⁹” denilerek uluslararası sözleşmelerde yaşam ve kamu hizmetlerinden yararlanma hakkı güvence altına alınmıştır. Ülkemizde, uluslararası sözleşmeleri kabul ederek Anayasa'nın 90 maddesi²⁰ gereğince iç hukukta normlar hiyerarşisinde Anayasa'nın altında kanunların üstünde yer almasını sağlamıştır.

Ülkemizde de, devletin sağlık alanındaki sorumlulukları başta anayasa olmak üzere birçok kanun yönetmelikle düzenlenmiştir. T.C. Anayasası başlangıç bölümü altıncı paragrafında “*Her Türk vatandaşının bu Anayasadaki temel hak ve hürriyetlerden eşitlik ve sosyal adalet gereklerince yararlanarak milli kültür, medeniyet ve hukuk düzeni*

¹⁷ Türkiye’de Sağlık Teşkilatlanması Tarihi. Doç.Dr. Erdem Aydın. Naturel Kitap Yayıncılık. Ankara-2002. s. 3

¹⁸ http://www.anayasa.gov.tr/files/bireysel_basvuru/aihs_tr.pdf (Erişim Tarihi 09.02.2014)

¹⁹ <http://www.tbmm.gov.tr/komisyon/insanhaklari/pdf01/203-208.pdf> (Erişim Tarihi 09.02.2014)

²⁰ **Milletlerarası Andlaşmaları Uygun Bulma.Madde 90-** Türkiye Cumhuriyeti adına yabancı devletlerle ve milletlerarası kuruluşlarla yapılacak andlaşmaların onaylanması, Türkiye Büyük Millet Meclisinin onaylamayı bir kanunla uygun bulmasına bağlıdır...Usulüne göre yürürlüğe konulmuş milletlerarası andlaşmalar kanun hükmündedir. Bunlar hakkında Anayasaya aykırılık iddiası ile Anayasa Mahkemesine başvurulamaz. (ek cümle: 7/5/2004-5170/7 md.) Usulüne göre yürürlüğe konulmuş temel hak ve özgürlüklere ilişkin milletlerarası andlaşmalarla kanunların aynı konuda farklı hükümler içermesi nedeniyle çıkabilecek uyuşmazlıklarda milletlerarası andlaşma hükümleri esas alınır. <http://www.tbmm.gov.tr/anayasa> (Erişim Tarihi 08.02.2014)

içinde onurlu bir hayat sürdürme ve maddi ve manevi varlığını bu yönde geliştirme hak ve yetkisine doğuştan sahip olduğu;...” denilmiştir. T.C. Anayasası 17. maddesi’ nde “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. ...” denmiştir. Yine Anayasa’nın sağlık, çevre ve konut başlığı altında 56. madde’ sinde “Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek Devletin ve vatandaşların ödevidir. Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir. Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir.” denilerek devletin vatandaşının sağlığını korumakla görevli olduğunu beyan etmiştir. Ancak Anayasa’nın 65. maddesinde “Devlet, sosyal ve ekonomik alanlarda Anayasa ile belirlenen görevlerini, bu görevlerin amaçlarına uygun öncelikleri gözeterek malî kaynaklarının yeterliliği ölçüsünde yerine getirir.” denilerek bu hizmet mali kaynakların yeterliliği ile sınırlandırılmıştır²¹.

Ülkemizdeki sağlık sisteminde yaşanan değişikliklerin tam anlaşılabilmesi için Cumhuriyet ile birlikte sağlık sisteminde oluşan yapılanmaları incelemek gereklidir.

Dr. Refik Saydam, Dr. Behçet Uz, Dr. Nusret Hasan Fişek ve Prof. Dr. Recep Akdağ Cumhuriyet’in kuruluşundan bugüne sağlık sistemimize damgasını vurmuş kişiler olarak değerlendirilebilir. Bu isimler Türk Sağlık Sistemi’nde dönüm noktası olan planlar hazırlayarak, köklü değişimlere yol açan mevzuat değişiklikleri yapmış ve sağlık sistemimizi bugüne taşımışlardır²².

”Cumhuriyet dönemi sağlık hizmeti” çok kaynakta ufak tefek farklılıklar içererek genelde altı dönemde incelenmiştir. Bu dönemler:

1.2.1. 1920-1923 Dönemi

TBMM çalışmaları ile sağlığın devlet görevi olduğu kabul edilmiştir. Daha Cumhuriyet ilan edilmeden önce Büyük Millet Meclisince kabul edilen 02 Mayıs 1920 tarihli 3 No’lu kanunla Sıhhiye ve Muavenet-i İçtimaiye Vekaleti (Sağlık Bakanlığı) kurulmuştur. Sağlık hizmetlerini ayrı bir Bakanlıkça yürütülen, asli bir devlet görevi

²¹ <http://www.tbmm.gov.tr/anayasa> (Erişim Tarihi 08.02.2014)

²² Çınarlı. s. 31

haline getirmiştir²³. Sağlık Bakanlığı'nı kuran yasanın kabulünden sonra, TBMM Hükümeti'nin ilk Sağlık Bakanı olarak atanan, Dr. Adnan Adıvar göreve başladığında ne yerleşmiş, köklü bir örgüt ve alt yapı ne de toplumun gereksinimlere yanıt verecek yasal düzenlemeler vardı. Bu dönemde daha çok cephedeki yararlılar için sağlık hizmeti ön plana alınmıştır.

1.2.2. 1923- 1946 Dönemi (Refik Saydam Dönemi).

Refik Saydam Dönemi diyebileceğimiz bu dönem, bugünkü anlamda sağlık hizmet ve örgütünün kurulduğu ve halen etkisini sürdürdüğü yıllar olmuştur. Bu dönemde, İllerde Sağlık Müdürlükleri İlçelerde Hükümet Tabiplikleri kurularak, sağlık örgütünün temel taşları oluşturulmuş ve hizmetlerin tüm yurda yayılması sağlanmıştır. Birinci basamağa ve koruyucu hizmetlere önem ve öncelik verilmiş, bu hizmetler doğrudan merkezi hükümetçe üstlenilerek genel bütçe olanakları bu yöne kanalize edilmiştir. Yerel idarelerin hastane açması teşvik edilirken öte yandan da, bu idarelere örnek olmak üzere, Ankara, İstanbul, Sivas, Erzurum ve Diyarbakır gibi büyük illerde doğrudan Bakanlığa bağlı "Numune Hastaneleri" açılmıştır²⁴.1923 yılında 86 hastane bulunmaktaydı ve yalnızca 3'ü devlete aitti. Dr. Refik Saydam bakanlığı döneminde Sağlık Bakanlığı, 50 yasa ve 18 tüzük hazırlamış ve yürürlüğe koymuştur²⁵. Bu düzenlemelerle; savaş sonrası sorunların çözümlenmesi, sağlık personeli yetiştirilmesi, merkezden çevreye doğru yapılanma sağlanması, koruyucu sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması hedeflenmiştir. 1928 tarih ve 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı sanatların Tarz-ı İcrasına Dair Kanun, 1930 tarih ve 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu, 1933 tarih ve 2219 sayılı Hususi Hastaneler Kanunu bu dönemde çıkarılmış ve halen yürürlüktedir. 09 Haziran 1936 tarihinde 3017 sayılı "Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Teşkilat ve Memurin Kanunu" ile teşkilat yapısı da oluşturulmuştur. Uygulama örneklerinden de anlaşılacağı üzere, Refik Saydam Dönemi'nde, tüm sağlık hizmetleri asli bir devlet görevi ve sorumluluğu olarak ele alınmış ve algılanmıştır.

²³ Prof. Dr. Recep Akdur. Sağlık Sektörü. Temel Kavramlar, Türkiye ve Avrupa Birliği'nde Durum ve Türkiye'nin Birliğe Uyumu (Güncellenmiş ve Genişletilmiş İkinci Baskı) s. 28

²⁴ Akdur. s. 29

²⁵ Sağlık İşletmeleri Yönetimi. Prof. Dr. Dilaver Tengillioğlu – Öğr. Gör. Oğuz Işık- Öğr. Gör. Mahmut Akbolat. Nobel Yayın. Kasım 2009. s.92

1.2.3. 1946-1950 Dönemi (Dr. Behçet Uz Dönemi)

Bu döneme Dr. Behçet Uz tarafından hazırlanarak, 1946 yılında toplanan 9. Milli Tıp Kongresi'ne sunulan ve yürürlüğe sokulan "Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı" damgasını vurmuştur. İkinci Dünya Savaşı ile ortaya çıkan bulaşıcı hastalıklarla uğraşmıştır. Önceki dönemde yerel yönetimlere bırakılmış tedavi edici hizmetler Sağlık Bakanlığı'nca üstlenilmiş, hastane açılmasına hız verilmiştir. 1945 yılında kurulan SSK'nın işçilere sağlık hizmeti vermesine çalışılmıştır. Sıtma ve Verem Savaş Dernekleri kurulmuştur. Özetle koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri birleştirilmiş, özel idare hastanelerinin Sağlık Bakanlığı'na devredilmesine başlanmıştır.

1.2.4. 1950-1960 Dönemi (Demokrat Parti Dönemi)

1954 yılında, 6134 Sayılı Yasa ile, il özel idarelerine, belediyelere ve vakıflara bağlı tüm hastaneleri Sağlık Bakanlığı'na bağlamıştır. Böylece kamuya bağlı hastanelerin yönetimi (SSK, MSB ve Üniversite Hastaneleri hariç) tek elde toplanmış ve tamamen merkezi hükümet görevi ve sorumluluğu haline getirilmiştir. Hastane hizmetlerini Bakanlık Merkezi'nde önem ve önceliğe sahip olan tek konu haline getirmiştir. Böylece, birinci basamak ile koruyucu hizmetler öncelikli durumunu kaybederek, arka plana itilmiş ve ihmal edilir hale gelmiştir. Diğer taraftan, bu tarihten itibaren yönetime hakim olmaya başlayan liberal görüş ve politikalar, tüm alanlarda olduğu gibi, sağlık alanında da özel sektörün geliştirilmesi çaba ve zorlamalarını gündeme getirmiştir.

1.2.5. 1960- 1980 Dönemi (Sosyalleştirme Dönemi)

Bu döneme 05.01.1961 tarihli 224 sayılı "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun" damgasını vurmuştur. 224 Sayılı Kanun, sağlıklı yaşam ve tıbbi bakımı doğuştan kazanılmış bir hak ve bu hakkın gereğinin devlet tarafından yerine getirilmesi politikasını en açık bir biçimde ifade eden ve bunu kanun maddesi olarak yazılı hale getiren yasa olmuştur. "*Madde 1 – İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi'nde bir hak olarak tanınan sağlık hizmetlerinden faydalanmanın sosyal adalete uygun bir şekilde ifasını sağlamak maksadıyla tababet ve tababetle ilgili hizmetler bu kanun çerçevesinde hazırlanacak bir program dahilinde sosyalleştirilecektir.*" denilmiş. "*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 kendisine yapılan*

masrafın bir kısmına iştirak suretiyle eşit şekilde faydalanmalarıdır.” diye tanımlanmıştır²⁶. Bunun yanında Ana-Çocuk Sağlığı Merkezleri kurulmuş, Nüfus Planlaması Kanunu çıkarılmış, Tam Gün Yasasına geçilmiştir. Bu dönemin mimarı Prof. Dr. Nusret Hasan Fişek'tir. 27.05.1961 tarihli Anayasa'da da Sosyal Güvenlik başlıklı 48. Madde ve Sağlık Hakkı başlıklı 49. Maddesi ile sağlık hizmetlerine anayasal bir destek sağlanmıştır. Yani Anayasa ile 224 sayılı kanun desteklenmiştir.

1.2.6. 1980-2002 Dönemi (Özelleştirme ve Reformlar Dönemi)

1970'li yıllar dünyada neoliberal anlayış ve politikaların atağa geçtiği yıllar olmuştur. Bu politikanın ülke yönetimlerine hakim olmasına koşut olarak, sosyal devlet anlayış ve politikalarından da uzaklaşmıştır. Bu gidişin, Türkiye'ye de yansımaları uzun zaman almamış ve 24 Ocak 1980 Kararları ile resmi ve yazılı hükümet politikaları niteliğine kavuşmuştur. *“1961 Anayasası'nda yer alan ve sosyal devlet olmanın bir ifadesi olan “insan haklarına dayalı devlet” tanımı 1982 Anayasası ile değiştirilerek “insan haklarına saygılı devlet” şekline dönüştürülmüştür²⁷.”* Aynı şekilde, sağlık ve sosyal güvenlik hizmetlerini devlete bir görev olarak veren maddeler kaldırılarak yerine, bu hizmetleri devletin gözeteyeceğini, düzenleyeceğini ifade eden maddeler yerleştirilmiştir. Böylece **“Özelleştirme Dönemi”** başlamıştır. 14.12.1983 tarih 181 sayılı (Resmi Gazete. Sayısı:18251) Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname'sinin görev başlığı altında bulunan 2. maddesi'nde *“Sağlık Bakanlığının görevleri şunlardır:*

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

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

c) Ana ve çocuk sağlığının korunması ve aile planlaması hizmetlerini yapmak,

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

.....

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

²⁶ 05.01.1961 tarihli 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun

²⁷ Akdur. s.33-34

l) Sağlık hizmetleriyle ilgili olarak milletlerarası ve yurt içindeki kurum ve kuruluşlarla işbirliğinde bulunmak.”²⁸ denilmiştir.

181 sayılı K.H.K ile sağlık hizmeti sunma, planlama, denetleme, koordinasyon, izleme ve denetleme görevleri Sağlık Bakanlığı'na verilmiştir.

1.2.7. 2002'den Günümüze Devam Eden “Sağlıkta Dönüşüm” Dönemi.

2002 yılında kurulan hükümetle “Acil Eylem Planı” çerçevesinde sağlık reformlarına başlanmıştır. Sağlıkta Dönüşüm Programı hızla hayata geçirilmeye çalışılmıştır. Sağlık Bakanlığının 2003 yılında sunduğu “Sağlıkta Dönüşüm Programı”ndan bahsetmek gereklidir. 16-19 Ocak 2004 yılında Bolu/Abant'ta TEBİAT tarafından düzenlenen “Türk Sağlık Sisteminin Geleceği Açısından Sağlıkta Dönüşüm Programı” toplantısı düzenlenmiştir. Yine Nisan 2004 yılında Afyon'da TEBİAT tarafından düzenlenen Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde Aile Hekimliği Uygulaması toplantısı düzenlenmiştir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın olgunlaştırılması amacı ile yapılan bu toplantılara katılan bir hekim olarak görüşlerimi de bu aşamada paylaşmak isterim;

- Türk Tabipler Birliği bu toplantılara katılmamış, Sağlıkta Dönüşüm Programı'nı çok iyi incelemeyen ve daha önceki dönemlerde uygulanan sağlık politikalarındaki hataları ve dönüşümün gerekçesini tam irdelemeden reaktif karşı çıkışlarla programı eleştirmiştir.

- Bu eleştiriler Tabip Odaları içerisinde yapılan toplantılardan veya eleştirel makalelerden ileriye gidemeyen bir tepki olarak kalmıştır.

- Ülkemiz için yaşamsal politikaların tartışıldığı bu platformlarda sağlık çalışanlarının hakları Bakanlığa ve kamuoyuna anlatılamamıştır.

- Sağlık alanında çalışanların öneri ve dikkatleri alınmadan oluşturulan ve hastaların memnuniyetini önceleyen uygulama ve değişimler sağlık çalışanlarının daha fazla yük ve stres altına girmesine neden olmuştur.

Düzenlenen toplantılarda sermaye gruplarının temsilcilerinin bulunması, özel sağlık işletmecilerinin çokluğu, Türk Eczacılar Birliği'nin başkan düzeyinde temsil edilmesi o günlerde özelleştirmenin çok hızlı geleceği düşüncesini oluşturmuştu. 2002'ye kadar çok doğru ve iyi yürütülmediği belli olan sağlık hizmetlerinde yapılacak değişimlerde sadece neoliberal politikalar eksenindeki yönetim-organizasyon modelleriyle bir program oluşturulmaya çalışılıyordu. Daha sosyal temelli sağlığın bir hak olarak kabul edileceği aynı zamanda sağlık endüstrilerinin yönlendirme ve

²⁸ <http://www.saglik.gov.tr/tr/belge/1-442/tarihi13121983--sayisi181> (Erişim Tarihi 09.02 2014)

etkilerine girmeyen daha iyi ve devlet üzerine düşen mali yükü en aza indiren ülkemize özgü olabilecek bir model hiç düşünülmemiştir.

2003 Aralık'ta "Sağlıkta Dönüşüm" adı altında Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan kitapçıkta genel hedefler belirlenmiştir. Bu kitapçıkta; Sağlıkta Dönüşüm Programının temel ilkeleri şöyle sıralanmıştır²⁹:

- İnsan Merkezlilik,
- Sürdürülebilirlik,
- Sürekli Kalite Gelişimi,
- Katılımcılık,
- Uzlaşmacılık,
- Gönüllülük,
- Güçler Ayrılığı,
- Desantralizasyon,
- Hizmette Rekabet.

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın sekiz ana bileşeni de şunlardır:

1. Planlayıcı ve denetleyici Sağlık Bakanlığı,
2. Herkesi tek çatı altında toplayan genel sağlık sigortası,
3. Yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmet sistemi,
 - a. Güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri ve aile hekimliği,
 - b. Etkili ve kademeli sevk zinciri,
 - c. İdari ve mali özerliğe sahip sağlık işletmeleri,
4. Bilgi ve beceri ile donatılmış, 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,
 - a. Ulusal İlaç Kurumu.
 - b. Tıbbi Cihaz Kurumu.
8. Karar sürecinde etkili bilgiye erişim; Sağlık Bilgi Sistemi.

2008 yılında yayınlanan Sağlıkta Dönüşüm kitapçığına bazı ek başlıklarda eklenmiştir. Bunlar³⁰:

- a. Daha iyi bir gelecek için sağlığın geliştirilmesi ve sağlıklı hayat programları,

²⁹ Sağlıkta Dönüşüm. T.C. Sağlık Bakanlığı. Aralık-2003

³⁰ İlerleme Raporu, Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı, Ağustos 2008 T.C. Sağlık Bakanlığı. Prof. Dr. Recep Akdağ.

b. Tarafların harekete geçirilmesi ve sektörler arası işbirliği için çok yönlü sağlık sorumluluğu,

c. Uluslararası alanda ülkenin gücünü arttıracak sınır ötesi sağlık hizmetleri.

Sağlıkta Dönüşüm programları çerçevesinde bir çok değişiklikler yapılmıştır. 112 hizmetleri yaygınlaştırılmış, hizmet araçları çeşitlendirilmiş, yenilenmiş ve ulaşılabilir hale getirilmiştir. 2004 yılı Kasım ayında SSK Hastaneleri Sağlık Bakanlığı'na devredilerek tek elden herkese eşit ve adil sağlık hizmeti sunulmaya çalışılmaktadır. 06.07.2005 tarihinde yayınlanan "Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun" ile "Aile Hekimliği" uygulamasına geçilmeye başlanmıştır. 2007 yılından beri "Sağlıkta Kalite Standartları" uygulanmaya başlanmıştır. Tam gün hizmet uygulaması getirilmiştir. 663 sayılı Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında KHK ile teşkilat ve yönetim organizasyonu değiştirilmiştir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı halen tamamlanmış bir program değildir. Özelliği açısından sağlık hizmetinin en hızlı değişen hizmet alanlarından biri olması nedeniyle sağlık hizmetinin var olduğu her an hizmette de revizyon ve değişim gereksinimi devam edecektir.

Sağlıkta dönüşüm programının olgunlaştığı bu dönem aynı zam anda ülkemizin Avrupa Birliği ile müktesebat uyumunu sağlayabilmesi açısından tüm yasal düzenlemelerde köklü değişiklikleri yaptığı bir döneme rastlamıştır. "Hukukta Dönüşüm" adını verebileceğimiz bu dönemde Türk Ceza Yasası, Ceza Muhakemesi Yasası, Borçlar Yasası, Medeni Kanun, Hukuk Muhakemeleri Kanunu, İdari Yargılama Usul Kanunu gibi çok sayıda yasal düzenlemede de önemli değişiklikler yapılmış ve doğal bir sonuç olarak sağlık sistemi bu değişikliklerden de en çok etkilenen alanlardan biri olmuştur.

1.3. HASTANE TANIMI, ÖZELLİKLERİ VE SINIFLANDIRILMASI

1.3.1. Tanım

Dünya Sağlık Teşkilatı (WHO) hastaneleri, *"müşahede teşhis, tedavi ve rehabilitasyon olmak üzere gruplandırılacak sağlık hizmetleri veren, hastaların uzun veya kısa süreli tedavi gördükleri, yataklı kuruluşlar"*³¹ olarak tanımlamaktadır. Benzer bir tanımın yer aldığı SSBYB Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'nde ise hastaneler, *"hasta ve yaralıların, hastalıktan şüphe edenlerin ve sağlık durumlarını kontrol ettirmek isteyenlerin, ayaktan veya yatarak müşahede, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilite edildikleri; aynı zamanda doğum yapılan kurumlar"* olarak tanımlanmaktadır³².

Günümüzde devlet hastaneleri; temel işlevleri olan tedavi ve tıbbi bakım fonksiyonlarının yanı sıra, çalışma gelirleri ve giderleri ile ayakta durmaya çalışan ekonomik bir işletme; hekim ve diğer personeline eğitim veren bir eğitim kurumu; tıbbi araştırma ve toplum sağlığı gibi konularda çalışan koruyucu tıp birimi; birçok meslek sınıfından personelin çalıştığı bir örgüt, sosyal bir kurum ve çoğunluğu kamu kuruluşu niteliğinde olan hizmet işletmesi görünümündedir.

1.3.2. Sistem Yaklaşımına Göre Hastaneler.

Hastaneleri sistem yaklaşımına göre tanımlamak istersek hastaneler, dinamik, değişken bir çevre içinde girdileri belli süreçlerden geçirerek çıktıya dönüştüren, geri bildirim mekanizmasına sahip sistemlerdir. Hastanelerin girdileri, hastalar, insan gücü, malzeme, fiziksel ve finansal kaynaklardır. Hastanelerin çıktısı ise hasta ve yaralıların tedavisi, personelin hizmet içi eğitimi, öğrencilerin klinik eğitimleri, araştırma-geliştirme çalışmalarıdır.

Hastaneler bir bütün olarak sistem yaklaşımıyla tanımlanabileceği gibi, hastane içindeki çeşitli hizmet birimleri de birer alt sistem olarak tanımlanabilir. Hastanelerin işlevlerini yerine getirebilmesi için her hizmet biriminin bir araya getirilerek organize edilmesi gerekir.

1.3.3. Yönetim Açısından Hastaneler.

Hastane yönetimi açısından bakıldığında zaman hastaneler sadece tıbbi hizmetleri sunan fiziki mekanlar değil, refah düzeyi, tüketim alışkanlıkları, bireylerin eğitim

³¹ Çalışma Grupları Raporları: 1. Ulusal Sağlık Kongresi. 23-27 Mart 1992. Ankara. Sağlık Bakanlığı Yayınları. s. 193.

³² <http://www.sayistay.gov.tr/rapor/perdenrap/2005> (Erişim Tarihi 08.02.2014)

durumu, aile yapısı, kültürel düzey, sağlık sisteminin yapısı, sosyal güvenlik, siyasal sistem, sağlık politikaları gibi birçok bireysel, çevresel ve üst sisteme ait faktörlerin etkisine açık bir sistemdir.

1.3.4. Organizasyon Açısından Hastanenin Özellikleri

1.3.4.1. Hastaneler Birer Hizmet Organizasyonudur

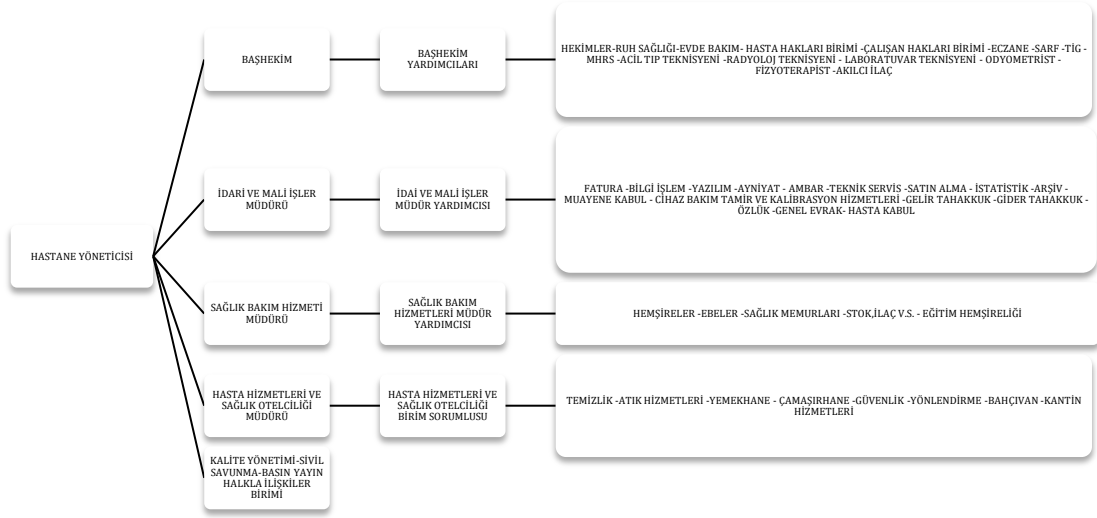
- Standartlaştırılmaz.
- Hizmet bölünemez.
- Hizmetin kalitesi ölçülemez.
- Envanter yapılamaz.
- Üretim ile tüketim eş zamanlıdır.
- Soyuttur.
- Emek yoğunudur.

1.3.4.2. Hastaneler Karmaşık Yapıda, Açık-Dinamik Sistemlerdir.

Hastaneler karmaşık yapıda organizasyonlardır. Hatta benzer büyüklükteki diğer organizasyonların en karmaşığdır. Hastanenin karmaşık yapıda olmasının çeşitli nedenleri bulunmaktadır. Bunlar;

- Hastane çevresinin karmaşıklığı,
- Tedavi talebinin acillik göstermesi ve reddedilemez oluşu,
- Aşırı iş bölümü ve uzmanlaşma,
- Kullanılan teknoloji karmaşıktır.

1.3.4.3. Hastaneler Matris Yapıda Faaliyet Gösteren Organizasyonlardır.



1.3.4.4. Hastaneler Günde 24 Saat Hizmet Veren Organizasyonlardır.

Hastaneye başvuran hastaların aciliği nedeniyle ret edilemezliği söz konusu olduğundan ve yatarak tedavi gören bir takım hastalarının sürekli sağlık bakımı alması gerektiğinden hastaneler 24 saat hizmet vermek zorundadır. Tüm gün hizmet verilebilmesi için kimi personel vardiya usulü, kimisi ise nöbet usulü ile çalıştırılmaktadır.

1.3.4.5. Hastaneler Personelinin Önemli Bir Kısmı Kadınlardan Oluşan Organizasyonlardır.

Hastanedeki insan gücünün önemli bölümünü kadınlar oluşturmaktadır. Kadın personelin bir özellik olarak ele alınmasının nedeni, kadın personel arasında devir hızının yüksek olmasıdır. Akşam ve gece vardiyalarında, tatil günlerinde çalışılıyor olması, özellikle bayan personel için bazı problemlere neden olmaktadır.

1.3.5. Hastanelerin Sınıflandırılması

1.3.5.1. Mülkiyet Esasına Göre Hastaneler

Türkiye’de hastaneler Sağlık Bakanlığı’na, üniversitelere, belediyelere, yabancılara, azınlıklara ve özel sektöre ait hastaneler olarak sınıflandırılmaktadır. Hastanenin mülkiyetine sahip kurum veya kuruluş, genellikle hastaneyi yönetme ve kontrol yetkisine de sahiptir.

KAMU HASTANELERİ



ÖZEL HASTANELER



1.3.5.2. Büyüklüklerine Göre Hastaneler

Büyüklüklerine göre hastaneler 25, 50, 100, 200, 400, 600, 800 ve üstü yatak kapasiteli hastaneler olarak sınıflandırılmaktadır. Hastaneler büyüdükçe bazı yeni hizmet birimlerine gereksinim duyulacağı gibi diğer bazı birimler de yeterli büyüklüğe ulaşacaklarından organizasyonlarında değişiklikler olacak, böylece hastane içindeki idari kademelerin ve pozisyonların sayısında artışlar olabilecektir.

1.3.5.3. Kalma Süresine Göre Hastaneler

a. Kısa, süreli kalınan hastaneler: Hastalarının %50'den fazlasının 30 günden az hastanede kaldığı, hastanelerdir. Türkiye'deki tüm genel devlet hastaneleri ve doğum evleri bu gruba örnektir.

b. Uzun süreli kalınan hastaneler: Bu ayrımı akut ve kronik hasta yatağına sahip hastaneler olarak düşünebiliriz. Psikiyatri hastaneleri, zührevi hastalıklar hastanesi, geriatric hastaneleri, fizik tedavi hastaneleri ve tüberküloz hastaneleri bu gruba örnek verilebilir.

1.3.5.4. Halkın Kullanımına Açık Olma Durumuna Göre Hastaneler

a. Topluma Açık Olan Hastaneler:

b. Toplumun Geneline Açık Olmayan Hastaneler:

Uzun süreli kalınan hastaneler, kurumların hastane birimleri (hapishane, yüksek öğretim, silahlı kuvvetler), psikiyatri hastaneleri, tüberküloz hastaneleri, kronik hastalık hastaneleri, zihinsel özürlü kurumları, alkol ve kimyasal madde bağımlısı hastaneleri bu kapsama girmektedir.

1.3.5.5. Akreditasyon Durumuna Göre Hastaneler.

Hastaneler akredite edilme durumlarına göre akredite edilen ve akredite edilmeyen hastaneler olarak da sınıflandırılmaktadır. Henüz Türkiye’de tam olarak geçerli olmayan bu sınıflandırma ABD’de Sağlık Kurumları Akreditasyon Komisyonu (Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations- JCAHO) tarafından belirlenen standartlara uygunluğu tespit edilen hastanelere akredite edilen hastaneler denilmektedir³³.

Akreditasyon; sağlık kuruluşunun hizmet kalitesini iyileştirmek için tasarlanan ve kuruluşun organizasyon ve hasta odaklılığı karşılayıp karşılamadığının müstakil ve bağımsız bir kuruluş tarafından değerlendirildiği bir süreç olarak tanımlanmaktadır³⁴. Kullanılan akreditasyon organizasyon odaklı standartlar ve hasta odaklı standartlar olmak üzere temelde iki gruba ayrılmaktadır.

Hasta odaklı standartlar; hizmete erişim ve hizmetin sürekliliği, hasta ve yakınlarının hakları, hastanın değerlendirilmesi, hastaların bakımı, hasta ve yakınlarının eğitimi, anestezi ve cerrahi bakım ve ilaç yönetimi-kullanımı olarak gerçekleştirilmektedir.

Organizasyon odaklı standartlar ise; sağlık kuruluşu yönetim standartları olarak da ifade edilmektedir. Bu bölüm; kalite iyileştirme ve hasta güvenliği, enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolü, yönetim, liderlik ve yönlendirme, tesis yönetimi ve güvenliği, çalışanların niteliği ve eğitimi ve iletişim-bilgi yönetimi olarak incelenmektedir³⁵.

1.3.5.6. Eğitim Statüsüne Göre Hastaneler

a. Eğitim hastaneleri.

Eğitim hastaneleri tanı ve tedavi hizmetlerinin yanı sıra sağlık profesyonellerinin eğitimine yönelik hizmetleri de sunmaktadır. Eğitim hastaneleri hekimlerin uzmanlık eğitimlerinin yanı sıra sağlık hizmetlerine yönelik araştırmaları da yürütmektedir.

b. Eğitim amaçlı olmayan hastaneler

1.3.5.7. Dikey Entegrasyona Göre Hastaneler

a. **Birinci basamak hastaneler:** Birinci basamak hastaneler genellikle ayaktan ve günü birlik tanı ve tedavi hizmetleri sunmaktadır. Yani poliklinik temelli hizmetler sunar.

b. **İkinci basamak hastaneler:** İkinci basamak hastaneler genel bölümleri olan ve kısa süreli tedavi gerektiren hastalara hizmet sunan hastanelerdir.

³³ Tengillioğlu ve ark. s. 139.

³⁴ Tengillioğlu ve ark. s. 139.

³⁵ Tengillioğlu ve ark. s. 139.

c. **Üçüncü basamak hastaneler:** Üçüncü basamak hizmet sunan hastaneler gelişmiş teknolojik donanıma sahip, birinci ve ikinci basamakta tedavi edilemeyen hastaların tedavileri ile ilgilenen hastanelerdir. Oldukça uzmanlaşmış hizmet sunarlar. Üniversite Hastaneleri ve Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastaneleri bu gruba örnek olarak verilebilir.

Bu sınıflandırmada temel kriter hastanenin kapsamlı bir hizmet verip veremediğidir.

1.3.5.8. Verdikleri Hizmet Türüne Göre Hastaneler.

Genel Hastaneler: Her türlü acil vaka ile yaş ve cinsiyet farkı gözetmeksizin, bünyesinde mevcut uzmanlık dallarıyla ilgili hastaların kabul edildiği hastanelerdir.

Özel Dal Hastaneleri: Belirli bir yaş ve cins grubu hastalar veya belirli bir hastalığa tutulanların ya da bir organ veya organ grubu hastalarının müşahede, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilitasyonlarının yapıldığı hastanelerdir. Kadın ve çocuk bakımevleri, onkoloji hastaneleri, psikiyatri hastaneleri bu tür hastanelere örnek verilebilir.

1.3.5.9. İşlevlerine Göre Hastaneler.

Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğinde sağlık kurumları işlevlerine göre 5 gruba ayrılmıştır³⁶.

a. İlçe / belde hastanesi: Bünyesinde 112 hizmetleri, acil, doğum, ayakta ve yatarak tıbbi müdahale, muayene ve tedavi hizmetleri ile koruyucu sağlık hizmetlerini bütünleştiren, görev yapan hekimlerin hasta kabul ve tedavi ettiği, ileri tetkik ve tedavi gerektiren durumlarda hastaların stabilize edilerek uygun bir şekilde sevkinin sağlandığı sağlık kurumlarıdır.

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

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

³⁶ <http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Asp?MevzuatKod=3.5.85319> (Erişim Tarihi 08.02.2014)

d. Özel dal hastaneleri: Belirli bir yaş ve cins grubu hastalar veya belirli bir hastalığa tutulanların, yahut bir organ veya organ grubu hastalarının müsaade, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilitasyonlarının yapıldığı sağlık kurumlarıdır.

e. Eğitim ve araştırma hastaneleri: Öğretim, eğitim ve araştırma yapılan uzman ve yan dal uzmanların yetiştirildiği genel ve özel dal sağlık kurumlarıdır.

1.3.5.10. Kamu Hastaneler Birliğine Göre Hastanelerin Gruplandırılması.

Hastaneler; tıbbi ve mali kriterler ile kalite, hasta ve çalışan güvenliği ve eğitim kriterleri çerçevesinde kurumca belirlenecek usul ve esaslara göre altı aylık veya bir yıllık sürelerle değerlendirmeye tabi tutulur. Bu değerlendirme, kamu veya özel değerlendirme kuruluşlarına da yaptırılabilir. Değerlendirme sonuçlarına göre hastaneler yukarıdan aşağıya doğru (A), (B), (C), (D) ve (E) şeklinde gruplandırılır. Birliğin grubu, hastanelerinin ağırlıklı ortalamasına göre belirlenir³⁷.

1.3.6. Hastanelerin İşlevleri

1.3.6.1. Hasta Ve Yaralıların Tedavisi.

Hastaneler ilk önceleri daha ziyade dini inançlara dayanarak ve tanrılara adanarak kurulmuşlardır. Buralardaki sağlık hizmeti de din görevlileri tarafından verilmeye başlanmıştır. Sosyal, ekonomik, teknolojik ve tıbbi gelişmeler sonucunda bilimsel temellere dayanan hastaneler kurulmuştur. Fizyolojik ve psikolojik boyutu bulunan hastalık halinin tedavisi için farklı meslek gruplarının birlikte çalışması gerekmektedir. Hastaneler hasta ve yaralıların tedavisinin yapıldığı bir organizasyondur.

1.3.6.2. Eğitim.

Hastanelerde hasta ve yakınlarına, öğrencilere, hastane personeline ve sağlık konularında kamuoyuna eğitim verilmektedir. Hastanede tedavi gören hasta ve yakınlarının hastalıkları, tedavileri ve hastalıklardan korunma yöntemleri hakkında bilgilendirilmesi ile toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesi hedeflenir. Hastanede verilen ikinci tür eğitim tıp, hemşirelik ve yardımcı sağlık personeline verilen klinik

³⁷ 2 Kasım 2011 tarih 28103 sayılı Resmi Gazete. Sağlık Bakanlığı ve Bağılı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname. Madde. 34

eğitimidir. Hastanede çalışan personelin tıpta ve teknolojiye yaşanan değişimlere ayak uydurması için de personele hizmet içi eğitim verilmesi gerekmektedir. Bütün bunların dışında başka bir eğitim hizmeti de sağlık ile ilgili konularda kamuoyunun eğitimidir. Bu eğitim ile verilen sağlık hizmetinin kamuoyuna duyurulması, sağlık kontrolü yaptırılması ve gereksinim halinde hastanelerin kullanılmasının teşvik edilmesi sağlanmaya çalışılır.

1.3.6.3. Araştırma ve Geliştirme Faaliyetleri.

Hastanelerdeki araştırma ve geliştirme çalışmaları tıbbi ve idari olmak üzere iki türdür. Tıbbi araştırma da klinik ve geçmişe dönük olmak üzere kendi içinde ikiye ayrılır. Klinik araştırma hasta ve deney hayvanları üzerinde yapılan araştırmadır. Geçmişe dönük araştırma ise hasta dosyaları üzerinden yapılan araştırmadır. İdari araştırma, hastanedeki işletmecilik sorunlarının saptanıp, verimlilik ve etkinliği artırmaya yönelik olarak yapılan araştırmalardır.

1.3.6.4. Toplumun Sağlık Seviyesinin Yükseltilmesine Katkıda Bulunma.

Burada açıklanan tüm işlevler dolaylı yoldan toplumun sağlık seviyesini de yükseltmektedir. Artık günümüzde hastanelerin tedavi hizmeti yanında koruyucu sağlık hizmeti vermesi de beklenmektedir. Bu hastaneye başvuran hastalara yapılan tetkikler neticesinde olası hastalıkların teşhisi için alınacak tedbirler ile kanser, alkolizm gibi konularda değişik kuruluşlarla işbirliği sağlanarak eğitim programları, aşı programları veya tarama programları düzenlenerek sağlanabilir.

1.3.7. Afiliasyon.

Son zamanlarda sağlık kuruluşları ile üniversitelerin afiliasyonu tartışmaları sürdürülmektedir. Ancak her kurumun ve hatta her fikir sahibi olanın başka bir afiliasyon hayal etmesinden dolayı ortak bir dil kullanmak ve uzlaşmak mümkün olamamaktadır.

Batı dillerinde kullanılan "Affiliation" kelimesi "üyeliğe kabul, evlat edinme, yakın ilişki, bağlanma, birleştirme, bağlama, katma, ekleme, üyelik, intisap, rabıta" gibi kelimelerle dilimizde karşılık bulmaktadır. Ancak terim olarak "affiliation", güçlerin birleştirilmesi, yardımlaşma, iş, üyelik ve üst-üst ilişkileri bağlamında oluşturulan resmi bir birlikteliği çağırılmaktadır.

İş birliğinin sosyal, profesyonel, idari, akademik, teknik vb. alanlardaki bağlılıklara göre farklı nitelenmesi gerekecektir. Böylece "sosyal iş birliği", "profesyonel

iş birliği”, “idari iş birliği”, “akademik iş birliği” ve “teknik iş birliği” gibi alt başlıklardan söz edebiliriz³⁸.

- Sosyal iş birliği: Grup, dernek, sosyal sınıf ile yakın ilişki içine girip birliktelik oluşturma, yardım alma, yardımlaşma, çıkarını koruma ve birlikte çalışma (Örneğin Üniversite Hastaneler Birliği)³⁹.

- Profesyonel iş birliği: Tarafların maddi kazanç elde etmelerini amaçlayan çalışmaları, ticari ortaklık (Örneğin, Özel Hastane Grupları)⁴⁰.

- İdari iş birliği: Yönetim hiyerarşisi içinde rol paylaşımı, farklı rollerin farklı taraflarca üstlenilmesi. Bu eşit düzeyde fonksiyona dayalı paylaşım (örneğin Marmara Üniversitesi, Pendik Eğitim Hastanesi) olabileceği gibi, federatif merkez ve yerel otorite şeklinde de olabilir (Örneğin University of London, University of California, University of Texas)⁴¹.

- Akademik iş birliği: İki eşit eğitim kurumunun kapasite paylaşımı (örneğin ortak lisans veya lisansüstü program açma) veya herhangi bir kurumun eğitim kurumundan eğitim, analiz, danışmanlık gibi akademik destek alması (ASM- John Hopkins, hami - yavru üniversite modeli?)⁴².

- Teknik iş birliği: Bir kurumun diğerinin karşılıklı ya da tek taraflı olarak teknik kapasite ve alt yapı olanaklarını kullanması (örneğin öğrencilerin başka kurumda stajı, bir projenin uygulanması için başka kurumların olanaklarından yararlanma, AVM-Siemens)⁴³.

Afiliasyon eğitim kurumları arasında bire bir ilişkide, ortak programların ve çalışmaların yapılabilmesinde tartışılmaz bir ögedir.

- Ülkemizde “afiliasyon” konusunda standardizasyon sağlayabilmek için gerekli olacak şekilde, farklı kurumların alt yapı, insan gücü ve araç-gereç alt yapıları saptanmalıdır,

- Farklı kurumların fizik alt yapı, insan gücü ve bilimsel alt yapıları konusunda pilot bir çalışmayla ve örneklemeler yapılarak bugünkü stratejiler konusunda bilgi edinilmesi gerekmektedir.

- Tüm sağlık kurumlarında eğitimcilerin ve eğitilenlerin konuya bakış açıları belirlenmelidir.

- Bugün yürürlükte olan yasalar çerçevesinde olabirlikler ve olanaksızlıklar gözden geçirilmelidir. 18 Şubat 2011 tarih 27850 sayılı Resmi Gazete’ de “Afiliasyon”

³⁸ Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi. Prof. Dr. Sabahattin Aydın. 18. Sayı. Mart-Nisan-Mayıs 2011.

³⁹ <http://www.sdplatform.com/default.aspx> Erişim Tarihi: 12.05.2014.

⁴⁰ <http://www.sdplatform.com/default.aspx> Erişim Tarihi: 12.05.2014.

⁴¹ <http://www.sdplatform.com/default.aspx> Erişim Tarihi: 12.05.2014.

⁴² <http://www.sdplatform.com/default.aspx> Erişim Tarihi: 12.05.2014.

⁴³ Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi. Prof. Dr. Sabahattin Aydın. 18. Sayı. Mart-Nisan-Mayıs 2011.

(Sağlık Bakanlığı Hastaneleri ve Üniversiteler Arasında İşbirliği) Yönetmeliği yayınlandı.

- Konunun farklı alt başlıklar içermesi göz önüne alınarak, her biri konusunda bugünkü durumlar saptanmalı, küçük çaplı da olsa halen yapılan uygulamalar yorumlanmalı ve neler yapılabileceği araştırılmalıdır.

- Ulusal ve uluslararası uygulamalar konusunda bilgi edinilmeli ve bu örneklerle dayanarak uygulama stratejileri saptanmalıdır.

- Saptanan stratejilerin uygulamaları konusunda değişik kurumlarda çalışan sağlık personelinin görüşleri ele alınmalıdır. Bir kurum diğer kurumu ele geçirme çalışmasında bulunmamalıdır⁴⁴.

⁴⁴ Türk Tabipleri Birliği Uzmanlık Dernekleri Eşgüdüm Kurulu XII. Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurultayı. Türk Tabipleri Birliği Yayınları.1. Baskı. Kasım. 2006.Ankara. Afiliasyon Projesi: Sağlık Kurumları Arasında İdeal Bir “Afiliasyon Programı” Nasıl Olmalı? İstanbul Tabip Odası Uzmanlık Eğitimi Çalışma Grubu. s. 48.

1.4. HASTANELERDE KURUM KÜLTÜRÜ, LİDERLİK VE ÖRGÜTSEL ÇATIŞMA

1.4.1. Kurum Kültürü

Hastanelerin yönetimi zor ve karmaşıktır. Bu nedenle, kurum kültürünün hastanelerde oluşturulması ve yöneticinin de hastanede nasıl bir örgütsel kültür oluşturmak istediği, örgüt kültürüne hastanenin hangi kademesinden nasıl başlanabileceği gibi sorulara cevap bulmaları gerekmektedir. Hastanenin etkinlik ve verimlilik düzeyi, personelin ilgi, gayret, çalışkanlık ve yeterlilik gibi nitelikleriyle doğrudan ilişkilidir. Yönetimsel etkinlik ve diğer her türlü başarı ölçüsü temelde insan ögesinin çabalarına dayanır. Hastanelerde sunulan hizmetin kalitesi, çalışanların hastaneye ve yaptıkları işe bağlılıkları, hastanenin amaç ve hedeflerini benimsemeleri, ortak amaç etrafında birleşmeleri ile doğru orantıda yükselmekte ve bu durum çalışanların performans ve verimini de olumlu yönde etkilemektedir.

“Kurum Kültürü”, davranışsal normları sağlamak için biçimsel yapıyı karşılıklı olarak etkileyen bir kurum içinde paylaşılan değerler, inançlar ve alışkanlıklar sistemidir⁴⁵. Kurum kültürü, imajla birlikte, kurum kimliğiyle etkileşim içerisinde olan, bağımsız bir alandır⁴⁶.

1.4.1.1. Kurum Kültürü Oluşumuna Etki Eden Öğeler

- Temel Değerler, İnançlar, Tutumlar: Bir kurumda neyin kabul edilebilir, neyin kabul edilemez olduğunu gösterirken, kuruluşun genel amaçlarını, belirlemektedir. Kültür, insanların paylaştığı değer ve hedeflerini inançlarla bağlamaktadır⁴⁷.

- Liderler ve Kahramanlar: Temel değer ve inançlar ile kurum kültürünün temelleri oluşturulurken lider ve kahramanlar da bu temel değerlerin diğer çalışanlar tarafından benimsenmesine yardımcı olmaktadır⁴⁸.

- Hikayeler ve Efsaneler: Hikayeler, kurum kültürü açısından önem taşıyan ve genellikle kurumun geçmişine yönelik olayların, abartılarak aktarılması sonucunda ortaya çıkan kültür taşıyıcılarıdır. Kurumun geçmişi ve bugünkü durumu arasında köprü görevi görürler⁴⁹.

⁴⁵ T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü. II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı. Cilt-2. Editör Harun Kırılmaz. Ankara – 2010. Hastanelerde Kurum Kültürü. Gülhan Bilgin, Dr. Zeynep I. Çıraklı. Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi. s.120.

⁴⁶ Kurum Kimliği. Prof. Dr. Ayla Okay. Derin Yayınları. İstanbul-2013. S.50.

⁴⁷ Kırılmaz (Ed.). s.121.

⁴⁸ Kırılmaz (Ed.). s.121.

⁴⁹ Kırılmaz (Ed.). s.121.

- Tören ve Semboller: Bir kurum kültürünün görülebilen en önemli elemanlarından biride törenlerdir. Törenler kurumun çalışanlarının davranışları ve anlayışlarını etkilemek için özel zamanlarda ya da belirli dönemlerde düzenlenen ve tekrarlanan çalışmalardır⁵⁰. Örneğin, yirmi beş yıl kuruma hizmet etmiş bir bireye verilen bir hediye kurumda sadakate verilen önemi gösterir.

- Dil: Her kurumun kendine özgü bir dili vardır ve bu dil o kurumun çalışma alanıyla ilişkilidir. Kuruma özgü dil mesleki ve kurumsal terminolojiyi oluşturmaktadır⁵¹.

1.4.1.2. Kurum Kültürü Çeşitleri⁵².

- *“Şebekeleşmiş Kültür : Yüksek sosyallik ve düşük dayanışma düzeyindedir. Arkadaşlar arasında oluşturulur. Şebekeleşmiş yapıya sahip organizasyonlarda insanlar iş yerinde sohbet ederler, öğle yemeğine birlikte çıkarlar, iş sonrası bir araya gelirler, kutlamalar, maçlar düzenlenir. Kısacası informal bir yapı vardır.*

- *Topluluksal Kültür : Yüksek sosyallik ve yüksek dayanışma düzeyindedir. Çalışanların kendilerini organizasyonla özdeşleştirme düzeyleri yüksektir. Bireyler kendi kimliklerini organizasyonun kimliğiyle eş tutarlar. Aile kavramı kullanılabilir.*

- *Bölümlenmiş Parçalı Kültür : Düşük sosyallik ve düşük dayanışma düzeyindedir. Aidiyet duygusu zayıftır, çalışanlar genellikle kendileri için çalışırlar ve kendilerini mesleki gruplarıyla özdeşleştirirler.*

- *Kar Amacı Güden Kültür: Düşük sosyallik ve yüksek dayanışma düzeyindedir. Şebekeleşmiş yapının tam zıttıdır. Kurum üyeleri arasındaki iletişim tamamen iş ile ilgilidir. İş ve sosyal yaşantı birbirinden kesin çizgilerle ayrılır. Sosyal bağların zayıf olması nedeniyle organizasyona bağlılık zayıftır.”*

Kurum kültürü her örgütte olduğu gibi hastaneler için de önemlidir. Hastanelerin önemli hedeflerinden olan kaliteli sağlık bakım hizmeti sunmak, büyük ölçüde personelin tutum ve davranışlarına bağlıdır. Hastaların yüksek bir düzeyde tatmin olarak sağlık hizmeti alabilmesi için iş görenlerin de işlerinden ve işyerlerinden tatmin olmaları gerekmektedir

Hastanede çalışanların örgüte bağlılığı ve motivasyonunu etkileyen temel unsurun yöneticilerin sergiledikleri liderlik davranışları olduğu söylenebilir. Kurumların

⁵⁰ Okay. s. 214.

⁵¹ Okay. s. 208.

⁵² Kırılmaz (Ed.). s.122.

başarısı ve performansı, geniş ölçüdeki elindeki kaynakların özellikle en önemli unsurunu oluşturan insan gücünün etkin ve verimli bir şekilde kullanılmasına bağlıdır⁵³.

Topluluksal yapıda kurum kültürü biz bir aileyiz mesajını içerir; başta hastane üst yönetimi çalışanlarının kurum kültürünün topluluksal bölümde yer aldığı tespit edilmiştir⁵⁴. Ayrıca çalışanlar topluluksal kurum kültürünün olumlu bölgesinde yer almaktadır. Hastanede sosyalleşmenin de üst seviye olması dengeli bir seviyede tutulduğunda avantaj sağlayan bir faktördür.

Günümüzde hızla gelişen teknoloji, sosyal ekonomik yapı ve değişen iş süreçlerine bağlı olarak çalışanların iş ve işyerlerinden beklenti ve istekleri de değişmektedir. Pek çok kuruluş insan kaynakları yönetiminin önemini kavramış ve kuruluşlarının kültürüne uygun özelliklerde kişileri işe almakta, diğer çalışanlarını da kuruluşlarında tutmak için çaba göstermektedirler.. Özellikle sağlık sektöründe önemli yeri olan hastanelerde, bu konuya verilen önem artmakta ve hastane yönetimlerinin kurum hedeflerini gerçekleştirme başarısında, kurum kültürünün güçlü etkisi her geçen gün daha fazla kabul görmektedir.

1.4.2. Hastanelerde Liderlik

Tüm dünyadaki sağlık sektöründe 20. yüzyılın son çeyreğinden bu yana yaşanmakta olan değişim ve dönüşüm dalgası, özellikle yönetim alanına farklı yaklaşımlar getirmektedir. Ülkemizde de bu dönemin gerisinde kalınmayarak çeşitli uygulamalar başlamıştır. Uygulamaların sağlık sektöründeki yansımaları, son yıllarda Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülmekte olan Sağlıkta Dönüşüm Programı ile olmuştur. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile hastanelerin de Bakanlığın diğer birimleri kadar değişime yönlendirilmesi söz konusu olmuştur. Değişimin boyutu, klasik hastane yöneticiliği anlayışının bir kenara bırakılarak yeni anlayışların getirdiği yeni rollerin benimsenmesini kapsamaktadır. Bir bakıma hem devlet hastanelerindeki yönetim anlayışını özel hastanelere yaklaştıran, hem de özel hastanelerin mevcut yönetim anlayışını iyileştirmesini amaçlanmaktadır⁵⁵.

Bu anlayışlar çerçevesinde ortaya çıkan yeni kavramaların başında hastane yönetimini doğrudan ilgilendiren “vizyoner liderlik” kavramı gelmektedir. Vizyoner liderliğin sağlık sektöründe hayata geçirilmesi başta başhekimler ve hastane müdürleri olmak üzere, hastane yöneticilerinin değişimi yönetme, personelin moral ve

⁵³ Okay, s. 202.

⁵⁴ Kırılmaz, s.122.

⁵⁵ T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü. II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı. Cilt-2. Editör Harun Kırılmaz. Ankara – 2010. Değişim Çağında Hastane Yöneticilerinin Vizyoner Liderlik Profilleri. Hamza Ateş, N. Işıl Çetinkaya, Muharrem Es. s. 78.

motivasyonunu artırma, yeni uygulamalar ile uygun yönetim felsefe ve tekniklerinin kendi kurumlarında içselleştirilmesini gözetleme ve kurumu geleceğe hazırlama gibi hali hazırda var olan görevlerinin yanı sıra değişimin getirdiği yeni rolleri de benimsemelerine bağlıdır. Hastanelerin verimliliğinin artması ve değişen gereksinimlere cevap verebilecek şekilde fonksiyonlarının etkinliğinin sağlanması için liderlerin takındığı tutum önemlidir. Geleceğin tüm olasılıkları planlandığı, bir takım ortak hedeflerin konulduğu, çalışanların fikirlerini söyleyebildikleri, iletişimin ikinci plana itilmediği bir kurumda verilen sorunların çözümü çok daha kolaylaşacak, hizmetin kalitesi artış gösterecektir.

Liderlik, tarih boyunca anlamlandırılmaya çalışılan, yapılan birbirinden farklı sayısız tanım arasından ortak bir anlam çıkarılmaya çalışılan bir olgudur. Bu farklılıklar yalnızca kişilerle sınırlı kalmamakta, dönemsel değişimlerin de böyle bir farklılaşmaya yol açtığı görülmektedir. Bunların arasından günümüzdeki modern yaklaşımlardan, vizyoner liderlik ögesi gittikçe yaygınlaşan bir kabul görmektedir.

Vizyoner liderlik en basit anlamıyla, geleceğe yönelik düşünebilen, hedefler koyan ve diğerlerinin bu hedefleri benimseyerek, gerçekleştirmek için çaba sarf eden, yeni ufuklar çizerek çevresindekilerin de bakış açısını genişletebilen, iletişimi en üst seviyede tutmayı amaç edinen liderleri ifade eder⁵⁶. Kurumun başarısını olumlu yönde etkileyecek bu özelliklere sahip lider tipi, diğer alanlarda olduğu gibi sağlık sektöründe, özellikle sıklıkla krizlerle karşılaşılabilen hastanelerde de yönetimi iyileştirecek, daha etkin bir hizmet sağlanmasına, çalışanların motivasyonunun artırılmasına yol açacaktır. Bu hedeflerin gerçekleştirilmesi yöneticilerin vizyonerlik modelini ne derece benimseyerek uygulamaya koyduklarına, bununla beraber çalışanların nasıl etkilendiğine bağlıdır⁵⁷.

Vizyoner liderlik kavramının çalışanlar tarafından benimsenmiş olması ve yöneticilerini buna göre bir değerlendirmeye tabi tutabilmeleri önemlidir. Çalışanların bilinçlenmesi, yöneticilerin vizyon belirleme ve uygulamadaki başarılarını onaylar niteliktedir. Çağımızın yönetim anlayışında yaşanmakta olan değişimleri kurumların ve bireylerin takip edebilmeleri, verilecek hizmetin kalitesini ve memnuniyeti arttıracığından önemlidir⁵⁸.

Kalite gelişiminin temel kavramlarından birisi olan liderlik, günümüz hastane yönetimlerinin de gereksinimi ve beklentisi haline gelmiştir. Yönetimsel kararların alınması ve gelişmelerin takip edilmesi hastane yöneticisinin görevidir. Bu nedenle mevcut yönetim sisteminden, toplam kalite yönetimine geçilmesi ve toplam kalite

⁵⁶ Kırılmaz (Ed.) Vizyoner Liderlik Profilleri. s. 78.

⁵⁷ Kırılmaz (Ed.) Vizyoner Liderlik Profilleri. s. 78.

⁵⁸ Kırılmaz (Ed.) Vizyoner Liderlik Profilleri. s. 78.

uygulamalarının hastanelerde hayata geçirilmesi, yöneticinin vereceği kararlara bağılı olarak gerçekleşecektir. Bu gerçekleşmede hastanede çalışan personelin katkısı ve katılımı göz ardı edilemez. Bu katkı yöneticiye bağılılık ve güven arttıkça fazlalaşacaktır. Bunun tesisi içinde etkin ve katılımcı liderlik davranışlarını sergileyen hastane yöneticilerine gereksinim olduğu açıktır.

Yapılan pek çok araştırmada liderlerde olması gereken özellikler, liderlik tanımları, lider türleri vb. konulara yer verilmiştir. Ancak asıl önemli olan, geleceğe odaklanırken çalışanlarını da bu atmosfere sokan, aşırı denetim mekanizmasından taviz veren, denetimi yetki devri ve sorumluluk devrederek astlarına yayan, sadece kişilerin yönetimini değil gelişimini sağlayan, çalışanların akıllı olmasından korkmayan tam tersine ekip arkadaşı olarak doğru insanı, doğru yer ve doğru zamanda istihdam edebilen, karşısına çıkan engelleri çalışanlarıyla birlikte kırıcı olmadan aşabilen, planlarını amaca odaklayan, gereksiz ayrıntılarla boğuşmayan liderlerin var olmasıdır.

Manisa ilinde bir kamu hastanesinde 2009 yılında kalite geliştirme çalışmalarının yürütüldüğü hastanelerde yönetici olan kişilerin tutum ve davranışlarının nasıl olması gerektiği konusunda personel beklentisini "liderlik" tanımı doğrultusunda sorgulayarak; hastane yönetiminin liderlik gerektirdiğini saptamak amacı ile planlanmış bir çalışmada elde edilen belirgin sonuçlar şu şekildedir⁵⁹:

- Genellikle kamuda yönetici atama yöntemi ile (kurum içinde sınav metodu ya da siyasal yönlendirmeler) göreve başlatılmaktadır. Özeldede ise, işletmenin sahipleri tarafından seçilerek işe alınır. Ya da işletmenin sahibi aynı zamanda işletmenin yöneticisidir. Özel hastaneler de amaç her ne kadar kamu hastaneleri gibi hastanın sağlığına kavuşturulması olsa da bununla birlikte kar amacı da güden kurumlardır. Kamu hastane yöneticisinin temel görevi ise kamu hizmetinin yürütülmesidir. Mevzuatın dışında karar verme eğilimi oldukça düşüktür, bu nedenle belirlenen kalıpların dışına çıkamıyor olma tarzlı bir yönetim anlayışı kamuya hakim olmaktadır.

- Kadın ve erkek yöneticiler arasında stratejik olan yetkiler dışındaki tüm yetkileri devretmesi bakımından anlamlı bir fark vardır. Erkek yöneticiler yetki devrine kadın yöneticilere oranla daha yatkınlardır. Kadın yöneticiler yetki devri konusunda genel olarak kararsız kalmışlardır.

- Çalışanların bireysel gereksinimlerini ön planda tutma ve kurallardan ödünler verme konusunda kadın ve erkek yöneticiler açısından anlamlı bir farkın olmadığı gözlenmektedir.

⁵⁹ T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü. II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı. Cilt-2. Editör Harun Kırılmaz. Ankara – 2010. Kalite, Hastane Yönetimi ve Liderlik Uz. Dr. Ümit Atman. Manisa İl Sağlık Müdürlüğü. s. 100-101

- Vizyon sahibi olan liderin çalışanları ile sürekli fikir alışverişinde olduğu görülmektedir. Bu tip liderler çalışanlarını belirli amaçlar doğrultusunda motive eden karşılıklı bilgi akışı yolunu açık tutan, çalışanlarından dahi yeni şeyler öğrenmeyi bilen kişilerdir.

- İşe plan yaparak başlayan yöneticiler çalışanlarından bir iş isterken durumun bütün ayrıntılarını öğrenmektedir. Sağlık hizmetlerinde sunulan hizmetler çok fazla bölüm ve ayrı statülerde çalışan personel tarafından hastalara sunulmaktadır. Her bölüm ve çalışanın hastanın tedavi sürecindeki payı büyük bir öneme sahiptir ve birimler arasında koordinasyon gerektiren bir süreçtir. Vizyon sahibi bir yöneticinin farklı birim ve kişilerin çalışmalarını uyumlaştırarak ortak bir amaca yönlendirmesi gerekmektedir.

- Yöneticinin planlarını oluşturmadan önce bahsettiğimiz her birim ve çalışandan yaptıkları için ayrıntısını öğrenmesi gerekmektedir. Bu da çalışanlarla olan iletişim kanallarının açık bırakılması ile olanaklı olabilmektedir. Ayrıca işe başlarken plan yapmayıp iş ilerlerken planlar oluşturan sağlık idarecilerin yeni düşünceler yerine bildikleri konularda uzmanlaşmayı tercih ettikleri görülmektedir.

1.4.3. Hastanelerde Örgütsel Çatışma

Karmaşık örgüt yapısına sahip hastanelerde, çatışma ve çatışma yönetimi gün geçtikçe önemi artan bir konu haline gelmiştir. Çatışma, kişinin içinde bulunduğu sosyal ortam ve zaman dilimi içinde istemediği durumlarla karşı karşıya kalması ve bir sonuç için zorlanması durumunda, gerçekleştirdiği davranış, ulaştığı duygusal yapı olarak tanımlanabilir⁶⁰.

1.4.3.1. Hastanelerde Çatışmanın Nedenleri

1.4.3.2. İletişime İlişkin Nedenler

Hastanelerde yönetimdeki hiyerarşiye bağlı olarak iletişim problemleri yaşanmaktadır. Hastanelerin karmaşık açık dinamik yapısı, matriks organizasyonel yapısı, farklı rol ve ilişki özellikleri iletişim unsurunu önemli hale getirmektedir⁶¹.

1.4.3.3. Amaç ve Rol Farklılıkları.

⁶⁰ Yrd. Doç. Dr. Şebnem Aslan. Hastanelerde Örgütsel Çatışma: Teori ve Örnek Bir Uygulama. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Meslek Yüksek Okulu. s. 2.

⁶¹ Aslan. s. 2.

Hastane organizasyonlarında en sorunlu yön sağlık profesyonellerinin organizasyonu olmalarıdır. Profesyoneller tipik olarak, büyük sorumluluk sahibi ve işlerinde yüksek derecede otonomi isteyen bir gruptur. Bu profesyoneller arasında hekimler birincil gruptur; hastanede çalışanların önemli bir kısmını oluşturan hemşireler ilgili pek çok grupların varlıkları dolayısıyla zorlaşan bir çevre içinde çalışmaktadır. Onlar özerk (bağımsız) değil tıp personelinin astı konumundadırlar. Bu statü farklılığı, mesleklerinin özerk olmasını isteyen hemşireler üzerinde bir gerilim hissetmelerine neden olmakta ve tıp personeli ile zaman zaman bu konuda sorunlar yaşamalarına neden olmaktadır⁶².

1.4.3.4. Ortak Kaynak Kullanımı.

Hekimler yalnızca hastaları değil, ameliyathaneleri, ekipmanı, radyoloji gibi hizmetleri, fizyoterapistler gibi yardımcı sağlık personelinin de paylaşmaktadır. Bu paylaşım kaynaklar kısıtlı olduğunda rekabet oluşturmaktadır⁶³.

1.4.3.5. Kişilerarası Karşılıklı Bağımlılık.

Hastanedeki hekimler ve diğer tüm sağlık ekip üyeleri pek çok yoldan birbirleriyle karşılıklı görev bağımlılığı içindedirler. Birinin yaptığı, kaçınılmaz olarak diğerinin yaptığı işi de etkilemektedir⁶⁴.

1.4.3.6. Değer ve Algılayışlardaki Farklılıklar.

Örgüt düzeyinde alınan kararların bazılarında birey veya grubun biri, alınan karardan olumlu etkilenirken diğer kişi/kişiler veya grup/grupların çıkarları olumsuz etkilenebilir⁶⁵.

1.4.3.7. Etkin Performans Değerlendirme ve Ödüllendirmenin Uygulanamaması.

Sağlık çalışanlarının etkin olarak performansları değerlendirilmediğinden dolayı kendilerine yeterince geri bildirim de sağlanamamaktadır. Zira bir üretim işçisinin yaptığı çalışmayı ölçmek kolaydır. Ancak, sağlık çalışanlarının verimliliğini ölçmek; etkin değerlendirmeler yapabilmek oldukça zordur. Örneğin; spesifik az sayıda hasta bakan hekimle, çok sayıda ama rutin hasta bakan hekim arasında performans

⁶² Aslan. s. 3.

⁶³ Aslan. s. 3.

⁶⁴ Aslan. s. 3.

⁶⁵ Aslan. s. 3.

kıyaslaması yapmak oldukça güçtür. Bunun yanında ücretlendirmede; çalışanların becerilerine göre ödeme yapmama, teşvik edici ödeme yapmama, cezalara meyilli olma, örgütsel hedeflere uygun ücretlendirmeye yer vermeme, çatışmaya yol açabilen nedenler arasında sayılabilir⁶⁶.

1.4.3.8. Örgütsel Görev ve Sorumluluklardaki Karışıklıklar.

Yüksek düzeyde yaşanan rol çatışması ve rol belirsizliğinin stres, huzursuzluk, korku ve düşmanlık duygularını artırdığını iş doyumunu ve kendine güveni azaltmaktadır. Ülkemizde sağlık personelinin durumunu düzenleyen mevzuat çoğalmış, dağınık, yetersiz ve bir an önce yeniden ele alınmaya muhtaç durumdadır⁶⁷.

1.4.3.9. Etkin Ekip Çalışmasının Uygulanamaması.

Sağlık kavramının çok boyutluluğu ve sağlık hizmetlerinin disiplinler arası bir işbirliği oluşu ekip yaklaşımını gerektirir. Ekibin uyumu ve başarısı ise, ekipteki her üyenin rol ve işlevlerinin tanımlanmış ve tanınmış olmasına, ekipteki her üyenin kendi rol ve işlevlerini en üst düzeyde yerine getirebilme yeterliliğine ve olanağına sahip olmasına bağlıdır. Oysa hastanelerde hala görev tanımı eksikliği yaşanmaktadır⁶⁸.

1.4.3.10. Hastanede Çalışan Personelin Öğrenim Farklılıkları.

Hastaneler, amaçlarına etkin olarak ulaşabilmeleri için öğrenim ve deneyimleri birbirinden oldukça farklı iş gören gruplarının eş zamanlı çalışmalarını örgütlemek ve yönetmek zorundadırlar⁶⁹.

Genel idari hizmetler grubu işleri nedeniyle, çok fazla grup çalışması gerektirmeyen ve birbirine bağımlılığı daha düşük olan çalışmaları gerçekleştirmeleri nedeniyle, iletişim konusunda daha olumlu yaklaşım sergilemektedirler. Oysa hemşire grubu ise; hem işlerin birbirine bağımlılığı yüksek olan çalışmalar içerisinde kilit rol oynamakta hem de öğrenim düzeyini yükseltme çabasında kendilerine önem verilmesini beklemektedirler. Bu durum, onların iletişimin çatışmaya neden olduğuna dair görüşlerinde olumsuz tavır sergilemelerine neden olmaktadır. Genel idari hizmetler grubu da yine, sağlık teknisyenleri grubuna ve sağlık hizmetleri gruplarına göre farklılık

⁶⁶ Aslan. s. 3-4.

⁶⁷ Aslan. s. 4.

⁶⁸ Aslan. s. 4.

⁶⁹ Aslan. s. 4.

göstermektedir. Zira bu farklılık onların biraz daha hastanedeki gerçek çalışmalardan uzak işlerinin olmasına bağlanabilir.

Hastanelerde yaşanan en büyük problem görev tanımlarının iyi yapılamamış olması, eski mevzuatlar ile yeni mevzuatların oluşturduğu karmaşıklığıdır. Bunun yanında genel idari grubu da, hekim grubuna, sağlık teknisyenleri grubuna, sağlık hizmetleri gruplarına göre farklılık arz etmektedir. Bunun nedeni, yaptıkları işlerin diğer çalışanlara göre daha az karmaşık ve birbiri çalışmaların takdir edilmesindeki eksikliğin çatışmaya yol açması konusu, hemşire grubu, genel idari hizmetler grubundan ve hekim grubundan oldukça yüksek oranda farklılık içermektedir.

Sosyal çalışmaların yetersizliğinin çatışmaya yol açması bunun nedeni olarak, hastanede çalışma süresinin uzunluğu, düzensizliği (nöbet, uzatılmış mesai) ve genellikle evli olmaları dolayısıyla sosyal çalışma ve hobilere zaten zaman ayıramamaları olabilir⁷⁰.

Hastanelerde çatışmaya yönelik çözüm önerileri kapsamında bir dizi iyileştirici önlemlerin alınması gerekir. Bunları kısaca sıralayacak olursak⁷¹;

- Öncelikle iletişim konusuna eğilmek gerekir. İletişim, bireyin ilk kuruma girişinde önemli hale gelmektedir. Bu konunun öncelikle tüm hastanelerde ele alınması ve bir hastane el kitabının çıkartılması gerekmektedir.

- Hastanede görev tanımlarının yapılmamış olması, hiyerarşik mesafe, çalışma grubu büyüklüğü, resmileştirme gibi faktörler, rol algılayışlarını belirlemektedir. Esasen kişiye ne kadar çok geri bildirim sağlanırsa, kişinin rolünü anlaması o kadar kolaylaşacaktır. Ülkemizde sağlık personelinin çalışmalarını düzenleyen mevzuat eski ve kullanıma cevap vermemektedir. Öyle ki; yönetmeliklerde birçok mesleğin görev tanımlarında eksiklikler bulunmaktadır. Dolayısıyla, sistem yaklaşımı etrafında öncelikle sağlık mevzuatının değişmesi gerekmektedir.

- Hastaneler teknolojik değişimlerden hızlı etkilenen yapılar görünümündedirler. Ancak hastanelerde hizmet içi eğitim konusunda yetersizlik görülmektedir. Dolayısıyla hizmet içi eğitimin daha sık yapılması ve hekimlerin katılımlarının sağlanması gerekmektedir.

- Hastanede etkin performans değerlendirme; eşit işe eşit ücret politikasının uygulanması, hastanede çatışmanın çıkmaması için önem arz eden konular arasındadır.

⁷⁰ Aslan. s. 4.

⁷¹ Aslan. s. 4.

- Hastanede sosyal çalışmaların arttırılması, kişilerin birbirine yakınlaşmasını sağlayacak ve yanlış anlamalardan kaynaklanan çatışmaları asgariye indirebilecektir. Ancak pek çok hastanede sosyal çalışmaların eksikliği dikkat çekmektedir.

- Hastaneler, esasen ekip çalışmasının uygulandığı örgüt yapısına sahip oldukları zaman, iletişim problemleri de azalabilecektir.

Sonuç olarak; hastanede çatışmanın nedenleri sistem yaklaşımı etrafında ele alınmalı ve çözüm nerileri de bu yönde geliştirilebilmelidir. Ancak, bunun sağlanabilmesi için öncelikle merkezietçi yapı terk edilerek, yerinden yönetimin geçerli olduğu yapıya kavuşturulması ve mevzuatın da buna uyarlanması gerekmektedir.

1.5. SAĞLIK SEKTÖRÜ

1.5.1. Sağlık Sektörü Kavramı

“Sağlık sektörü” sağlığa dolaylı, doğrudan veya asıl etkileri olan mal ve hizmet nitelikli her türlü ürünü üretmek, arz etmek ve talep etmek, tüketmek üzere çok farklı üretim alanlarında kurulmuş, sistem ve alt sistemler ile, bunların içerdiği kişi, kurum, kuruluş, statü, ürün ve benzerlerinin tümünü belirtmek için kullanılan, genel ve kapsayıcı bir kavramdır⁷².

Sağlık sektörü ve sağlık hizmetleri ile, sektör içinde asıl ve büyük yeri oluşturup onun var olmasına yol açan hedef çalışmaların yer aldığı asıl sağlık hizmetleri arz ve talep unsurlarının ortak amacı: Kişilerin sağlıklı olmasını sağlamak ve bunu koruyup geliştirmek yoluyla toplumu sağlıklı kılmaktır. Bu amaç çevreye, topluma ve kişiye yönelik sağlık hizmetlerinin arzını ve talebini kapsar ve bu yolla ulaşılabilecek son hedef sağlıklı dünyayı oluşturmaktır.

1.5.2. Sağlık Hizmetlerinin Amacının Gerçekleşmesi İçin Gerekli Şartlar

- Toplumdaki tüm kişilere, gereksinimleri olan bütün sağlık hizmetlerini yaşamın sağlık yönünden kalitesinin ve süresinin artırılması esas alınarak, eşitlik ve adalet içinde, insanların gereksinim ve beklentilerine uygun, ucuz, kaliteli, ulaşılabilir, yararlanılabilir, yeterli, kaliteli, verimli, etkili, bilimsel yönetim ilkeleri ile yönetilen, bölgeler ve sosyo-ekonomik gruplar arası sağlık düzeyi farklılıklarını azaltıcı, çağdaş yaşam gerekleriyle uyumlu, hasta haklarına saygılı, birey-aile ve toplumu bilinçlendiren, toplum sağlığının elde edilmesi, korunması ve geliştirilerek sürdürülmesini sağlayan bir şekilde, yürütülmesidir⁷³.

- Coğrafi, sosyal, maddi ve diğer olanak ve unsurlarla olabildiğince sınırlanmayan ve iyi çalışan “yapılar” içinde verilmesidir.

- Kişi ve topluma sağlıklı yaşam bilgisi, şuuru, istek ve davranışının kazandırılması sağlanmalıdır.

- Kişisel, toplumsal ve çevresel sağlıklı ortamlar sağlanması hedeflenmelidir.

1.5.3. Sağlık Hizmetlerinin Nitelikleri⁷⁴

⁷² Sağlık Sektörü ve Sağlık Sistemlerinin Yapısı. Doç. Dr. A. Erdal Sargutan. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergi, Cilt:8, Sayı:3 (2005) s. 401.

⁷³ Sargutan. s. 403.

⁷⁴ Sargutan. s. 403-404.

- Kişilerin, toplumun ve son hedefte dünyanın sağlıklı olması için çalışan,
- Çekirdeğinde “asıl sağlık hizmetleri” denilen ve doğruca kişilere verilen sağlık hizmetlerinin bulunduğu,
- Hizmetleri ve ürünleri arasında, kurumları ve kesimleri arasında, arz ve talep sistemleri arasında, ilgili sektörler arasında “bütünlük” niteliği bulunması gereken,
- Kendi dışında kalan tüm sektörleri, üretim alanlarını, ekonomik ve sosyal gücü de kuvvetle ve doğrudan etkileyen,
- Toplumun güçlü, gelişmiş, refah içinde, kaynaşmış ve istikrarlı olmasında, birlik ve bütünlüğün kurulmasında ana unsurlardan birini oluşturan,
- Sosyal ve hizmet yönü ağır basan,
- Çok yönlü ve karmaşık,
- Teknik ve teknolojik nitelikleri ağırlık kazanan ve gittikçe daha pahalı teknik ve teknolojiler kullanmaya yönelen,
- Sürekli ve süratli olarak değişip gelişen,
- Kamu malı ve hizmeti olma niteliğine sahip olarak belirtilebilir.

1.5.4. Sağlık Sisteminin İşlevsel ve Duygusal Hedefleri⁷⁵

5 D başlığıyla şöyle sıralanmaktadır:

- Ölüm (Death),
- Hastalık (Disease),
- Sakatlık (Disability),
- Rahatsızlık (Discomfort),
- Doyumsuzluk (Dissatisfaction).

Bu olumsuzluklara karşı kullanılan 6 silah da şöyle sıralanmaktadır:

- Koruma (Önlem),
- Tanı,
- Tedavi,
- Rehabilitasyon,
- İzlem (Gözlem),
- Halkın Sağlık Eğitimi.

1.5.5. Sağlık Sisteminin Görevini İstenilen Kalite ve Biçimde Yerine Getirebilmesi İçin Gereken Ön Şartlar

⁷⁵ Sargutan. s. 404.

- Yasal düzenlemeler / yönlendirmeler,
- Ekonomik destek / finansman,
- Personel / hizmet sunumu,
- Bilgi, teknik, teknoloji ve benzerlerinden oluşan yardımcı unsurlar sunumu olarak sayılmaktadır.

1.5.6. Sağlık Hizmetlerinin Dört Temel Unsuru

Sağlık sektörlerinin ve sistemlerinin varlık nedeni olan sağlık hizmetleri, gerek üretim, arz ve gerekse talep, tüketim aşamasında, aşağıdaki dört temel unsura gereksinim göstermektedir⁷⁶.

1.5.6.1. Sağlık İnsan Gücü

Başta hekim olmak üzere, sağlık hizmetleri üretiminde asli unsur olan yeterli nicelik ve nitelikte sağlık insan gücüne gereksinim vardır. Sağlık sektörünün vazgeçilmeyen dört temel unsurundan olmazsa olmaz özellikte olanı sağlık insan gücü ve en başta da hekimdir.

1.5.6.2. Yardımcı Unsurlar

Sağlık insan gücünün sağlık hizmeti üretmesi için gerekli olan bilgi, alt yapı, fiziki alan, enerji, ilaç, donatım (makine, teçhizat, cihaz, araç, malzeme) donanım, diğer ihtiyaç maddeleri, personel giderleri, mali kaynak ve benzerleri gibi, her türlü kuruluş, işletme, üretim, pazarlama, sunum ve talep-tüketim çalışmaları ile ilgili olarak gerekli olan yeterli yardımcı unsurların varlığına gereksinim duyulmaktadır.

⁷⁶ Sargutan. s. 405.

1.5.6.3. Arz ve Talep Düzenleri

Sağlık insan gücünün, yardımcı unsurları kullanarak sağlık ürünlerini üretip sunacağı ve gereksinimi olanların da talep edip tüketeceği yeterli arz ve talep düzenleri (mekanizmaları) ayrı ayrı oluşturulmalıdır.

1.5.6.4. Yönetim Yapıları

Sağlık hizmetlerinin amaç ve hedeflerini gerçekleştirmek üzere;

- Sağlık hizmetlerinin amaçlarına en uygun sağlık hizmeti ürünlerini,
- Kaynakları en etkili ve verimli kullanacak ve geliştirecek biçimde,
- Tıp biliminin gereklerine uygun şekilde,
- Gereksinimler ve amaçlar için en elverişli tarzda,
- Yeterli nicelik ve niteliklere sahip olarak,
- Yönetim yetersizlikleri ve görev ihmalleri olmayan sistemler içinde,
- Sağlık yönetimi bilim alanının kurallarına göre,
- Üretim arz etmek ve talep edip tüketmek amacıyla,

sağlık hizmeti arz ve talep düzenlerini kuracak ve çalıştıracak, işletecek, yönetecek profesyonel sağlık yöneticilerinin görev yaptığı; üst kademe sağlık yönetimi, birincil (primer) sağlık hizmetleri yönetimi, ikincil (sekonder) ve üçüncül (tersiyer-ikinci basamak, yataklı, tedavi) sağlık kurumları yönetimi yönetim yapılarına gerek duyulmaktadır.

1.5.7. Kişi Sağlığını ve Ülke Sağlık Sisteminin Yapı ve İşleyişini Etkileyen Başlıca Unsurlar.

Kişilerin sağlıkları, kendilerini çevreleyen sosyal ve fiziksel unsurlardan ve kendi kişisel özelliklerinden etkilenirken, aldıkları hizmetler de sağlık örgütünün ve sağlık insan gücünün özelliklerinden doğrudan etkilenmektedir. Ülkelerin sağlık sistemleri de, ülke insanların bu özellikleri yanında, yine sosyal ve fiziksel unsurlar ile, örgütsel ve mesleki unsurların etkisiyle şekillenmekte ve çalışmaktadırlar. Bu alanda ülkelere ve araştırmacılara göre farklılıklar görülmekle birlikte, genel ve kapsamlı bir gruplandırma şöyle yapılabilir.

1.5.7.1. Sağlık Hizmeti Alanlarla İlgili Unsurlar (Kişisel Unsurlar)⁷⁷.

- Kişinin genetik ve biyolojik özellikleri.*
- Kişinin fizyolojik yapısı.*
- Kişinin cinsiyeti.*
- Kişinin yaşı.*
- Kişinin yaşam biçimi.*
- Kişinin mesleği.*
- Kişinin içinde bulunduğu fiziki çevre.*
- Kişinin sosyal ve kültürel seviyesi.*
- Kişinin ekonomik durumu.*
- Kişinin bağışıklık durumu.*
- Kişinin geçirdiği önceki hastalıklar ve sakatlıklar.*
- Kişinin genel ve sağlık eğitimi seviyeleri.*
- Kişinin sağlık konularına verdiği değer ve beklentiler.*
- Kişinin sağlık sistemine duyduğu güven.*
- Kişinin örnek aldığı ve etkilendiği davranış ve insan kalıpları.*
- Kişinin kendi sağlığına verdiği önem (2. önemli belirleyici unsur).*
- Kişinin sağlık güvenliği kapsamında olup olmadığı.*

1.5.7.2. Sosyal ve Fiziksel Unsurlar (Düzenleyici Unsurlar)⁷⁸

- Ülkenin coğrafi ve jeolojik özellikleri.*
- Ülkenin iklim özellikleri.*
- Ülkenin doğal kaynakları.*
- Ülkenin tarih süreci.*
- Ülkenin sosyal ortamı ve yapısı.*
- Ülkenin hukuk ortamı ve yapısı.*
- Ülkenin politik ortamı ve yapısı.*
- Ülkenin resmi ideolojisi.*
- Ülkede uygulanan genel politikalar.*
- Ülkenin ekonomik durumu ve gelir dağılımı (3. önemli belirleyici unsur).*
- Ülkenin bilim ve teknoloji seviyesi.*
- Ülkenin uluslar arası ilişkileri (Genel ve sağlık alanında).*
- Toplumun nüfus yapısı (Demografi).*

⁷⁷ Sargutan. s. 407.

⁷⁸ Sargutan. s. 407-408.

Toplumun yerleşim biçimi ve kentleşme seviyesi.

Toplumun eğitim seviyesi.

Toplumun din, gelenek-görenek ve çeşitli konulardaki inanç ve davranışları (Sosyal antropoloji).

Toplumun sosyal ilişkileri.

Toplumun yaşam şekli ve alışkanlıkları.

Toplumun beslenme yapısı ve alışkanlıkları.

Toplumun sağlık alışkanlıkları ve davranışları (Sağlık antropolojisi).

Toplumun sağlık ve hastalık yapıları (Epidemiyoloji).

Toplumun sağlık bilgi seviyesi.

Toplumun temel koruyucu sağlık hizmetleri seviyesi.

1.5.7.3. Sağlık Hizmeti Verenlerle İlgili Unsurlar (Örgütsel ve mesleki unsurlar)⁷⁹

- *Devletin sağlık politikaları (en önemli belirleyici unsur).*
- *Ülke sağlık sektörünün yapısı.*
- *Sağlık sisteminden toplumun beklentileri.*
- *Sağlık sisteminin ilkeleri.*
- *Sağlık sisteminin örgütsel yapısı.*
- *Sağlık sisteminin ve sektörünün sahip olduğu maddi unsurlar.*
- *Sağlık sisteminin devletten aldığı destek ve kaynaklar.*
- *Sağlık sisteminin yaygınlığı.*
- *Sağlık sisteminin işleyişi.*
- *Sağlık sisteminin etkililiği.*
- *Sağlık sisteminin bütüncüllüğü (Koruyucu ve tedavi edici kapsamda).*
- *Sağlık hizmetlerinin eşit ve adil oluşu.*
- *Sağlık hizmetlerinin sürekliliği.*
- *Sağlık hizmetlerinin kabul edilebilirliği.*
- *Sağlık hizmetlerinin kolay kullanılabilirliği.*
- *Sağlık hizmetlerinin yaygınlığı.*
- *Sağlık hizmetlerinin erişilebilirliği.*
- *Sağlık hizmetlerinin ihtiyaca uygunluğu (kullanılabilirliği).*
- *Sağlık hizmetlerinin yeterliliği.*
- *Sağlık hizmetlerinin kalitesinin uygunluğu.*

⁷⁹ Sargutan. s. 408-409.

- *Sağlık hizmetlerinin etkililiği.*
- *Sağlık hizmetlerinin ekonomikliği.*
- *Sağlık hizmetlerinin ödenebilirliği.*
- *Sağlık insan gücünün sayısı.*
- *Sağlık insan gücünün dağılımı.*
- *Sağlık insan gücünün kalitesi.*
- *Sağlık insan gücünün amaç, beklenti, yargı ve değerleri.*
- *Sağlık insan gücünün örnek aldığı ve etkilendiği davranış kalıpları ve insan modelleri.*
- *Sağlık insan gücünün hizmet sunuş biçimi.*
- *Sağlık insan gücü başına hasta yoğunluğu.*
- *Sağlık yönetiminin başarısı.*

Kişî sağlığını ve ülke sağlık sistemlerinin yapı ve işleyişini etkileyen başlıca unsurlar topluca incelendiğinde, bir ülkede uygulanan resmi sağlık politikasının o ülkenin sağlıkla ilgili göstergelerinin en önemli belirleyicisi olduğu görülmektedir. Sağlık sistemi, resmi veya resmi olmayan bir sağlık politikasına dayalı olarak yürütülüyor olabilir yahut bir politikası olmayabilir. Bir politika, kişiler yoluyla toplumu sağlıklı kılma amacına uygun olarak, diğer belirleyici unsurların da etkisiyle ülkenin gereksinim, şart, olanak, alt yapı, bünye ve gerçeklerine dayalı olarak uzun yıllar içinde geliştirilmiş ve uygulanmakta olabileceği gibi, bambaşka çıkış noktalarından hareketle oluşturulmuş da olabilir. Yahut hiç bir politika ve ciddi resmi düzenleme bulunmayabilir. Fakat tüm bu şartlarda da sözü edilebilecek, oluşan veya oluşturulan iyi-kötü bir sağlık sistemi vardır⁸⁰.

Kişilerin kendi sağlıklarına verdikleri önem, sağlık sistemlerini belirleyen ve sağlık politikalarının varlığını etkilediği gibi ondan da etkilenen, en önemli ikinci belirleyici unsurdur. Ülkenin ekonomik durumu ve gelir dağılımı da en önemli üçüncü belirleyici unsurdur. Bunlardan sonra, önem sırası ve etkisi ülkeden ülkeye değişmekle birlikte, diğer belirleyici unsurların etkileri de sağlık sisteminin özelliklerini şekillendirir⁸¹.

1.5.8. Sağlık Sistem Mühendisliği.

663 sayılı KHK'de Sağlık Politikaları Kurulu başlığında "Sağlık Politikaları Kurulu, Bakanlığın sağlık sistemi yönetimi ve politika belirleme ile ilgili temel görevlerini yerine getirmek üzere görevlendirilen on bir üye ile müsteşar ve müsteşar yardımcılarında meydana gelir." denilerek bu kurulun amacı ve oluşumu anlatılmıştır.

⁸⁰ Sargutan. s. 409.

⁸¹ Sargutan. s. 400-410

Sağlık Bakanlığı'nda yeni vizyon, sağlık sistemini yönetmektir. Bunu yaparken en önemli araçlarından biri sağlık sistem mühendisliğidir⁸².

Önceden belirlenmiş amaç ve hedefleri gerçekleştirmek için elde bulunan kaynakları (insan, para, makine, malzeme, bilgi vb.) anlamlı bir şekilde bir araya getirilerek planlama, örgütleme, atama ve denetleme çalışmalarının yürütülmesine yönetim denir. Sistem için ise, birbiriyle etkileşen veya ilişkili olan, bir bütün oluşturan soyut veya somut bileşen veya varlıkların belirli sınır koşullarında bir araya gelmiş bileşkesi denilebilir. Sistemlerin bir yapısı, davranışı ve alt bileşenleri arasında ilişkileri vardır.

Amerikan Mühendisler Konseyi'nin tanımına göre mühendislik, "bilimsel prensiplerin tek başlarına veya bir arada, alet, malzeme, yapı, makine, süreç ve sistem tasarlamak ve geliştirmek için uygulamaya geçirilmesi ve yine bu prensiplerin, sistemsel davranışlarının belirli şartlar altındaki davranışlarının modellenmesi ve tahmin edilmesi suretiyle, süreçlerin daha ekonomik, insan hayatı ve eşyanın daha güvenli hale getirilmesi için kullanılmasıdır". Hangi alanda bilimsel prensiplerden yararlanılmak isteniyorsa, o alanda mühendislik çalışmasına gereksinim vardır. Özelde sağlık işletmelerini ve genelde de sağlık sisteminin tamamını karmaşık sistemler olarak kabul eder ve gelişmiş mühendislik yöntemlerinin bu sistemler üzerinde uygulanmasını hedefler⁸³. Bu yöntemlerin en başında insan faktörü mühendisliği vardır.

1.5.8.1. İnsan Faktörü Mühendisliği.

İnsan faktörleri mühendisliği; insana odaklanan ve insanın hata yapmasına neden olan bileşenleri, sistemleri ve insan-makina sistemleri arasındaki ilişkileri inceleyerek, önleyici veya düzeltici yaklaşımları uygulayıp riski azaltmaya yönelik çalışmaları hedefleyen bir bilim dalıdır. Çalışanlar, ortam ve sistemler arasındaki etkileşimlerden doğan kısıtları göz önünde bulundurarak hata kavramını inceler ve çeşitli yaklaşımlar ile sistemlerdeki hataları en aza indirgemeyi hedefler. Bu bilim dalı, sağlık hizmetlerinde de pek çok konuya işaret etmektedir⁸⁴.

Mühendislik uygulamaları ile sağlık sektöründeki uygulamaları birleştirerek hastane süreçlerindeki risk azaltılabilir. Uluslararası alanda olduğu gibi, ülkemizde de son yıllarda, hastanelerdeki kalite geliştirme ve akreditasyon çalışmaları kapsamında

⁸² Sağlık Sistem Mühendisliği. İlker Köse. CGM ARGE Direktörü. Medipol Üniversitesi Öğr. Görevlisi. Sağlık Bilişim Zirvesi. 29.03.2013. Sunum.

⁸³ Sağlık Sistem Mühendisliği. İlker Köse. CGM ARGE Direktörü. Medipol Üniversitesi Öğr. Görevlisi. Sağlık Bilişim Zirvesi. 29.03.2013. Sunum.

⁸⁴ Sağlık Kuruluşlarında İnsan Faktörü Mühendisliğinin Önemi ve Hasta Güvenliği Alanında Uygulama Örnekleri. Dr. Özlem Yıldırım. Beta Basım A.Ş.1. Baskı – Mart 2012 – İstanbul. Giriş bölümü.

hasta güvenliği kavramına 3nem verilmekte ve kritik s3reçlerde güvenliğin sağlanabilmesi amacıyla sistemler tanımlanabilmektedir.

İnsan fakt3r3 m3hendisliği açısından kavramsal temel oluşturduktan sonra, insan 3gesinin ve insanın kısıtlarının g3z 3n3nde bulundurulması ve sistemlerin insan hatasını 3nleyecek şekilde tasarlanması, çok 3nemlidir. Hasta güvenliğinin en fazla tehdit altında olduğu s3reçler ile ilişki ve 3z3m 3nerileri insan fakt3r3 m3hendisliği g3rev kapsamı iindedir⁸⁵.

⁸⁵ Yıldırım. s. 3.

1.6. SAĞLIKTA İLETİŞİM.

İletişim, düşünce, bilgi ve görüşlerin konuşma, yazı ve resim gibi semboller kullanarak paylaşımı ve aktarımıdır. İki insan birbirinin farkına vardığı andan itibaren iletişim başlar. Sağlık alanında iletişim her zaman önemli bir konu olmuştur. Bir sosyal bilim alanı ile tıp bilimini birleştirmeye çalışmak zor bir iştir. Değişik bilim disiplinlerini içinde barındırmaktadır. Bu açıdan da ortaya çıkan kavramı da tanımlamak zor olmaktadır. Sağlık iletişimi, sağlık konusu ile ilgili kişi veya grupların, ilgili hedef gruplarına yönelik gerçekleştirmiş olduğu iletişim şeklidir⁸⁶.

Önemi herkes tarafından biliniyor olmasına karşın, sağlık hizmetlerinde iletişimin sağlık çalışanları arasında hak ettiği değeri görmemesi ilginç bir durumdur. Genel olarak bakıldığında ülkemizde sağlık çalışanları ile hasta ve hasta yakınları arasında ciddi bir iletişim sorunu yaşandığı genel kabul görüyor olmakla birlikte, iletişimin iki tarafı olan hem sağlık çalışanlarının hem hasta ve hasta yakınlarının karşı tarafı suçladığı görülmektedir⁸⁷. Diğer yandan, ülkemizde yaygın olarak gözlenen kutuplaşma kültürü, sağlık çalışanlarına yönelik şiddetten de beslenerek konuyu içinden çıkılmaz hale getirmektedir. Kutuplaşmanın etkisiyle her konuda olduğu gibi bu konuda da kimse kimsenin derdinden anlamaya çalışmadığı gibi, sanki işbirliği yapmaya çalışan iki paydaş değil de iki düşman varmışçasına bir mücadelenin sürdüğünü görüyoruz. Fakat olumsuz gibi görünen bu tablonun yanında, bu konuda yoğun biçimde çaba harcayan kişi, örgüt ve kurumların da olması konuya biraz daha umutlu bakılmasını sağlamaktadır. Düzenlenen bilimsel ve eğitsel toplantılar, kurulan dernekler, yapılan bilimsel çalışmalar ve açılan yüksek lisans programları konunun yönetsel ve bilimsel ortamlarda da giderek artan bir ağırlık kazanmaya başladığını göstermektedir⁸⁸.

Sağlık iletişimi kavramının bugün kazandığı anlam, tümüyle sağlığın desteklenmesi (Ottawa Sözleşmesi'ne göre, sağlık politikaları aynı zamanda sağlığı destekleyen toplumsal politikaları da hedef almalıdır.) anlayışı çerçevesinde şekillenmektedir. Bu çerçeve olmaksızın sağlık iletişiminden anlaşılabilir şey ancak, hekimin hastasına tedaviyi iyi açıklaması ve hastalığı hakkında yararlı bilgiler vermesi olacaktır. Oysa iletişimin iki yönlü bir süreç olarak tanımlanması ve aynı zamanda bir etkileşim süreci olduğunun kavranması sağlık iletişimi kavramını daha geniş bir çerçeveye taşır⁸⁹.

⁸⁶ Okay, s. 11.

⁸⁷ Medimagazin Gazetesi. Sağlık Hizmetlerinde İletişim. Prof. Dr. Erol Özmen. Erişim Tarihi: 20.03.2013.

⁸⁸ Medimagazin Gazetesi. Sağlık Hizmetlerinde İletişim. Prof. Dr. Erol Özmen. Erişim Tarihi: 20.03.2013.

⁸⁹ Yrd. Doç. Dr. Tuğrul Erbaydar. C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi 25 (4), 2003 Özel Eki. Halk Sağlığı Açısından Sağlık İletişimi. s. 46.

Sağlık, giderek artan biçimde teknolojinin ve paranın egemenliği altına girme eğilimi göstermektedir. Teknoloji ve para, önümüzdeki birkaç on yıllık süreçte, sağlık alanında bugüne kadar değerli ve insani olan değerleri tehdit etmektedir. Son yıllarda sağlık iletişiminin çeşitli sektörlerde ve çeşitli hedeflere yönelik olarak önem kazanması, biraz yakından bakıldığında, büyük bir fırsat olarak görülebilir. İletişim, sağlıkta insani özün zayıflamasının doğurduğu sorunları aza indirgeyen bir tür pansuman yöntemi olarak kullanılma potansiyeline de sahiptir. Bazı iletişim eğitim programlarında iletişimin son derece mekanik bir bilgiler ve beceriler dizisi olarak tanımlanmaktadır. Böyle olduğunda iletişim ikna etmek, daha etkileyici olmak vb. için bir araç haline gelmektedir. Diğer yandan iletişim kavramı, ötekini anlama isteği, saygı, empati, değer verme ve bunu belli etme, içtenlik gibi bir dizi değeri de beraberinde taşır. Bu noktada, sağlık iletişimini sadece programların etkinliğini artıracak olan bir araç, bir yöntem olarak değil, sağlık çalışmalarının gerektirdiği insani özü ve değerleri taşıyan bir açılım, bir potansiyel olarak görmek olanaklıdır⁹⁰.

1.6.1. İletişim Karar Verme Modelleri⁹¹

1.6.1.1. Ataerkil Model

Kararı sağlık personeli verir. Hastaya kabul ettirir.

1.6.1.2. Bilgilendirici Model

Sağlık personeli hastaya teknik bilgileri verir.

1.6.1.3. Açıklayıcı Model.

Sağlık personeli olası müdahalenin yararları, tehlikesi vb. konularda bilgi verir, hasta onaylar.

1.6.1.4. Görüşmecı Model.

Sağlık çalışanı ve hasta birlikte karar verirler. Sağlık çalışanı hastayı bilgilendirir, danışmanlık verir ve seçimi hastaların yapmasını sağlar. İstenilen model budur. Güç paylaşılmıştır ve arada bir ortaklık vardır.

⁹⁰ Erbaydar. s. 51.

⁹¹ Okay. s.102-104.

İletişim kişisel bir yetenek değil tıpkı fizik muayene ve tetkikler gibi öğrenilmesi şiddetle gereken başka bir temel tekniktir. Doğru yapılan etkili bir iletişim yaşanan bir çok sorunun çözülmesinde aracı olabilecektir. Ancak sağlık iletişimi ile ilgili sık yapılan yanlış değerlendirmelerden biri de, sağlık iletişiminin sağlık çalışanı ile hasta ve hasta yakınları arasındaki iletişim ile sınırlı bir alan gibi düşünülmesidir. Oysa sağlık iletişiminin diğer temel amaçlarından biri de halkın sağlık okur yazarlığı düzeyini yükseltmektir. Yine kurum içi ilişkiler, kurumun bina yapısı, bina içinde her türlü donanımın düzenlenmesi, medyada sağlık ile ilgili sağlıklı bilgiler ve haberler verilmesi de sağlık iletişiminin temel amaçları arasında yer almaktadır. Hasta ve hasta yakınlarının hekim karşısında toplumsal statü olarak kendilerini daha eşit konumda görmeye başlaması, her türlü otorite karşısında kendisinin de söz söyleme hakkına sahip olduğunun farkına varması ve sağlık konusunda daha çok bilgi sahibi olmaya başlaması alışlagelen hasta-hekim ilişkisini daha eşitlikçi bir ilişki modeline doğru dönüştürmeye başlamaktadır. Bu dönüşüm, sağlık çalışanlarının iletişim konusunda daha çok bilgi ve beceriye sahip olması zorunluluğunu yaratmaktadır.

Sağlık iletişimi, iletişim biliminin araç, yöntem ve stratejilerini kullanarak sağlığın korunması, iyileştirilmesi ve geliştirilmesi amacıyla uygulamaya yönelik bilgi üreten bir bilim alanıdır. Sağlık iletişimi bilim alanının günlük uygulamalara yansımalarına bakıldığında üç boyutta ele alınabileceği görülmektedir⁹²:

- Sağlık çalışanlarının hasta ve hasta yakınları ile kurdukları iletişim ve ilişkiyi inceleyen kişiler arası iletişim boyutu,
- Halkın sağlıksız tutum ve davranışlarını değiştirme, daha sağlıklı davranış geliştirme boyutu,
- Sağlık alanındaki hizmet ve ürünlerin tanıtımını amaçlayan pazarlama iletişimi boyutu.

1.6.2. Sağlık İletişiminin Temel Amaçları⁹³.

- Sağlık çalışanlarının iletişim ve ilişki kurma becerilerini geliştirmek,
- Sağlık kuruluşlarının yapısını, örgütlenişini ve sağlık hizmeti sunumunu hasta ve hasta yakını ile bir iletişim kanalı olarak geliştirmek,
- Her türlü iletişim kanallarını ve araçlarını kullanarak hasta ve sağlıklı bireylerin sağlıkla ilgili tutum ve davranışlarını daha olumlu hale getirmek,
- Sağlık alanındaki hizmet ve ürünleri tanıtmak,

⁹² Medimagazin Gazetesi. Sağlık Hizmetlerinde İletişim. Prof. Dr. Erol Özmen. Erişim Tarihi: 20.03.2013.

⁹³ Medimagazin Gazetesi. Sağlık Hizmetlerinde İletişim. Prof. Dr. Erol Özmen. Erişim Tarihi: 20.03.2013.

Alan ile ilgili bilimsel bilgi üretmek şeklinde sıralanabilir. Sağlık iletişimi bu temel amaçlar çerçevesinde;

- Sağlık hizmeti sunanlarla hasta ve hasta yakınları arasındaki iletişimi ve bu iletişimi etkileyen etmenleri,
- Sağlık hizmeti sunanların kendi aralarındaki iletişimlerini ve bu iletişimi etkileyen etmenleri,
- Sağlık kuruluşunun (işleyiş, yapı vs.) hasta ve hasta yakınları üzerindeki etkisini ve bu etkiyi etkileyen etmenleri,
- Bireylerin sağlık düzeyini korumak ve yükseltmek amacıyla sağlıkla ilgili algı, tutum ve davranışlarını ve bunları etkileyen etmenleri,
- Bireylerin sağlıkla ilgili tutum ve davranışlarını olumlu yönde değiştirebilecek etmenleri inceler.

Sağlık iletişiminin önemli bir kısmı da sağlık hizmeti sunan kişilerle olan iletişimidir. Bu iletişimin etkin ve verimli olması elbette ki her iki tarafın da iletişime katılma ve paylaşma isteğine bağlıdır. Ancak özellikle ülkemizde hasta sayısının çokluğu, hekimin iletişim yöntemleri konusundaki bilgisizliği ve nüfusun eğitim-sağlık okur yazarlığı düzeyinin düşüklüğü gibi etkenler bu iletişimi zorlaştırmaktadır. Bu açıdan da bakıldığında sağlık iletişimini geliştirmeye yönelik destek sadece bu hizmeti sunanlara yönelik değil, bu hizmeti alacak olanlara da verilmelidir.

1.6.3. Sağlık Sektöründe Halkla İlişkiler.

Günümüzde gerek toplumsal ve ekonomik gerekse teknolojik alanda hızlı değişimlerin ve yoğun bir rekabetin yaşandığı düşünüldüğünde, örgütlerin varlıklarını devam ettirme sürecinde çevresel değişimlere göre gerekli düzenlemeleri yapmaları ve toplumun beklentilerine yanıt vermeleri büyük önem taşımaktadır. Bu çalışmaların yürütülmesi sırasında örgütlerin kullandıkları yöntemlerden biri de halkla ilişkilidir. Halkla ilişkiler genel anlamda; halkı aydınlatmak, bir kuruma yönelik iyi niyet ve itibarı geliştirmek ve hedef kitlenin zihninde kurum hakkında olumlu bir imaj yaratmak için yürütülen çalışmalar bütünü olarak açıklanmaktadır. Bu çalışmaların yürütülmesinde; kurum ile toplumun karşılıklı çıkarları açısından çift yönlü bir haberleşme ve bilgi alışverişine dayalı dengenin sağlanması ön plana çıkmaktadır. Bir diğer anlatıma göre de halkla ilişkiler, kamuoyunu etkileme ve kamuoyundan etkilenme sürecidir⁹⁴.

⁹⁴ Sağlık Sektöründe Halkla İlişkiler ve İletişim Uygulamalarına Genel Bir Bakış. Sinem Somuncuoğlu ve ark. Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi. 2013 Vol. 4 Cilt 1. s. 1.

Halkla ilişkilerin bir diğer işlevi de yönetimin bilme ve tanıma eksikliğini gidermek olarak tanımlanmaktadır, bunun temelinde de, toplumun farklı kesimlerinin beklentilerinin yönetim tarafından öğrenilmek istenmesi yatmaktadır. Bu durum halkla ilişkiler uygulamalarının bir yönetim süreci olarak ele alınmasını da beraberinde getirmiştir.

Halkla ilişkiler çalışmalarının yürütülmesi sırasında uyulması gereken bir takım temel ilkeler bulunmaktadır. Bu ilkeler incelendiğinde⁹⁵;

- Tüm çalışmaların şeffaf yürütülmesinin ve dürüstlük ilkesinin benimsenmesi,
- Çift yönlü bir iletişimin olmasının,
- Gerçeklerin yansıtılmasının,
- Halkla ilişkilerin ayrı bir uzmanlık alanı olarak değerlendirilmesinin ve çalışmaların bilimsel temellere oturtulmasının,
- Çalışmaların süreklilik göstermesinin,
- Mesleki etik kurallara uyulmasının,
- Halkla ilişkilerin değerinin ve amacının,
- Tüm çalışanlar tarafından kabul edilmesinin, önemli olarak görülmektedir.

Sağlık sektöründe çalışma gösteren kurumlar açısından bakıldığında ise, hedef kitleye ulaşılmasının ve onlarda istenilen değişikliğin yaratılmasının diğer kurumlara nazaran daha büyük önem taşıdığı ve olumlu bir imajın yaratılması sürecinde planlı bir şekilde yürütülen iletişim çalışmalarının etkisinin büyük olduğu bilinmektedir. Sağlık kurumlarında yürütülen halkla ilişkiler çalışmaları; hastalığa ilişkin olarak korunma yollarının anlatılmasına, hasta memnuniyetinin sağlanmasından hasta haklarına ilişkin bilgi sahibi olunmasına kadar oldukça geniş bir alanı kapsamaktadır. Sağlık sektöründe halkla ilişkiler uygulamalarını zorunlu kılan bazı nedenlerin vardır. Bu nedenler; sağlık sektörünün karmaşık yapısı, uzmanlaşma seviyesinin yüksekliği, yoğun tıbbi terminoloji kullanımı, hedef kitlenin bilgisizliği, yönetimin profesyonelleşmesi vb. şeklinde sıralanabilmektedir. Ayrıca, sağlık sektörünün hedef kitlesi durumunda olan hasta ve yakınlarının gerek fiziksel ve psikolojik yapılarının gerekse beklentilerinin farklı olması, hastaneye başvuru yapanların sıkıntı, huzursuzluk, endişe, gerginlik vb. duygu değişimleri yaşaması da sağlık sektörü açısından halkla ilişkilerin önemini artıran diğer faktörler arasında yer almaktadır⁹⁶.

⁹⁵ Sinem Somuncuoğlu ve ark. s. 2.

⁹⁶ Sinem Somuncuoğlu ve ark. s. 3.

1.7. SAĞLIKTA KALİTE

Sağlık hizmetlerinde kaliteye gittikçe artan bir ilgi vardır. Toplum daha kaliteli hizmet talep etmekte, rekabet artmakta, sağlık hizmetlerinin maliyeti artmakta, kamunun ve politika yapıcıların sistemdeki verimsizliklerin ele alınması konusundaki baskıları artmakta, kalite ve hizmet sunucularına yapılan ödemeler ilişkilendirilmektedir. Artan tüketici hareketi, kurumsal baskılar ve yeni düzenlemeler nedeniyle kalite yönetimi, yöneticiler ve bütün sağlık çalışanları için stratejik öneme sahip hale gelmiştir. Sağlık hizmetlerinin kalitesinin ölçülmesi, hizmetin iyileştirilmesinin temelini oluşturur. Başka bir deyişle ölçme, sağlık hizmetlerinin kalitesini değerlendirmek veya iyileştirmek için yapılan bütün girişimlerin temelidir.

Sağlık hizmetlerinde kalite anlayışını şekillendiren bir lider olan Avedis Donabedian, yüksek kaliteli hizmeti *“hizmet sürecinin bütün kısımlarındaki beklenen kazançlar ve kayıplar dengesi hesaba katıldıktan sonra, hastanın iyilik halinin kapsamlı bir ölçüsünü en üst düzeye çıkarması beklenen hizmet”* olarak tanımlamaktadır⁹⁷. ABD Tıp Enstitüsünün tanımına göre sağlık hizmetlerinin kalitesi *“bireylere ve topluma sunulan sağlık hizmetlerinin, arzulanan sağlık sonuçlarına ulaşma olasılığını artırma ve şimdiki profesyonel bilgiyle tutarlı olma derecesi”* dir⁹⁸.

Donabedian’a göre, kalitenin birbiriyle yakından ilgili üç ögesi bulunmaktadır.

“Birinci öge” teknik hizmetin kalitesidir. Teknik performans, uygun hizmet stratejilerini belirlemede kullanılan bilgi ve yargı ile bu stratejileri uygulamadaki beceriye dayanır. Teknik performansın iyiliğine, uygulamadaki en iyi ile karşılaştırarak karar verilir. Uygulamadaki en iyinin, sağlıkta en büyük iyileştirmeyi ürettiğine inanılır. Eğer başarılması mümkün olana etkililik denirse, teknik hizmetin kalitesi onun etkililiğine orantılı hale gelir. Burada iki noktanın vurgulanması gerekir. Birincisi, teknik kalite hakkındaki kararlar mevcut en iyi bilgi ve teknolojiye bağlıdır; bu sınırın ötesine geçemezler. İkincisi, karar zaten meydana gelmiş olaylara değil, gelecekteki beklentilere dayalıdır. Herhangi bir durumdaki hizmetin gerçek sonuçlarının çok kötü olduğu kanıtlanırsa bile, eğer hizmet, verildiği zamanda, en iyi sonuçlara ulaştırması beklenen uygulamaya uyuyorsa, kalitenin iyi olduğuna karar verilmelidir⁹⁹.

Kalitenin “ikinci ögesi”, hizmetle ilgili herkes arasındaki, fakat özellikle hasta ve sağlık hizmeti sunan kişi arasındaki, kişiler arası ilişkinin iyiliğidir. Bu çok önemli bir ögedir. Kişiler arası görüşme yoluyla, hasta teşhise varmak için gereken bilgiyi verir ve en uygun hizmet yöntemlerini seçmek için gereken tercihlerini bildirir. Doktor, hastalığın

⁹⁷ Sağlık Kurumlarında Kalite Yönetimi. Editör: Prof. Dr. Sıdıka Kaya. Anadolu Üniversitesi Yayını. 1.Baskı. Eskişehir. Ocak. 2013. s. 4.

⁹⁸ Kaya (Ed.). s. 4.

⁹⁹ Kaya (Ed.). s. 4.

doğası ve yönetimi hakkında bilgi verir ve hastayı hizmette aktif bir şekilde işbirliği yapmaya motive eder. Kişiler arası sürecin, teknik hizmetin uygulanmasını sağlayan ve bu hizmetin başarısının dayandığı bir araç olduğu açıktır. Kişiler arası sürecin yönetimi, bireysel ve sosyal beklentileri ve standartları karşılamalıdır. Kişiler arası ilişkide bulunması beklenen erdemler; mahremiyet (gizlilik), bilgilendirilmiş tercih, ilgi, empati, dürüstlük ve davranış inceliğini içerir.

Kalitenin “üçüncü ögesi”, hizmetin rahatlık ve konfor sağlayan yönleridir. Bunlar, hizmetin sunulduğu yerin istenen özellikleridir ve uygunluk, rahatlık, sessizlik, mahremiyet, konfor ve hatta estetik özellikleri içerir.

Bu üç öge birbiriyle ilişkilidir. Özellikle, kişiler arası ilişki iyi değilse, hasta problemlerinin ne olduğunu ya da onun için ne yapılmasını istediğini söyleyemeyebilir. Benzer şekilde, hizmet sunucuları da iyileşmesi için ne yapması gerektiğini hastanın anlamasını sağlayamayabilir veya hastayı yapması gerekeni iyi bir şekilde yapması için motive edemeyebilir. Kişiler arası ilişkideki başarı, teknik hizmetteki başarıya katkıda bulunur ve bunun tersi de doğrudur¹⁰⁰.

ABD Tıp Enstitüsü 2001 yılında yayımlanan bir raporunda (Crossing The Quality Chasm: A New Health System For The 21st Century) sağlık hizmetlerinde kalite kavramına daha fazla açıklık getirmiştir¹⁰¹. Söz konusu raporda sağlık bakım sisteminde iyileştirilmesi gereken altı boyut belirlenmiştir. Aynı zamanda kalitenin altı boyutu olarak da görülen bu boyutlar; güvenlik, etkililik, hasta merkezlilik, zamanında hizmet, verimlilik ve adalettir:

- Güvenlik: Hastalar yardım amacıyla verilen sağlık bakım hizmetinden zarar görmemelidir.

- Etkililik: Fayda görebilecek herkese bilimsel bilgiye dayanan hizmet verilmeli; fayda görme olasılığı olmayanlara hizmet vermekten kaçınılmalıdır. Başka bir deyişle, hizmetlerin gereksiz ve yetersiz kullanımından kaçınılmalıdır.

- Hasta Merkezlilik: Hastanın tercihlerine, ihtiyaçlarına ve değerlerine saygılı ve duyarlı olarak hizmet verilmelidir. Hasta değerleri bütün klinik kararlara rehberlik etmelidir.

- Zamanında Hizmet: Hizmet alanların ve hizmet verenlerin bekleme süreleri kısaltılmalıdır. Zararlı olan gecikmeler azaltılmalıdır.

- Verimlilik: Donanım, araç-gereç, fikirler ve enerji dahil israftan kaçınılmalıdır. Kaynak israfı azaltılmalıdır.

¹⁰⁰ Kaya (Ed.). s. 4.

¹⁰¹ Kaya (Ed.). s.12.

- Adalet: Cinsiyet, etnik durum, coğrafik yerleşim ve sosyo-ekonomik durum gibi kişisel özelliklere göre kalitesi değişmeyen hizmet verilmelidir¹⁰².

Düşüncemize göre bir de bunlara yasallık eklenmelidir.

- Yasallık: Etik prensipler, değerler, normlar, yasalar ve düzenlemelerde ifade edilen sosyal tercihlere uygunluk olarak tanımlanır. Kısaca *sosyal kabul edilebilirlik* olarak görülebilir.

1.7.1. Hastanelerde Kalite Yönetimi.

Sağlık Bakanlığı, hasta ve çalışan güvenliğini, hasta ve çalışan memnuniyetini kaliteli sağlık hizmeti sunumu içinde değerlendirmektedir. Bu açıdan bakıldığında hastanelerde kaliteli hizmet sunumu, bir hobi veya psikolojik tatmin aracı olmayıp, hizmet alanların talep ettiği, hizmet sunucularının yerine getirmesi gereken bir zorunluluk olarak karşımıza çıkmaktadır. Kaliteli hizmet sunumu, 2003 yılında yürürlüğe giren Sağlıkta Dönüşüm Programı ile ülkemiz açısından hem bir devlet politikası hem de bir zorunluluk haline gelmiştir.

Dünyada uygulanan kalite sistemlerine bakıldığında her ülkenin kendine özgü bir kalite sisteminin olduğu görülmektedir. Geliştirilen programların tamamen veya kısmen devlet tarafından ya da çok nadir olmakla birlikte devletten bağımsız kuruluşlarca geliştirilmiş olduğu görülmektedir. Örneğin; İngiltere, Kanada, Avustralya, Fransa, Tayland, Malezya, Dubai, Danimarka, Hollanda, Hindistan, Mısır, Polonya, Japonya gibi pek çok ülke tamamen ya da kısmen devlet tarafından geliştirilen programları kullanmaktadır.

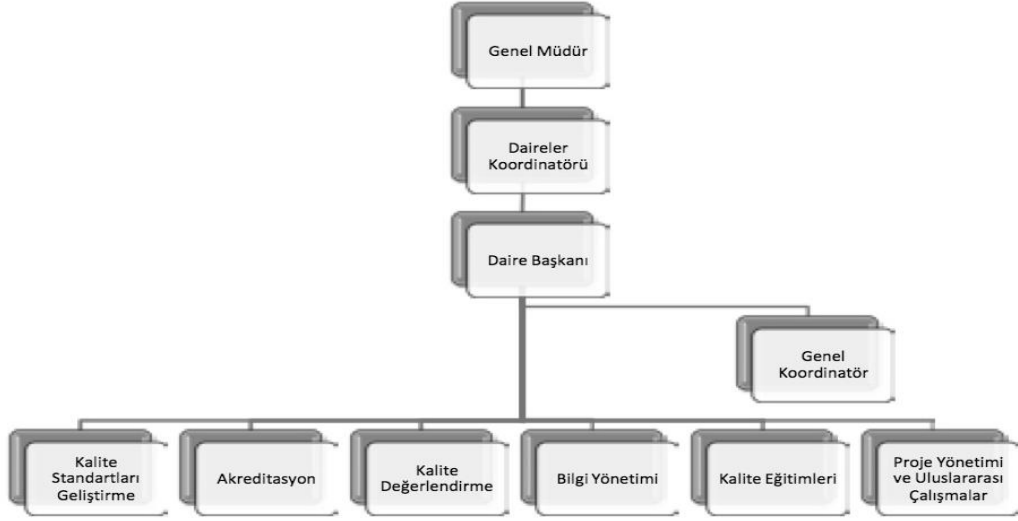
Bugün ülkemiz sağlık kurumlarında uyguladığımız kalite sistemi, Bakanlık tarafından geliştirilen ve uygulanan bir sistem olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu sistem hastaların beklenti düzeylerini karşılamak hasta rızası, teşhis ve tedavi sürecine katılım, hasta memnuniyeti, hasta güvenliği, çalışan güvenliği hususlarına ön plana alan bir yapıya sahiptir.

Ülkemizde sağlıkta kalite sürecinin yönetimini aşağıdaki tablolarda yer almaktadır¹⁰³.

¹⁰² Kaya (Ed.). s. 12-13

¹⁰³ SKS Işığında Sağlıkta Kalite. Sağlık Hizmetleri Tedavi Genel Müdürlüğü. Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı. 1. Basım. Kasım. 2012. s. 19-20.

Şekil: Sağlıkta Ulusal Kalite Yapılanması



Sağlıkta Kalite Sistemi Kurumsal Yapılanma



Hastane Kalite Organizasyon Yapısı



Başhekim ve Kalite Yönetim Direktörü hastane içindeki yapılanmada en üstte bulunmasına rağmen sistemin tüm çalışanları kapsadığını görmek mümkündür. Burada komiteler ile bölüm kalite sorumlularının rolleri ve etkinlikleri de büyük önem taşımaktadır.

1.7.2. Üst Yönetimin Kalite Sürecine Katılması¹⁰⁵

Sağlıkta Kalite Standartlarının (SKS) kurumsal performansı, yönetici performansını etkiliyor olması, “Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik”, “Kurumsal Performans ve Kalite Yönergesi” gereği bağlayıcı olması, vicdani ve profesyonel sorumluluk ile hesap verilebilirlik açısından büyük önem taşıması nedeniyle sağlık yöneticileri tarafından sahiplenilmesini zorunlu kılmıştır. Ayrıca bu çalışmaların başarıya ulaşması için üst yönetimin desteği ve sahiplenilmesi şarttır. Başarılı yöneticiler SKS'yi yönetim sürecinde önemli bir rehber olarak görmeli ve bu alandasistematik bir yönetim sergilemelidirler. Yöneticiler arasında bu sahiplenme ve farkındalık artmalıdır.

- Kalite Yönetim Direktörü.

Kalite Yönetim Direktörü hastanedeki kalite uygulamalarında kilit role sahiptir. Kurumlarda üst yönetimin belirlediği bir çalışan Valiliğin teklifi ve Bakanlığın onayı ile Kalite Yönetim Direktörü olarak görevlendirilir. Kalite Yönetim Direktörü, kalite yönetim biriminden ve kurumdaki tüm süreçlerden sorumludur.

- Kalite Yönetim Birimi.

Bölüm kalite sorumlularının çalışmalarının koordinasyonu, anket sonuçlarının değerlendirilmesi, döküman yönetimi, bölüm hedeflerine yönelik analiz sonuçlarının değerlendirilmesi, hizmet sunumuna yönelik istatistiki bilgilerin değerlendirilmesi, öz değerlendirme sürecinin yönetimi ve düzeltici önleyici faaliyet sürecinin yönetimi, kalite yönetim biriminin sorumluluğundadır.

- Bölüm Kalite Sorumluları.

Bölümler; hizmetin verildiği ve Sağlıkta Kalite Standartlarının uygulanacağı uygulama alanlarıdır. Hizmetin verildiği bölümlerde Sağlıkta Kalite Standartlarının uygulamasından sorumlu kişiler de bölüm kalite sorumlularıdır. Görevlerinin önemi gereğince bölüm kalite sorumluları, nitelikli kişiler arasından seçilmeli, mutlaka yardımcıları olmalı ve görevlendirilmeleri başhekim tarafından yapılmalıdır. Bölüm kalite sorumluları; bölümleriyle ilgili SKS'yi uygulamak, eğitim ihtiyaçlarını kalite yönetim birimine bildirmek, bölüm hedeflerinin belirlenmesi için yapılan çalışmalara

¹⁰⁵ Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı. s. 21-26.

katılmak, bölüm hedeflerine ilişkin analizleri kalite yönetim birimine bildirmek gibi önemli görevleri yerine getirirler.

- Komiteler.

Sağlıkta Kalite Standartları kapsamında tanımlanan komiteler, yine SKS kapsamında çerçevesi çizilen çalışma alanlarıyla ilgili görevleri yerine getirmek üzere Kalite Yönetim Direktörünün koordinasyonunda yürütmekle birlikte bağımsız birer organ gibi çalışırlar. Görev alanına giren faaliyetler ile ilgili bir plan hazırlar ve plan doğrultusunda faaliyetlerini yürütürler. Faaliyetlerin gözden geçirilmesi amacıyla belirli aralıklarla toplantılar düzenleyerek gerektiğinde düzeltici-önleyici faaliyetleri başlatabilirler, olay bildirimine ilişkin analiz sonuçlarını ve yapılan faaliyetlerle ilgili belgeleri kalite yönetim birimine gönderirler.

- Eğitim Komitesi.

Sağlıkta Kalite Standartları temelinde hizmet içi eğitimleri planlamak ve organize etmek, bölümlerden gelen eğitim taleplerini değerlendirmek, çalışanların uyum eğitimlerini planlamak, hastalara yönelik eğitimleri koordine etmek ve özellikle eğitim planlarında göz ardı edildiği düşünülen hekimleri de kapsayacak şekilde tüm bölüm çalışanlarına yönelik eğitim faaliyetleri ile ilgili süreçleri yönetmekle yükümlüdür.

- Bina Turları.

Hastanelerde kalite çalışmalarında bina turları büyük bir öneme sahiptir. Hastanede işleyiş ve fiziksel durum ile ilgili aksaklıkları tespit etmek amacıyla üçer aylık periyotlarda yapılan bina turları tıbbi, idari ve hemşirelik hizmetleri yöneticilerinden birer temsilci, Kalite Yönetim Direktörü ve teknik işler sorumlusunun yer aldığı bir ekip tarafından yapılır.

- Öz Değerlendirme.

Merkezi değerlendirmeler öncesi yapılan öz değerlendirmeler, başta Kalite Yönetim Direktörü olmak üzere hastane üst yönetimine önemli bilgiler ve uygunsuzlukları düzeltmek için önemli fırsatlar verir. Öz değerlendirmelerde bakış açısı kesinlikle eksikleri ve uygunsuzlukları ortaya çıkarmaya yönelik olmalıdır. Öz değerlendirmede yer alan ekip üyeleri empati yaparak merkezi değerlendirmede görev alan değerlendiricilerin yerine kendini koymalıdır. Öz değerlendirmede ne kadar çok eksiklik veya uygunsuzluk tespit edilirse yapılacak olan düzenleyici faaliyetler nedeniyle merkezi değerlendirmede o kadar az uygunsuzluk tespit edilecektir.

1.7.3. Sağlık Hizmet Kalite Standartları-Hastane Seti¹⁰⁶.

Sağlık hizmet kalite standartları pek çok uzman tarafından ulusal ve uluslararası kaynaklar doğrultusunda farklı kurumsal yapılanmalar, problemler alanlar, ülke koşulları dikkatle alınarak hazırlanmıştır. Değerlendiricilerin, hastane kalite temsilcilerinin, farklı çevrelerden çeşitli uzmanların geri bildirimleri, görüş ve önerileri değerlendirilmekte ve nihayetinde başkanlık ekibinin bugüne kadar edindiği tecrübe de kullanılarak yapılan çalışmalar ile oluşturulan bir değerlendirme aracıdır.

Ülkemizde de sağlıkta ulusal bir kalite sistemi oluşturulurken, kamu ve özel hastaneler iki farklı standart seti ile değerlendirilmekteydi. Ancak sağlık kurumlarını kamu, özel ve üniversite olarak ayırmadan hizmet standardizasyonunda yakınlık sağlamak, kurumlar arası deneyim paylaşımı için zemin hazırlamak ve sağlıkta ulusal kalite sistemini kurmak amacıyla, kamu ve üniversite hastaneleri ile özel hastaneleri kapsayacak şekilde "Sağlık Hizmet Kalite Standartları-Hastane Set" inin hazırlanması için yoğun bir çalışma başlatılmıştır. Bu kapsamda aşağıda yer alan hususlar gözetilerek standartlar hazırlanmıştır¹⁰⁷.

- Standartların Kurum İçinde Değerlendirilmesi, Birbiri ile İlişkilendirilmesi ve Kurumun Tüm Bölümlerini Kapsaması İçin Boyutlandırma Yapısının Geliştirilmesi: Boyutlandırma sisteminde, standartlar dikey ve yatay olmak üzere beş boyuttan oluşan bir model üzerine yerleştirilmiş ve kurumun tüm bölümlerini kapsayacak şekilde dizayn edilmiştir. Dikey boyutlarda, kurumsal hizmet yönetimi, sağlık hizmeti yönetimi, destek hizmeti yönetimi, indikatör yönetimi yer alırken yatay boyutta ise hasta ve çalışan güvenliği bulunmaktadır. Bu şekilde ülkemize özgü bir boyutlandırma yapısı geliştirilmiştir.

- Standartların Bu Boyutlandırma Yapısına Göre Hazırlanması ve Dizayn Edilmesi: Standartlar hazırlanırken mevcut kamu ve özel hastaneler sağlık hizmet kalite standartları başta olmak üzere, ulusal ve uluslararası kaynaklar incelenerek, ülke ihtiyaçları, ülke koşulları dikkatle alınarak ve bakanlık stratejik hedefleri gözetilerek hazırlanmıştır. Bununla birlikte sahada çalışan değerlendiriciler, hastane kalite yönetim direktörleri ve çeşitli uzmanların geri bildirimleri, görüş ve önerileri alınmış ve nihayetinde başkanlık ekibinin bugüne kadar edindiği tecrübeye kullanılarak son derece titiz bir çalışma ile pilot çalışmaya hazır hale getirilmiştir. Ayrıca niteliksel olarak standartların hasta ve çalışan güvenliği ekseninde olmakla birlikte israfı önleyen, maliyet-etkin, verimliliği ve memnuniyeti önceleyen bir kavramsal bakış açısıyla hazırlanması esas alınmıştır.

¹⁰⁶ SHKS-Hastane Seti. Sağlık Bakanlığı.

¹⁰⁷ SHKS-Hastane Seti. Sağlık Bakanlığı.

- Belirlenen Standartların Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışmasının Yapılması: Geliştirilen standartların hastanelerde uygulanabilirliğini ve anlaşılabilirliğini değerlendirmek amacıyla farklı illerden, farklı hastane türünden ve farklı sektörlerden 24 hastanede pilot çalışmalar yapılarak standartların geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır.

- Standartların İzlenebilirliği ve Analizi İçin Özgün Bir Kodlama Sisteminin Geliştirilmesi: Standartların hastanelerde karşılanma derecesinin belirlenmesinde istatistiki bir kayıt oluşturmak ve standartlara bir kimlik kazandırarak izlenebilirliğini sağlamak amacıyla kodlama sistemi geliştirilmiş ve standartlar bu sisteme uygun olarak düzenlenmiştir. Bu yolla standartlara verilen kodlar, verinin işlenmesine ve hastaneler arasında bir kıyaslanmanın yapılmasına da olanak sağlayacaktır. Kodlama ayrıca dikey ve yatay boyutlara sahip olan standartların ilgili boyutları hakkında da kullanıcılara pratik bir bilgi sağlayacaktır.

- Standartların Puanlandırılmasının Belli Bir Kural ve Stratejiye Göre Yapılması: Hazırlanan standartların puanlanması için bir sistem geliştirilmiştir. Bu sistemde belli bir kural ve stratejiye göre puanlama yapılarak, standartlar arasında kıyaslama yapılabilmesi hedeflenmiştir. Ayrıca standartları belli bir kategorizasyona dahil ederek puanlamada bütüncül, dengeli ve ağırlıklı bir yapı ortaya konmuştur.

- Tanımlar Dizininin Oluşturulması: Hazırlanan standartların uygulama ve değerlendirme sürecinde uygulayıcılar ve değerlendiriciler arasında ortak bir dil oluşturulması amacıyla tanımlar dizini oluşturulmuştur.

- Bilgilendirme Tablolarının Oluşturulması: Standartların uygulaması aşamasında, kurumları hem bilgilendirmek hem de kurumun özelliğinden ve/veya uygulamasından dolayı kurumda geçerliliği olmayan standartlar tespit edilerek puanlandırmada kullanılmamıştır.

Sağlık hizmet kalite standartları ve birlikte yayımlanan rehberler, sağlık hizmeti sunanlara uygulamalarında yol göstermek misyonuna sahip olduğu gibi bu uygulamaların yerinde değerlendirilmesi aşamasında da bir çizelge fonksiyonu görmektedir. Bakanlığa biçilen bu rol ve görevler ışığında geliştirilen bu standart ve rehberlerle birlikte hem uygulayıcıların hem de uygulamaları değerlendirecek olan Bakanlık ekiplerinin eğitilmesi sistemin bütüncül anlamda olumlu ve etkin bir yapıya bürünmesini sağlamaktadır.

1.7.4. Kodlama Sistemi¹⁰⁸.

Sağlık hizmet kalite standartları; süreçleri farklı açılardan sistematik bir şekilde ele alan, uygulayıcılara yol gösterici özellik taşıyan ve uygulamaların değerlendirilmesinde kullanılan standartlar bütünüdür. Bu bağlamda, standartlar kendi içinde de bir sistematik yapıya sahiptir. Bu yapıda boyutlar, bölümler, standartlar ve değerlendirme ölçütleri yer almakta olup bu yapı bir kodlama sistemi ile tanımlanmaktadır. Kodlama sistemi, standartlara kimlik kazandırmaktadır. Kodlama sistemi standartların kurumlarda karşılanma derecesinin belirlenmesine, verinin analizine ve kurumlar arası kıyaslama yapılmasına olanak sağlayacaktır.

SHKS-Hastane Kodlama Sistemi¹⁰⁹

A. SHKS- Hastane yatay ve dikey olmak üzere beş boyuttan oluşmaktadır. Yatay boyutta Hasta ve Çalışan Güvenliği, dikey boyutta ise Kurumsal Hizmet Yönetimi, Sağlık Hizmeti Yönetimi, Destek Hizmeti Yönetimi ve İndikatör Yönetimi yer almaktadır.

B. Kodlama 5 kısımdan oluşur. Kodlamada, ilk 4 kısım iki basamaklı sayılardan, 5'nci kısım bir harften oluşur. Örnek: 01.04.03.00.H

C. Birinci kısımdaki iki basamaklı sayı dikey boyutları tanımlar (01: Kurumsal Hizmet Yönetimi 02: Sağlık Hizmeti Yönetimi 03: Destek Hizmeti Yönetimi 04: İndikatör Yönetimi).

D. İkinci kısımda yer alan iki basamaklı sayı dikey boyutların içinde bulunan bölümü tanımlar (Stok Yönetimi, Atık Yönetimi, Eczane Hizmetleri, Sterilizasyon Hizmetleri, Poliklinik Hizmetleri, Acil Sağlık Hizmetleri).

E. Üçüncü kısımda yer alan iki basamaklı sayı, bölüm içindeki standardın sıralamadaki yerini tanımlar.

F. Dördüncü kısımdaki iki basamaklı sayı standardı ve değerlendirme ölçütünü tanımlar.

- Standart 00 ile tanımlanır.
- Değerlendirme ölçütü 01'den başlayıp ardışık artan sayılar ile tanımlanır.
- Değerlendirme ölçütüne ait alt kırılımlar "o" işareti ile tanımlanır.

G. Beşinci kısım yatay boyutu gösterir. "H", "Ç" ve "G" harfleri ile tanımlanır.

- Hasta güvenliği ile ilgili bir standartta, standart ve değerlendirme ölçütü "H" harfi ile tanımlanır.

¹⁰⁸ SHKS-Hastane Seti. Sağlık Bakanlığı.

¹⁰⁹ SHKS-Hastane Seti. Sağlık Bakanlığı.

- Çalışan güvenliği ile ilgili standartta, standart ve değerlendirme ölçütü “Ç” harfi ile tanımlanır.
- Hasta ve çalışan güvenliği ile ilgili standartta, standart ve değerlendirme ölçütü “G” harfi ile tanımlanır.
- Hasta güvenliği, çalışan güvenliği, hasta ve çalışan güvenliği ile ilgili olmayan standartta, standart ve değerlendirme ölçütünde harf kullanılmaz¹¹⁰.

1.7.5. Akreditasyon

Akreditasyonun kelime olarak anlamına bakmak gerekirse; bir organizasyonun veya programın standartlar veya kriterler ile uyumunun yetkili bir kuruluş tarafından incelenmesi ve onaylanmasını içeren resmi işlemler sürecidir. Sağlık tesislerinin veya programlarının; prosedürler, fiziksel yapılar, idari ve finansal süreçler ve bakım kalitesine ilişkin sonuçlarla ilgili birtakım standartlara göre “dış” değerlendirme sürecidir¹¹¹. Bu sürecin sağlık sektöründeki uygulaması daha çok hastanelerde kendini göstermiştir.

Akreditasyon, sağlık kurum ve kuruluşundan bağımsız, ayrı ve genelde kamu dışı bir oluşumun sağlık kuruluşunu, bakım güvenliğini ve kalitesini iyileştirmek için tasarlanmış bir dizi gerekliliği (standardı) karşılayıp karşılamadığı yönünde değerlendirdiği sürece verilen isimdir. Standart ise, anlaşma sağlanmış ve kabul edilmiş bir kurumca onaylanmış, var olan şartlar altında en uygun seviyede bir düzen kurulmasını amaçlayan, ortak ve tekrar eden kullanımlar için, çalışmalar ve sonuçlarıyla ilgili kurallar, kılavuzlar veya özellikler içeren dokümandır¹¹².

Akreditasyon genelde gönüllü bir süreçtir. Akreditasyon standartları genelde optimal ve ulaşılabilir kabul edilmektedir. Akreditasyon, kuruluşun, hastalara verdiği bakımın güvenliği ve kalitesini iyileştirmek, güvenli bir bakım ortamı sağlamak ve hastaların ve çalışanların maruz kaldığı riskleri azaltmak için sürekli çalışma yönünde gözle görünür taahhüdünü sağlamaktadır. Akreditasyon, etkili bir kalite değerlendirme ve yönetim aracı olarak dünya çapında ilgi görmektedir. Akreditasyon, sağlıkta kalite yönetimini desteklediği için akreditasyonu belgelenmiş kurumların kazanımları artmaktadır.

¹¹⁰ Hastane Hizmet Kalite Standartları. Yazarlar – Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı, Ankara. 2011. s. 4-9.

¹¹¹ Kaya. s. 183-184.

¹¹² Kaya. s. 184.

Joint Commission International (JCI) Akreditasyonu¹¹³:

Sağlık sektöründeki ilk akreditasyon kurumu 1951'de Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) American College of Surgeons, American College of Physicians, American Hospital Association, American Medical Association ve Canadian Medical Association'ın katılımıyla "Joint Commission on Accreditation of Hospitals" olarak kurulmuştur. Bu kuruluşun faaliyetleri, 1913'te kurulan American College of Surgeons tarafından 1917 yılında başlatılan hastane standardizasyon programının devamı olarak kabul edilmektedir. 1987 yılında hastaneler dışındaki sağlık kuruluşları için de akreditasyon programları geliştirilince komisyonun ismi "Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations" (JCAHO) olarak değiştirilmiştir.

- Türk Akreditasyon Kurumu (TÜRKAK):

Laboratuvar, belgelendirme ve muayene hizmetlerini yürütecek yurt içi ve yurt dışındaki kuruluşları akredite etmek, bu kuruluşların belirlenen ulusal ve uluslararası standartlara göre faaliyetlerde bulunmalarını ve bu suretle ürün/hizmet, sistem, personel ve laboratuvar belgelerinin ulusal ve uluslararası alanda kabulünü temin etmek amacıyla 27.10.1999 günlü ve 4457 sayılı yasayla Türk Akreditasyon Kurumu (TÜRKAK) kurulmuştur¹¹⁴.

1.7.6. Belgelendirme

- ISO EN 9000, ISO 9001:2008 Standartları:

ISO, Uluslararası Standartlar Organizasyonunun (International Standardization Organization) kısaltılmış hali olup, merkezi İsviçre'nin Cenevre şehrinde yer almaktadır. Temeli 1963 yılında Amerika Birleşik Devletlerinde savunma teknolojisindeki yüksek kaliteyi yakalayabilmek için hazırlanan MIL-Q-9858'e dayanmaktadır. 1947 yılında kurulan ISO, 138 ülkenin ulusal standart hazırlama kuruluşlarını bünyesinde toplayan sivil bir federasyondur. ISO bünyesinde her ülkeyi bir kurum temsil eder. Türkiye'yi ISO'da Türk Standartları Enstitüsü (TSE) temsil etmektedir. Bu temsilcilikle TSE, ISO'nun yürütmekte olduğu standart hazırlama çalışmalarına, TSE bünyesinden veya sanayiden uzmanlarla birlikte katılmakta ve katkıda bulunmaktadır.

1987 yılında ISO tarafından beş adet uluslararası standartlar serisi hazırlanmış, daha sonra standartlar üzerinde birtakım revizyonlar yapılmıştır. Kalite gelişimine uygun olarak ISO 9000 standardı da, kendi içerisinde gelişim göstermiş ve gerçekleştirilen revizyonlar ile yeni versiyonları yayımlanmıştır. İlk revizyon 1994 yılında yapılmış olup, standardın güncel versiyonu 2008 yılında revize edilmiştir. EN

¹¹³ Kaya. s. 184.

¹¹⁴ Kaya. s. 193.

(European Norm) ise Avrupa Standartları'nın kısaltmasıdır. EN (Avrupa Standartları), AB (Avrupa Birliği) ve EFTA (Avrupa Serbest Ticaret Birliği) üyesi ÷lkeler için hazırlanmaya devam edilen ortak standartlardır. Gerek AB, gerekse EFTA üyesi ÷lkelerde geçerli olan Ürün Sorumluluğu Yönergesi, üreticilerin kusursuzluğunu belgelemesi zorunluluğunu getirmektedir. Böylece ürün kalitesinden kaynaklanabilecek sorunlar kalite sistemi içerisinde başlangıçta önlenmektedir¹¹⁵.

¹¹⁵ Kaya. s. 194.

1.8. SAĞLIK HİZMETLERİ ÖZELLİKLERİ, HARCAMALARI VE FİNANSMANI

Sağlık yönetiminin ve ekonomisinin ayrı incelenmesinin en ana nedeni sağlık hizmetlerinin kendine özgü özelliklerinin olmasıdır. Sağlık hizmetlerinin ayırt edici özellikleri şunlardır¹¹⁶:

- Sağlık hizmeti tüketimi rastlantısaldır.
- Sağlık hizmetleri oldukça karmaşık ve değişkendir.
- Sağlık hizmetlerinin büyük kısmı acil ve ertelenemez niteliktedir.
- Sağlık hizmetinin ikamesi yoktur.
- Sağlık hizmetinin boyutunu ve kapsamını hizmetten yararlanan değil, hekim belirler.
- Sağlık hizmetleri tüketicilerinin davranışları irrasyoneldir.
- Hizmetten sağlanan doyum ve kaliteyi önceden belirlemek çok zordur.
- Sağlık hizmetlerinin bir bölümü toplumsal nitelik ve kamu malı özelliği taşımaktadır.
- Sağlık hizmetinin çıktısı paraya çevrilemez.
- Sağlık hizmetleri sunan işletmeler teknoloji emek-sermaye yoğun işletmedir.
- Yapılan işler hata ve belirsizliklere karşı oldukça duyarlıdır ve tolerans gösteremez. Hizmet sunumunda garanti söz konusu değildir.
- Sağlık hizmetlerinde uzmanlaşma seviyesi çok yüksektir.
- Sağlık hizmetlerinde işlevsel bağımlılık çok yüksektir. Bu nedenle farklı meslek gruplarının çalışmaları arasında yüksek düzeyde eşgüdüm gereklidir.
- Sağlık hizmetleri stoklanamaz.
- Her hastanın farklı özellikte olması, hizmet standardizasyonunu güçleştirmektedir.
- Her an her türlü hizmeti sunmaya zorunludur. Zarar eden bir ünitenin kapatılması söz konusu değildir.
- Sağlık hizmetlerinin iyi ya da kötü oluşu dışsal yarar ve zarar doğurabilir.

1.8.1. Sağlık Ekonomisi.

Sağlık; sürekli büyüme ve gelişme gösteren bir sektördür. Son zamanlarda artan teknolojik gelişmeler, giderek artan nüfus, artan yaşam süresi ve toplumun beklentilerinin yükselmesi gibi daha da çoğaltabileceğimiz nedenlerle sağlık hizmetlerine ayrılan payın artırılmasına gereksinim duyulmaktadır. Sağlık kurumlarının

¹¹⁶ Tengillioğlu ve ark. s. 39-40

yönetim organizasyonu, sağlık yapılanmasında ki sorunlar, değişimler, finansman kaynaklarının zorlaması ve zorunlu mesleki sigortalar sağlık ekonomisine olan gereksinimi daha da arttırmaktadır. Bu alanda birçok sertifika yüksek lisans ve doktora programları oluşturulmaktadır¹¹⁷. Hem ekonomik sistemin hem de sağlık sisteminin amacı, kaynakları en iyi şekilde kullanarak toplumun bütün bireylerine eşitlik, adalet ve etkinlikle en iyi hizmeti sunmak olmalıdır. Ancak uygulamada bunun başarılmasında sıkıntılar olduğunu görmekteyiz. Bize göre her iki bilimin metodolojisi ve bakış açısındaki farklılıklar bu sıkıntıları oluşturmaktadır. İktisat ve sağlık biliminin işbirliği ve iki bilimin temel eğitimine sahip kişilerin çalışmaları ile daha uyumlu ve toplum yararına uygun çalışmaların yapılması uygun olacaktır. Aynı zamanda artık toplumlara göre özgün modeller geliştirme zorunluluğu da göz ardı edilmemelidir.

Sağlık hizmetleri ve bununla ilgili çalışmalar, toplumun ekonomik ve sosyal refahını geliştirmeyi amaç edinen kapsamlı bir stratejinin parçasıdır. Bu stratejiler belirlenirken belirli programlar arasında bir tercihin yapılması zorunluluğu, bu programlar arasında hangisinin sağlık koşullarını geliştirme yönünden etkin olduğunun belirlenmesi yine sağlık ekonomisi bilimini ilgilendiren bir konudur. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde yönetimler açısından sağlık hizmetlerinin yerine getirilmesi birçok yönden mümkün iken, bireyler açısından bakıldığında bu hizmetlerden nasıl yararlanılacağı sorun oluşturmakta ve durum hem kamu harcamalarının hem de aile bütçesinin, bu alana ayrılmasına neden olmaktadır. Bu tür ülkeler aynı zamanda kısıtlı döviz kaynaklarıyla, ilaç, tıbbi alet-ekipman ve bunların gerekli yerlere ulaştırılma problem ile sağlık hizmetlerinin maliyetlerinin yüksek olması sorunu ile karşı karşıyadır. Bundan dolayı, sağlık hizmetlerinde de etkinliğin yükseltilerek maliyetlerin düşürülmesi konusunda çalışmalar yapmak gereği ortadadır ve bu da ancak, iktisat bilimi ve sahip olduğu tekniklerle mümkündür¹¹⁸.

Günümüzde sağlık hizmetleri de rekabet piyasası içinde yerini almıştır. Artan rekabet koşulları ile başa çıkabilmek için işletmeler mali kaynaklarını etkin bir şekilde kullanmak durumundadır. İşletme yöneticileri de çalışmalarını mümkün olan en iyi ve en başarılı şekilde yürütmekle görevlidirler. Yöneticilerin bu görevlerini etkin bir şekilde yerine getirebilmeleri için güçlü ve zayıf yönlerini iyi bilmeleri gerekmektedir. Bu nedenle yöneticiler örgütün amaçlarını iyi biçimde belirlemeli ve kaynakları da etkin bir şekilde kullanmalıdır. Bunun için çalışanların örgütün amaçları doğrultusunda güdülenmesi ve sistemli bir şekilde denetlenmesi ile başarı elde edilebilir¹¹⁹.

¹¹⁷ Sağlık Ekonomisine Giriş. Prof. Dr Ayşegül Mutlu. Doç. Dr. A. Kadir Işık. Ekin Kitabevi. Bursa. 2005 s. 17-18.

¹¹⁸ Mutlu ve ark. s. 8.

¹¹⁹ Hastanelerde Performans Yönetim Sistemi ve Veri Zarflama Analizi . Yrd. Doç. Dr. Atila Karahan. Dr. Ersan Özgür. Nobel Yayın. Ankara. Nisan. 2009. s. 1.

1.8.2. Sağlıkta Performans.

Performans başlığı altında sağlık çalışanlarının performans sistemine göre ücretlendirilmesi konu edilecektir. Dünyada değişmekte olan yönetim anlayışı çerçevesinde Türkiye’de de idari yapıya ve sahip olduğu araçlara yönelik bir değişim süreci yaşanmaktadır. Sürecin kamu yönetimi özelindeki en önemli başlıklarından biri kamu kuruluşlarındaki personel yapısı ve bu yapının işleyişindeki aksaklıklar olmuştur. Kamu hizmetlerinin etkin sunumunda aracı konumda bulunan kamu personelinin daha verimli çalışması için denetim ve değerlendirme sistemi üzerine odaklanılmıştır. Başlatılan bu çalışmalar ile, yakın zamana kadar Türkiye’nin kamu yönetimi anlayışında hakim olan statü hukuku, dünyada artık ağırlık kazanmakta olan esnek çalışma sistemleri, performansa dayalı ücretlendirme yöntemleri, insan kaynakları planlaması gibi düşünce ve araçlar karşısında değişim sürecine girmiştir¹²⁰.

1.8.2.1. Kamu Kurumlarının Performans Değerlendirme Sistemlerini Oluştururken Dikkat Etmesi Gereken Özellikler¹²¹

1.8.2.1.1. Çalışma Barışının Korunması

Performans üzerinden ücretlendirme sağlık çalışanları arasında iş barışını bozmaktadır. Bunun çeşitli nedenleri vardır. Bu nedenleri şöyle sıralayabiliriz:

- Performans kriterleri kalitatif değil kantitatif olarak belirlenmiştir.
- Ülkemizin coğrafik, kültürel ve geleneksel özellikleri göz önünde bulundurulmamıştır.
- Araştırma ve geliştirmeye yönelik çalışmalara ayrılan pay iyi incelenerek ve gerçek araştırma gerektiren konulara verilip verilmediğinin analizi yapılmamaktadır.
- Sağlık gibi karlılıktan önce kamusal açıdan yapılması zorunlu olan işleri üreten hizmet sektöründe, performans olarak getirisi olmayan hizmeti gören personele maddi bir getiri sağlanmamaktadır.
- Tedavi tiplerinin fiyatlandırılmasında dengesizlik yaratan farklar olmaktadır. Bu yüzden getirisi olan işlemler yapılmakta, getirisi olmayanlar yapılmama olasılığı ortaya çıkmaktadır.

¹²⁰ Sayıştay Dergisi. Sayı: 81. M. Tarık Eraslan. Ahmet Tozlu. Kamu Yönetiminde Performansa Dayalı Ücret Sistemi. s. 40.

¹²¹ Eraslan ve ark. s. 41-46.

- Oluşan küskünlükler üretimde düşmeye ve kalitenin bozulmasına neden olmaktadır.

- Genelde subjektif değerlendirmeler neticesinde bazen aynı odayı paylaştığı veya aynı birimde çalıştığı yakın çalışma arkadaşından daha az ücret alan personelde motivasyon kaybı yaşanabilmektedir. Bu tür hakkaniyetsiz bir muamele ile karşı karşıya kalan personel farklı tepkiler ile bunu dışa yansıtmakta, bu da çalışma ortamındaki huzurun ortadan kalkmasına neden olmaktadır.

- Siyasi etkilerin bu değerlendirmelere yansıma olasılığı da yüksektir. Kurulacak olan sistemde amire aşırı derecede takdir yetkisi verilmesi durumunda, her ne kadar ilgili idareci objektif davranmaya çalışırsa çalışsın, personelin siyasi görüşe göre değerlendirme yapıldığı zannından kurtulmak zor olacaktır.

1.8.2.1.2. Ceza Uygulamaları Yerine Motivasyonun Artırılması¹²²

Personelin en düşük değerlendirmeyi aldığı anda kendini cezalandırılmış hissedecektir. Bu yaklaşım personeli istemediği bir işte zorla çalıştırıldığı duygusunu yaratacaktır.

1.8.2.1.3. Saydamlık¹²³

Bu sistemlerin temel özelliği değerlendirmeye tabi personelin kendi performansı ile ilgili yapılan analizlerden tam olarak haberdar olmamasıdır. Personelin zihninde yer alan bu soruların cevap bulması ve bu durumun çalışma isteğine olumlu şekilde yansımaya yönelik olarak saydam bir değerlendirme sistemi kurulması yoluna gidilebilir. Bu şekilde personel kendi iş yükünün yanı sıra, sistemin izin vermesi durumunda aynı birimde çalışan diğer personelin de iş yükünü ve işi tamamlama sürecini görebilecektir.

1.8.2.1.4. Personelin Değerlendirme Sürecinin Aktif Bir Parçası Haline Gelmesi

Oluşturulan performans değerlendirme sistemlerinde personelin sürece dahil edildiği uygulamalar ile iş ortamındaki motivasyon üzerinde olumlu katkı sağlanabilir. Bu dahil etme sürecinin ne şekilde yapılacağı kurulacak olan sistemin genel yapısına bağlıdır. Dönem başında personel ile karşılıklı performans kriteri belirlemek bir seçenek olduğu gibi, birim düzeyinde toplantı yaparak sistemi şekillendirmek veya personele

¹²² Eraslan ve ark. s. 42.

¹²³ Eraslan ve ark. s. 42.

kendisini ifade etme hakkı tanıyacak, performansında aksayan yönlere yönelik savunma imkanlarının verilmesi de birer yöntemdir.

1.8.2.1.5. Kurum Yapısı Uygunsa Önceliği Objektif Kriterlere Vermek.

Kamu kurum ve kuruluşlarında kriter belirleme süreci ise objektif- sübjektif kriter dengesini sağlama ve çalışma barışına zarar vermeme yönüyle özel önem gösterilmesi gereken bir konudur. Kurum, birim ve personel bazında objektif kriterlerin belirlenmesinin mümkün olduğu durumlarda, amirin sübjektif değerlendirmeleri asgari düzeye ineceği için çalışma barışına çok olumlu katkı sağlayacaktır. Mümkün olması durumunda personel için tek tek dönem başı kriter setlerinin oluşturulması da aynı şekilde düşünülebilir.

1.8.2.1.6. Ücret Etkisini Asgari Düzeyde Tutmak

Performans değerlendirme sisteminin kurulmasında temel amaç personeli cezalandırmak değil motivasyonunu artırmak olmalıdır. Bu çerçevede düşünüldüğünde kurulacak olan değerlendirme sisteminin ücrete yansımalarının çalışma ortamındaki huzuru bozmaması gerekir.

1.8.2.1.7. Personel Hedefleri İle Kurumsal Hedefler Arasında Bağ Oluşturma

Performans değerlendirme sisteminin olumlu faydalarından bir tanesi, personelin kendi performansını analiz etmesine imkan vermesinin yanında ilgili kurumun ve kurumdaki birimlerin de aynı analizi yapmasını sağlamasıdır. Değerlendirmelerde eğer üretilen işe ilişkin kriterler kullanılırsa, personel düzeyinde, birim düzeyinde ve kurumun tamamında yapılan toplam iş ortaya çıkmaktadır. Bu şekilde birimler arası verimlilik farkları ve kurumun dönemsel iş yükü gibi daha evvel analiz edilmeyen hususlara ilişkin ipuçları ortaya çıkabilmektedir. Performans değerlendirme sisteminin sağlıklı işlemesi ile birlikte her dönem ilgili kurum kendi karnesini çıkarma imkanına sahip olacak, yeterli verimlilikte kullanmadığı birim ve personeli belirleyebilecek ve görev dağılımlarının tanzimini daha sağlıklı bir temelde gerçekleştirebilecektir.

1.8.3. Sağlık Harcamalarının Artış Nedenleri

Sağlık hizmeti kullanımını giderek artmaktadır, buna bağlı olarak ta sağlık harcamaları hızla yükselmektedir. Refah düzeyi yükselen bir toplumun diğer mal ve hizmetlere karşı olan isteği hızla artmaktadır. Sağlık hizmetleri de taşıdığı önem nedeniyle gittikçe daha fazla talep edilmektedir¹²⁴. Sağlık harcamalarındaki artış nedenlerini şu şekilde sıralayabiliriz.

1.8.3.1. Kişi Başına Düşen Gelirin Artması¹²⁵

Kişi başına düşen gelirin artması, refahı artırmaktadır. Artan refah kişinin kendine yönelik harcamalarını artması yanında sağlık harcamalarını da artırmaktadır.

1.8.3.2. Sosyal Değer Yargılarının Değişmesi

Nüfusun artması doğal olarak sağlık harcamalarını artırmaktadır. Hastalık ve sakat kalma korkusu insanların sağlık hassasiyetlerini arttırmıştır. Evlilik dışı ilişkilerin artması ve bu ilişkilerden oluşan hamileliklerin önlenmesi ve sonlandırılması sağlık harcamalarını artırmaktadır. İnsanların yalnızlaşması madde kullanımını da artırarak beraberinde getirmiştir. Bu bağımlılığın oluşturduğu sağlık sorunları ve bağımlılıktan kurtulma tedavileri sağlık harcamalarını artırmaktadır.

1.8.3.3. Kentleşme

Sanayileşme, çevre kirliliği artırmıştır. Özellikle kentlere yakın sanayileşme insan sağlığını olumsuz etkilemiş, kaynakların ve havanın kirlenmesine neden olmuş insan ve çevre sağlığını bozmuştur. Kentleşmeyle kırsal alan azalmış bu nedenle de tarım ve hayvancılık azalmıştır. Hatta dar kırsal alanlarda yüksek verim alabilmek için genetik ve hormonal girişimlerle üretime müdahale edilmiş bundan da insan sağlığı olumsuz etkilenmiştir. Kentleşme ile göçler kente doğru artmış, demografik yapı değişmiş, tarımsal insan gücü sanayi insan gücü lehine değişmiş, uyum sorunları oluşmuş bunlar da sağlığı olumsuz etkilemiştir.

¹²⁴ Mutlu ve ark. s. 210

¹²⁵ Mutlu ve ark. s. 210

1.8.3.4. Eğitim Düzeyinin Yükselmesi

Eğitim düzeyinin yükselmesi farkındalığı artırmaktadır. Sağlıkta farkındalığın artması sağlık harcamalarını da artırmaktadır.

1.8.3.5. Yaşam Düzeyinin Yükselmesi

Yaşam düzeyinin yükselmesi beklentileri artırmakta ve yaşama tutunma için nedenleri arttırmaktadır.

1.8.3.6. Teknolojik Gelişmelerin Artması

Teknolojik gelişmelerin artması özellikle bilgisayar teknolojilerinde son zamanlardaki hızlı gelişme tıptaki gelişmeleri de hızla artırmıştır. Teşhis ve tanı yöntemleri çok gelişmiştir. Ancak tıp endüstrisi piyasa ekonomisi mantığı ile yaklaştığından bu gelişmelerle tüketim kitlesini artırmak ve çok kar etmek amacı ile hareket etmiştir. Yeni gelişmelere uygun hasta oluşturma çabası ağırlık kazanmıştır.

1.8.3.7. Tıp Eğitimi Yetersizliği

Tıp fakültelerinde eğitim ile ilgili bir sürü sorun tartışılabilir. Yeterli öğretim elemanı ve alt yapı hazırlanmadan tıp fakültelerinin sayılarının artması en büyük sorunlardır. Tıp fakültesinin eğitim programlarında uygulama eğitimlerin de sorun vardır. Uzmanlık eğitimlerinde de tek tek çok spesifik alanlarda uzmanlaşma sağlanmasına rağmen insana bütüncül yaklaşım unutulmuştur. Benzetmek uygun olursa terzi tıbbı bırakılmış konfeksiyon tıbbına yönelme olmuştur. Yetersiz tıp eğitimi hekimleri sağlık endüstrisinin her türlü telkinlerine açık ve kayıtsız şartsız incelemeden sunulan verileri kabul etmeye zorunlu kılmıştır. Dayatılan bu telkinlerle sağlık harcamaları piyasa kurallarına mahkum edilmektedir.

1.8.3.8. Performans Yönetimindeki Sorunlar

Performans yönetimindeki sorunlar diğer bölümde ayrıntılı olarak incelenmiştir.

1.8.3.9. Defansif Tıp Uygulamaları

Hekimlerin yaklaşık üçte biri, dava etme olasılığı yüksek hastalardan ve kompleks medikal problemleri olan hastalardan kaçındıklarını bildirmektedir¹²⁶. Hekimlerin yüzde 37'si komplikasyonları yüksek tedavilerden uzak durduklarını, yüzde 24'ü tedavi olanakları bulunduğu halde riskli hastaları her zaman ve çoğu zaman sevk ettiklerini söylemişlerdir. Bu araştırmadan çıkan sonuçlar iyi değerlendirildiğinde görülecektir ki, tıbbi hataların ve komplikasyonların hem basın, hem hasta, hem de mahkemelerce bu şekilde yorumlanmaya devam ettiği sürece, defansif tıp giderek daha da yaygınlaşacak, hekim hastayı karşısına aldığı anda “önce nasıl kendime zarar vermem” düşüncesi iyiden iyiye hekimlerin zihninde yerleşecektir¹²⁷.

Tüm bunların dışında sağlık politika yapıcılarının iki konuya daha dikkat etmesi gerekiyor: Hasta hakları ve performansa yönelik ücret ödemesi. Hekimlere performansa yönelik ücret ödemesi her ne kadar daha sonra hizmet kalite standartlarının geliştirilmesine yönelmiş olsa da temel algı “nitelik” değil “nicelik” tir. Özellikle daha çok komplike hastaların başvurduğu üniversite ve eğitim hastanelerinde de bu sistemin uygulanması, ilerde bu hastaların “ortada” kalma riskini doğurabilir. Bu nedenle eğitim ve araştırmanın olduğu bu hastanelerde, farklı bir ücretlendirme sisteminin uygulanması gerekmektedir¹²⁸.

Sağlık Bakanlığı'nın son yıllarda yoğun bir şekilde gündemde tuttuğu “hasta hakları” uygulaması da, ne hasta ne de hekim tarafından “birleştirici” bir kavram olarak algılanmamış, hekimle hastanın “arasını” açmıştır. Hasta haklarına karşı bu kez hekim kamuoyu “hekim haklarını” gündeme taşımaya başlamış, sonuç olarak “hak” yerine “düşmanlık” başlamıştır. Bu uygulamanın da sağlıkta politika yapıcılar tarafından tekrar değerlendirilmesi, sorumlulukların gündeme getirilmesi ve belki de “sağlık hakkı” kavramının birleştirici etkisinden yararlanılması gerekmektedir.

1.8.3.10. Koruyucu Tıbbın İhmal Edilmesi

Hastalık oluşmadan insanların sağlıklı kalması koruyucu tıbbın en büyük amacıdır. Koruyucu tıp tedavi edici tıba göre daha ucuzdur. Belki en başta yapılan alt yapı yatırımları maliyetli gibi görülebilir ancak bu uzun vadede ekonomik olarak çok ucuzdur.

¹²⁶ <http://www.medimagazin.com.tr/hekim/genel/tr-once-kendine-zarar-verme-2-12-35605.html>.

¹²⁷ <http://www.medimagazin.com.tr/hekim/genel/tr-once-kendine-zarar-verme-2-12-35605.html>.

¹²⁸ Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi. 2012. 3. Sayı. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Sağlık Bakanlığı Hastanelerine Yapılan Hasta Şikayetlerinin Değerlendirilmesi. Uzm. Fzt. Duygu Kirgın Toprak. Doç. Dr. Bayram Şahin. s. 49.

1.8.3.11. Tıp Endüstrisinin Medya Aracılığı İle Hasta Oluşturması

Yazılı ve görsel basındaki sağlık programları sisteme hasta sağlayan bir oluşum olmaya doğru hızla gitmektedir. Televizyonda bazı sağlık haberlerinin bu haberdeki sağlık kurumu veya çalışanının reklamı yapılmak için ücretle yapıldığı duyuları vardır. Ülkemizde halen bir margarin reklamı bir uzmanlık dalı derneğinin önerisi diye yapılmaktadır. Yeni çıkan teknolojiler haber şeklinde yayınlanarak bu teknolojiye hasta yönlendirilmektedir. Hastalık tedavi etme yerine sürekli ilaç kullanma gibi insanları sağlık endüstrisine bağımlı kılan yöntemler geliştirilmektedir. Çok önemli hastalıkların çok ucuz ilaçları karlılığı olmadığı için ilaç firmaları tarafından üretilmemeye başlanmıştır. Medya aracılığı ile insanlar modellenmeye çalışılmakta nasıl olmaları gerektiği (sıfır beden, sigara ve alkol tüketimi) anlatılmaktadır.

1.8.3.12. Demokratik Düzenin Yaygınlaşması Ve Yeni Kazanımlar

II. Dünya Savaşı'ndan sonra demokrasinin hızla yaygınlaşması ile insan hakları ön plana çıkmıştır. İnsan Hakları Beyanname, Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi, Dünya Tabipler Birliği kararları, Biyotıp Sözleşmesi ve İstanbul Protokolü ile bireysel haklar ön plana çıkmıştır. Birey, devlete karşı daha önemli ve değerli kabul edilmeye başlanmıştır. Uluslararası sözleşmelerde sağlık bir hak olarak belirtilmiştir.

Her ne kadar refah düzeyi yüksek ülkeler sağlığa daha fazla kaynak ayırıyor olsalar da daha çok sağlık harcaması yapmanın, daha iyi bir sağlığa yol açacağı anlamı çıkarılmamalıdır. Yoksul ülkelerde sağlık hizmetleri daha çok koruyucu önlemler, temel beslenme sorunları ve bulaşıcı hastalıkların önlenmesi öncelikli olma özelliğini korumaktadır. Hızlı ekonomik büyüme ve sağlık hizmetlerinin yayılmasının sağlık hizmeti verimliliği üzerindeki etkisini belirlemek kolay değildir.

1.8.4. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı

Sağlık hizmetleri reformunu değerlendiren her ülkenin, sağlık hizmetlerinin nasıl finanse edildiği konusunda, sistematik bir değerlendirme yapması gerektiğine ve kamusal tartışma için, tutarlı ve gerçekçi bir finansman stratejisi hazırlaması gerekmektedir¹²⁹. Strateji, kaçınılmaz olarak farklı popülasyon gruplarından gelen fonları seferber etmek için, finansman yöntemlerinin bir kombinasyonunu kullanacaktır.

¹²⁹ Sağlık Reformunun Doğru Yapılması: Performans ve Hakkaniyetin Geliştirilmesi için Bir Kılavuz. Marc J. Roberts, William Hsiao, Peter Berman, Michael R. Reich. Baş Editör. Prof. Dr. Recep Akdağ. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 784, s. 153.

Finansman, bir sağlık sisteminin performansı üzerinde son derece önemli bir etkiye sahiptir. Ne kadar paranın kullanılabilir olduğunu, mali yükü kimin taşıdığını, fonları kimin kontrol ettiğini, risklerin nasıl havuzlandığını ve sağlık hizmetleri maliyetlerinin kontrol edilebilir olup olmadığını belirler. Bunun karşılığında bu faktörler, kimin hizmete erişimi olduğunu, kimin katastrofik tıbbi harcamalardan dolayı yoksullaşmaya karşı korunduğunun ve nüfusun sağlık durumunun tespit edilmesine yardımcı olur¹³⁰. Finansman sorunları için, sihirli bir çözüm yoktur. Herhangi bir finansman yöntemi aracılığıyla toplanan tüm paralar yabancı katkılar hariç doğrudan veya dolaylı olarak vatandaşlardan gelir. Her bir ülkenin karar vermek zorunda olduğu konu, hangi kaynakların ne ölçüde kullanılacağıdır¹³¹.

Uluslararası platformlarda tanımlanmış olan sağlıklı yaşam hakkının fiilen gerçekleştirilmesi için sağlık hizmetlerinin kaliteli ve toplumun tüm fertlerinin yararlanabildiği bir çerçevede sağlanması en önemli şarttır. Bunun için sağlık hizmetleri verimli, etkin ve tutarlı bir şekilde finanse edilebilmelidir. Sağlık finansman modellerini şöyle sınıflandırabiliriz¹³²:

1.8.4.1. Sağlık Hizmetlerinin Kamu Ekonomisi Aracılığıyla Finansmanı

Sistemin finansmanının yalnızca serbest piyasa koşullarına bırakılması durumunda, kişisel fayda ön plana çıkmakta, sosyal fayda ve maliyetler ise göz ardı edilebilmektedir. Bu ise zaman içerisinde sistemde etkinlik kaybına neden olmaktadır. Ayrıca, piyasa koşullarına göre düzenlenmiş bir sistemde ödeme gücü yetersiz bireyler sağlık hizmetlerinden mahrum kalabilmekte, sonuç itibarıyla sosyal refah seviyesinin azalması ile karşılaşabilmektedir.

1.8.4.1.1. Zorunlu Sosyal Sigorta Yöntemi İle Finansman (Bismarck Modeli)

Bu finansman modelinde, devlet oluşturacağı sosyal sigorta ağı ile sağlık hizmetlerinin finansmanı sürecine müdahale edebilmektedir¹³³. Özel sağlık sigortası uygulamasında katılımın arzu edilen ölçüde olmaması, bunun da ötesinde özel kuruluşların vatandaşların sağlık haklarından yararlanmalarını sağlamak yerine hasta olma riskini ön plana çıkararak gelir dağılımını tahrip edici yönde davranmaları, sistemin verimsiz şekilde işlemesinin temel nedenleri olarak gösterebilmektedir. Zorunlu sosyal sağlık sigortasının özünde; hizmete özgü vergi niteliğinde olan aylık

¹³⁰ Akdağ (Ed.). s. 153.

¹³¹ Akdağ (Ed.). s. 153.

¹³² Dr. Selin Ertürk Atabey. Sağlık Sistemleri ve Sağlık Politikası. Gazi Kitabevi. Ekim -2012. s. 31.

¹³³ Atabey. s. 31.

primler, kişinin bordosundan ya da ücretinden her ay otomatik olarak kesilerek tahsil edilmektedir.

1.8.4.1.2. Genel Vergiler Yöntemi İle Finansman (Beveridge Modeli)

Sağlık hizmetinde kullanılacak kaynakların, vatandaşlardan genel vergiler yoluyla toplanmasını ve sağlık hizmetlerinin tüm giderlerinin kamu bütçesinden karşılanmasını amaçlamaktadır. Bazı ülkelerde sosyal güvenliğin finansman kaynağı olarak vergiler önemli bir yere sahiptir¹³⁴.

1.8.4.2. Sağlık Hizmetlerinin Piyasa Ekonomisi Aracılığıyla Finansmanı

Sağlık hizmeti talep eden bireyler söz konusu hizmetin doğuracağı maliyetleri direkt kendileri ödeyebileceği gibi özel sigorta kuruluşları aracılığıyla da karşılayabilmektedirler. Burada önemli olan finansmanın özel bir sağlık sigortası aracılığıyla sağlanmasında herhangi bir kamu müdahalesi söz konusu olmamasıdır.

1.8.4.2.1. Hizmet Sırasında Bedel Ödeme Yöntemi (Cepten Ödeme)

Doğrudan finansman yöntemi olarak bilinen bu yöntem, sağlık hizmeti talebinde bulunan bireylerin almış oldukları hizmetin bedelini doğrudan kendilerinin ödemesi anlamına gelmektedir. Bugün çoğu ülkede kullanıcılar sağlık hizmetlerinin finansmanına katılmak zorundadırlar. Bunun iki mantığı bulunmaktadır. Bunlardan ilki hizmetin gereksiz ya da aşırı kullanımını önlemek, ikincisi ise ek gelir oluşturmaktır.

1.8.4.2.2. Özel Sigorta Yöntemi İle Finansman

Özel sigorta sistemini zorunlu sosyal sigorta sisteminden ayıran iki temel özellik bulunmaktadır. Bunlardan ilki, özel sağlık sigortası zorunlu sosyal sigortada olduğu gibi emeklilik ve sakatlığı kapsamamaktadır. İkinci özellik ise özel sigorta primleri zorunlu sosyal sigortada olduğu şekilde bir havuzda toplanmış riske göre değil, sigortalanan bireyin ya da grubun hastalanma olasılığı göz önünde bulundurularak belirlenmektedir¹³⁵. Primler bireyden bireye ve gruptan gruba farklılık göstermektedir.

¹³⁴ Atabey, s. 32.

¹³⁵ Atabey, s. 34.

1.8.4.3. Bütünleştirilmiş Finansman Modelleri (Karma Modelleri)

Karma finansman sistemi olarak ta adlandırılan bu sistem, sağlık hizmetlerinin finansmanında piyasa koşullarına göre oluşan sistemlerin varlığının yanı sıra, kamu ekonomisi çerçevesinde şekillenmiş ve bireysel faydalanmadan ziyade sosyal refah seviyesini yükseltmeyi amaç edinen finansman sistemlerinin de var olduğu sistemler olmaktadır¹³⁶.

1.8.5. Dışardan Hizmet Satın Alımı

Dış kaynak kullanımı, gelişmeye başladığı ilk yıllarda herhangi bir mal ve hizmeti içeride üretme yerine dışarıdan satın alma ile ilgili tüm faaliyetleri kapsayacak biçimde tanımlanmıştır. Aslında “Üret-Satın Al” kararının avantaj ve dezavantajlara bakılarak verilmesi biçiminde özetlenmiştir. Ancak zaman içerisinde firmalar pazarda daha rekabetçi olmak için kendi en iyi yaptıkları işe odaklanıp, diğer konularda ise pazarda o işi iyi yapan diğer firmaların kaynaklarından yararlanmaya yönelmişlerdir. Böylelikle Dış Kaynak Kullanımı operasyonel ya da taktik düzeyde basit bir satın alma kararı ve işleminden uzaklaşıp stratejik bir yönetim aracı olarak tanımlanmaya başlamıştır¹³⁷.

1.8.5.1. Dış Kaynaklardan Yararlanmanın Uygulama Alanları.

Son yıllarda, birçok endüstride çeşitli alanlarda aktif bir biçimde dış kaynaklardan yararlanma uygulamasına rastlanılmaktadır. İşletmelerin günümüzde yaygın olarak dış kaynaklardan yararlanma uygulamasına gittikleri çalışma alanları şöyle sıralanabilir¹³⁸:

- Bilgi sistemleri, telekomünikasyon,
- Hammadde tedariki, stoklama ve dağıtımı,
- Halkla ilişkiler,
- Pansiyon yönetimi,
- Doküman işleme (posta hizmetleri vb.),
- Muhasebe, vergi hizmetleri, iç denetim,

¹³⁶ Atabey, s. 35.

¹³⁷ Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt: 15, sayı: 2 (2012). Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde Dışarıdan Sağlık Hizmeti Alımı: Karşılaşılan Sorunlar ve Çözüm Önerileri. Uzm. Yrd. Muharrem Gözüküçük. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı. Prof. Dr. Yusuf Çelik. Hacettepe Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık İdaresi Bölümü. s. 2.

¹³⁸ Gözüküçük ve ark. s. 5.

- Güvenlik hizmetleri,
- Tarımsal hizmetler,
- İnsan kaynakları,
- Müşteri hizmetleri,
- Temizlik hizmetleri,
- Taşıma hizmetleri,
- Tesis yönetimi,
- Kütüphane hizmetleri,
- Yönetim hizmetleri.

1.8.5.2. İşletmeleri Dış Kaynaklardan Kullanımı Uygulamasına Yönelten Nedenler¹³⁹

- Maliyetlerin Azalması.
- Esnekliğin Artması.
- Küçülme (Downsizing).
- Nakit Akışının Sağlanması.
- Fonksiyonu Yönetmenin Zor ve Kontrol Dışı Olması.
- Temel Yeteneklere Odaklanması.
- Riski Azaltma.
- h) Kaynakların Yeniden Dağıtımı.
- Vizyon Oluşturulması.
- Yatırım Harcamalarını Azaltma.
- Kaliteyi Arttırma.
- Rakiplerden Kopmama.
- Değişen Değer Zinciri.
- Teknolojik Sıçrama.
- Yeni Pazarlara Açılma.

¹³⁹ Gözüküçük ve ark. s. 6-9.

1.8.5.3. Hastaneleri, Dış Kaynak Kullanımı Uygulamasına İten Nedenler

İlk sırada; “hastanelerin ulaşamadıkları teknolojiye daha rahat ulaşabilmeleri gelirken (%95,9), 2. sırada, hastanelerin, tıbbi cihazların kalibrasyonu, yedek parça ve sarf malzeme temini çabalarına daha az zaman, para ve kaynak ayırmaları (%94,5), 3. sırada, hastaya verilen randevu sürelerinin kısalması (%93,8) gelmektedir. Sağlık hizmetlerinin dışarıdan alınması hasta memnuniyetini olumlu etkilemektedir. Sağlık hizmetlerinin dışarıdan alınması kamu sağlık personeli sayısını ve kamuya memur alımını azaltacaktır. Sağlık hizmetlerinin dışarıdan alınması ile personel giderleri düşmektedir. Sağlık hizmetlerinin dışarıdan alınması, hem devlet hastaneleri hem de özel sektör için karlı bir iştir. Sağlık hizmetlerinin dışarıdan alınması hastanenin girdi maliyetlerini düşürmektedir. Sağlık hizmetlerinin dışarıdan alınması, personel etkililiği ve verimliliğini artırmıştır¹⁴⁰.

1.8.5.4. Dış kaynak kullanımının olumsuz etkileri

Kamu çalışanları ile özel sektör çalışanları arasında iletişim problemleri yaşanmaktadır. Bu uygulama ile özel sektör yeterli niteliklere ve şartlara haiz personel çalıştırmamaktadır. Şu anda belli alanlarda (görüntüleme, laboratuvar gibi) alınan sağlık hizmetleri, gelecekte bütün hastane hizmetleri için yaygınlaşacak ve hastaneler peyderpey özelleştirilecektir. Kamu çalışanları ile özel sektör çalışanları arasında uyumsuzluk ortaya çıkmaktadır. Sağlık hizmetlerinin dışarıdan alınması uygulaması eğitim araştırma hastanelerinde asistan eğitimi ve çalışmasını olumsuz etkilemektedir¹⁴¹. Kamu çalışanları ile özel sektör çalışanları arasında kamu çalışanları lehine ast-üst ilişkisi doğmuştur. Özel sektör çalışanlarının hakları, bu uygulama ile kamu tarafından korunmamaktadır. Hastaların özel sektör çalışanlarından hizmet aldığını bilmesi hasta-çalışan ilişkilerini olumsuz etkilemektedir. Kamu çalışanları ile özel sektör çalışanlarının aynı ortamda çalışmaları verimsizliği artırmaktadır.

¹⁴⁰ Gözüküçük ve ark. s. 13-14.

¹⁴¹ Gözüküçük ve ark. s. 16.

1.8.5.5. Sorunların çözümlerine yönelik bazı öneriler

- Özel sektöre yapılacak ödemelerin tam ve zamanında yapılmasına dikkat edilmesi ve özel sektörün, sektördeki devamlılığı ve rekabet gücünün korunması açısından bu hususların sözleşmede açık ve net bir şekilde belirtilerek, uygulanması sağlanmalıdır.

- Kamu ile özel sektör arasında özellikle hizmetlerin sunumu esnasında, yaşanabilecek iletişim sıkıntılarının (ast-üst ilişkisi doğurabilecek durumlar, hizmet aksamaları sonucu doğabilecek sıkıntılar gibi) giderilmesi için iyi bir iletişim ağının kurulması, gerekirse sözleşmeye bu konu hakkında ilgili maddeler eklenmesi sağlanmalıdır. Birçok problemin daha doğmadan iyi bir iletişim yoluyla ortadan kaldırılabileceği unutulmamalıdır. Özel sektörün herhangi bir sıkıntısı durumunda hastanede kimlerle, hangi sıklıkta görüşebileceği açık ve net belirtilmelidir.

- Özel sektör ile kamu sektörünün ortak sıkıntılarında biri olarak belirttikleri, hizmet sürekliliği ve kalitesi ile rekabet gücünü doğrudan etkileyen SUT fiyatlarının iyileştirilmesi için ilgili düzenlemelerin yapılması gerekmektedir.

- Sözleşmelerin piyasa koşullarına uyum sağlayacak şekilde daha esnek olması sağlanabilir.

- İhale prosedürleri hafifletilerek, çok uzun süren ihale süreci biraz daha kısaltılmalıdır.

- Her ilde hastanelerin tek tek şartname hazırlaması yerine, bütün hastaneler için tek elden ortak bir şartname hazırlanması daha uygun olacaktır.

- Maliyeti yüksek ve hasta potansiyeli az olan hizmetler için (Pet-CT, Nükleer Tıp gibi) İl bazında bütün hastanelere hizmet verecek şekilde dışarıdan alım uygulamasına gidilmesi daha uygun olacaktır.

- Özel sektörle yapılan anlaşmaların süresi çok uzun tutulmamalıdır. Bu durum firmaların performansını ve hizmet kalitesini olumsuz etkilemektedir.

- Özel sektör denetimlerini, daha objektif kriterlere dayandıracak performans değerlendirme kriterleri belirlenmeli ve takibi düzenli aralıklarla yapılmalıdır. Özellikle özel sektör personelinin nitelikleri, bilgi, beceri yeterlilikleri kontrol edilmelidir. Buna yönelik cezai müdahaleler sözleşmede açık şekilde belirtilmelidir.

1.9. HASTANE YÖNETİM VE FİNANSMAN MODELLERİNİN ULUSLARARASI KARŞILAŞTIRILMASI.

1.9.1. ABD Uygulama Modeli

ABD'deki hastanelere baktığımızda bu hastanelerin organizasyon yapılarıyla ilgili şu özellikler dikkati çekmektedir. ABD'deki hastanelerin büyük kısmı kar amacı gütmeyen özel hastaneler (voluntary hospital)'dir. Bu nedenle ABD'deki hastaneler; bazı özellikler dışında (sözgelişi, bölgesel hastane planlaması vb. konularda) birbirinden oldukça bağımsız, idari açıdan özerk yapıdadırlar. Bununla birlikte birer gönüllü kuruluş olan JCAH (joint commission on accreditation of hospitals) ve AHA (american hospital association) gibi mesleki kuruluşların ve birer bölgesel sağlık örgütü olan PSRO (professional standards review organizations)'ların etkin ve sürekli denetimleri sonucu hastaneleri organizasyon yapılarında da standartlaşma eğilimi ortaya çıkmıştır¹⁴².

Bu organizasyon yapısında hastane yönetimi, mütevelli heyeti ya da yönetim kurulu olarak adlandırılan yönetim ekibine (governing body) bırakılmıştır. Hastanenin mal varlığının yönetiminden, hastaların verilen tedavi hizmetine kadar her türlü konuda sorumlu olan yönetim ekibinin hastane içindeki işlevi, sanayi kuruluşlarındaki yönetim kurullarına işlevlerine benzemektedir. Başka deyişle, yönetim ekibi hastane yönetimi için danışmanlık yapmakta, önemli kararları ve politikaları gözden geçirerek onaylamaktadır. Hastane içindeki yürütmeden ise; hastane müdürü (chief executive officer) sorumludur. Yönetim ekibi hastanede günlük işlerin yürütülmesi yetkilerini hastane müdürüne devretmiştir. Hastane müdürünün altında ise, fonksiyon (işlev) esasına göre oluşturulmuş bölümlerin idarecileri bulunmaktadır. Bu idareciler; tıp hizmetlerinden sorumlu başhekim; yardımcı tıp hizmetlerinden sorumlu bir patolog veya bir hastane müdür yardımcısı; hemşirelik hizmetlerinden sorumlu başhemşire; mali-destek hizmetlerden sorumlu bir hastane müdür yardımcısıdır.

Organizasyon açısından ABD hastanelerinin önemli bir özelliği, hastane içinde tıp hizmetlerinin organize edilmiş olmasıdır. Bu organizasyonda başhekim; tıp hizmetlerinin planlanmasından organizasyonundan, yürütülmesinden ve denetiminden dolayı hastane müdürüne karşı sorumludur. Bu çalışmaların yürütülmesinde başhekime yardımcı olmak üzere çok sayıda komite oluşturulmuştur. Bunlardan en önemlileri olarak; tıp hizmetleri yürütme kurulu, doku komitesi, kullanım komitesi, sağlık

¹⁴² Hastane Yönetim Modellerinin Uluslararası Karşılaştırması, Prof. Dr. Hikmet Seçim, Erişim Tarihi. 02.03 2014.

standartlarını gözden geçirme komitesi ve enfeksiyon komitesi belirtilebilir. ABD hastanelerinin organizasyonunda diğer bir önemli özellik, denetim açısından önemli rolleri bulunduğu için PSRO ve JCAH gibi mesleki kuruluşların sanki organizasyon içinde bir organ gibi düşünülmesidir.

ABD sağlık sistemi için reform girişimlerinin tarihi başarısızlıklarla doludur, Bir anlamda, terörle savaş gibi, özgürlüğü savunmak için kavga etmek gibi, piyasayı savunmak için kavga etmek gibi, piyasayı tehdit eden herkese ve her şeye karşı bir savaştır söz konusu olan. Bir süre sonra piyasayı korumak, ABD'yi korumakla neredeyse eş anlamlı hale gelmektedir¹⁴³.

1.9.2. İngiltere Uygulama Modeli¹⁴⁴

İngiltere'de hastanelerin iç, organizasyonu oldukça karışıktır. Çünkü, hastane iç organizasyonu ile alt bölge sağlık teşkilatı iç içe girmiş durumdadır. Başka deyişle, alt bölge çapında bir matriks organizasyon söz konusudur. Bu organizasyonları bir kısım görevliler alt bölge sağlık teşkilatındaki fonksiyonel yöneticilere karşı sorumlu olmakla birlikte hastane içinde "yönetim ekibine" bağlı olarak hizmet vermektedirler. Hastanenin yönetimi alt bölge sağlık teşkilatına bağlı olan "yönetim ekibine" bırakılmıştır. Hastane yönetim ekibi, hastane müdüründen (sector administrator), başhekimden ve başhemşireden oluşmaktadır. Bu yöneticiler, aynı zamanda, hastane içinde fonksiyonel yöneticilerdir. Hastane müdürü, mali destek hizmetlerden, başhekim tıp ve yardımcı tıp hizmetlerinden, başhemşire de hemşirelik hizmetlerinden sorumludur. Dolayısıyla; İngiltere'de hastane iç organizasyonunda üst ve orta kademe yönetim organlarının, birleşmiş olması bir özellik olarak ortaya çıkmaktadır. İngiltere'deki hastane organizasyonunun ikinci bir özelliği, bakanlık örgütünden hastane yönetim ekibine kadar uzanan örgüt kademelerinde yer alan her idari pozisyonun karşılığının bir alt (ya da bir üst) kademede yer alıyor olmasıdır. Söz gelişi, bölge sağlık teşkilatında yer alan idare amirliği pozisyonu, daha alt kademeler olan dar bölge ve alt bölge sağlık teşkilatlarında ve nihayet hastane müdürlüğü olarak da hastane iç organizasyonunda, yer almaktadır. Ancak, bu idari pozisyonlar arasındaki yönetsel ilişki, bir ast-üst ilişkisi olmaktan ziyade izleyicilik ilişkisi (monitoring relationship) olarak adlandırabileceğimiz bir ilişki türündedir. 1974 reorganizasyonunun getirmiş olduğu bir yenilik olan bu ilişki türünde, üst kademe yönetim organları alt kademedekilere neyi, nasıl yapmaları gerektiğine dair emirler verememekte, yalnızca alt kademe yöneticilerin uygulamalarını

¹⁴³ Gavin Mooney. Ulusların Sağlığı. Yordam Kitap. Şubat 2014. Çeviri: Cem Terzi. s. 108.

¹⁴⁴ Hastane Yönetim Modellerinin Uluslararası Karşılaştırması. Prof. Dr. Hikmet Seçim. Erişim Tarihi. 02.03.2014.

izleyerek onlara danışmanlık yapmakta, uyulması gereken konularda onları ikna etmeye çalışmaktadırlar. Hastane içinde de, yönetim ekibi üyeleri arasında ast-üst ilişkisi bulunmamaktadır. Başhekim; başhemşire ve hastane müdürü kendi alanlarındaki yürütmeden sorumlu bulunmaktadırlar. Hastane müdürü ayrıca, bu ekibin sekretarya hizmetlerini de yürütmektedir.

Margaret Thatcher 1979'da başa geçtiğinde, Washington Konsensüsü çerçevesinde neoliberal pazarı genişletmek üzere ABD başkanı Ronald Reagan ile ilişki kurdu. Görev süresinin sonlarına doğru da dikkatini sağlık hizmetlerine çevirdi. ABD'li ekonomist Alan Enthoven'i getirerek (1985), onun ortaya attığı "iç pazar" olarak bilinen yaklaşım ile sağlık hizmetinde daha fazla rekabet oluşturmayı savundu. Bu aslında NHS (Ulusal Sağlık Sistemi)'in merkezi yapısına müdahale etmeden piyasa güçlerini devreye sokmak üzere yapılan bir girişimdi¹⁴⁵.

1.9.3. Federal Almanya Uygulama Modeli¹⁴⁶

Federal Almanya'da hastanelerin yaklaşık üçte biri devlet hastanesi, üçte biri kar amacı gütmeyen özel hastane, üçte biri de kar amacı güden, özel hastane statüsündedir. Federal Alman hastanelerinin organizasyon açısından özellikleri şu şekilde özetlenebilir: Sağlık hizmetlerin ülke çapında organizasyonundan ve yürütülmesinden Federal Gençlik, Aile ve Sağlık İşleri Bakanlığı sorumlu bulunmaktadır. Bu bakanlığın altında Eyalet Sağlık Bakanlıkları, onun da altında yerel idare sağlık kurulları yer almaktadır. Devlet hastanelerinin mülkiyeti, mülki ve yerel idarelere ait olduğundan; hastanelerin yönetimi ve kontrolü yetkisi de bu idarelerdedir. Fakat mülki ve yerel idarelerin yetkileri, mali denetim ve bölge hastane planlaması ile sınırlı olduğundan, hastanelerin iç organizasyonunda oldukça otonom sayılabilecek bir idari yapı söz konusudur. Hastanelerin iç organizasyonunda en üst idari organ; hastane direktörlüğüdür (krankenhausdirektorium). İngiltere'deki hastanelerde mevcut olan "hastane yönetim ekibi" yle aynı işlevlere sahip olan hastane direktörlüğü, hastane başhekiminden, hastane başhemşiresinden ve idare müdüründen oluşmaktadır. Dolayısıyla, hastane içinde yürütülen çalışmalar üç ana grupta toplanmıştır: Tıp ve yardımcı tıp hizmetleri (sorumlusu başhekim), hemşirelik hizmetleri (sorumlusu başhemşire) ve mali destek hizmetleri (sorumlusu idare müdürü). Bu fonksiyonel alanlarda yürütmeden sorumlu olan idareciler, aynı zamanda hastane direktörlüğünün üyeleri olduklarından, yine İngiltere'deki gibi fonksiyonel yöneticiler üst kademe

¹⁴⁵ Mooney, s. 111.

¹⁴⁶ Hastane Yönetim Modellerinin Uluslararası Karşılaştırması. Prof. Dr. Hikmet Seçim. Erişim Tarihi. 02.03.2014.

yöneticisi durumundadırlar. Başka deyişle, hastane iç organizasyonunda üst ve orta kademe yönetim organları birleştirilmiştir. İstanbul'daki Alman Hastanesi de bu organizasyon yapısı içinde yönetilmektedir¹⁴⁷.

Almanya'da nüfusun tamamına yakını sigorta kapsamındadır. Almanya'da uygulanan sağlık finansman modeline Bismarck Modeli denmektedir. Hastalık fonları (hastalık kasası) oluşturulmuştur, bu fonların yarısını sigortalılar geri kalanını işverenler prim olarak ödemektedirler. Almanya'da sağlık hizmetleri genel vergiler, hastalık fonları ve özel sigortalar ile finanse edilmektedir¹⁴⁸. Bu model Avusturya, Hollanda, İsviçre, Lüksemburg gibi ülkelerde ufak farklılıklarla uygulanmaktadır.

1.9.4. Küba Uygulama Modeli

Pek çok yazar Küba gibi yoksul bir ülke için halkın sağlık düzeyinin dikkat çekici bir biçimde üst seviyede olduğunu göstermişlerdir. Bütün yazarlar bu durumu Küba'nın güçlü eşitlik politikalarına bağlamaktadır. Sağlık sistemindeki en önemli özellik Küba'da nüfusa düşen hekim oranının dünyadaki en yüksek oran olmasıdır (Buna ek olarak Küba, gelişmekte olan pek çok ülkeye binlerce hekimini göndermektedir)¹⁴⁹.

Sağlık düzeylerinin bu kadar iyi olma nedeni sadece sağlık sistemi değildir. Eğitim sistemi çok iyidir, barınma bir kamu hizmetidir ve istihdam sorunları 1990'dan itibaren Sovyet desteği kalkmasına rağmen diğer ülkelere göre azdır. Küba iyi sağlık için düşük maliyetli ve eşitlikçi bir yol benimsenmiştir. Sağlıkın sosyal belirleyicilerinin temel özelliklerini kucaklamış ve mükemmel halk sağlığı göstergelerine pratik yollarla ulaşabileceğini göstermiştir. Küba'nın eşitlikçiliği, sağlık planlamasına aktif toplumsal katılım ve sağlığın sosyal belirleyicilerinin potansiyel etkisi; daha iyi sağlık ve sağlık hizmetine ulaşmakla yakından ilişkilidir.

Küba sağlığa karşı büyük sorumluluk duymaktadır. Öncelikle hükümet sağlığı devletin sorumluluğu olarak algılar. İkinci olarak, hükümet sağlığa sağlık hizmetinin dağıtımını da içeren toplumsal bir konu olarak yaklaşır¹⁵⁰.

1.9.5. Neoliberalizm

Neoliberalizmin doğuşunu, 1970'lerin sonlarındaki "Washington Konsensüsü" diye bilinen, ancak ne çapta bir uzlaşma ile oluşturulduğu tamamen şüpheli olan

¹⁴⁷ Hastane Yönetim Modellerinin Uluslararası Karşılaştırması, Prof. Dr. Hikmet Seçim, Erişim Tarihi. 02.03 2014.

¹⁴⁸ Mutlu ve ark. s. 321.

¹⁴⁹ Mooney. s. 228.

¹⁵⁰ Mooney. s. 229.

toplantı ile ilişkilendirebiliriz. Neoliberalizm, sonunda Keynes'ciliğin ölüp gömülmesine tanıklık eden, kapitalizmin bir ileri veya daha aşırı bir şeklinden ibaretti. Neoliberalizm, kapitalizmin daha eski formlarıyla kıyaslandığında, devleti artan biçimde şirketleştirmiştir. Bu da kaçınılmaz olarak demokrasiyi tehdit etmektedir¹⁵¹.

İnanılmayacak ölçüde zengin bir dünyada, hala bu kadar çok sağlık sorunu ve erken ölümlerin olması, toplumlarda ve sağlık hizmeti sistemlerinde çok ciddi bir yanlışlık olduğunu göstermektedir. En azından yanlış olan, zengin ile yoksul arasında bu kadar büyük farklılıklar olmasıdır. Açlık çok yaygındır; şişmanlık ta. Ancak şişmanlık, sağlık hizmetleri kaynakları ve piyasa üzerinde hakimiyet kurabilen zenginlerin hastalığı olarak açlıktan çok daha fazla dikkat çekmektedir. Açlıkla ilgili çok az haber manşet olur¹⁵².

Sağlık hizmetinde özel piyasa sistemi, görüntüde rekabet aracılığıyla verimliliği artırmak için kullanılıyor olsa da, aslında rekabet tarafından değil, çok güçlü odaklar tarafından kendi gelirlerini ve sağlıklarını korumak amacıyla yönetilmektedir. Özel sağlık sistemi, sağlık hizmeti tedarikçilerinin çıkarlarına yöneliktir. Zenginler kendi sağlık hizmetlerini öder ve yoksulların sağlık harcamalarına katkıda bulunmak üzere yüksek vergiler vermek zorunda kalmazlar. Sağlığı meta olarak gören düşünce yapısında toplum düşüncesi yoktur, sadece birey vardır. Maksimize edilmesi gereken, basitçe ve sadece tek tek bireylerin iyiliklerinin artırılması değil, kamu yararının artırılmasıdır.

Tüm bu piyasa yönelimli düşüncelerin gözden kaçırdığı nokta, sağlık hizmetinin piyasada mal haline dönüştürülemez bir toplumsal kurum olduğudur (Ötekine karşı duyarlı olmak, başkalarını önemsemek, iyi bir toplum kurmak isteği, adalet vb. gibi.). Piyasa yönelimli düşünce toplumun bu konudaki görüşünün ne olduğunu öğrenmeye çalışmaz. Merhamete yer olmayan, duyarsız, bireyci, neoliberalizmin kutsandığı ve ekonomik eşitsizliğin yaygın olduğu bir toplumda yoksulların ve mağdurların sağlığı için bir endişe duyulmaması daha olasıdır. Bu tip toplumlarda genellikle özel sektöre dayalı bir sağlık sistemi hakimdir. Toplumsal dayanışmanın ve eşitliğin daha fazla olduğu toplumlarda ise genellikle kamuya dayalı bir sağlık sistemi hakimdir.

Aşağı yukarı ölümlerin üçte biri, yoksullukla ilişkili nedenlerden kaynaklanmaktadır. Bu ölümler daha iyi beslenme, temiz içme suyu ucuz rehidratasyon paketleri, aşılar, antibiyotikler ve diğer ilaçlar ile önlenebilir niteliktedir. Küresel yoksulların çoğunluğunu siyahlar, kadınlar ve çocuklar oluşturmaktadır ve doğal olarak aşırı yıkıcı etkilerine de bu gruplar maruz kalmaktadır.

¹⁵¹ Mooney. s. 66.

¹⁵² Mooney. s. 23.

Bir ülke ne kadar yoksulsa, sağlık hizmetleri kaynakları içinde kamu sektörünün payı o kadar küçüktür. Ayrıca, yoksul ülkelerin sağlık sistemlerinde, sağlık hizmeti almak için cepten yapılmak zorunda kalınması giderek artmaktadır. Yoksul ülkelerin sağlık sistemlerinde yaşanan bu özelleştirme, zengin batı ve Dünya Bankası gibi küresel kurumlar tarafından özendirilmektedir. Uluslararası küresel kurumlar, özünde dünya yapıları olmadıkları için dünya vatandaşlarını temsil etmezler. Bunları devletler (sadece birkaç zengin devlet) kontrol eder. Daha sonra bu devletler, kamu yararını gözetmek gibi sahte bir önermeye dayanarak piyasa sistemi temelinde kendi kazançlarını maksimize etmeyi amaçlayan büyük şirketler tarafından etki altına alınırlar¹⁵³. Dünya Sağlık Örgütü, Dünya Ticaret Örgütü, IMF ve Dünya Bankası'nın küresel ekonomi ve politika açısından ilk ve önde gelen sorumluları olarak görülmeleri gerekmektedir. Orta ve düşük gelirli ülkelere uygulamaları için neoliberal politikaları empoze ederler. Bu kurumların, dayattıkları neoliberal politikaların, gezegenin yoksullarına sağlık hizmeti sunma konusunda başarısız olduklarını anlamaları gerekmektedir.

Sağlık üzerindeki tartışmalar, sağlığın belirleyicileri olarak adlandırılan yoksulluk, eşitsizlik, barınma, ulaşım, eğitim vb. gibi konulardan ziyade sağlık hizmetleri üzerinde yoğunlaşır. Ayrıca genellikle, en azından Batı'da sağlık hizmetine bile değil daha çok hastalık bakımına odaklanılır, sağlık hizmetleri ağırlıkla hastaneler aracılığıyla verilir. Neoliberal dünyada devletlerin vergiler aracılığı ile zenginlerden yoksullara gelir sağlama olanağı ciddi ölçüde kısıtlanmıştır. Toplanan vergilerin büyüklüğü bir toplumun kamuya dair duyarlılığının bir ölçütüdür.

Planlama ve sağlık hizmeti politikaları seviyesinde pek çok katılımcı vardır. Hükümetler ve politikacılar, meslekten ve meslekten olmayan yöneticiler, ilaç endüstrisi, özel sigorta sektörü, tabip odaları, hemşire ve diğer sağlık çalışanları dernekleri, hasta dernekleri ve sendikalar; bu liste daha da uzayabilir.

İlaç endüstrisinin hekimler ve devletler üzerindeki güç kullanım tarzı oldukça kaygı vericidir. İlaç endüstrisinde amaç, sağlığın değil karın doruk noktasına çıkarılmasıdır.

Sağlık hizmetlerine çok önem verilmekle beraber, sağlık konusuna özellikle sağlık politikaları düzeyinde yeterince ağırlık verilmemektedir. Genel olarak hükümetler sağlığın sosyal belirleyicileri konusuna girmekten kaçınılmaktadırlar, sağlıkla ilgili bakanlıklar, barınma gibi sağlık dışı bakanlıkların konularına giren alanlara el atmaktan kaçınılmamaktadır. Sağlığın sosyal belirleyicileri arasında kilit rol olan "gelir eşitsizliği", sağlık ekonomisi araştırmalarında pek ele alınmaz.

¹⁵³ Mooney. s. 25.

1.9.6. Neoliberal Politikaların Türkiye'deki Sağlık Politikalarına Etkisi

Sağlık hizmetlerinde, ağırlıklı olarak son yirmi yılda dünyada yaşanan değişim ve dönüşüm sürecine uygun olarak Türkiye'de de bir değişim ve dönüşüme gidilmiştir. Mevcut iktidarın sağlıkla ilgili politikası, özünde neoliberal politikaların sapmaz bir uygulayıcısı olup; halkın yararına gibi görünen sosyal güvenlik şemsiyesinde olanların özel sağlık kuruluşlarından yararlanması, özünde kamu sağlık hizmeti kavramını tahrip eden anlayışın ürünüdür¹⁵⁴. Süregelen değişimin temelinde toplumsal uzlaşmanın ortadan kalkması ile sağlık artık bir piyasa malı olarak değerlendirilmektedir. Oysa ki İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra Birleşmiş Milletler Evrensel Bildirgesi'nde sağlık doğuştan kazanılmış bir hak olarak tanımlanmakta devletlere bu hakkı garanti etme sorumluluğu verilmektedir.

Türkiye'de 1980 sonrasında kurulan tüm hükümetlerin sağlık politikalarında, modern liberalizm uygulamaları terk edilerek neoliberalizm uygulamalarının hayata geçirildiği net bir şekilde görülmektedir. Nitekim neoliberalizmin temel karakteristiğine bakıldığında; karakteristik özelliklerin tamamı, hükümet politikaları ve kalkınma planlarında oldukça açık ifadelerle yer bulmuştur. Bunlar¹⁵⁵:

- Devletin sağlık alanındaki rolünü hizmet sunucusu olma niteliğinden koparılıp, düzenlemelerin ve ilgili mevzuatın piyasanın gereksinimlerine uygun bir şekilde dizayn edilmesi gereğinin sürekli vurgulanması, bu bağlamda Sağlık Bakanlığı'nın görev ve teşkilat yapısının değiştirilmesi gereğinin her program ve planda yer alması,

- Sağlık hizmeti sunumu alanında özel sektöre yer açılması,

- Sağlık sektöründe özel sektörün girişimlerinin desteklenmesi ve teşvikler ile arazi tahsisi gibi çeşitli kolaylıklar sağlanması,

- Hastanelerin özelleştirilmesi, piyasa anlayışıyla üretim yapan özel sağlık hizmeti sunucularının önemli aktörler haline getirilmesi,

- Sosyal sigortayı da kapsayan sosyal güvenlik harcamalarının, maliyetleri düşürecek biçimde azaltılması gereğinin, özellikle de 2000 yılından sonra ön plana çıkması,

- Özel sigortacılığın önünün açılması, özel sigortanın yaygınlaştırılması çabası ve bu surette "sağlığın bir hak olması" olgusunun, yerini tedricen "sağlığın bireysel bir sorumluluk olması" olgusuna bırakması,

- Hastanelerin idari ve mali yönden özerkliğe kavuşturulması, "çağdaş yönetim ve işletmecilik anlayışıyla" yönetilmesi, kendi gelirleriyle giderlerini karşılayan işletmeler

¹⁵⁴ Ata Soyer. AKP'nin Sağlık Raporu. Evrensel Basım Yayın. 1.Baskı. İstanbul. Haziran-2007. s.9.

¹⁵⁵ Ataberk. s.171.

haline getirilmesi vurgusu. Böylelikle, hastanelerin ve genel anlamda sağlık alanının piyasa ve kar odaklı yaklaşımlarla düzenlenmesidir.

Bir ülkede sağlık politikası olarak çözümlenmesi gereken en önemli konu sağlık hizmetlerinin finansmanıdır. Türkiye’de sağlığın finansmanının sağlanması çok başlı bir yapı yer almaktadır. Sağlık Bakanlığı, Sosyal Güvenlik Kurumu, Devlet Planlama Teşkilatı, Maliye Bakanlığı, Yüksek Öğrenim Kurumu ve Üniversiteler birbiriyle koordinasyonlu bir şekilde ortak sağlık politikası yürütmek için çalışmalıdırlar.

Sigorta primleriyle finanse edilen zorunlu sosyal sigorta sistemi kayıt dışı istihdamın çok yüksek olduğu ülkeler için iyi ve verimli bir sistem olmamaktadır. Eğer politika olarak bu sistemin sürdürülmesi isteniyorsa kayıt dışı istihdamın önlenmesi gerekmektedir. Türkiye’de sağlık güvencesi olmayan nüfusun prim ödeyebilecek durumda olan büyük bölümünü kırsal kesim oluşturmaktadır. Kırsal kesimden prim ve vergi toplamak zor ve masraflıdır¹⁵⁶.

Türkiye’de oluşturulacak bir sağlık politikasında; sağlık hizmeti, eğitim, güvenlik, adalet hizmetleri gibi bir devlet hizmeti olmalıdır. Sağlık hizmetleri hizmet sırasında para ödemeksizin yararlanılabilen bir hizmet olmalıdır. Sağlık hizmetinde amaç azınlık bir kesime yüksek düzeyde sağlık hizmeti sunmak yerine herkese olanaklar ölçüsünde eşit ve adaletli bir sağlık hizmeti sunmak olmalıdır. Koruyucu sağlık hizmetlerine önem verilmelidir.

¹⁵⁶ Ataberk. s.171.

1.10. SAĞLIK HİZMETLERİNDE ÖZELLEŞTİRME

Dünya genelinde küreselleşme birçok alanda olduğu gibi devletin rolü ve kamu hizmetlerinin organizasyonu ve isleyişinde de köklü değişiklikleri ortaya çıkarmıştır. Küreselleşme toplumsal, ekonomik ve siyasi alanlardaki etkilerini yanı sıra kamu yönetimi düşüncesi, yapısı, fonksiyonları ve iş görme yöntemlerini de etkilemekte ve değişime zorlamaktadır. Bu süreçte devletin küçültülüp etkinleştirilmesi, merkezîyetçilikten uzaklaşma, yerelleşmenin özendirilmesi, siyasal ve bürokratik aktörlerin yanında özel sektör ve sivil toplumun görece eşit pozisyonda söz sahibi olması gibi özellikler ön plana çıkmaktadır.

Küreselleşme sürecinin kamu yönetiminde ortaya çıkardığı değişimi yeni kamu yönetimi anlayışı olarak değerlendirmek mümkündür. Kamu sektörüne yönelik artan eleştiriler, siyaset ve ekonomi teorisinde yaşanan değişim ve özel sektördeki gelişmelerin ortaya çıkardığı yeni kamu yönetimi anlayışının, küreselleşme sürecinin kamu yönetimi üzerindeki etki ve sonuçlarıyla örtüştüğünü söylemek mümkündür. Diğer bir ifadeyle, küreselleşmeyi 1970'lerden itibaren dünyanın toplumsal, ekonomik, siyasal ve kültürel olarak dönüşümü olarak kabul edersek, yeni kamu yönetimi anlayışını da aynı dönemlerde kamu yönetiminin organizasyon ve isleyişinde gerçekleşen dönüşüm olarak nitelendirebiliriz.

Küreselleşme kamu yönetiminde paradigma değişimi ile birlikte ortaya çıkan kavramların en önemlilerinden biri de yönetişim kavramıdır. Küreselleşme kavramı gibi yönetişim kavramının da farklı alanlarda uygulanan modelleri bulunmakla birlikte kamu yönetimi alanında yönetişim modelinin, yeni kamu yönetimi modelinin ortaya çıkardığı olumsuzluklara bir alternatif olarak geliştirildiği kabul edilmektedir. Gerçekten de küreselleşme olgusunun en çok ilişkilendirildiği kavramlardan en önemlisi devlettir. Küreselleşme ile devlet arasında yakından bir ilişki bulunmaktadır. Ancak küreselleşmenin yeni fırsatlar yanında yeni riskleri de beraberinde getirdiğini göz önünde bulundurmak gerekir. Siyaset ve ekonomi teorisinde yaşanan değişiklikler ve özel sektördeki gelişmeler kamu yönetiminden kamu işletmeciliğine doğru meydana gelen bir değişim sürecini ortaya çıkarmıştır.

Hukuk bilimine göre özelleştirme, devletleştirmenin karşıtı bir deyimdir¹⁵⁷. Dar anlamda özelleştirme KİT'lerin özelleştirilmesi, geniş anlamda özelleştirme ise kamu hizmetlerinin özel kişilere gördürülmesi olarak anlaşılır¹⁵⁸. 1982 Anayasası'nın ilk şeklindeki 47. Maddesinde devletleştirme yer aldığı halde özelleştirme ile ilgili herhangi

¹⁵⁷ Şeref A. Gözübüyük. Yönetim Hukuku. Güncelleştirilmiş 24. Bası. Turhan Kitabevi. Ankara. Ağustos 2006. s. 300

¹⁵⁸ Şeref A. Gözübüyük ve Turgut Tan. İdare Hukuku. Cilt 1. Genel Esaslar. Güncelleştirilmiş 7. Bası. Turhan Kitabevi. Ankara. 2010. s. 342.

bir düzenleme bulunmamaktaydı. Ancak Anayasa Mahkemesi 07.07.1994 tarihli kararına göre¹⁵⁹:

“Anayasada 46. Maddede “kamulaştırma” ya, 47. Maddede “devletleştirme” ye yer verilmesine karşın, özelleştirme konusunda özel bir düzenleme öngörülmemiştir. Sosyal devlette kamu hizmetlerinin çoğalmasi eğilimi giderek ağır bastığı için anayasalarında özelleştirmeye yer veren devletlerde bulunmaktadır. Ancak Anayasada özelleştirme konusunun özel olarak düzenlenmiş olması ,yasaklandığı anlamına gelmez. Anayasada doğrudan özelleştirmeye ilişkin kurallar bulunmaması nedeniyle yasa koyucu, Anayasanın genel ilkelerine aykırı olmamak koşuluyla, konuyu düzenleme yetkisine sahiptir. Başka bir anlatımla, Anayasada özelleştirmenin öngörülmemiş olması, yasa koyucunun bu konuda düzenleme yapmasını engellemez.”

Anılan kararda Anayasa Mahkemesi özelleştirmeyi tanımlarken, devletleştirme ve kamulaştırma kavramları ile arasındaki ilişkiyi “tersine işlem teorisi” ile açıklamıştır.

“Anayasada özelleştirme konusunda bir düzenlemeye yer verilmemesine karşın, devletleştirmeye ilişkin 47. Maddeden, özelleştirme ile ilgili kimi ilkelerin çıkarılabileceği, çünkü devletleştirmenin, özelleştirmenin tersi bir işlem olduğu, bu nedenle de devletleştirmeye yetkili organın özelleştirme konusunda da yetkili olduğunun kabul edilmesi gerektiği, ayrıca öğretide de devletleştirme yapmaya yetkili organın devletleştirmeye de yetkili sayılması gerektiği görüşünün çoğunlukta olduğu” belirtilmiştir.

Anayasa Mahkemesi'nin vermiş olduğu kararların da etkisiyle özelleştirme, 24.11. 1994 tarih ve 4046 sayılı Özelleştirme Uygulamalarının Düzenlemesine ve Bazı Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun'la ayrıntılı bir biçimde düzenlenmiştir. Kamu kesiminin elinde bulunan, kamu hizmeti ile doğrudan ya da dolaylı ilişkisi olan, ya da kamu hizmetinden ayrılabilen, hemen hemen tüm iktisadi, ticari varlık ve değerler özelleştirilebilecektir. Yine bu kanuna göre belediye ve özel idarelerinin ticari amaçlı kuruluşları, genel ve katma bütçeli kuruluşlarla bunlara bağlı döner sermayeli kuruluşların mal ve hizmet üretim birimleri ve varlıkları, örneğin baraj, gölet, otoyol, yataklı tedavi kurumları, limanlar ve benzeri diğer mal ve hizmet üretim birimleri özelleştirmenin kapsamı içindedir. Bu kanundan sonra özelleştirmenin anayasal zemine oturtulmasını sağlamak üzere 1982 Anayasa'sında değişiklik yapılmış ve 13.08.1999 gün ve 4446 sayılı Kanun ile 47. Maddenin başlığına “Özelleştirme” ibaresi eklenmiş ve getirilen ek fıkra ile “Devletin, kamu iktisadi teşebbüslerinin ve diğer kamu tüzel kişilerinin mülkiyetinde bulunan işletme ve varlıklarının özelleştirilmesine

¹⁵⁹ Anayasa Mahkemesi Kararları, T. 07.07.1994, E. 1994/49, K. 1994/45-2 (Erişim Tarihi: 24.02.2014).

ilişkin esas ve usuller kanunla gösterilir.” hükmü getirilmiştir. Böylelikle özelleştirme kavramı Anayasa’ya resmen girmiştir.

1.10.1. Kamu Hizmeti Kavramının Özelleştirme Sürecindeki Değişimi

Kamu hizmetleri, idarenin kamu yararını sağlamak amacıyla kamusal yönetim usulleriyle yürüttüğü faaliyetlerdir¹⁶⁰. Ancak zaman içinde devletin yapısı ile siyasal, toplumsal ve iktisadi değişimine paralel olarak kamu hizmeti kavramı da değişim göstermiştir. Anayasa Mahkemesi bir kararında bu durumu şu şekilde dile getirmiştir¹⁶¹. *“Kamu hizmetleri aslında bir bütündür. Bunun yerine getirilmesi de ilke olarak devlete aittir. Ancak, toplum hayatının gittikçe genişlemesiyle çoğalan kamu hizmetlerinin mutlaka idare kuruluşları tarafından görülmesi koşulu artık aranmamakta, bunların dışında özel kişilerce de gerçekleştirileceği kabul edilmektedir. Başka bir deyişle, kamusal hizmet birimlerinin nitelik ve özellikleriyle uyuşabildiği ölçüde, kamu ve özel hukuk kurallarından oluşan karma nitelikte yapılandırılmaları mümkündür. Bu sebeptendir ki, kamu hizmetleri ne surette yürütülürse yürütülsün, kamu kurum ve kuruluşlarının gözetim ve denetimleriyle hizmeti yönlendirme yetkileri var olduğu sürece, hizmet kamusal niteliğini korumuş olur.”*

Bu gelişmelere paralel olarak 24.11.1994 gün ve 4046 sayılı Özelleştirme Uygulamalarının Düzenlenmesine Dair Kanun’la özelleştirme düzenlenmiş ve ardından 13.08.1999 gün ve 4446 sayılı Kanun ile Anayasa’nın 47. Maddesi’nin başlığına “Özelleştirme” ibaresi eklenmiş ve getirilen ek fıkra ile *“Devletin, kamu iktisadi teşebbüslerinin (KİT) ve diğer kamu tüzel kişilerinin mülkiyetinde bulunan işletme ve varlıkların özelleştirilmesine ilişkin esas ve usuller kanunla gösterilir.”* hükmü getirilmiştir¹⁶². Sonuçta; bir hizmetin kamu hizmeti sayılabilmesi için mutlaka kamu kuruluşlarınca yürütülmesi şartı aranmamaya başlamıştır. İdari bir sözleşme ile özel bir girişimci tarafından yürütülen hizmet, kamu hizmeti olarak kabul edilmektedir.

Günümüzde sağlık hizmetlerinde devletin oynadığı rol değişmeye başlamıştır. Devletin sağlık hizmetleri alanında oynadığı geleneksel rol, sağlık hizmetlerinin üretimi ve finansmanı üzerine odaklanmaktadır. Geleneksel modelde devlet, sağlık hizmetlerini tek elden yöneterek ya da hizmeti doğrudan üreterek görevini yerine getirmektedir. Devletin rolü ve kamu yönetimi anlayışındaki değişime paralel olarak sağlık hizmetlerinde devletin rolü değişmekte, genel ilkeleri belirleme ağırlık kazanırken,

¹⁶⁰ Günday, Metin, İdare Hukuku, Üçüncü Baskı, İmaj Yayıncılık, Ankara, 1998, s. 223.

¹⁶¹ Anayasa Mahkemesi, T. 12.04.1990, E. 990/4, K. 990/6, AMKD, S. 26, s. 135.

¹⁶² Özelleştirme Uygulamaları ve Sağlık Hizmetlerinin Özelleştirilmesi, Yrd. Doç. Dr. Serkan Çınarlı, Dr. Sevinç Arslan Hızal, Leges Yayınları, Ocak 2014, s. 19.

koruyucu sağlık hizmetleri devlet tarafından verilmeye devam edilirken, tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri piyasa ekonomisine bırakılmaktadır.

1.10.2. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Özelleştirilmesinde Uygulanan Yöntemler

Sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesinde de hizmetin niteliğinden kaynaklanan nedenlerle tüm özelleştirme yöntemlerinin uygulanması mümkün değildir. Uygulanacak yöntemleri şöyle sıralayabiliriz¹⁶³.

1.10.2.1. Fiyatlama Yöntemi

Bu yöntem kamu sektörü tarafından üretilen mal ve hizmetlerin finansmanının özelleştirilmesi kategorisine girer. Kamu hizmetlerinde fiyatlandırma yönteminin uygulanmasını olanaklı kılacak ilk düzenleme 2002 yılında yürürlüğe giren 4736 sayılı Kamu Kurum ve Kuruluşlarının Ürettikleri Mal ve Hizmet Tarifeleri ile Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun’la yapılmıştır. Sağlık hizmetlerinin hemen hemen tümü idare tarafından ücretlendirilerek hizmetten yararlanma para ödeme koşuluna bağlanmıştır.

1.10.2.2. Finansal Kiralama Yöntemi¹⁶⁴

Bu yöntem kamusal mal ve hizmetlerin üretiminin özelleştirilmesi kategorisine girer. Sağlık hizmetleri bakımından bu yöntemin uygulanmasına olanak sağlayan hukuki düzenlemelerden birisi 4046 sayılı Kanun’ dur. Aile Hekimliği modelinde benzer bir yöntemi görmek mümkündür. 5258 sayılı Aile Hekimliği Kanunu’nun “Kamuya ait taşınmazların kullanımı” başlıklı 4. Maddesi’nde ise hazine, belediye veya İl Özel İdaresine ait taşınmazlardan Aile Sağlığı Merkezi olarak kullanılması uygun görülenlerin, Maliye Bakanlığı, Belediye veya İl Özel İdarelerince bu amaçla kullanılmak üzere doğrudan aile hekimine kiraya verilebileceği düzenlemiştir.

¹⁶³ Çınarlı ve Hızal. s. 136- 168.

¹⁶⁴ Çınarlı ve Hızal. s. 136- 168.

1.10.2.3. Yönetimin Devri Yöntemi¹⁶⁵

Bu yöntemde kamu sektöründe finansmanı sağlanan mal ve hizmetlerin üretiminin özelleştirilmesi kategorisine girer. Yönetimin devri yöntemi, özellikle hastanelerin özelleştirilmesinde önemlidir. 2011 yılının sonlarına doğru, hem bakanlığın teşkilat yapısını hem de Kamu Hastaneleri Birliklerini düzenleyen 663 sayılı KHK yürürlüğe girmiştir. Bu yapılanmada dikkat çekici olan ve yönetimin devri yöntemine benzeyen, bu denli geniş yetkilerle donatılmış olan Türkiye Kamu Hastane Kurumu yöneticileri ile Kamu Hastane Birliklerinin yöneticilerinin hukuki nitelikleridir. KHK'nin 32. maddesine göre Birliklerde, yönetici konumundaki personel sözleşmeli statüde istihdam edilir. Sözleşmeli statüde istihdam edilecek personelle yapılacak sözleşme ekinde kurumsal hedefler ve performans değerlendirme kriterleri de gözetilerek hazırlanan bireysel performans kriterleri ve hedefleri belirtilir. Sözleşme eki performans hedeflerindeki gerçekleştirmelere bağlı olarak süresinden önce de sözleşmeler sona erdirebilir. Başarısızlık nedeniyle genel sekreterin değişmesi halinde başkanların ve başarısızlığa neden olan hastane yöneticilerinin sözleşmeleri kendiliğinden sona erer.

1.10.2.4. İhale Yöntemi¹⁶⁶

Bu yöntem kamu sektöründe finansmanı sağlanan hizmetlerin üretiminin özelleştirilmesi kategorisine girer. İhale yönteminin sağlık hizmetleri bakımından zemin hazırlayan ilk düzenleme 1987 yılında yapılmıştır. 1987 yılında çıkarılan ve sağlık hizmetlerinin niteliği ve örgütlenmesi açısından bir kırılma noktası oluşturan, dönemin işletmecilik temelli yönetim anlayışına son derece uygun olan 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nun başta 5. Maddesindeki sağlık kuruluşlarının Bakanlar Kurulu kararıyla kamu tüzel kişiliğine haiz sağlık işletmesine dönüştürülebileceği hükmü olmak üzere birçok hükmü, piyasalaşma ve özelleştirme uygun zemin hazırlanmıştır. İlk defa 1988 yılında Numune Hastanesi'nin temizlik ihalesi ile başlayan hizmet alımı uygulamaları, bu yönetmeliğe dayanılarak Türkiye İhtisas ve Koşuyolu Hastanelerinde de uygulanmaya başlamıştır.

¹⁶⁵ Çınarlı ve Hızal. s. 136- 168.

¹⁶⁶ Çınarlı ve Hızal. s. 136- 168.

1.10.2.5. İmtiyaz Yöntemi¹⁶⁷.

Bu yöntem de kamusal hizmetlerin üretiminin özelleştirilmesi kategorisine girer. Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nun Ek 7. Maddesindeki düzenlemeye göre Sağlık Bakanlığı'nca sağlık tesisleri, özel girişimcilere kırk dokuz yılı geçmemek şartıyla kiralama ve sağlık tesislerinde tıbbi hizmetler dışındaki hizmetlerin ve alanların işletilmesi karşılığı yaptırılabilir.

1.10.2.6. Ortak Girişim Yöntemi¹⁶⁸

Ortak girişim yöntemi kamu sektöründe finansmanı sağlanan hizmetlerin üretilmesinin özelleştirilmesi kategorisine girer. Örnek olarak Türkiye'de "Entegre Sağlık Kampüsleri" ve "Şehir Hastaneleri" projeleri Kamu Özel Ortaklığı (KÖO) modelidir.

1.10.2.7. Özel Kesimin Desteklenmesi Yöntemi¹⁶⁹

Bu yöntemde devlet, düzenleme ve vergileme gücünü kullanarak, özel firmaları kamusal hizmetleri veya bazı hizmetleri üretmemeleri için teşvik etmektedir. 1981'den sonra özel hastane ve modern sıhhi kontrol tesisi yatırımlarına gümrük muafiyeti, yatırım indirimi ve orta vadeli kredilerde iade gibi ayrıcalıklar tanınmıştır. Bununla birlikte 663 sayılı KHK ile, özel kesimin desteklenmesi amacıyla yapılan teşvikler bir adım daha ileri götürülerek ölçek büyütülmüş ve Sağlık Serbest Bölgeleri kurulmasına olanak tanıyan düzenleme yapılmıştır.

1.10.2.8. Gönüllü Organizasyonlar Yöntemi¹⁷⁰

Bu yöntemde devlet, bireyleri veya grupları kendi ihtiyaçları olan hizmetleri sağlamaları için özendirir. 663 sayılı KHK'nin 52. Maddesinde, sağlık hizmeti sunmaya yetkili gerçek ve tüzel kişilerce, sosyal dayanışma ve yardımlaşma amacıyla gönüllü ve ücretsiz olarak sağlık hizmeti verilebileceği, bu kişilerle ilgili gerekli değerlendirmeler yapıldıktan sonra sağlık gönüllüsü yetki belgesi düzenlenebileceği, sağlık gönüllüsü gerçek kişilerin hastanelerdeki hizmetlerini hastane yetkilisinin belirlediği şartlarda verebilecekleri, bu hizmetin, hastanelerin doğrudan sağlık hizmeti olmayan hasta karşılama ve bilgilendirme, refakat, kişisel bakım ve sosyal ihtiyaçların karşılanması

¹⁶⁷ Çınarlı ve Hızal. s. 136- 168.

¹⁶⁸ Çınarlı ve Hızal. s. 136- 168.

¹⁶⁹ Çınarlı ve Hızal. s. 136- 168.

¹⁷⁰ Çınarlı ve Hızal. s. 136- 168.

gibi destek hizmeti şeklinde de olabileceği ve bu halde sağlık gönüllüsünün sağlık meslek mensubu olmasının gerekmeyeceği düzenlenmiştir.

1.10.3. Sağlık Hizmetlerinin Özelleştirilmesinin Anayasa Ve İdare Hukuku İlkeleri Bakımından İrdelenmesi

1.10.3.1. Anayasa Hukukunun Temel İlkeleri Bakımından Özelleştirme

Anayasamızın daha önce de değindiğimiz gibi 17. ve 56. Maddeleri gereğince; devlet, herkesin yaşamını beden ve ruh sağlığı içerisinde sürdürmesini sağlamakla görevlendirilmiş, dolayısıyla sağlıklı bir çevrede beden ve ruh sağlığı içinde yaşamlarını sürdürmek bireyler için bir hak, bu hakkı sağlamakta devlet için bir ödevdir¹⁷¹.

1.10.3.1.1. Sosyal Devlet İlkesi

1982 Anayasasının 2. Maddesinde Türkiye Cumhuriyetinin sosyal devlet olduğuna vurgu yapılmaktadır. Sosyal devlette herkesin, insan onuruna yakışır bir yaşam sürmeye ve gelir açısından farklılıkların azaltılması gerekli önlemlerin alınmasına ilişkin hakları vardır. 1982 Anayasası'nda ilk defa devletin, sağlık hakkını gerçekleştirme görevini yerine getirirken, sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde sunulmasında özel sektörden faydalanabileceğinden söz edilmiş, çevre sağlığının korunup geliştirilmesinde devlet ve vatandaş birlikte görevli kılınmıştır. Ancak sosyal kamu hizmetleri, Anayasa'nın 2., 5., 41., 55., 56., 57. ve 60. maddelerince kurulmuş olup Anayasa, sosyal kamu hizmetlerini yerine getirmek ve sosyal devlet ilkesini gerçekleştirmek üzere, devlete ödevler vermekte, görevler yüklemektedir. Kişilerin Anayasa'nın 5. Maddesi ile güvence altına alınmış özgürlüklerini kullanabilmeleri için kişilerin, öncelikle yaşama ve sağlık haklarının mevcut olması gerekir. Özelleştirme sonucunda sağlık hizmeti için bir ücret ödenmesi zorunlu hale gelmekte, bu durum da sağlık hizmetine erişimi zorlaştırmaktadır. Sağlık hizmeti, sosyal devlet ilkesi gereğince herkesin gereksinim duyduğunda erişebileceği yaygın, etkin, kapsayıcı ve en önemlisi ücretsiz ve kaliteli bir hizmet olmalıdır. Devlet de bu ilke gereğince sağlık hizmetine erişim sürecinde ortaya çıkabilecek siyasi, sosyal ve ekonomik tüm engelleri ortadan kaldırmak konusunda çalışmalıdır¹⁷².

¹⁷¹ <http://www.tbmm.gov.tr/anayasa> Erişim Tarihi 08.02.2014

¹⁷² Çınarlı ve Hızal. s. 176.

1.10.3.1.2. Eşitlik İlkesi

Anayasamızın başlangıç bölümünde ve 10. Maddesinde eşitlik ilkesi düzenlenmiştir. Eşitlik ilkesi mutlak ve nispi olarak ikiye ayrılmaktadır. Mutlak eşitlik, kişilerin kişisel ve özel durumlarına bakılmaksızın, kanunların herkese eşit uygulanması şeklinde tanımlanırken, nispi eşitlik ise aynı durumda bulunan kişilerin aynı işleme tabi tutulması olarak tanımlanmıştır¹⁷³.

663 sayılı KHK için iptal davası gerekçesinde Anayasa mahkemesi gerekçeli kararında sağlık hakkının öznesinin herkesi kapladığını ve herkes kavramı içerisine sadece Türk Vatandaşlarının değil Türkiye'ye gelen yabancıların da dahil olduğu görüşü dile getirilmiştir. Yabancıların dahi yararlanabilecekleri sağlık hizmeti hakkından Türk vatandaşlarının tümünün eşit olarak yararlanmasının öncelikle mümkün olması gerekmektedir.

1.10.3.1.3. İnsan Haklarına Saygılı Devlet İlkesi

Anayasamızın 2. Maddesinde Türkiye Cumhuriyeti'nin insan haklarına saygılı bir devlet olduğu belirtilmiştir. Kişilik haklarından en önemlisi yaşama hakkıdır. Sağlık hakkı ise bu temel hakkın ayrılmaz bir parçasıdır. İnsanın diğer temel hak ve özgürlüklerinin kullanılabilmesi sağlıklı olarak yaşamını sürdürebilmesine yani yaşama ve sağlık haklarının kullanılabilmesine doğrudan bağlıdır.

Sosyal devlet ilkesi, eşitlik ilkesi ve insan haklarına saygılı devlet ilkesi bağlamında özelleştirme ile ilgili dezavantajlar belirtilmiştir. Gerek sağlık hizmetlerinin finansmanı, gerekse sunumu bakımından her bireyin en temel hakkı olan yaşama hakkını güvence altına alabilecek bir sağlık sisteminin oluşturulması devletin asli görevi olmalıdır.

¹⁷³ Anayasa Hukukuna Giriş, Genel Esaslar ve Türk Anayasa Hukuku, Kemal Gözler, 17. Baskı, Ekin Yayınevi, Bursa, Mart 2011, s. 213.

1.10.3.2. İdare Hukukunun Temel İlkeleri Bakımından İdarenin Hukuka Bağlılığı Ve Özelleştirme

İdarenin hukuka bağlılığı, hukuk devleti anlayışının bir gereğidir. Hukuk devleti faaliyetlerinde hukuk kurallarına bağlı olan, yararlananlara hukuki güvence sağlayan devlettir¹⁷⁴. İdarenin hukuka bağlılığı ilkesinin gerekleri şu şekilde sıralanabilir¹⁷⁵:

- İdare kanunla hiç düzenlenmemiş bir alanda kural koyamaz veya birel işlem yapamaz.
- İdare kanunla düzenlenmiş bir alanda kanunun koymuş olduğu kuralları aşar biçimde kural koyamaz veya birel işlem yapamaz.
- İdare kanundaki kurallara aykırı kural koyamaz veya birel işlem yapamaz.,
- Ancak kanunla kurala bağlanabilecek konularda idarenin kural koyma yetkisi yoktur.
- İdarenin kanunu uygulamaması kanunilik ilkesinin ihlalidir.

Sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi sürecinde aslında idarenin hukuka bağlılığı ilkesinin uygulamada pek dikkate alınmadığı sonucuna ulaşılabilir¹⁷⁶.

Kamu hizmetlerinin görülmesinde uyulması gereken ilkeler vardır. Bu ilkelere göre özelleştirme şöyle açıklanabilir.

1.10.3.2.1. Süreklilik İlkesi¹⁷⁷

Kamu hizmetlerinin toplumun ortak gereksinimlerini karşılamaya yönelik hizmetler olmaları nedeniyle, sürekli ve düzenli biçimde görülmeleri gerekmektedir. Kamu hizmetinin sürekliliği ilkesinin hizmeti görenler ve hizmetten yararlananlar açısından olmak üzere farklı hukuki sonuçları bulunmaktadır.

Hizmet görenler açısından; grev yasağı, çekilme hakkı (Çekilmek isteyen memurun, yerine atanan memurun gelmesine veya çekilme isteğinin kabulüne kadar görevine devam etmek zorundadır.) ve sözleşmenin uzatılması (Görevlerine son verilen sözleşmeli personelin, süreklilik ilkesine göre sözleşmelerinin uzatılmaması hukuka aykırıdır.) şeklinde karşımıza çıkmaktadır.

Hizmetten yararlananlar açısından; devlet, hukuki sınırlar içerisinde kamu hizmetlerini, bireylerin ihtiyaçlarına uygun olarak, etkili ve sürekli bir şekilde yerine getirmekle yükümlüdür. Kamu hizmetinde sürekliliğin bulunmaması veya sürekliliğin

¹⁷⁴ İdare Hukuku Teorik Çalışma Kitabı, Oğuz Sancakdar, Seçkin Yayınları, Ankara,2011,s.49

¹⁷⁵ İdarenin Hukukla Kavranması: Yasallık ve İdari İşlemler (Yargı Kararlarına Dayalı Bir İnceleme), Onur Karahanoğulları, Tuthan Kitabevi, Ankara, 2011, (İdare), s. 61.

¹⁷⁶ Çınarlı ve Hızal. s.188.

¹⁷⁷ Çınarlı ve Hızal. s.188.

sağlanması konusunda önlem alınmaması bir hizmet kusuru oluşturur. Sağlık hizmetlerinin ülke genelinde dengeli dağılımının ve yaygınlaştırılması sağlanmasında, en önemli unsurlardan birisinin, sağlık kurum ve kuruluşlarının, araç-gereç, fiziki ve teknik altyapının yanı sıra insan unsuru olduğu yadsınamaz bir gerçektir. Sağlıklarının bozulmasına bağlı olarak sağlık hizmetini sunan kurum veya kuruluşlara müracaat eden kişilerin, teşhis ve tedavilerinin yapılabileceği, gerekli donanıma sahip, yeterli ve yetkili sağlık personeli ile hizmet verecek şekilde hazır bulundurulması idareye yüklenen bir görevdir.

663 sayılı KHK'ye dayanılarak oluşturulan Kamu Hastane Birlikleri'nde personelin sürekli olarak yer değişimine tabi tutulması ve Aile Hekimliği sistemine geçen hekimlerin yerlerinin boş kalması neticesinde hizmetin sürekliliği ilkesinin ihlali son zamanlarda sık görülmektedir¹⁷⁸.

1.10.3.2.2. Tarafsızlık Ve Eşitlik İlkesi¹⁷⁹.

Kamu hizmetleri bireysel değil ve fakat toplumsal gereksinimlerin giderilmesi için yürütüldüklerinden, idare bu hizmetleri yürütürken objektif davranmak ve yan tutmamak zorundadır¹⁸⁰. Anayasa'nın 48. Maddesi gereğince, sosyal güvenlik aynı zamanda herkes için bir haktır.

Sağlık hizmetlerinden katılım payı alınması hizmet alan az gelimli kişilerin sağlık kurumlarına gitmelerini engelleyebileceği, hastalıklarına karşı umursamaz olabilecekleri göz ardı edilmemelidir. Benzer şekilde uzun süreli ve blok sunucunun olduğu Kamu Özel Ortaklığı sözleşmelerinin tek bir sözleşmeye aşırı bağımlılık yaratması da hizmeti alanlar bakımından eşitsizlik yaratmaktadır.

1.10.3.2.3. Değişkenlik Ve Uyum İlkesi¹⁸¹

Sağlık hizmetleri nitelikleri gereği diğer kamu hizmetlerinden farklıdır. Sağlık hizmetinin temel özelliklerinden biri de bilime dayalı olması gereken tanı ve tedavi metotlarının insan yararına sürekli yenilik ve gelişme göstermesi, hizmet kalite ve beklentilerini çağın koşullarına yaklaştırmayı gerektirmektedir. Bundan dolayı idare düzenleyici işlemlerde her zaman gerekli değişiklikleri yapma yetkisine sahiptir.

¹⁷⁸ Çınarlı ve Hızal. s. 191.

¹⁷⁹ Çınarlı ve Hızal. s. 192.

¹⁸⁰ Metin Günday. İdare Hukuku. Üçüncü Baskı. İmaj Yayıncılık. Ankara. 1998. s. 227.

¹⁸¹ Çınarlı ve Hızal. s. 193.

1.10.3.2.4. Bedelsizlik İlkesi¹⁸²

Geçmiş yıllarda idarenin sınırlı sayıdaki kamu hizmetlerini yürüttüğü dönemlerde, hizmetten yararlananlardan bu hizmetler için herhangi bir bedel alınmamıştır. Ancak bugün için bu çok geçerli değildir. Anayasa Mahkemesi'ne göre de: *"klasik idare hukukunun bedelsiz, meccani olmasını ilk koşul saydığı kamu hizmeti kavramı giderek değişiklik görmüş, günümüzde yararlananlardan ödeme güçleri oranında bir ücret alınması uygulaması yaygınlaşmıştır."*¹⁸³

¹⁸² Çınarlı ve Hızal. s. 195.

¹⁸³ Anayasa Mahkemesinin T. 19.04.1988, E.987/16, K.988/8, sayılı kararı 23.08.1988 tarih ve 19908 sayılı Resmi Gazete 'de yayınlanmıştır.

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK BAKANLIĞI YAPILANMASI VE GÖREV TANIMLARI

2.1. SAĞLIK BAKANLIĞI'NIN MERKEZ VE TAŞRA TEŞKİLATININ YENİ YAPILANMASI

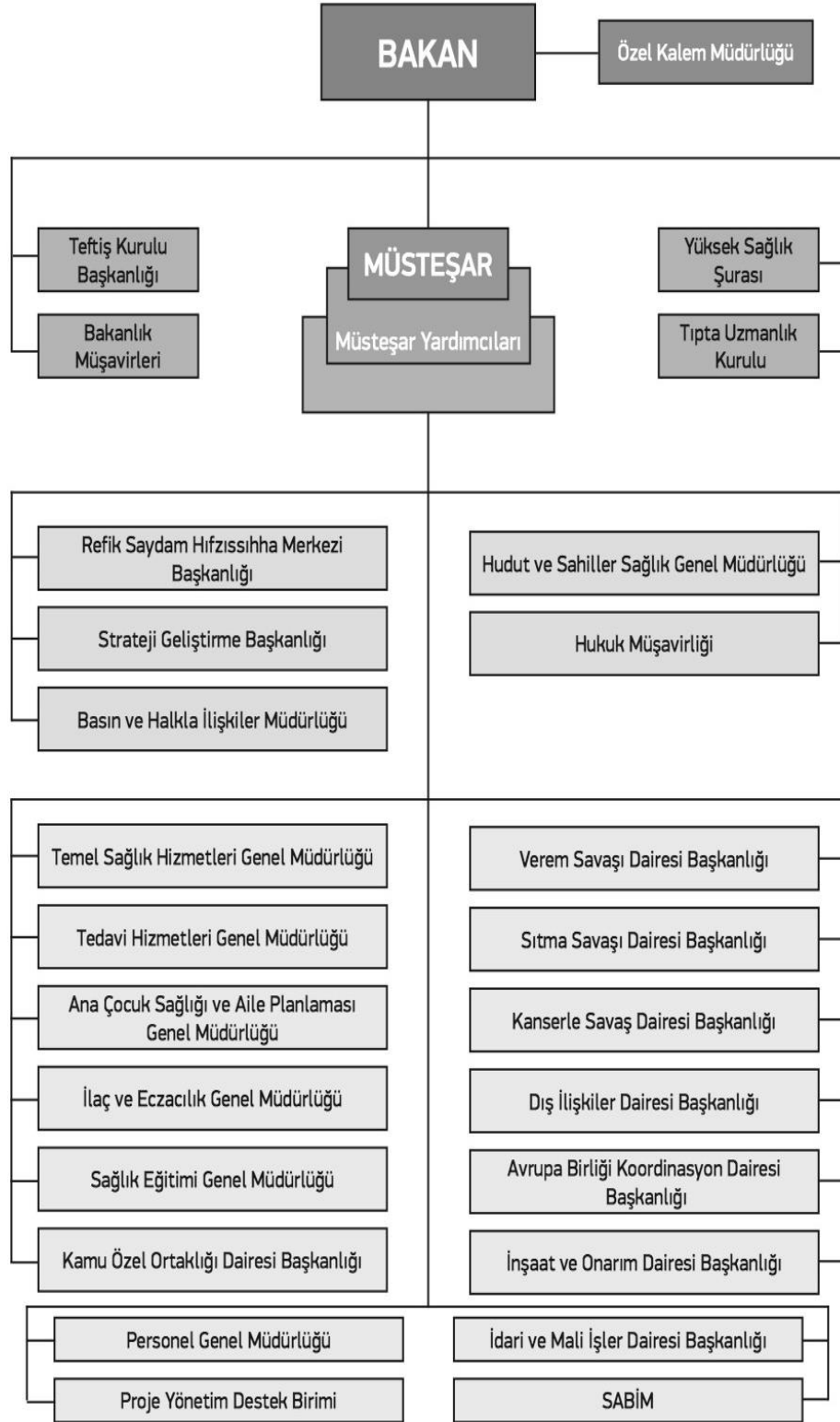
Sağlıkta Dönüşüm Programı, Sağlık Bakanlığı'nın Merkez ve Taşra Teşkilatının yeniden yapılandırılması sürecini beraberinde getirmiştir. Bakanlık Teşkilat Yapısının nasıl bir değişim geçirdiğini gözlemleyebilmek için, ilk olarak Dönüşüm Programı öncesindeki yapının ele alınması ve daha sonra Dönüşüm Programı kapsamında oluşturulan merkez ve taşra örgütlenmesinin bir analizi yapılması gerekmektedir.

2.1.1. Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi Sağlık Bakanlığı'nın Örgütlenmesi

Sağlıkta Dönüşüm Programı öncesinde Sağlık Bakanlığı'nın Merkez Teşkilatı, Genel Müdürlük ve Daire Başkanlıkları biçiminde örgütlenmiştir. Ayrıca Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı ile Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü, Bakanlık teşkilatında bağlı kuruluşlar içerisinde yer almıştır. Sağlık Bakanlığı'nın bu örgütlenme biçimi, hizmetlerin sunumu noktasında merkeziyetçi ve bürokratik bir yapıyı yansıtmaktadır.

Sağlık Bakanlığı'nın örgütlenmesi ile ilgili özel düzenleme,181 sayılı Sağlık Bakanlığı'nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname'dir. Bu Kanun Hükmünde Kararname'ye göre Sağlık Bakanlığı Örgütlenmesi, Merkez Teşkilatı ile Taşra Teşkilatı ve Bağlı Kuruluşlardan meydana gelmektedir (181 sayılı KHK, m.3).181 sayılı Sağlık Bakanlığı'nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile Bakanlığın, taşra teşkilatı kurmaya yetkili olduğu vurgulanmıştır (181 sayılı KHK, m.38).

Sağlık Bakanlığı Eski Merkez Teşkilat Şeması¹⁸⁴.



¹⁸⁴ T.C. Sağlık Bakanlığı. Stratejik Plan 2010-2014. s. 28. <http://www.saglik.gov.tr/saglik-bakanligi-2010-2014-stratejik-eylem-plani.pdf>. Erişim Tarihi: 19.03.2014.

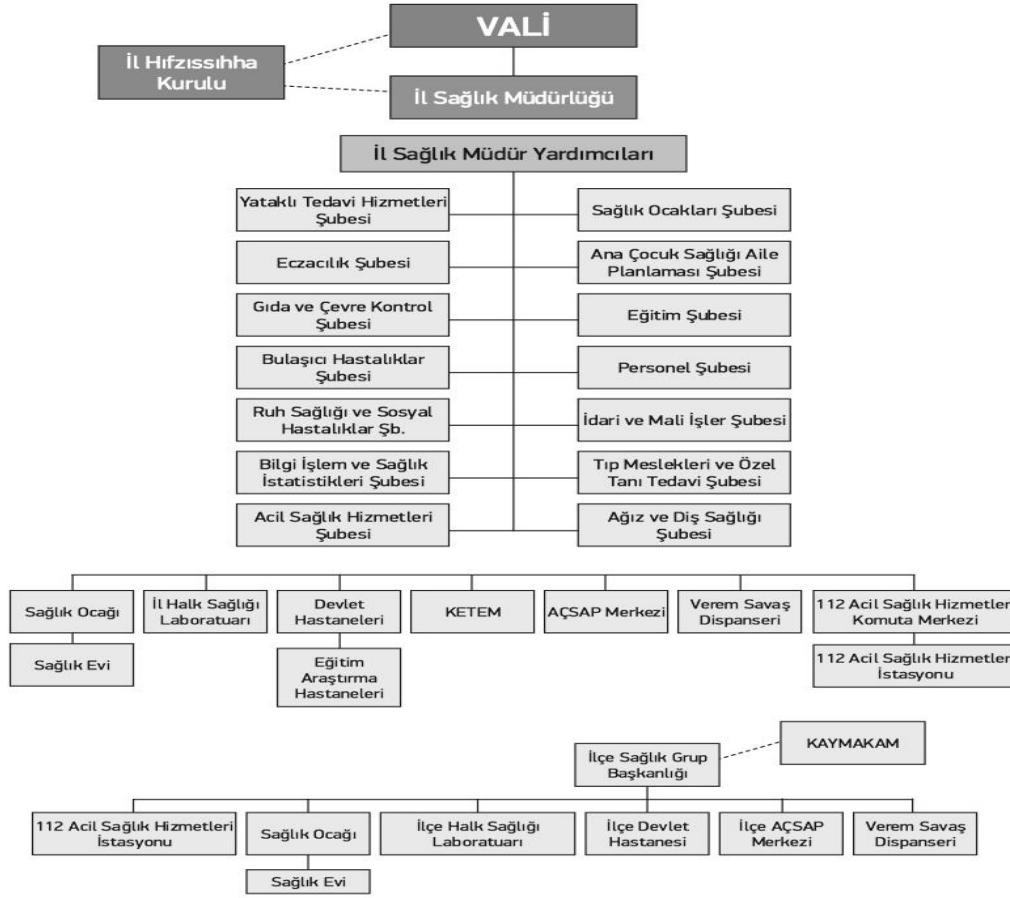
Program öncesindeki taşra teşkilatı; 5442 sayılı İl İdaresi Kanunu'nun ilgili hükümleri doğrultusunda yetki genişliğine sahip Vali'nin hiyerarşik sorumluluğu altında oluşturulan İl Sağlık Müdürlüğü ve İlçe Sağlık Grup Başkanlığı'ndan meydana gelmiştir. İl Sağlık Müdürlüğü, kanun ve diğer düzenlemelerle Sağlık Bakanlığı'na verilmiş olan görev ve sorumlulukları, buldukları coğrafi bölgelerde yerine getirmekle görevlendirilmiştir. Ayrıca Bakanlık tarafından verilen diğer görevlerin yerine getirilmesinden de sorumlu tutulmuşlardır.

İl Sağlık Müdürü ve Müdür Yardımcıları ve Şube Müdürlüklerinden oluşan İl Sağlık Müdürlükleri'nin başlıca çalışmaları içerisinde; Sağlık Bakanlığı ile il sınırları içerisinde çalışan birimler arasında iletişimin sağlanması; hizmet birimlerinin denetlenmesi ve idari destek sağlanması; sorunların çözülmesi; sağlık hizmetlerinin denetlenmesi; sağlık hizmeti ihtiyacının belirlenmesi ve sunulması gibi önemli hususlar yer almaktadır. Belirtilen bu görev ve sorumluluklar, Bakanlık Merkez Teşkilatında yer alan Genel Müdürlük ve Daire Başkanlıklarını o ilde temsil eden ve İl Sağlık Müdürlüğü bünyesinde oluşturulan Şube Müdürlükleri tarafından yerine getirilmekteydi.

İl Sağlık Müdürlüğü; Yataklı Tedavi Hizmetleri, Sağlık Ocakları, Eczacılık, Ana Çocuk Sağlığı Aile Planlaması, Gıda ve Çevre Kontrol, Eğitim, Bulaşıcı Hastalıklar, Personel, Ruh Sağlığı ve Sosyal Hastalıklar, İdari ve Mali İşler, Bilgi İşlem ve Sağlık İstatistikleri, Tıp Meslekleri ve Özel Tanı Tedavi, Acil Sağlık Hizmetleri ile Ağız ve Diş Sağlığı Şubelerinden oluşan bir yapılanmaya sahiptir. Ayrıca Sağlık Ocağı ve Sağlık Evleri, İl Halk Sağlığı Laboratuvarları, Devlet Hastaneleri ve Eğitim Araştırma Hastaneleri, KETEM, AÇSAP Merkezi, Verem Savaş Dispanseri, 112 Acil Sağlık Hizmetleri Komuta Merkezi ve 112 Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonları da İl Sağlık Müdürlüğü hiyerarşisi altında örgütlenmiştir.

Sağlık Bakanlığı'nın il teşkilatına bağlı olarak ilçelerde, Kaymakamlık hiyerarşisi altında İlçe Sağlık Grup Başkanlığı'nın oluşturulması; İlçe Devlet Hastanesi, Sağlık Ocağı ve Sağlık Evi, 112 Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonu, İlçe Halk Sağlığı Laboratuvarı, İlçe AÇSAP Merkezi ve Verem Savaş Dispanseri kurumlarının da İlçe Sağlık Grup Başkanlığı altında örgütlenmesi kararlaştırılmıştır.

Sağlık Bakanlığı Eski Taşra Teşkilat Yapısı¹⁸⁵.



663 sayılı KHK öncesi mevcut Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilat Yapısı incelendiğinde, bazı sorun alanlarının bulunduğu görülmüştür. İlk olarak hizmeti üreten ve sunan birimlerin aynı olduğu merkezîyetçi yapı, hem Bakanlık hem de İl Sağlık Müdürlüğü düzeyinde önemli bir iş yüküne neden olmuştur. İkinci olarak İl Sağlık Müdürlükleri ile Bakanlık arasındaki iletişimin Valilikler aracılığıyla yürütülmesi, Bakanlık ile Taşra Teşkilatının iletişim sürecini güçleştirmekte ve zorlaştırmaktadır. Üçüncü olarak merkezîyetçi yapı nedeniyle Sağlık Müdürlükleri, aktif ve hızlı bir karar alma süreci oluşturamamıştır. Dördüncü olarak İl Sağlık Müdürlüğü hiyerarşisi altında örgütlenen birimlerin sayıca fazlalığı ve çeşitliliği, koordinasyon ve yönetim açısından sorunların yaşanmasına neden olmuştur.

¹⁸⁵ T.C. Sağlık Bakanlığı. Stratejik Plan 2010-2014. s. 29. <http://www.saglik.gov.tr/saglik-bakanligi-2010-2014-stratejik-eylem-plani.pdf>. Erişim Tarihi: 19.03.2014.

2.1.1. Sağlıkta Dönüşüm Programı Sonrası Sağlık Bakanlığı'nın Örgütlenmesi.

16 Kasım 2002 tarihinde açıklanan 58. Hükümetin Acil Eylem Planı'nda "herkese sağlık" başlığı altında sağlık alanında yürütülmesi öngörülen temel hedeflere yer verilmiştir. Bu hedefler; Sağlık Bakanlığı'nın idari ve fonksiyonel açıdan yeniden yapılandırılması; tüm vatandaşların genel sağlık sigortası kapsamı altına alınması; sağlık kuruluşlarının tek çatı altında toplanması; hastanelerin idari ve mali açıdan özerk bir yapıya kavuşturulması; aile hekimliği uygulamasına geçilmesi; anne ve çocuk sağlığına özel önem verilmesi; koruyucu hekimliğin yaygınlaştırılması; özel sektörün sağlık alanına yatırım yapmasının özendirilmesi; tüm kamu kuruluşlarında alt kademelere yetki devredilmesi; kalkınmada öncelikli bölgelerde yaşanan sağlık personeli eksikliğinin giderilmesi; sağlık alanında e-dönüşüm projesinin hayata geçirilmesi şeklinde ortaya konulmuştur¹⁸⁶.

Sağlıkta Dönüşüm Programı, kamu yönetimini yeniden yapılandırma anlayışına uygun olarak, sağlık alanının yeniden düzenlenmesini sağlama yolunda oluşturulan ve Aralık 2003 tarihinde kamuoyu ile paylaşılan bir belgedir. Bu program, sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde örgütlenmesini, finansmanının sağlanmasını ve sunulmasını amaçlamıştır. Program ile ilgili çeşitli ilkeler ortaya konulmuştur. Bu ilkeler içerisinde; insan merkezlilik, sürdürülebilirlik, sürekli kalite gelişimi, katılımcılık, uzlaşmacılık, gönüllülük, güçler ayrılığı, desantralizasyon, hizmette rekabet gibi hususlar bulunmaktadır. Desantralizasyon ilkesi ile sağlık hizmetlerinde yerinden yönetim ilkesinin hayata geçirilmesi, merkezi yönetimin oluşturduğu hantal yapıdan uzaklaşılması, idari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmelerine dayalı bir modelin hedeflendiği söylenmektedir.

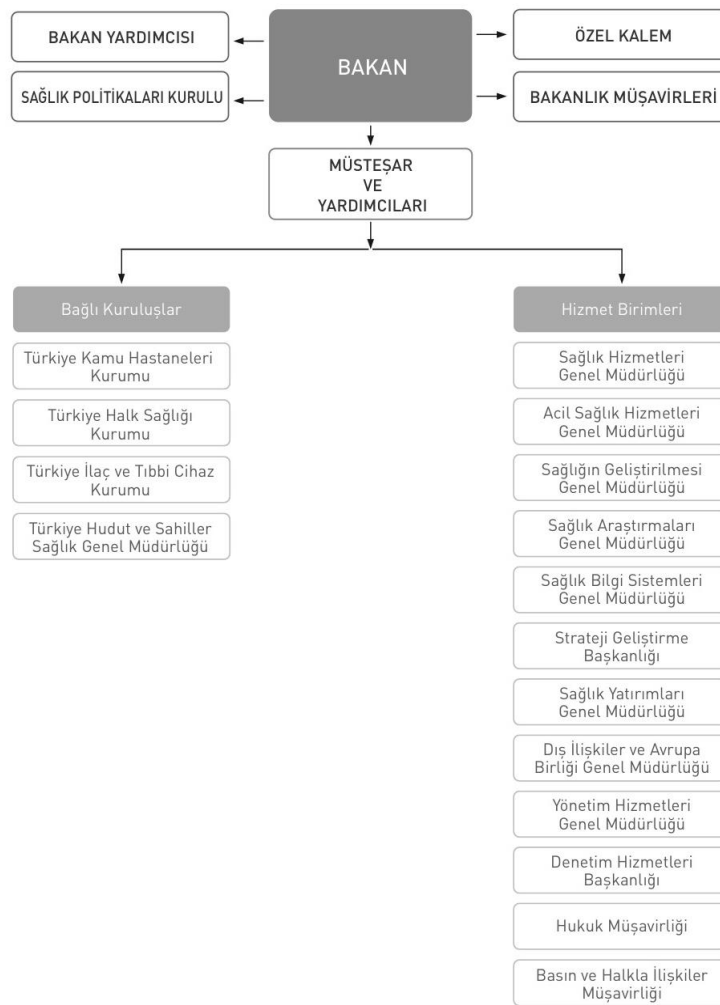
Sağlık Bakanlığı, sağlık sektöründeki hizmet sunumu, örgütlenme, denetim gibi hususlar nedeniyle önemli bir görev ve sorumluluğa sahiptir. Türkiye'de sağlık politikalarının belirlenmesinde, Sağlık Bakanlığı ile birlikte basta Dünya Sağlık Örgütü, Birleşmiş Milletler ve Dünya Bankası olmak üzere uluslararası kuruluşlarının rol oynadığı görülmektedir. 2003 tarihli Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte sağlık hizmetlerinde planlayıcı ve denetleyici yönü ağır basan bir örgütlenme amaçlanmış, bu doğrultudaki en önemli adım ancak 2011 yılında çıkarılan 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile atılabilmiştir.

Dönüşümle birlikte Bakanlık Merkez Teşkilatı; Sağlık Politikaları Kurulu ile Hizmet Birimleri ve Bağlı Kuruluşlardan oluşmuştur. Hizmet Birimleri; Sağlık Hizmetleri

¹⁸⁶ T.C. Sağlık Bakanlığı. Stratejik Plan 2010-2014. s. 20. <http://www.saglik.gov.tr/saglik-bakanligi-2010-2014-stratejik-eylem-planı.pdf>. Erişim Tarihi: 19.03.2014.

Genel Müdürlüğü, Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü, Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Strateji Geliştirme Başkanlığı, Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü, Hukuk Müşavirliği, Dış İlişkiler ve Avrupa Birliği Genel Müdürlüğü, Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü ve Denetim Hizmetleri Başkanlığı olarak sayılmıştır. Bakanlık Merkez Teşkilatına Bağlı Kuruluşlar ise, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu ile Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü'nden oluşmaktadır¹⁸⁷.

Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilat Yapısı¹⁸⁸.



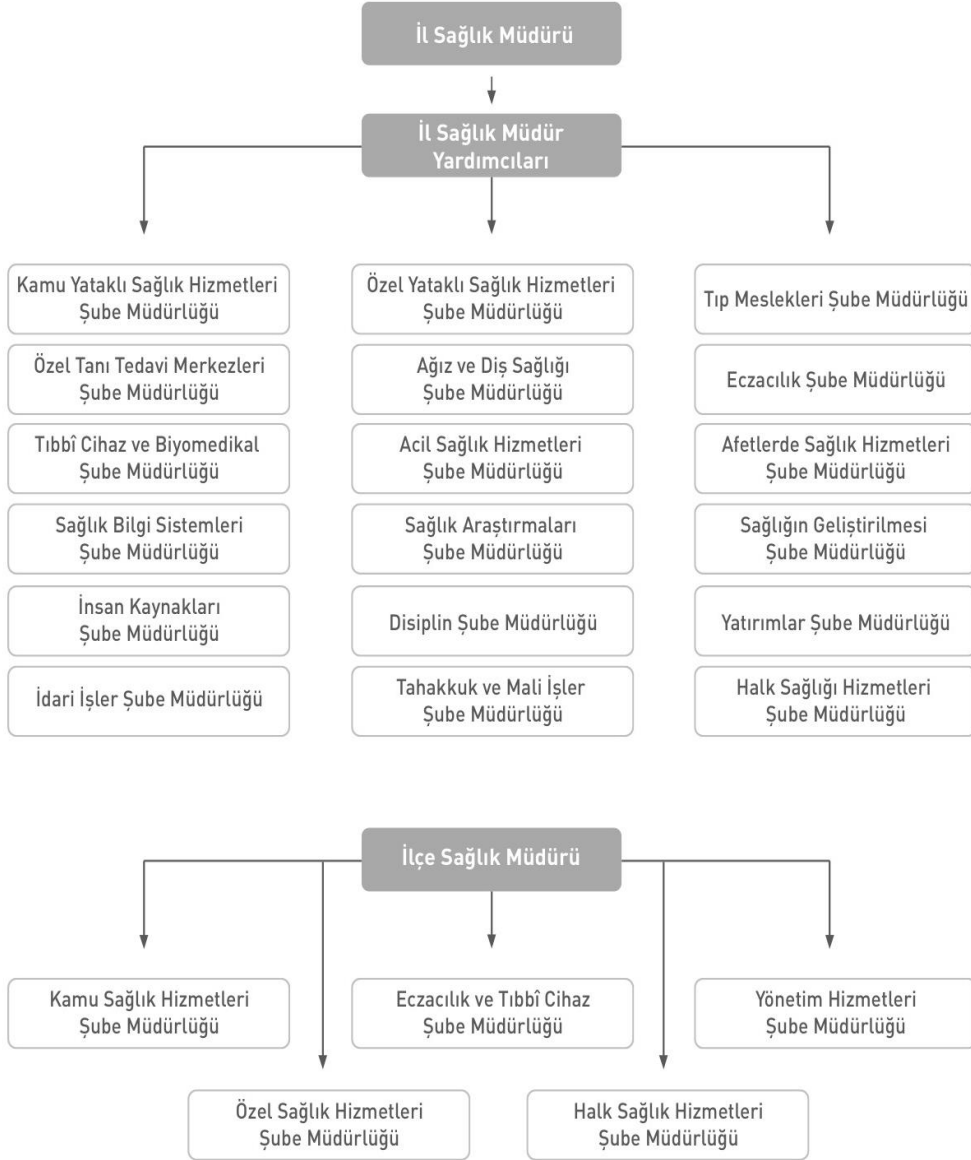
Bakanlık Taşra Teşkilatı da, merkez teşkilatındaki yapılanmaya paralel bir dönüşüme tabi tutularak, Bakanlık ve Bağlı Kuruluşlara uygun olarak yeniden yapılandırılmıştır. Bu yapılandırmada İl ve İlçe Sağlık Müdürlükleri ile Sağlık Grup

¹⁸⁷ 663 sayılı KHK. Md. 26-29.

¹⁸⁸ Sağlık Bakanlığı Faaliyet Raporu. 2012. s. 20

Başkanlıkları Sağlık Bakanlığı'nın; Kamu Hastane Birlikleri, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu'nun; Halk Sağlığı Müdürlükleri ise, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'nun taşra teşkilatı olarak belirlenmiş ve bunlara bağlı hizmet birimleri oluşturulmuştur¹⁸⁹. Bu taşra teşkilatları da şema olarak şöyle gösterilebilir.

Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilat Yapısı¹⁹⁰.



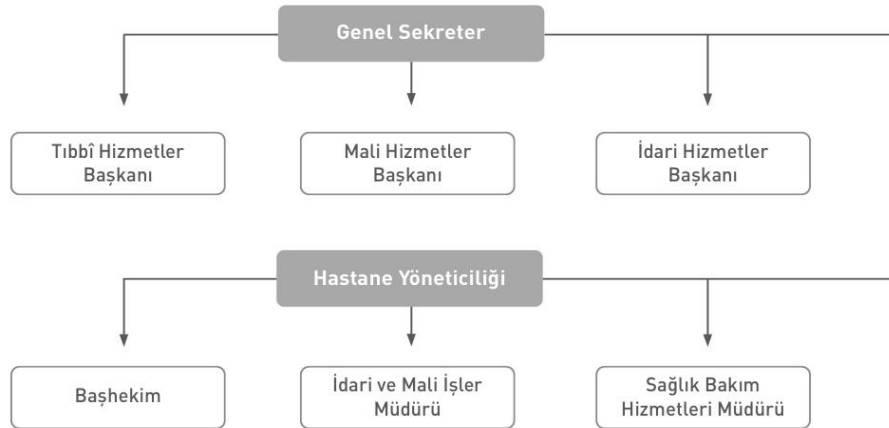
¹⁸⁹ 663 sayılı KHK. md.25-35.

¹⁹⁰ Sağlık Bakanlığı Faaliyet Raporu. 2012. s. 21.

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Taşra Teşkilat Yapısı¹⁹¹.



Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Taşra Teşkilat Yapısı¹⁹².



Sağlık Bakanlığı taşra teşkilatlanmasının merkez teşkilatlanmasına paralel olarak, Bağlı Kuruluşların Taşra Teşkilatları ve İl Sağlık Müdürlüğü şeklinde yapılandırılmıştır. Böylece sağlık hizmetlerinin sunulması, finansmanı ve hizmet sunucular arasındaki koordinasyonun sağlanması, personel rejimi ve hizmetin gördürülme biçiminde bazı değişiklikler ortaya çıkmıştır. İlk olarak sağlık hizmetlerinin sunumu açısından, hastane birlikleri yapısıyla kalite ve müşteri memnuniyeti gibi ilkeleri esas alan bir anlayış, hakim kılınmaya çalışılmıştır. İkinci olarak sağlık hizmetlerinin sunumunun Hastane Birliklerine ve Halk Sağlığı Müdürlüklerine devri ile Bakanlığın hizmet sunumunda doğrudan değil dolaylı olarak sorumlu olma arzusu ortaya

¹⁹¹ Sağlık Bakanlığı Faaliyet Raporu. 2012. s. 22.

¹⁹² Sağlık Bakanlığı Faaliyet Raporu. 2012. s. 22.

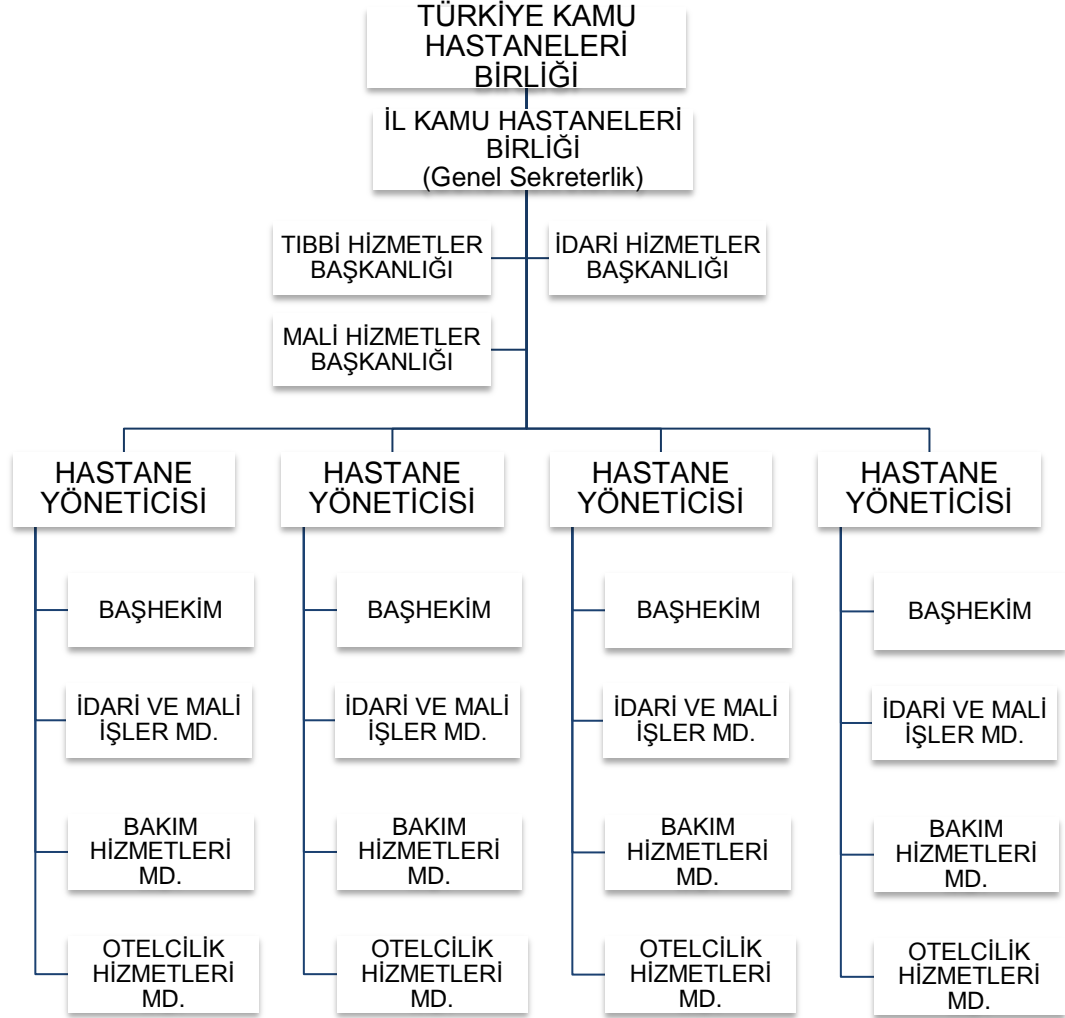
konulmuştur. Üçüncü olarak yeni yapılanma ile Bakanlık hizmet sunan değil denetleyen bir yapıya kavuşturulmaya çalışılmıştır. Dördüncü olarak taşrada Hastane Birlikleri, Halk Sağlığı Müdürlükleri ve İl Sağlık Müdürlüklerinin görevleri koordineli bir şekilde yerine getirmesi hedeflenmiştir. Son olarak özellikle hastane birlikleri kapsamında profesyonel yönetici ve sözleşmeli personel uygulaması ön plana çıkarılmıştır. Sağlık Bakanlığı'nın taşra teşkilatındaki en önemli değişim hiç kuskusuz Kamu Hastane Birlikleri ile gerçekleştirilmek istenmektedir. Sağlık Bakanlığı'na ait taşra hizmet birimlerinden; Hastanelerin (diş hastaneleri dahil), Ağız ve Diş Sağlığı Merkezlerinin, Diş Tedavi ve Protez Merkezlerinin, Semt Polikliniklerinin, AMATEM, ENDOTEM, Otizm Mükemmeliyet Merkezi gibi özel tanı ve ileri tedavi merkezlerinin tümünün Kamu Hastane Birlikleri çatısı altında yeniden yapılandırılması, bu durumun en somut göstergesidir.

Kamu Hastane Birlikleri, Türkiye'de sağlık hizmetlerinin teşkilatlanmasında yeni oluşturulmuş bir yapılanmadır. Kamu Hastane Birlikleri ile ilgili ilk adım, 2007 yılında TBMM'ye gönderilen Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı ile atılmıştır. Tasarı'nın gerekçesinde, hastane hizmetlerinin sunumunda karar verme, gelir elde etme ve harcama yapma yetki ve sorumluluklarının, idari ve mali açıdan özerk kamu hastanelerine aktarılması amacıyla Kamu Hastane Birliklerinin oluşturulacağı öngörülmüştür. Tasarı ile hastaneler özerkleştirilirken, aynı zamanda halkın ihtiyaç ve beklentilerine uygun, kolay erişilebilir, verimli, kaliteli ve etkin hizmet sunumu hedeflenmiştir. Tasarıda, Bakanlık bünyesinde yer alan ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarının, ilgili kuruluş statüsünde hastane birliğine dönüştürülmesi öngörülmüştür. Hastane birliği organları olarak yönetim kurulu, genel sekreterlik ve hastane yöneticilikleri öngörülmüş; yönetim kurulunun birliğin en üst karar organı olduğu ve 7 üyeden oluşacağı belirtilmiştir. 60. hükümet tarafından yenilenen tasarı, 10 Ekim 2007 tarihinde TBMM'ye tekrar sunulmuş ancak yasalaşmamıştır. Kamu Hastane Birliklerinin hukuki açıdan varlık kazanması, 2011 yılında kabul edilen 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile gerçekleşmiştir. Ancak 2007 tarihli yasalaşmayan Tasarı ile 663 sayılı KHK kıyaslandığında, Kamu Hastane Birliklerinin yapısının önemli ölçüde değiştirildiği görülmektedir.

2.1.3. Kamu Hastaneleri Birliklerinin Kuruluşu

Kurum tarafından, kaynakların etkili ve verimli kullanılması amacıyla kuruma bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumları, İl düzeyinde Kamu Hastaneleri Birlikleri kurularak işletilir. Hizmetin büyüklüğü göz önünde bulundurulmak suretiyle

aynı İlde birden fazla birlik kurulabilir ve bir İlde birlik kapsamı dışında sağlık kurumu bırakılamaz. Birden fazla birlik kurulan illerdeki ve belli bölgelerdeki birliklerden biri koordinatör olarak görevlendirilebilir (md.30/1). Birlik teşkilatı, genel sekreterlik ve hastane yöneticiliklerinden oluşur (md.30/2). Genel sekreterlik birliğin en üst karar ve yürütme organıdır. Genel sekreterlik bünyesinde tıbbî hizmetler, idarî hizmetler ve malî hizmetler başkanlıkları kurulur (md.30/3)¹⁹³.

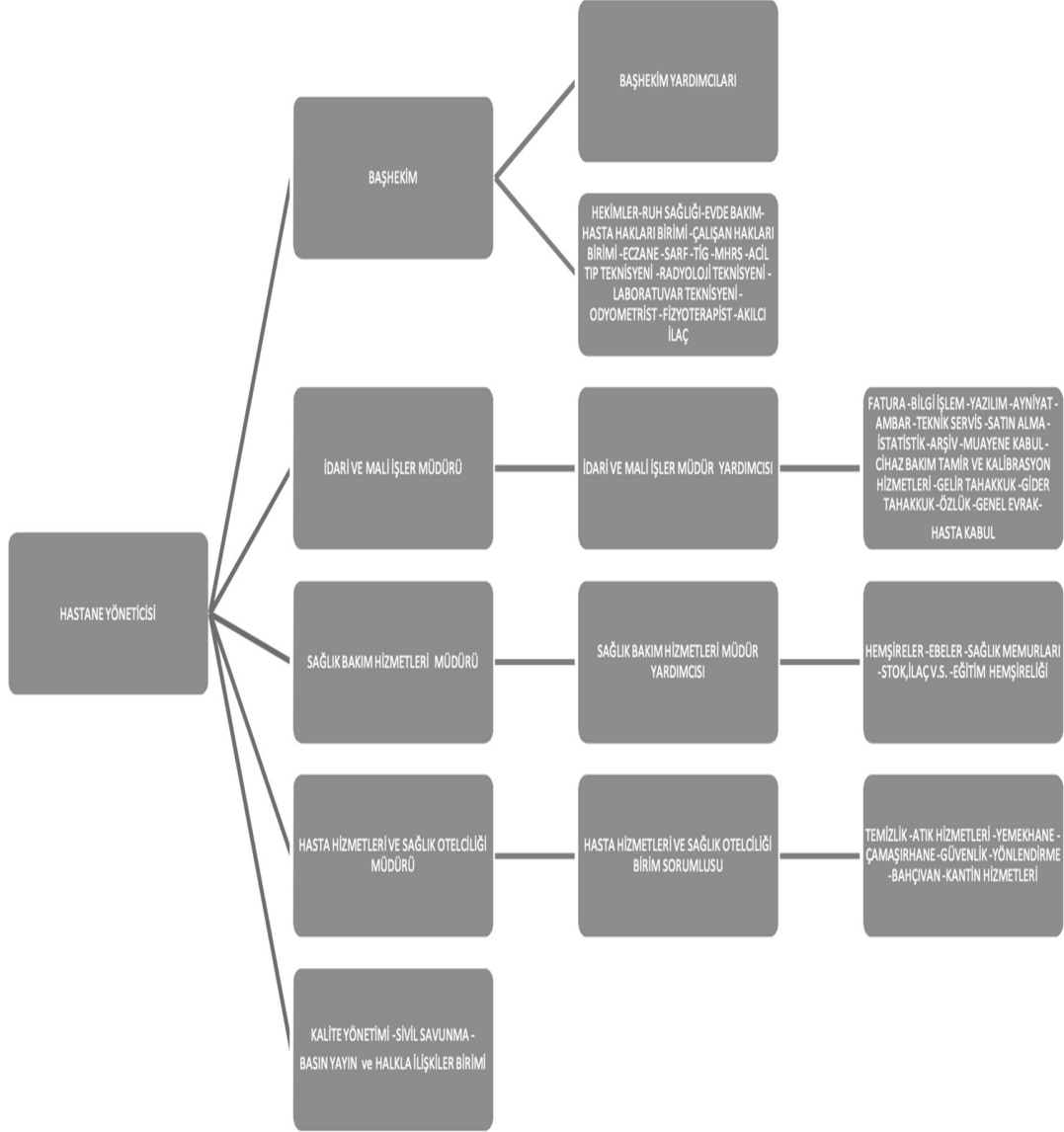


Biriğe bağılı hastaneler hastane yöneticisi tarafından yönetilir. Hastane yöneticisine bağılı olarak başhekimlik, idari ve mali işler ile sağlık bakım hizmetleri müdürlükleri kurulur. Kurum tarafından, birliklerin ve hastanelerin büyüklükleri dikkate alınarak belirlenen hallerde, birlik ve hastanelerdeki yönetim görevleri tek kişiye verilebilir, hastanedeki müdürlüklerin sayısı dörde kadar artırılabilir ve bu durumda görev dağılımları yeniden belirlenir (md. 30/4). Kurumca tespit edilen norm ve

¹⁹³ 663 sayılı KHK. Madde. 30/1-2-3.

standardı aşmamak kaydıyla genel sekreter tarafından belirlenen sayıda başhekim yardımcılıkları ve müdür yardımcılıkları oluşturulur¹⁹⁴.

Hastane Yönetimi Organizasyon Şeması¹⁹⁵.



Türkiye Kamu Hastaneleri Birliği içerisinde 100 tane İl Kamu Hastaneleri Birliği, 500 tane Hastane Yöneticisi, 850 Hastane yapılandırılmıştır. 850 hastane bu yapılanmada yer almıştır, bunun 350 tanesi ortak yönetim ile yönetilecektir. Bu yapılanmada; Kurum Başkanı, Genel Sekreter, Hastane Yöneticisi, Başhekim. Müdür, Müdür ve Başhekim Yardımcıları ve Uzman kadrosunda çalışanlar sözleşmeli olarak

¹⁹⁴ 663 sayılı KHK. Madde. 30/4-5

¹⁹⁵ Sağlık Bakanlığı Kalite Yönetim Direktörlüğü. Kod: YÖN-YD-59. Ocak. 2013

çalışmaktadır. Genel Sekreter, İdari ve Mali Hizmetler Başkanları, Hastane Yöneticisi, Müdür ve Müdür Yardımcısı olabilmek için en az dört yıllık eğitim veren Yüksek Öğretim Kurumları'ndan veya bunlara denkliği Yüksek Öğretim Kurulu'nca kabul edilmiş yurt dışındaki Yüksek Öğretim Kurumları'ndan mezun olmak ve kamu veya özel sektörde, Genel Sekreter için 8 yıl, İdari ve Mali Hizmetler Başkanları, Hastane Yöneticisi ve Müdürler için en az 5 yıl iş tecrübesine sahip olmak şarttır (Md.32/2). Tıbbi Hizmetler Başkanı'nın, tıp alanında doçent veya profesör unvanlı tabip, uzman tabip veya tıp alanında doktora yapmış, tabip veya hukuk, kamu yönetimi, işletme ve sağlık yönetimi alanında lisans, yüksek lisans veya doktora eğitimi almış, tabip; Eğitim ve Araştırma Hastaneleri Başhekiminin eğitim görevlisi tabip veya tıp alanında doçent veya profesör unvanlı tabip; diğer Hastane Başhekimlerinin uzman tabip veya tıp alanında doktora yapmış, tabip veya hukuk, kamu yönetimi, işletme, sağlık yönetimi alanında lisans, yüksek lisans veya doktora eğitimi almış, tabip; yüz yatağın altındaki Hastane Başhekimlerinin tabip; Ağız ve Diş Sağlığı İle İlgili Hastanelerde başhekimin diş hekimi olması; başhekim yardımcılarının ise tıp, diş hekimliği veya eczacılık öğrenimi almış, olması veya lisansüstü eğitim yapmış, olmaları kaydıyla sağlık bilimleri lisansiyeri olması gerekir (md. 32/3). Genel Sekreterlikte uzman olarak istihdam edilecek personelin alanında en az lisans düzeyinde öğrenim görmüş, olması ve kamu veya özel sektörde en az 3 yıl iş tecrübesine sahip olması gerekir (md.32/4)¹⁹⁶.

Kamu Hastane Birlikleri ile ilgili önemli bir nokta da birlik hastanelerinin gruplandırılması ve denetimidir. 663 sayılı KHK'de şöyle belirtilmiştir. *“Madde 34- (1) Hastaneler; tıbbi ve mali kriterler ile kalite, hasta ve çalışan güvenliği ve eğitim kriterleri çerçevesinde kurumca belirlenecek usul ve esaslara göre altı aylık veya bir yıllık sürelerle değerlendirmeye tabi tutulur. Bu değerlendirme, kamu veya özel değerlendirme kuruluşlarına da yaptırılabilir. Değerlendirme sonuçlarına göre hastaneler yukarıdan aşağıya doğru (A), (B), (C), (D) ve (E) şeklinde gruplandırılır. Birliğin grubu, hastanelerinin ağırlıklı ortalamasına göre belirlenir.*

(2) Yapılan değerlendirme sonuçlarına göre birliğin;

a) Grup düşürülmesi,

b) (D) grubunda devralınması halinde, üçüncü değerlendirmede üst gruba çıkarılamaması,

c) (E) grubunda devralınması halinde, ikinci değerlendirmede üst gruba çıkarılamaması,

ç) Bünyesindeki hastanelerden birinin ard arda yapılan iki değerlendirmede de grup düşürülmesi,

¹⁹⁶ 663 sayılı KHK. Madde. 32/2-3-4

d) (E) grubu hastane ile devralınması halinde, ikinci değerlendirmede bu hastanenin bir üst gruba çıkarılamaması, hallerinde kurumca Genel Sekreterin görevine son verilir. Bu fıkranın (A), (B) ve (C) bentlerinde sayılan hallerin hastane ölçeğinde gerçekleşmesi durumunda ise, Genel Sekreterce Hastane Yöneticisinin görevine son verilir.

(3) Yapılan değerlendirmeler sonucu belirlenen birliklerin ağırlıklı ortalaması, Kurum Başkanının performansının ölçülmesinde esas alınır.”

Yukarda da belirtildiği gibi; grup düşürülmesi veya grup yükseltilmemesi durumunda Genel Sekreter ve Hastane Yöneticisinin görevine son verileceği söylenmektedir. Ancak 02.01.2014 tarihli Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname İle Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun'un 3. Maddesi'nde, 663 sayılı KHK'nın 32. Maddesi'nin 5. fıkrasına “Genel Sekreter, başkan ve hastane yöneticisinin sözleşmeleri Bakan tarafından yapılır. Başhekim, başhekim yardımcısı, müdür, müdür yardımcısı, uzman personel ve büro görevlilerinin sözleşmeleri Kurum Başkanı tarafından yapılır. Bakan ve Kurum Başkanı bu yetkilerini kısmen veya tamamen alt kademelere devredebilir.” denilerek önceden Genel Sekreter ve Hastane Yöneticisine verilen çalışacağı yönetim kadrosunu seçme hakkı ellerinden alınmıştır. Bu durum belirleyemedikleri yönetim kadrolarının da ortak olduğu başarısızlığın nedenin sadece Genel sekreter ve Hastane Yöneticisi olduğu düşünülerek görevden alınmaları adil değildir. Genel Sekreter ve Hastane Yöneticisi adil olmayan bu durum nedeniyle kendilerini baskı altında hissederek hataya itilecek ve başarısız olmalarına neden olunacaktır.

2.1.4. Sağlık Bakanlığı Teşkilatının Yeni Yapılanmasının Sonuçları.

Dönüşümle birlikte, Bakanlık merkez ve taşra teşkilatında önemli değişiklikler yapılmıştır. Merkez teşkilatındaki en önemli değişim, Bakanlık bünyesinde hizmet üretme ve sunumu işlevleri verilen yeni bağlı kuruluşların oluşturulmasıdır. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye İlaç ve Tıbbî Cihaz Kurumu ile Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü olmak üzere dört temel kurum, bağlı kuruluşlar içerisinde sayılmıştır. Bakanlık merkez teşkilatındaki yapılanmaya paralel olarak taşra teşkilatı da Kamu Hastane Birlikleri, Halk Sağlığı Müdürlükleri, Hudut ve Sahiller Sağlık Müdürlüğü ile İl ve İlçe Sağlık Müdürlükleri şeklinde yeniden yapılandırılmıştır.

Kamu Hastane Birlikleri Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu'nun, Halk Sağlığı Müdürlükleri ise Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'nun taşra teşkilatı olarak oluşturulmuştur. Sağlık Bakanlığı'nın doğrudan taşra teşkilatı ise eski yapıda olduğu üzere İl ve İlçe

Sağlık Müdürlükleri olarak belirtilmiştir. Ayrıca İlçe Sağlık Müdürlüklerinin oluşturulmadığı yerlerde İlçe Sağlık Grup Başkanlıklarının kurulması kararlaştırılmıştır.

Sağlık Bakanlığı'nın taşra teşkilatının yeni yapılanması; örgüt yapısı, hizmet sunumu ve personel rejimi açısından bir önceki yapıya göre farklılıklar taşımaktadır¹⁹⁷. Yeni yapılanma ile;

- Sağlık Bakanlığı, merkezi düzeyde politika belirleyen ve denetleyen bir role sahip olmakta; bağlı kuruluşlar ve onların taşra birimleri tedavi edici ve koruyucu sağlık hizmetlerinin sunumundan, İl Sağlık Müdürlükleri ise taşrada sunulan sağlık hizmetlerinin koordinasyonundan ve mevcut durumun Bakanlığa rapor edilmesinden sorumlu tutulmaktadır.

- Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatında yeni bağlı kuruluşlar oluşturulmuş; bu bağlı kuruluşların taşra birimlerini kurabilmeleri sağlanmış ve mevcut taşra yapılanması (İl ve İlçe Sağlık Müdürlükleri), görev alanı daraltılarak korunmuştur.

- Kamu Hastane Birlikleri, 2007 tarihli yasa tasarısında kamu tüzel kişiliğine sahip, özerk ve Bakanlıkla ilgili kuruluş statüsünde iken; 2011 tarihli KHK ile tüzel kişiliğe sahip olmayan, idari ve mali özerkliği bulunmayan, Bakanlık merkez teşkilatında bağlı kuruluş statüsünde oluşturulan Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu'nun taşra teşkilatı şeklinde hukuki varlık kazanmıştır.

- Sağlık Bakanlığı, Kamu Hastane Birlikleri ile hizmet sunumunda kaliteyi, müşteri memnuniyetini ve verimliliği esas alan bir işletme anlayışını oluşturmaya çalışmıştır.

- Sağlık Bakanlığı, Kamu Hastane Birliklerini performans açısından denetlemektedir.

- Sağlık Bakanlığı, yeni yapılanma ile profesyonel yöneticilik ve sözleşmeli personel statüsünü ön plana çıkarmıştır.

- 663 sayılı KHK ile İl Sağlık Müdürlüğü'nün yetkileri ve teşkilat yapısı daraltılmış, Kamu Hastane Birliği ve Halk Sağlığı Müdürlüğü ile diğer birimler arasında koordinasyonu ve iletişimi sağlama ve sağlık hizmetlerindeki mevcut durumu tespit ederek rapor etme görevi üstlenmiştir. Bu durum, uygulamada problemler oluşturma olasılığını beraberinde getirdiği için 4.7.2013 tarihli Bakanlık ve Bağlı Kuruluşların Taşra Teşkilatlarının İşleyişi Hakkında Genelge ile İl Sağlık Müdürlüğüne, kalite, hasta hakları ve hasta memnuniyeti gibi konularda tüm sağlık kurum ve kuruluşlarını denetleme görev ve sorumluluğu verilerek, İl Sağlık Müdürlüğü'nün yetkileri biraz daha genişletilmiştir.

¹⁹⁷ Sosyal Bilimler Dergisi. Cilt: XV. Sayı 2. 2013. Doç. Dr. Mehmet Aktel. Doç. Dr. Yakup Altan. Doç. Dr. Uysal Kerman. Öğr. Gör. Erdal Eke. Türkiye'de Sağlık Politikalarının Dönüşümü: Sağlık Bakanlığı'nın Taşra Örgütlenmesi Üzerinden Bir Analiz. s. 25-26.

• 663 sayılı KHK doğrultusunda Kamu Hastane Birliği genel sekreteri, Halk Sağlığı M¼d¼r¼ ve İl Sağlık M¼d¼r¼ arasında hiyerarşik bir bağlantı oluşturulmamıştır. 4.7.2013 tarihli Bakanlık ve Bağlı Kuruluşların Taşra Teşkilatlarının İşleyişi Hakkında Genelgede, İl Sağlık M¼d¼r¼n¼n, İl protokol¼nde Halk Sağlığı M¼d¼r¼ ve Kamu Hastaneler Birliği genel sekreterinden daha ¼n sırada yer aldığı ifade edilerek, taşra teşkilatı birimleri arasında hiyerarşik a¼ıdan doğabilecek problemler bertaraf edilmiştir.

• 663 sayılı KHK gereğince Kamu Hastane Birliklerinin doğrudan Sağlık Bakanlığı ile yazışma yapabilmesi, Vali'nin hiyerarşik rol¼n¼n sorgulanmasına yol a¼maktadır. Vali, Hastane Birliği Genel Sekreteri'nin disiplin amiri pozisyonunda olmasına rağmen mevzuat gereği etkin bir m¼dahale hakkına sahip değildir. Bu durumla ilgili olarak da 4.7.2013 tarihli Bakanlık ve Bağlı Kuruluşların Taşra Teşkilatlarının İşleyişi Hakkında Genelgede, Sağlık Bakanlığı'nın ve bağlı kuruluşlarının taşra teşkilatlarının en ¼st y¼neticilerinin g¼rev alanlarıyla ilgili olarak İl d¼zeyinde Valiye karşı sorumlu oldukları belirtilmiş, Halk Sağlığı M¼d¼rleri ve Genel Sekreterlerin, Vali ve Merkez Teşkilatı ile ilişkilerini, İl Sağlık M¼d¼r¼ ¼zerinden y¼r¼tmeleri istenmiştir.

Sağlık Bakanlığı'nın yeni taşra ¼rg¼tlenmesinin etkin ve verimli bir şekilde isleyebilmesi i¼in Kamu Hastane Birliği Genel Sekreteri, Halk Sağlığı M¼d¼r¼ ve İl Sağlık M¼d¼r¼'n¼n arasındaki iletişim ve koordinasyonun aksamaması gerekmektedir. 663 sayılı KHK ile oluşturulan yeni taşra teşkilat yapısı, merkezizet¼iliđin sakıncalarını hafifletecek ¼alıřmalar olarak değerlendirilebilir. Ancak oluşturulan yapı ile sağlıkta d¼n¼ř¼m programının hedefleri arasında ¼nemli bir yer tutan desantralizasyon ger¼ekleřtirilememiřtir.

2.1.5. Sağlık Bakanlığı Eski Ve Yeni Teşkilat Karřılařtırması¹⁹⁸

663 sayılı KHK y¼r¼rl¼đe girdikten sonra eski yapılanmadaki birimler yeni yapılanmada merkez teşkilatına ve bağlı kuruluşlara dağıtılmıştır.

T¼rkiye Halk Sağlığı Kurumu'nun ¼nceki Yapıdan Devir Aldığı Birimler.

- Dr. Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı.
- Temel Sağlık Hizmetleri Genel M¼d¼rl¼đ¼.
- A¼SAP Genel M¼d¼rl¼đ¼.
- Verem-Savaş Daire Başkanlığı.
- Sıtma-Savaş Daire Başkanlığı.
- Kanser Savaş Daire Başkanlığı.

¹⁹⁸ Sağlık Bakanlığı'nın Yeni Organizasyon Yapısındaki Birimlerle Yazışma Yapacak Kurumlar İ¼in Bilgilendirme Sunumu. (Sağlık Bakanlığı resmi sitesinden alınmıştır.)

Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu'nun Devraldığı Görevler ve Bağılı Birimler.

• **Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü.**

- Toplum Temelli ve Özellikli Sağlık Hizmetleri.
- Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri.
- Bölge Tabanlı Sağlık Hizmetleri.
- Tıbbi Ürün ve Hizmet Alımları.
- Sağlık Hizmetleri ve Kalite Gözlem Hizmetleri.
- Hasta Hakları, Hasta ve Çalışan Güvenliği Hizmetleri.
- Hasta Hizmetleri ve Sağlık Otelciliği Uygulama Hizmetleri.
- Performans İzleme. Değerlendirme ve Geliştirme Hizmetleri.
- Sağlık Hizmetleri İzleme Hizmetleri.
- Kurumsal Verimlilik ve Analiz Hizmetleri.
- Eğitim Hizmetleri.
- Bilgi Sistemleri ve Yönetimi.
- Merkezi Satın Alma.
- Hastane Yatırımlarını İzleme ve Koordinasyon.
- İnsan Kaynakları Planlama.

• **Strateji Geliştirme Başkanlığı.**

- Mali Analiz.
- Stok Analizi ve Kontrol.
- Döner Sermaye Bütçe ve Muhasebe Uygulamaları.
- Tedarik Yöntemleri Düzenleme.
- Maliyetlendirme ve Fiyatlandırma.
- Gelirleri Değerlendirme ve Düzenleme.
- Finansal İzleme.

• **Personel Genel Müdürlüğü.**

- Doktor Atama.
- Hekim Dışı Personel.
- Özlük İşleri.
- Yönetici ve Sözleşmeli Personel.

Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'nun Devraldığı Birimler ve Görevler.

• **İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü.**

- Kalite Kontrol Dairesi Başkanlığı.
- Farmako-Ekonomi Dairesi Başkanlığı.
- Ruhsatlandırma Dairesi Başkanlığı.
- Klinik araştırmalar ve İlaç Güvenliği Dairesi Başkanlığı.

- Bilgi İşlem ve Standartlar Dairesi Başkanlığı.
- İdari İşler Dairesi Başkanlığı.
- Tıbbi Cihaz Dairesi Başkanlığı.
- Biyolojik Ürünler, Enteral Beslenme ve Tıbbi Mamalar Daire Başkanlığı.
- Uyuşturucu, Psikotrop Maddeler ve İktisadi Etütler Daire Başkanlığı.
- Mevzuat, Fiyat ve Etüd Dairesi Başkanlığı.
- Piyasa Gözetimi ve Denetimi Dairesi Başkanlığı.
- **Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı.**
- İlaç ve Kozmetikler Araştırma Müdürlüğü.
- Biyolojik Ürünler Kontrol ve Araştırma Müdürlüğü.
- Kan Ürünleri Üretim ve Araştırma Müdürlüğü.
- Gölbaşı Tıbbi Cihaz ve Deney Hayvanları Laboratuvarları.
- **Teftiş Kurulu Başkanlığı.**
- GMP Denetimleri.

Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün Devraldığı Görevler ve Bağlı Olduğu

Birimler.

- **Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü.**
- Organ Doku Hücre Nakli Hizmetleri.
- Diyaliz Hizmetleri.
- Laboratuvar Hizmetleri.
- Kan Hizmetleri.
- Sağlık Turizmi Hizmetleri.
- Alkol ve Madde Bağımlılığı Hizmetleri.
- Hasta Hakları, Hasta ve Çalışan Güvenliği.
- Sosyal Hizmetler.
- Yurtdışı Sevkler.
- Evde Sağlık Hizmetleri.
- Klasik Tıp Dışı Uygulamalar.
- Özellikli Sağlık Hizmetleri Planlama.
- Özel Tanı ve Tedavi Merkezleri Ruhsat ve Faaliyet.
- Özel Hastaneler Ruhsatlandırma ve Faaliyet Hizmetleri.
- Özel Sağlık Tesisleri Denetim ve Değerlendirme.
- Sağlık Kurum ve Kuruluşları Denetim Değerlendirme.
- Ağız ve Diş Sağlığı Ruhsatlandırma ve Yardımcı Hizmetler.
- İnsan Kaynakları.
- Sağlık Yatırımı Planlama.

- Sağlıkta Kaliteyi Geliştirme.
- Sosyal Güvenlik Uygulamaları.
- Tanı İlişkili Gruplar.
- İstatistik ve Analiz.
- **Personel Genel Müdürlüğü.**
- Kura ve Toplu İşlemler Şubesi.
- **Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü.**
- Yüksek Sağlık Şurası Sekreteryası.
- TUK Sekreteryası.
- **Tıpta Uzmanlık Eğitimi Daire Başkanlığı.**
- Tıpta Uzmanlık Eğitimi Personeli Őb. Md.
- Ana Dal Uzmanlık Eğitimi Őb. Md.
- Yan Dal Uzmanlık Eğitimi Őb. Md.
- Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurumları ve Akreditasyon Őb. Md.
- Tıpta Uzmanlık Eğt. Prog. Mevzuat Őb. Md.
- Tıpta Uzmanlık Kurulu Sekreteryası.
- **Sağlık Meslek Standartları Daire Başkanlığı.**
- Hek. Diş Hek. Ecz. Meslek Standartları Őb. Md.
- Hemşire Ebe Sağ. Mem. Meslek Stand. Őb. Md.
- Sağlık Tek. Tekn. Diğ. Planlama Őb. Md.
- **Sağlık İnsan Gücü Planlaması Daire Başkanlığı.**
- Hekim Diş hekim Ecz. Planlama Őb. Md.
- Hemşire Ebe Sağ. Mem. Planlama Őb. Md.
- Sağlık Teknikeri, Tekns. ve Diğer Sağlık Pers. Plan. Őb. Md.
- **Hizmet İçi Eğitim ve Sertifikasyon Daire Başkanlığı.**
- Hizmet İçi Eğitim Őb. Md.
- Sertifika Eğitim ve Sertifikasyon Őb. Md.
- Eğitim Araçları ve Yayın Őb. Md.
- **Sağlık Mesleki Eğitim Daire Başkanlığı.**
- Tıpta Uzmanlık Eğitimi Denklik İşlemleri.
- Tıpta Uzmanlık Belgeleri Tescil İşlemleri Őb. Md.
- Mesleki Uygulamalar Őb. Md.

Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün Devraldığı Görevler ve Bağlı Olduğu Birimler.

- **Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü.**
- Acil ve Afetlerde Sağlık Hizmetleri Daire Başkanlığı.

- **Refik Saydam Hıfzıssıhha Başkanlığı.**
- Zehir Danışma.
- **Hudut ve Sahiller Genel Müdürlüğü.**
- Deniz Ambulans Hizmetleri.

Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü'nün Devraldığı Görevler ve Bağlı Olduğu

Birimler.

- **Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı.**
- **Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü.**
- **Dış İlişkiler ve Avrupa Birliği Genel Müdürlüğü.**

Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü'nün Devraldığı Görevler ve Bağlı Olduğu

Birimler.

- **Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı.**
- **İnşaat Onarım Daire Başkanlığı.**

Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün Devraldığı Görevler ve Bağlı Olduğu

Birimler.

- **Personel Genel Müdürlüğü.**
- Doktor, Diğer Sağlık Personeli, İdari Personel, Teknik Personel ve Yönetici.
- Atama ve Nakil İşlemleri.
- Sözleşmeli ve İşçi İşlemleri.
- Sınav İşleri.
- Sicil, Terfi, Disiplin, Kadro ve Emeklilik İşlemleri.
- Mal Bildirimleri Takip.
- İdari Davalar Takip.
- Sendikal İşlemler.
- Sivil Savunma, Seferberlik ve Askerlik Tehir İşlemleri.
- Personel Planlama.
- İnsan Kaynakları Politikaları Geliştirme.
- **İdari ve Mali İşler Daire Başkanlığı.**
- İç Hizmetler.
- Sosyal Hizmetler.
- Genel/Birim Arşiv.
- Ulaştırma Araçları.
- İç Kontrol ve Bilgi Edinme.
- Hekimevi Müdürlüğü.

- Güvenlik Hizmetleri.
- Genel/Birim Evrak.
- Teknik İşler.
- Daire Tabipliği.
- Yalova Termal Kaplıcaları İşletmesi
- **Personel Genel müdürlüğü İdari ve Mali İşler Daire Başkanlığı.**
- Satın Alma ve İhale.
- Tahakkuk.
- Bütçe.
- Muayene Kabul.
- Taşınır Kayıt Kontrol.

Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü'nün Devraldığı Görevler ve Bağlı

Olduğu Birimler.

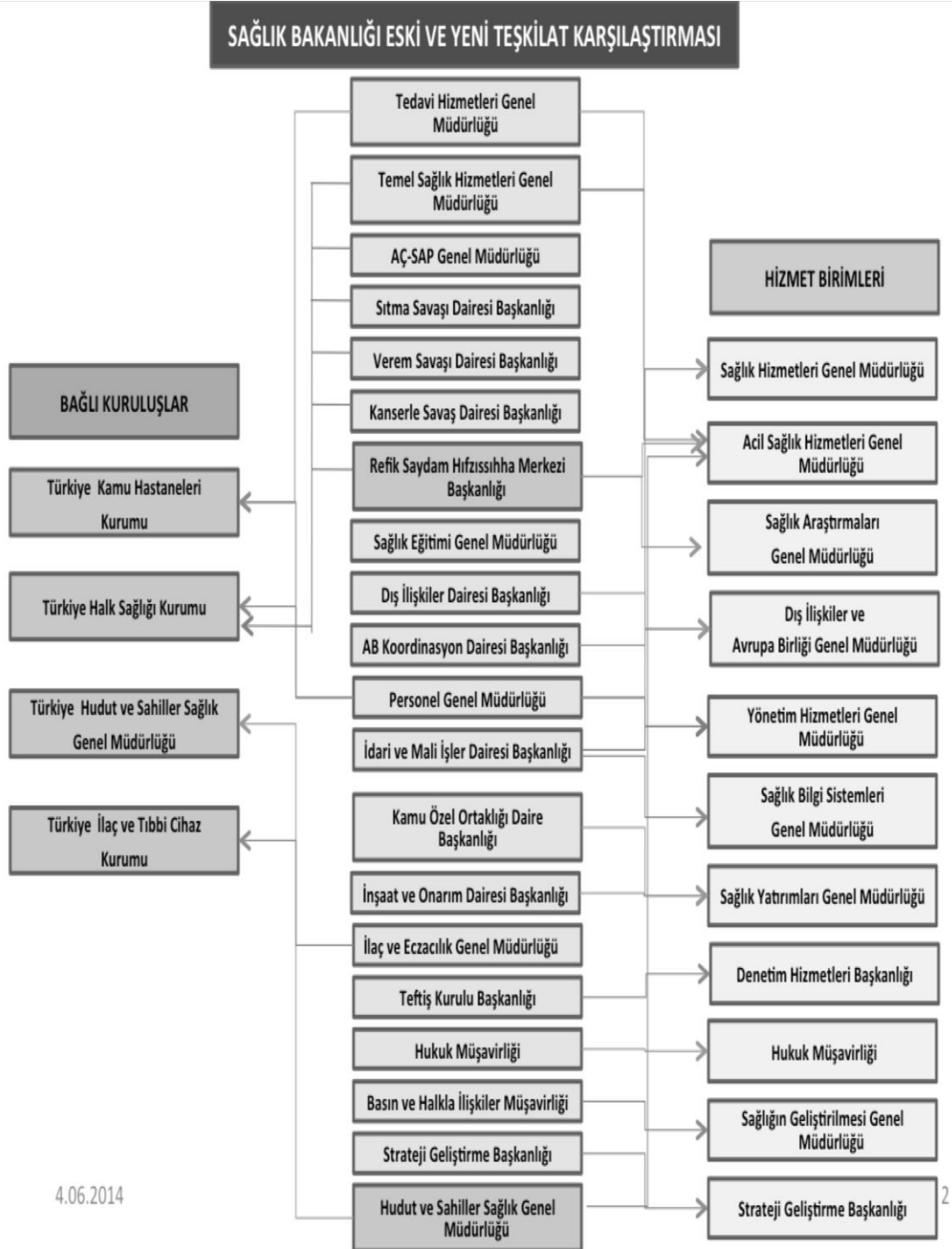
- **İdari ve Mali İşler Başkanlığı.**
- Bilişim Projeleri Koordinatörlüğü.
- Sistem ve Ağ Yönetimi Şubesi.
- Uygulama Geliştirme Şubesi.
- Bilişim Altyapı ve Donanım Destek Şubesi.
- Veri Tabanı Yönetimi Şubesi.
- **Projeler Koordinatörlüğü.**
- E-Sağlık Şubesi.
- ÇKYS Şubesi.
- Karar Destek Sistemleri Şubesi.
- Projeler Şubesi.
- **Çağrı Merkezleri ve İletişim Koordinatörlüğü.**
- MHRS Şubesi.
- Bilgi Güvenliği ve Eğitim Şubesi.

Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü'nün Devraldığı Görevler ve Bağlı

Olduğu Birimler.

- **Sağlık Bakanlığı Halkla İlişkiler Koordinatörlüğü.**
- Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi (SABİM).
- Başbakanlık İletişim Merkezi (BİMER).
- Sağlıkta Buluşma Noktası (SBN).
- Sağlık İletişimi Kampanyaları.
- **TSHGM Tütün Dairesi.**
- Sigara Bırakma Hattı (171).
- **TSHGM Sağlığın Teşviki ve İyileştirilmesi Daire Başkanlığı.**

- Sağlık İletişimi Şubesi.
- Ulusal ve Uluslararası Programlar Koordinasyon Şubesi.
- Tarama Programları ve Araştırmalar Şubesi.
- **İdari ve Mali İşler Daire Başkanlığı.**
- Bilgi Edinme Birimi.
- **Bakan Danışmanları**



2.2. SAĞLIK PERSONELİ GÖREV TANIMLARI¹⁹⁹.

Belli amaçların gerçekleştirilmesi için örgütlenmiş sistemlerin en önemli ögesi, sistemi işler duruma getirecek olan insandır. Bu yüzden, insanın yapacağı görevlerin; kullanacağı yetkilerin; görevlerin yerine getirilmemesi ya da yetkilerin iyi kullanılmaması durumunda doğabilecek zararlara ilişkin sorumlulukların; rapor ve hesap verilmesi gereken üst makamların; açık seçik belirlenmesi yönetimin önde gelen koşullarındandır. Bu nedenle, belirli bir görevin kapsadığı işler, görevi yerine getirecek olan elemanın yetkileri, sorumluluklarının boyutları, mesleki ve özel nitelikleri görev tanımı adı altında toplanır. Verdikleri hizmetlerin özelliğine ve hizmetleri verenlerin çeşitli mesleklerden oluşuna bağlı olarak çok karmaşık bir örgüt yapısına sahip olan hastanelerde; görev, yetki ve sorumlulukların belirsizliği geriye dönüşü olmayan hatalara ve personel arası sürtüşmelere yol açabileceğinden görev tanımı bu kurumlar için daha büyük önem taşımaktadır.

Bilgilerin görev tanımı formatında yazılı duruma getirildiği aşamada, doğruluk, günün gereksinim ve koşullarına uygunluk ve gerçekçilik son derecede önemli temel niteliklerdir. Ancak, tanımlara dinamizm kazandırılması; bunların görev sahiplerine açıklanması, benimsetilmesi, denetimlerin bu doğrultuda yapılması ve çeşitli mesleklerin temsilcileri olan sağlık ekibi üyelerinin birbirlerinin görev yetki ve sorumlulukları hakkında bilgilendirilmesi koşuluna bağlıdır. Yönetimde son derecede önemli bir yere sahip olan görev tanımlarının aynı zamanda; personelin örgün ve sürekli eğitimini yönlendirme, personeli seçme, işe yerleştirme ve alıştırma, denetleme ve değerlendirmede kriter oluşturma gibi diğer işlevleri de vardır. Ayrıca görev, yetki ve sorumluluklar tüm ekip üyelerince bilindiğinden, bunların yanlış ellere geçmesini ve üyeler arası gereksiz beklentilerden kaynaklanabilecek sürtüşmeleri önleyici bir rolü de bulunmaktadır²⁰⁰.

AB Mevzuatına Uyum ve Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde;

- Hizmetin kalitesini artırmak,
- Sağlık hizmetlerinin standartlarını belirlemek,
- Hizmet kapasitesini artırmak,
- Sağlık hizmetlerine en üst düzeyde katılım sağlamak,
- Sağlık bakım etkinliklerini kayıt altına almak,

¹⁹⁹ 663 sayılı KHK.

²⁰⁰ Medimagazin. Görev Tanımları. Prof. Dr. Gülten Uyer. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Emekli Öğretim Üyesi. 21 Nisan 2003.

- Kaynakların verimli ve etkili bir şekilde kullanımını sağlamak,
- Sağlık meslekleri ile işbirliği yaparak sağlık ile ilgili her düzeydeki planlama ve politikaların oluşturulmasında yer almak,
- Yönetim görevlerine kariyer ve liyakat esaslarına uygun olarak atama yapılmasını sağlamak,
- Sağlık personelinin sayı ve nitelik olarak yeterli olup olmadıklarını belirlemek,
- Hasta odaklı ve performansa dayalı yönetim ve hizmet anlayışını oluşturmak,
- Etkinlik, verimlilik, şeffaflık ve hesap verilebilirliği sağlamak

hedeflenmektedir. Bu nedenle 663 sayılı KHK ile yeni yapılanma ve görev tanımları 1219 sayılı Kanun'da yapılan revizyonlarla ve Yataklı Sağlık Kurumları Yönetmeliği ile Kalite Birimleri tarafından görev tanımları yapılmıştır. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile görev tanımları ayrı bir önem kazanmıştır. Çünkü daha önce sağlık sektöründe hekimler lehine oluşturulmuş dikey yapılanma, yerini hekimlik, hemşirelik ve idari hizmetleri eşit statüye getiren yatay yapılanma şekline dönüşmüştür.

2011'de 1219 Sayılı Kanuna eklenen Ek 13. Madde ile Sağlık personelinin görev tanımları ve eğitim standartları belirlenirken, 22 Mayıs 2014 tarihli Resmi Gazetede yayınlanan "Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik" ile Sağlık alanında çalışan sağlık mesleği ve diğer mesleklere mensup kişilerin görev tanımları netleştirilmiştir.

Bu yeni oluşturulan yatay yapılanmaya alışmak bütün meslek grupları açısından önemlidir. Sistemdeki bu değişiklik uygulama sırasında sıkıntılara ve çatışmalara yol açmaktadır. Mevcut durum eğitim ile yetki ile verilen sorumlulukların anlatılması ile aşılacaktır. Bu eğitimlerde ve hazırlanacak mevzuatlarda multidisipliner bir çalışma gerekecektir. Bu çalışma içinde;

YÖK, MEB, Avrupa Birliği Genel Sekreterliği, Adalet Bakanlığı, Dernekler(Hemşirelik Dernekleri), Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü, Personel Genel Müdürlüğü, AÇSAP Genel Müdürlüğü, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Avrupa Birliği Daire Başkanlığı, Hukuk Müşavirliği, Birlikler (Türk Tabipler Birliği, Türk Diş Hekimleri Birliği) bulunmalıdır.

2.2.1. Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı Görevleri

2 Kasım 2011 tarihli Resmi Gazete' de yayımlanarak yürürlüğe giren 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin amacı; Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarının teşkilat, görev, yetki ve sorumluluklarını düzenlemektir (Madde-1).

Bakanlığın görevi; herkesin bedeni, zihni ve sosyal bakımdan tam bir iyilik hali içinde hayatını sürdürmesini sağlamaktır (madde-2/1). Bu görevi yerine getirebilmek için teşkilatlanan Sağlık Bakanlığı; Bakanlık Merkez, Taşra Teşkilatı Ve Bağlı Kuruluşlardan oluşmaktadır (madde-3/1). Bakanlık Teşkilatının en üst amiri olan Bakan, Bakanlık icraatından ve emri altındakilerin faaliyet ve işlemlerinden Başbakan'a karşı sorumlu olup aşağıdaki görev, yetki ve sorumluluklara sahiptir:

- Bakanlığı, Anayasa'ya, Kanunlara, Hükümet Programına Ve Bakanlar Kurulunca belirlenen politika ve stratejilere uygun olarak yönetmek.

- Bakanlığın görev alanına giren konularda politika ve stratejiler geliştirmek, bunlara uygun olarak yıllık amaç ve hedefler oluşturmak, performans ölçütleri belirlemek, Bakanlık bütçesini hazırlamak, gerekli kanuni ve idari düzenleme çalışmalarını yapmak, belirlenen stratejiler, amaçlar ve performans ölçütleri doğrultusunda uygulamayı koordine etmek, izlemek ve değerlendirmek,

- Bakanlık faaliyetlerini ve işlemlerini denetlemek, yönetim sistemlerini gözden geçirmek, teşkilat yapısı ve yönetim süreçlerinin etkililiğini gözetmek ve yönetimin geliştirilmesini sağlamak.

- Faaliyet alanına giren konularda diğer Bakanlıklar ile kamu kurum ve kuruluşları arasında işbirliği ve koordinasyonu sağlamak (madde-4).

Müsteşar, Bakandan sonra gelen en üst düzey kamu görevlisi olup bakanlık hizmetlerinin yürütülmesinden bakana karşı sorumludur. Bakanlık hizmetlerini, Bakan adına ve onun emir ve yönlendirmesi doğrultusunda, mevzuat hükümlerine, Bakanlığın amaç ve politikaları ile stratejik planına uygun olarak düzenler ve yürütür. Bu amaçla, Bakanlık birimlerine gereken emirleri verir, Müsteşara yardımcı olmak üzere beş müsteşar yardımcısı görevlendirilebilir.

Sağlık Politikaları Kurulu; Bakanlığın sağlık sistemi yönetimi ve politika belirleme ile ilgili temel görevlerini yerine getirmek üzere görevlendirilen on bir üye ile müsteşar ve müsteşar yardımcılarında meydana gelir. Kurul üyeleri bakan tarafından görevlendirilir. Görev süresi iki yıldır.

Bakanlığın 12 hizmet birimi vardır. bu birimlerin görevleri şunlardır:

Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

- Sağlık insan gücü planlaması yapmak,
- Sağlık hizmetlerinin ücret tarifelerini belirlemek,
- Sağlık meslek mensuplarının hizmet içi eğitimlerini yapmak,
- Hasta hakları ile hasta ve çalışan güvenliğine yönelik düzenleme yapmak.
- Tıpta Uzmanlık Eğitimi ile ilgili iş ve işlemleri yürütmek.
- Sağlık meslek mensuplarının tescil işlemlerini yapmak,

Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü

- Kişisel sağlık verileri ile ilgili bilgi sistemleri ve projeleri yapmak,
- Sağlık bilgi sistemleri ve teknolojileri alanında uluslararası gelişmeleri izlemek,
- Bilişim sistemleri ve iletişim teknolojileri ile ilgili politika, strateji ve standartları belirlemek.

Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü

- Araştırma sonuçlarının yayınlanmasını sağlamak.
- Sağlık istatistiklerinin derlenmesini sağlamak,
- Sağlık alanındaki gelişmelerle ilgili yayınları takip etmek.

Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü

- Sağlık yapılarının standartlarını belirlemek,
- Taşınmazların kamulaştırma işlemlerini yürütmek.
- İhtiyaç olan tesislerin yapımını gerçekleştirmek.

Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

- Afetlerde ve acil durumlarda sağlık hizmetlerini planlamak ve yürütmek.
- Hastane öncesi acil sağlık hizmetlerine ait birimleri kurmak ve işletmek,
- Kara, hava ve deniz ambulanslarının temin, tahsis, sevk ve idaresini sağlamak.

Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü

- Sağlığın teşviki ve geliştirilmesine yönelik bilimsel çalışmalar yapmak,
- Bakanlığın basın ve halkla ilişkilerini yürütmek.
- Bakanlığın bilgi edinme hizmetlerini yürütmek.

Dış İlişkiler Ve Avrupa Birliği Genel Müdürlüğü

- İkili ve çok taraflı anlaşma ve sözleşmelere ilişkin işlemleri yürütmek.
- Bakanlığın yurtdışına yönelik iş ve işlemlerini yürütmek.
- Avrupa Birliği ile ilişkileri yürütmek.

Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü

- Bakanlık personelinin atama, nakil, terfi, emeklilik işlemlerini yürütmek.
- Genel evrak ve arşiv faaliyetlerini düzenlemek ve yürütmek.
- Bakanlık sivil savunma ve seferberlik hizmetlerini planlamak.

Denetim Hizmetleri Başkanlığı

- Denetime ilişkin yöntem ve teknikleri geliştirmek,
- Bakanlık teşkilatı ile gerektiğinde bağlı kuruluşlarının performans denetimini yapmak.

• Bakanlık teşkilatı ile bağlı kuruluşların iş ve işlemleri hakkında denetim, inceleme ve soruşturma yapmak.

Strateji Geliştirme Başkanlığı

- Bakanlık merkez döner sermaye işletmesince elde edilen gelirler ile döner sermaye muhasebe birimi hesabına aktarılan tutarların tahsisini yapmak.
- Bakanlığın ve bağlı kuruluşların mali kaynaklarının geliştirilmesi, etkili ve verimli bir şekilde kullanılması yönünde araştırmalar yapmak veya yaptırmak ve gerekli tedbirleri almak.

Özel Kalem Müdürlüğü

- Bakanın çalışma programını düzenlemek.
- Bakanın resmi ve özel yazışmalarını yürütmek.
- Bakanın protokol ve tören işlerini düzenlemek ve yürütmek.

Bakanlık Müşavirleri, Bakanlıkta, özel önem ve öncelik taşıyan konularda Bakan'a yardımcı olmak üzere otuz Bakanlık Müşaviri atanabilir.

Yüksek Sağlık Şurası, sağlık meslek mensuplarının mesleklerini icra ederken ortaya çıkan adli konularda mahkemelere görüş verir. İdari soruşturmacılar ve uzlaşma komisyonları için bilirkişi listesi belirler. On beş üyeden oluşur. On üçü Bakan tarafından seçilir. Müsteşar veya görevlendireceği Müsteşar Yardımcısı İle I. Hukuk Müşaviri veya görevlendireceği Hukuk Müşaviri, şuranın doğal üyesidir. Şura üyelerinin görev süresi iki yıldır. Yılda en az dört kere toplanır.

Tıpta Uzmanlık Kurulu, tıpta ve dış hekimliğinde uzmanlık eğitimi yapacak eğitim kurumlarına eğitim yetkisi verilmesi ve eğitim yetkisinin kaldırılmasına ilişkin teklifleri karara bağlar. Uzmanlık dallarının rotasyonlarını belirler. Yabancı ülkelerde uzmanlık eğitimi alanların bilimsel değerlendirilmesini yapacak fakülteleri ve eğitim hastanelerini belirler. Tıpta uzmanlık eğitimi ve uzman insan gücü ile ilgili görüşler verir. Kurul, yılda en az iki kez toplanır.

Sağlık Meslekleri Kurulu, sağlık mesleklerinde eğitim müfredatı, mesleki alan ve dal belirlemesi gibi mesleki düzenlemelerde ve istihdam planlamalarında görüş bildirir. Mesleki yeterlilik değerlendirmesi yapar. Mesleki müeyyide uygular. Etik ilkeleri belirler ve uyumu denetler. Sağlık mesleklerinin etik ilkelerini belirlemek. Meslekten geçici veya sürekli men etmeye karar vermek. Sağlık mesleklerinin eğitim müfredatı hakkında görüş bildirmek.

2.2.2. Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı Görevleri

Bakanlığın Taşra Teşkilatı; İllerde kurulan İl Sağlık Müdürlükleri ile ihtiyaca göre İlçelerde kurulan İlçe Sağlık Müdürlüklerinden oluşur. Acil sağlık hizmetleri İl ve İlçe Sağlık Müdürlükleri tarafından yürütülür. İlçe Sağlık Müdürlüğünün kurulmadığı yerlerde Sağlık Grup Başkanlıkları oluşturulabilir. Buradaki görev tanımlamalarını çok detaylı incelemeyeceğiz.

2.2.3. Sağlık Bakanlığı Bağlı Kuruluşları Görevleri

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Görevleri, halk sağlığını korumak ve geliştirmek, birinci basamak sağlık hizmetlerini yürütmek ve halk sağlığını tehdit eden konularda tedbir almaktır.

Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü Görevleri, Uluslararası giriş noktalarında hac, göç veya seyahat gibi toplu nüfus hareketlerinde gerekli sağlık tedbirlerini almak, uluslararası önemi haiz halk sağlığı riski olan ülkelere giden insanlara seyahat sağlığı hizmeti vermek, ulusal ve uluslararası sularda seyir eden gemilere uzaktan sağlık yardımı ve desteği vermek, uluslararası giriş noktalarında yapılması gereken tüm sağlık hizmetleri yürütmektir.

Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu Görevleri, Türk farmakopesini hazırlamak, ilaç, tıbbi cihaz ve ürünlerin piyasa gözetimi ve denetimini yapmak ve ilaç, tıbbi cihaz ve ürünlerle ilgili uyarı sistemlerini kurmaktır.

Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Görevleri, kuruma bağlı hastaneleri, ağız ve diş sağlığı merkezlerini ve benzeri sağlık kuruluşlarını kurmak ve işletmek, kuruma bağlı sağlık kuruluşlarında her türlü koruyucu, teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin yürütülmesini sağlamak, kuruma bağlı sağlık kuruluşlarında hasta haklarına, hasta ve çalışanların sağlığına ve güvenliğine yönelik iyileştirme çalışmaları yapmak.

Kamu Hastaneleri Birliklerinin Kuruluşu

Kurum tarafından, kuruma bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumları, İl düzeyinde kamu hastaneleri birlikleri kurularak işletilir. Birlik teşkilatı, genel sekreterlik ve hastane yöneticiliklerinden oluşur. Genel sekreterlik birliğin en üst karar ve yürütme organıdır. Birliğe bağlı hastaneler hastane yöneticisi tarafından yönetilir.

Genel Sekreterliğin temel görevi şudur: Sağlık tesislerini işletmek, faaliyetlerini izlemek, değerlendirmek ve denetlemek, bu tesislerde her türlü koruyucu, teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin verilmesini sağlamak, iyi uygulama örneklerini yaygınlaştırmak, düzenleme yapmak ve politika oluşturulması maksadıyla kuruma teklifte bulunmaktır.

Genel Sekreterin üç yardımcısı vardır: 1) Tıbbi Hizmetler Başkanı. 2) İdari Hizmetler Başkanı. 3) Mali Hizmetler Başkanı.

Hastane Yöneticisi, hasta ve çalışan hakları, güvenliği, memnuniyeti ile sosyal ihtiyaçlarına yönelik hizmetlerin geliştirilmesinden ve sağlık tesislerinin yönetiminden sorumludur. Hastane yöneticisi kendisine verilen görevin gereği gibi yapılmasından Genel Sekretere karşı sorumludur. Hastane yöneticisine bağlı olanlar; Başhekim, Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü ve İdari ve Mali Hizmetler Müdürü'dür. Başhekim ve Müdürlerin yardımcıları da mevcuttur.

Başhekim, hasta ve çalışan hakları ile güvenliği mevzuatı doğrultusunda, kanıta dayalı tıp, akılcı ilaç kullanımı, tıp etiği ilkeleri esas olmak üzere tıbbi hizmetlerin yürütülmesinden sorumludur.

Hastane içi görev tanımları, 1219 sayılı Kanun, Hemşirelik Kanunu ve Yataklı Tedavi Kurumları Yönetmeliği'nde tanımlanmıştır. Hastanede aynı zamanda kalite standartlarına göre görev tanımları yapılmaktadır. Hastanelerin bu görev tanımlamalarına ve personelin aldığı eğitime uygun görevlendirme yapmaları gerekmektedir.

2.2.4. Sağlıkta İnsan Gücü Planlaması (SİGP)²⁰¹

Sağlıkta insan gücü planlaması (SİGP) coğrafi, ekonomik, sosyal ve kültürel özellikleri tanımlı bir bölgede yaşayan bir toplumun, mevcut sağlık gereksinimlerinden yola çıkarak, bu gereksinimlerin karşılanmasını içeren; kısa, orta

²⁰¹ Türk Tabipleri Birliği Uzmanlık Dernekleri Eşgüdüm Kurulu XII. Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurultayı. Türk Tabipleri Birliği Yayınları.1. Baskı. Kasım. 2006.Ankara. Prof. Dr. Esat Yılmaz. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanı. Sağlıkta İnsan Gücü Planlaması Nasıl Yapılmalı? s. 24-29.

ve uzun vadeli bir süreçte ortaya çıkabilecek diğer gereksinimleri de öngörerek, toplumun sağlık düzeyini iyileştiren maliyet-etkin sağlık hizmetlerini sunabilecek sağlık insan gücünün üretimi, kullanılması ve yönetimi ile ilgili tüm eylemlerin sistematik olarak koordine edilmesi için plan yapmaktır.

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre SİGP; "sağlık için insan gücü geliştirme; insan gücünün planlanması, üretimi ve yönetimidir." ayrıca sağlık çalışanlarının eğitilmesi, istihdam edilmeleri, yeterli ücret almaları ve kariyer gelişimi olanaklarının sağlanması da bu kapsamda değerlendirilmektedir.

SİGP yapılırken olabildiğince çok parametre hakkında karar verilmesi önerilmektedir. Aşağıdaki üç temel kararı üretmek SİGP için hedef olarak gösterilebilir.

- Hangi hizmet gruplarında, hangi yetkinliklere ne düzeyde sahip, kaç kişi, ne zaman sağlanmalı?

- Bu işgücü nasıl dağıtılmalı?

- Hizmet sunumu sırasında nasıl çalışmalılar ve yönetilmeliler?

Sağlık alanında uzun yıllardan beri doğru kadro düzenlemeleri için bir rasyonel yöntem ihtiyacı duyulmaktadır. Önceki dönemlerde, SİGP planlamaları için nüfus oranları kullanılmıştır (her 1000 kişiye düşen doktor ve hemşire sayısı, vb.). Daha sonra, standart kadro programı kullanılmıştır (sağlık evleri, sağlık merkezleri, bölge hastaneleri için sabit modeller, vs.). Bu yöntemlerle bölgesel farklılıklar belirlenemezler. Birçok faktör bölgesel ve bireysel düzeyde hizmet talebini ve dolayısıyla personel ihtiyacını etkiler.

Mevcut personelin fonksiyonel olarak elverişli bir şekilde dağılımının yapılması için; hizmetin kapsamı, yeri/ kurumu ve bu hizmetler için gereken sağlık personeli tipi göz önüne alınmalıdır. Personel istihdamında, personelin en verimli şekilde dağılımı acil bir ihtiyaçtır.

İş yüküne göre personel gereksinimi belirleme işlemi; farklı hizmetler için çalışmanın hızı ve birim zamanı oluşturmaya dayanır. Bu birim zamanlar ve hızlar kalite standartlarını da etkiler. Örneğin: Bir doktor her hastanın muayenesi için 12 dakika ayırmalıdır. Profesyonel standartlar içinde çalışıldığında bir vaka veya bir reçete yazmak için o personele belirli bir süre gerekir. Bu birim zamanlar dikkate alınarak iş yükünün her tipi için (yatan hasta, ayaktan hasta vb.) bir "aktivite standardı" hazırlanır. Bu aktivite standartları (çalışmanın hızı), yıllık iş yüküne çevrilir. Böylece bir işin ne kadarı bir yılda bir kişi tarafından çalışma süresi içinde yapılabileceği bulunabilir. Burada yıllık iş yükü standart iş yükü olarak tanımlanır.

Ülkemizde şu ana kadar başarılı bir sağlıkta insan gücü planlaması yapılamamıştır. Bu başarısızlığın gelecekte de devam etmemesi için aşağıdaki noktaları gözden geçirmekte fayda vardır.

- Sağlık sektörünün giderek artan bir şekilde ekonomi alanının baskısı altına girmesi.

- Uluslararası (IMF, Dünya Bankası, DSÖ, BM vb.) kurumların sürece etkisi.

- Günümüz dünyasındaki küreselleşme nedeniyle kötü kararların doğuracağı geçmişe göre daha yıkıcı sonuçlar.

- Artan bilgi iletişim olanakları.

- Daha iyi planlama yöntem ve araçlarının varlığı.

- Simülasyon yöntemlerinin kullanımı.

- Uzun dönemli stratejik planlamanın önem ve faydası konularında giderek artan farkındalık.

- Planlamanın niteliksel ve sürece dair boyutlarının daha fazla kabulü tüm paydaşların katılımını gerektiriyor.

- Sağlık hizmetleri ve sağlık politikası alanlarına ilgi artışı ve araştırmalar.

- SİGP' in ve sağlık insan gücü yönetiminin önceliğinin farkına varılması.

Bütün bu noktalarda ülkemizin durumu SİGP' nin başarısını olumlu ya da olumsuz etkileyebilir²⁰².

²⁰² Yılgör. s. 24-29.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETİ SUNUMUNDAN KAYNAKLANAN HUKUKİ SORUMLULUK

3.1. SAĞLIK BAKANLIĞI'NIN ÇALIŞMALARI İLE İLGİLİ HUKUKİ MEVZUAT

Türkiye Cumhuriyeti Anayasası' nın 56. maddesi sağlıkla ilgilidir ve şöyle ifade edilmiştir: *“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 sağlama; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimdeki sağlık ve sosyal kurumlardan yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir. Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir.”*

Anayasa tarafından devlete verilen bu görevler, 1983 tarih ve 181 sayılı “Sağlık Bakanlığı'nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname” ile Sağlık Bakanlığı'na verilmiştir.

Bu kararnamenin amacını belirten 1'nci Maddesi aşağıdaki şekildedir:

“Madde 1 - Bu Kanun Hükmünde Kararname'nin amacı, herkesin hayatının beden ve ruh sağlığı içinde devamını sağlamak, ülkenin sağlık şartlarını düzeltmek, fertlerin ve cemiyetin sağlığına zarar veren amillerle mücadele etmek ve halka sağlık hizmetlerini ulaştırmak, sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermelerini temin etmek için Sağlık Bakanlığı'nın kurulmasına, teşkilat ve görevlerine ilişkin esasları düzenlemektir.”

Sağlık Bakanlığı görev alanlarına ilişkin mevzuat (kanunlar ve kanun hükmünde kararnameler) listesi aşağıda verilmiştir²⁰³:

- T.C. Anayasası.
- İdari Yargılama Usulü Kanunu.
- Borçlar Kanunu (madde)
- Türk Ceza Kanunu (madde. 4-21-22-23-26-30-53-83-84-85-86-87-88-89-90-91-92-93-94-95-96-97-98-99-100-101-102-103-104-105-108-109-122-134-135-136-137-138-139-140-157-158-159-172-173-174-175-186-187-190-193-194-195-

²⁰³ Tıp Hukuku. Prof. Dr. Hakan Hakeri. Şeşkin Yayıncılık. 2012- Mayıs 5. Baskı. İstanbul. ss. 43-44-45.

204-205-206-207-208-211-212-231-247-248-249-250-251-252-253-254-255-257-258-259-260-279-280).

• Türk Medeni Kanunu (madde. 6-7-8-9-10-11-12-13-14-15-16-23-28-335-336-337-339-340-342-343-346-347-348-396-397-398-399-400-401-402-403-404-405-406-411-412-413-432-433-434-435-436-437).

• Türk Ticaret Kanunu.

• Hukuk Muhakemeleri Kanunu(madde.1-2-3-4).

• Bilgi Edinme Hakkı Kanunu.

• Dilekçe Hakkının Kullanılması Kanunu.

• 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun.

• 4207 Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun.

• 5324 sayılı Kozmetik Kanunu.

• 5193 sayılı Optisyenlik Hakkında Kanun.

• 5179 sayılı Gıdaların Üretimi, Tüketimi ve Denetlenmesine Dair Kanun Hükmünde Kararnamenin Değiştirilerek Kabulü Hakkında Kanun.

• 4734 sayılı Kamu İhale Kanunu.

• 560 sayılı Gıdaların Üretimi, Tüketimi ve Denetlenmesine Dair Kanun Hükmünde Kararname.

• 3816 sayılı Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanun.

• 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu.

• 3294 sayılı Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Kanunu.

• 3224 sayılı Türk Diş Hekimleri Birliği Kanunu.

• 8351 sayılı Kanslerle Savaş Daire Başkanlığı Kuruluş Kanunu.

• 181 sayılı Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname.

• 2857 sayılı Kan ve Kan Ürünleri Kanunu.

• 2238 sayılı Organ ve Doku Alınması, Saklanması ve Nakli Hakkında Kanun.

• 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun.

• 209 sayılı Döner Sermaye Kanunu.

• 7402 sayılı Sıtmanın İmhası Hakkında Kanun.

• 6643 sayılı Eczacılar Birliği Kanunu.

- 6283 sayılı Hemşirelik Kanunu.
- 6197 sayılı Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kanun.
- 6023 sayılı Türk Tabipleri Birliği Kanunu.
- 7183 sayılı Verem Savaşı Hakkında Kanun.
- 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu.
- 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun.
- 2368 sayılı Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun.
- 767 sayılı Türk Kodeksi Hakkında Kanun.
- 1262 sayılı İspençiyari ve Tıbbi Müstahzarlar Kanunu.
- 2313 sayılı Uyuşturucu Maddeler Murakabesi Kanunu.
- 2219 sayılı Hususi Hastaneler Kanunu.
- 3153 sayılı Radyoloji, Radyom ve Elektrikle Tedavi ve Diğer Fizyoterapi Müesseseleri Kanunu.
- 992 sayılı Şeriri Taharriyat ve Tahlilat Yapılan Bakteriyoloji ve Kimya Laboratuvarları Kanunu.
- 2659 sayılı Adli Tıp Kurumu Kanunu.
- 663 Sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname.
- Biotıp Sözleşmesinin Onaylanmasının Uygun Bulunduğuna Dair Kanun.
- Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi: İnsan Hakları ve Biotıp Sözleşmesi.
- Avrupa'da Hasta Haklarının Geliştirilmesi Bildirgesi.
- Lizbon Hasta Hakları Bildirgesi.
- Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesi.
- Dünya Tabipler Birliği Ötanazi Bildirgesi.
- Dünya Tabipler Birliği'nin Hekim Yardımıyla İntihar İçin Tutumu.
- Dünya Tabipler Birliği'nin Hekim Yardımıyla İntihar İçin Tutumu(Malta Bildirgesi).
- İnsan Hakları Evrensel Beyanamesi.
- Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi.
- Genel Kadınlar ve Genelevlerin Tabi Olacakları Hükümler ve Fuhuş Yüzünden Bulaşan Zührevi Hastalıklarla Mücadele Tüzüğü.
- Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi.

- Özel Hastaneler Tüzüğü.
- Rahim Tahliyesi ve Sterilizasyon Hizmetlerinin Yürütülmesi ve Denetlenmesine İlişkin Tüzük.
- Türk Eczacıları Deontoloji Tüzüğü.
- Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği.
- Adli Tıp Kurumu Kanunu Uygulama Yönetmeliği.
- Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği.
- Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik.
- Beşeri Tıbbi Ürünlerin Sınıflandırılmasına Dair Yönetmelik.
- Beşeri Tıbbi Ürünlerin Güvenliğinin İzlenmesi ve Değerlendirilmesi Hakkında Yönetmelik.
- Ceza Muhakemesinde Beden Muayenesi, Genetik İncelemeler ve Fizik Kimliğin Tespiti Hakkında Yönetmelik.
- Devlet Memurlarının Tedavi Yardımı ve Cenaze Giderleri Yönetmeliği.
- Doktorluk, Hemşirelik, Ebelik, Diş Hekimliği, Veterinerlik, Eczacılık ve Mimarlık Eğitim Programlarının Asgari Eğitim Koşullarının Belirlenmesine Dair Yönetmelik.
- Genetik Hastalıklar Tanı Merkezleri Yönetmeliği.
- Kamu Görevlileri Etik Davranış İlkeleri ile Başvuru Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik.
- Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik.
- Hasta Hakları Yönetmeliği.
- Hemşirelik Yönetmeliği.
- Hudut Kapılarında Uygulanacak Sağlık İşlemleri Hakkında Yönetmelik.
- Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik.
- Devlet Memurlarına Verilecek Hastalık Raporları ile Hastalık ve Refakat İznine İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik.
- Organ ve Doku Nakli Hizmetleri Yönetmeliği.
- Özel Hastaneler Yönetmeliği.
- Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği.
- Türk Tabipleri Birliği Disiplin Yönetmeliği.
- Üremeye Yardımcı Tedavi Uygulamaları ve Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezleri Hakkında Yönetmelik.
- Yakalama, Gözaltına Alma ve İfade Alma Yönetmeliği.

- Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği.
 - Ambulanslar ve Acil Sağlık Araçları ile Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği.
 - Hasta Hakları Genelgesi.
 - Sağlık Bakanlığı Hizmet Kusuru Genelgesi.
 - Ambulans ve Acil Bakım Teknikerleri ile Acil Tıp Teknisyenlerinin Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Tebliğ.
 - Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ.
 - Kompozit Doku Nakli Merkezleri Yönergesi.
 - Hekimlik Meslek Etiği Kuralları.
- Bu başlık altında TCK'da sağlık çalışanlarına özgün suçların bazılarını burada belirtmekte yarar olacaktır²⁰⁴.

- TCK 4- Kanunları Bilmemek Mazeret Sayılmaz.
- TCK 83- Kasten Öldürmenin İhmali Davranışla İşlenmesi.
- TCK 85- Taksirle Öldürme.
- TCK 86-87-88- Adli Rapor Düzenleme Kriterleri.
- TCK 89- Taksirle Yaralama.
- TCK 99- Çocuk Düşürtme.
- TCK 204- Resmi Evrakta Sahtecilik.
- TCK 235- İhaleye Fesat Karıştırma.
- TCK 250- İrtikap.
- TCK 252- Rüşvet.
- TCK 257- Görevi Kötüye Kullanma.
- TCK 158- Kamu Kurumlarını Dolandırma
- TCK 280- Sağlık Mesleği Mensubunun Suçu Bildirmemesi.
- TCK 101- Kısırlaştırma ve Hadımlaştırma.
- TCK 90- İnsan Üzerinde Deney ve Deneme.
- TCK 91- Organ ve Doku Nakli.
- TCK 109- Kişiyi Hürriyetinden Yoksun Kılma.
- TCK 136- Verileri Hukuka Aykırı Verme.
- TCK 231- Çocuğun Soybağını Değiştirme Suçu.
- TCK 259- Kamu Görevlisinin Ticareti Suçu.

²⁰⁴ Tıbbi Müdahaleden Doğan Hukuki ve Cezai Sorumluluk. Hasan Tahsin Gökcan. Seçkin Yayıncılık. Şubat-2013. s. 18.

- TCK 287- Genital Muayene.
- TCK 276- Bilirkişilik Görevinin Yapılmaması.
- TCK 157- İlaçlarla İlgili Dolandırıcılık Eylemleri.
- TCK 94- İşkence ve İşkenceye Ortak Olma.

3.1.1. Kamu Görevlileri Etik Davranış İlkeleri

Kamu Görevlileri Etik Davranış İlkeleri ile Başvuru Usul ve Esasları Hakkında Yönetmeliği'nin 5. Maddesi'nde "*Kamu görevlileri, kamu hizmetlerinin yerine getirilmesinde; sürekli gelişimi, katılımcılığı, saydamlığı, tarafsızlığı, dürüstlüğü, kamu yararını gözetmeyi, hesap verebilirliği, öngörülebilirliği, hizmette yerindeliği ve beyana güveni esas alırlar.*" denilerek kamu hizmetlerinin yerine getirilmesinde nasıl davranmaları gerektiği anlatılmıştır. Sağlık hizmetinde çalışan kamu görevlilerinin de görevlerini yerine getirirken ne kadar etik davrandıkları hep tartışma konusu olmuştur. Bu tartışmaları önlemek ve hizmet alanların gönül rahatlığı içinde olmaları için belirlenen etik kurallara uymak önemli olmaktadır. Yönetmeliğin başlıkları şöyledir²⁰⁵:

1. Halka Hizmet Bilinci.
2. Hizmet Standartlarına Uyma.
3. Amaç ve Misyona Bağlılık.
4. Dürüstlük ve Tarafsızlık.
5. Saygınlık ve Güven.
6. Nezaket ve Saygı.
7. Yetkili Makamlara Bildirim.
8. Çıkar Çatışmasından Kaçınma.
9. Görev ve Yetkilerin Menfaat Sağlamak Amacıyla Kullanılmaması.
10. Hediye Alma ve Menfaat Sağlama Yasağı.
11. Kamu Malları ve Kaynaklarının Kullanımı.
12. Savurganlıktan Kaçınma.
13. Bağlayıcı Açıklamalar ve Gerçek Dışı Beyan.
14. Bilgi Verme, Saydamlık ve Katılımcılık.
15. Yöneticilerin Hesap Verme Sorumluluğu.
16. Eski Kamu Görevlileriyle İlişkiler.
17. Mal Bildiriminde Bulunma.

²⁰⁵ Kamu Görevlileri Etik Davranış İlkeleri ile Başvuru Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik. Resmi Gazete. Tarih: 13/04/2005.No: 25785. (Erişim Tarihi 23.02.2014)

3.2. SİGORTA HUKUKU²⁰⁶.

Hekim ve Diş Hekimlerinin Zorunlu Mesleki Mali Sorumluluk Sigortası 2010 yılında 1219 sayılı kanuna yapılan Ek 12. madde ile belirlenerek yürürlüğe girmiştir. 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun'un Ek madde 12 – (Ek: 21/1/2010-5947/8 md.)'inde; *“kamu sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışan tabipler, diş tabipleri ve tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanlar, tıbbi kötü uygulama nedeniyle kendilerinden talep edilebilecek zararlar ile kurumlarınca kendilerine yapılacak rüculara karşı sigorta yaptırmak zorundadır. Bu sigorta priminin yarısı kendileri tarafından, diğer yarısı döner sermayesi bulunan kurumlarda döner sermayeden, döner sermayesi bulunmayan kurumlarda kurum bütçelerinden ödenir.*

Özel sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışan veya mesleklerini serbest olarak icra eden tabip, diş tabibi ve tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanlar, tıbbi kötü uygulama sebebi ile kişilere verebilecekleri zararlar ile bu sebeple kendilerine yapılacak rücuları karşılamak üzere mesleki mali sorumluluk sigortası yaptırmak zorundadır.

Zorunlu Mesleki Mali Sorumluluk Sigortası, mesleklerini serbest olarak icra edenlerin kendileri, özel sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışanlar için ilgili özel sağlık kurum ve kuruluşları tarafından yaptırılır.

Özel sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışanların sigorta primlerinin yarısı kendileri tarafından, yarısı istihdam edenlerce ödenir. İstihdam edenlerce ilgili sağlık çalışanı için ödenen sigorta primi, hiçbir isim altında ve hiçbir şekilde çalışanın maaş ve sair malî haklarından kesilemez, buna ilişkin hüküm ihtiva eden sözleşme yapılamaz.

Zorunlu sigortalara ilişkin teminat tutarları ile uygulama usul ve esasları Sağlık Bakanlığının görüşü alınarak hazine müsteşarlığınca belirlenir. Bu maddedeki zorunlu sigortalara yaptırmayanlara, mülki idare amirince sigortası yaptırılmayan her kişi için beş bin Türk lirası idari para cezası verilir.” denmiştir.

2011 tarihli Türk Ticaret Kanunu' 1 Temmuz 2012'de yürürlüğe girmesinden sonra, sigorta genel şartları yeni yasaya uyumu sağlamak üzere yeniden düzenlenmiştir²⁰⁷.

²⁰⁶ Resmi Gazete. Sayı:28658. 26.Mayıs.2013. Mesleki Sorumluluk Sigortası Genel Şartları. Yararlanarak konular oluşturulmuştur.

²⁰⁷ Zorunlu Hekim Sorumluluğu Sigortası (Genel Şartlar Şerhi).Dr. İur. Samim Ünan. Sigorta Hukuku Türk Derneği. Kasım 2012. İstanbul.

Her ne kadar kamuda çalışanlara karşı açılan tazminat davaları idareye karşı(Yargıtay Hukuk Genel Kurulu E.2011/4-592, K.2012/25, T.01.02.2012 tarihli kararı) açılmakta ise de çalışanın kusuru oranında çalışana rücu ettirilmesi gerekmektedir. Hekimler ve dış hekimleri oluşabilecek tazminat gerektirecek olumsuz durumlara karşı korunmasına rağmen, diğer sağlık mesleği mensupları böyle bir koruma altında değildir. Mesleki hatalardan kaynaklanan bu zararlardan dolayı hem sağlık mesleği mensuplarının, hem de zarar gören diğer kişilerin kayıplarının maddi olarak karşılanması için zorunlu Mesleki Mali Sorumluluk Sigortası'nın kapsamı hekim dışı sağlık mesleği mensuplarını da kapsayacak şekilde genişletilmelidir.

Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası'nda her bir olay için azami teminat tutarı 400 000 TL'dir. Her durumda sözleşme kapsamında ödenecek tazminat miktarı 1 800 000 TL'yi geçemez. Sigorta primi oluşturulan risk gruplarına göre belirlenmiştir. 1. risk grubu (adli tıp, temel tıp bilimleri, halk sağlığı vb.) 150 TL, 2. risk grubu (pratisyen hekim, aile hekimi, diş hekimi, dermatoloji, fizik-tedavi vb.) 300TL, 3. risk grubu (dahiliye, çocuk hastalıkları, göz, psikiyatri vb.) 500TL, 4. risk grubu (anestezi, acil tıp, beyin cerrahi, kadın-doğum, kalp- damar-göğüs cerrahi vb.) 750TL prim ödemektedir (2014 Mayıs ayı itibarıyla)²⁰⁸.

Sigorta, kişilerin çeşitli olaylar sonucunda karşılaşılabilecekleri zararlara karşı korunması düşüncesine dayanır. Sigorta, ileriye görerek önlem alma ve ortak tehlikelere karşı yardımlaşma düşüncelerinin bir yansımasıdır.

Sigorta sisteminin kurulabilmesi için 6 unsur bir arada olmalıdır²⁰⁹:

- Tehlikeye maruz kalan kişilerden oluşan bir topluluk.
- İleride karşılaşımla ve zarar doğurma olasılığı olan bir olay(riziko).
- Topluluğu oluşturan kişilerin maruz buldukları rizikoların benzer veya aynı olması.
- Rizikonun gerçekleşmesi sonucunda ortaya çıkan gereksinimin giderilmesi.
- Sigorta korumasının bir karşılığa bağlı olması.
- Sigorta ettirenin bu korumadan yararlanmak için bir talep hakkına sahip olması.

²⁰⁸ Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası Tarife ve Talimatı. Resmi Gazete Tarihi: 21.07.2010. No: 27648. Erişim Tarihi: 25.04.2014.

²⁰⁹ Yrd. Doç. Dr. Hüsnü Turanlı. Sağlık Hukuku Yüksek Lisansı Ders Notları. İzmir üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

3.2.1. Sigorta Hukukunda Kullanılan Terimler²¹⁰

3.2.1.1. Kaza

Sigortacı tarafından zararların giderileceği kabul edilen olaylardır. Ör: deprem, yangın, su baskını, ölüm, hastalık, trafik kazası. İnsan iradesiyle veya istek dışı meydana gelmesi önemli değildir.

3.2.1.2. Riziko

Kazanın zarar doğurma olasılığına riziko denir. Zarar doğurma olasılığı bulunan olaylar riziko olarak kabul edilir ve sigorta ettirilebilir. Her zarar doğuran olay riziko değildir. Bir olayın sigorta açısından riziko niteliği taşıyabilmesi için meydana gelip gelmeyeceğinin belirsiz olması veya ne zaman meydana geleceğinin bilinmemesi gerekir.

3.2.1.3. Prim

Sigorta şirketine sigorta ettiren tarafından ödenen paradır. Prim belirlenirken sigorta konusu malın değeri ile sigorta konusu tehlikenin gerçekleşme olasılığı dikkate alınır. Riziko yani zarar olasılığı %100'e yakın ise ödenecek prim tutarı da yüksektir. Riziko ne kadar düşük ise prim de o oranda azalır. Ör: Geminin deniz tehlikelerine karşı sigorta primi, sigorta değerinin %2'si ise sigorta savaş rizikosunu kapsarsa bu oran %5'e, savaş bölgesinde seyahat eden bir gemide ise %20'ye yükselebilir.

3.2.1.4. Sigorta Tazminatı

Rizikonun gerçekleşmesi durumunda sigorta şirketi tarafından sigortalıya (veya yasal temsilcisi, sigorta alacaklısı) ödeneceği öngörülen paradır. Sigorta tazminatı, sigorta sözleşmesindeki koşullara göre zararın tamamını ya da bir kısmını kapsar. Tazminat nakit veya aynı olarak ödenebilir.

²¹⁰ Resmi Gazete. Sayı:28658. 26.Mayıs.2013. Mesleki Sorumluluk Sigortası Genel Şartları.

3.2.1.5. Sorumluluk Sigortaları

Sigorta ettirenin, üçüncü kişilere verdiği zararlara karşılık kendi mal varlığında meydana gelebilecek azalmayı karşılamayı, aynı zamanda zarar görenlerin mağduriyetini de engellemeyi amaçlayan sigorta türüdür. Kısaca sorumluluk sigortası bir zarar sigortasıdır.

3.2.2. Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası Genel Şartları²¹¹

3.2.2.1. Sigortanın Kapsamı

3.2.2.1.1. Sigortanın Konusu

Bu sigorta sözleşmesi ile 1219 sayılı Kanun'un ek 12 nci maddesi çerçevesinde, serbest ya da kamu veya özel sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışan tabipler, diş tabipleri ve tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanların; poliçede belirtilen mesleki faaliyeti ifa ederken; sözleşme tarihinden önceki on yıllık dönemdeki veya sözleşme süresi içinde mesleki faaliyeti nedeniyle verdiği zararlara bağlı olarak sözleşme süresi içinde kendisine yapılan tazminat taleplerine ve bu taleple bağlantılı yargılama giderleri ile hükmolunacak faize ve sigortalı aleyhine ileri sürülen tazminat talebine ilişkin makul giderlere karşı poliçede belirlenen limitler dahilinde teminat sağlar. Ancak on yıllık dönemin başlangıcı 30 Temmuz 2009'u geçemez ve bir aydan fazla sigortasız kalınan dönemlerde meydana gelen olaylara bağlı olarak sigortalı dönemlerde yapılan ihbarlar için sigorta koruması yoktur.

Sigortalının mesleki faaliyete son vermesi halinde, birinci paragraftaki teminata ek olarak, son sigorta sözleşmesi dönemindeki mesleki faaliyetinden dolayı sözleşmenin bitiş tarihinden iki yıl sonrasına kadar ortaya çıkabilecek talepler de teminat dahilindedir.

3.2.2.1.2. Sigortanın Coğrafi Sınırı

Bu sigorta, sigortalının Türkiye Cumhuriyeti sınırları içinde ifa ettiği mesleki çalışmaları için geçerlidir.

²¹¹ Resmi Gazete. Sayı:28658. 26.Mayıs.2013. Mesleki Sorumluluk Sigortası Genel Şartları.

3.2.2.1.3. Teminat Dışında Kalan Haller

Aşağıdaki haller teminat kapsamı dışındadır:

- Sigortalının, poliçede belirlenmiş ve sınırları hukuk kuralları veya etik kurallar ile tespit edilen mesleki faaliyeti dışındaki faaliyetlerinden kaynaklanan tazminat talepleri,

- Mesleki faaliyetin ifası sırasında sigortalı tarafından kasten neden olunan her tür olay ile davranışları,

- Sigortalı veya çalıştırdığı kişilerin, poliçede belirtilen mesleki faaliyeti ifa ederken alkol, uyuşturucu ya da narkotik maddelerin tesiri altında bulunması sonucunda meydana gelen olaylar,

- İdari ve adli para cezaları dahil her tür ceza ve cezai şartlar;

- Her türlü deneyden kaynaklanan tazminat talepleri.

Sigorta, poliçede başlama ve sona erme tarihleri olarak yazılan günlerde, aksi kararlaştırılmadıkça, Türkiye saati ile öğlen saat 12.00'de başlar ve öğlen saat 12.00'de sona erer.

3.2.2.1.4. Zarar ve Tazminat.

3.2.2.1.5. Rizikonun Gerçekleşmesi

Sigorta sözleşmesinin konusuna ilişkin olarak sigortalının kendisine tazminat talebinde bulunduğu öğrendiği ya da zarar görenin doğrudan doğruya sigortacıya başvurduğu anda riziko gerçekleşmiş sayılır. Sigortalı ve sigorta ettiren, aşağıdaki hususları yerine getirmekle yükümlüdür:

- Haberdar olduğu andan itibaren rizikonun gerçekleştiğini, derhal sigortacıya bildirmek.

- Sigortalının sorumluluğunu gerektirecek olayları, on gün içinde, sigortacıya bildirmek.

- Sigorta sözleşmesi yokmuş gibi imkanları ölçüsünde zararın önlenmesi, azaltılması ve artmasının önlenmesi için gerekli her türlü önlemi almak ve bu amaçla sigortacı tarafından verilecek mesleki faaliyet dışındaki sigortacılıkla ilgili makul talimatlar.

- Sigortacının talebi üzerine, olayın ve zararın nedeni ile hangi hal ve şartlar altında gerçekleştiğinin ve sonuçlarının tespitine; tazminat yükümlülüğü ve miktarı

ile rücu hakkının kullanılmasına yarayacak, elde edilmesi mümkün bilgi ve belgeleri makul sürede vermek.

- Zarardan dolayı, dava yolu ile veya başka yollarla bir tazminat talebi karşısında kaldığı veya aleyhine cezai kovuşturmayaya geçildiği hâllerde, durumdan sigortacıyı derhal haberdar etmek ve tazminat talebine ve cezai kovuşturmayaya ilişkin olarak almış olduğu ihbarname, davetiye ve benzeri tüm belgeleri gecikmeksizin sigortacıya vermek.

- Sigorta konusu ile ilgili başka sigorta sözleşmesi varsa bunları sigortacıya bildirmek.

3.2.2.2. Rizikoya İlişkin Olarak Sigortacının Hak, Borç ve Yükümlülükleri

3.2.2.2.1. Giderlerin Ödenmesi

Sigortacı, zararı önleme, azaltma, artmasına engel olma ve rücu haklarının korunmasına yönelik sigortalının yaptığı makul giderleri, bunlar faydasız kalmış olsalar bile, sigorta tazminatından ayrı olarak tazmin eder.

3.2.2.2.2. Tazminata İlişkin Avans Verilmesi

Sigortacı, sigortalının istemi üzerine, tazminat talebine ilişkin giderler için avans vermek zorundadır.

3.2.2.2.3. Tazminatın Ödenmesi

Rizikonun gerçekleşmesi halinde, özel durumlar hariç olmak üzere, hangi belgelerin istenileceği poliçe ekinde açık ve anlaşılır şekilde yer almak zorundadır. Sigorta tazminatı, rizikonun gerçekleşmesini müteakip ve rizikoyla ilgili belgelerin sigortacıya verilmesinden sonra sigortacının edimine ilişkin araştırmaları bitince ve her halde rizikonun gerçekleştiğine ilişkin bildirim yapılmasından kırk beş gün sonra muaccel olur. Sigortacıya yüklenemeyen bir kusurdan dolayı inceleme gecikmişse süre işlemez. Araştırmalar, rizikonun gerçekleştiğine ilişkin bildirim yapılmasından ya da zarar görenin doğrudan sigortacıya başvurmasından başlayarak üç ay içinde tamamlanamamışsa; sigortacı, tazminattan mahsup edilmek üzere, tarafların mutabakatı veya anlaşmazlık halinde mahkemece

yaptırılacak ön ekspertiz sonucuna göre süratle tespit edilecek hasar miktarının en az yüzde ellisini avans olarak der. Borç muaccel olunca, sigortacı ihtara gerek kalmaksızın temerrüde düşer. Sigortacının temerrüt faizi ödeme borcundan kurtulmasını ngren sözleşme hükümleri geçersizdir.

3.2.2.2.4. Sigortalıya Yardım

Sigortacı, sigortalı tarafından usulüne uygun olarak bildirimde bulunulması ya da zarar gören tarafından kendisine doğrudan talepte bulunulmasından itibaren beş gün içinde, zarara uğrayanın istemleriyle ilgili olarak ve sigortalının adına, fakat sorumluluk ve tüm giderler kendisine ait olmak üzere, gerekli hukuki işlemlerin gerçekleştirilip, kararların alınmasını ve ayrıca savunmaya yardımda bulunmayı üstlenip stlenmeyeceğini sigortalıya bildirir. Bu sürenin sonuna kadar yapılması zorunlu işlemleri sigortalı yürütür. Sigortacı yaptığı işlemlerde sigortalının hak ve menfaatlerini gözetir. Sigortacı bildirimde bulunmamışsa, sigortalı aleyhine kesinleşen tazminatı der. Ancak, sigortalının sigortacının onayını almadan yaptığı sulh sözleşmesi, bildirimden itibaren on beş gün içinde onay verilmemişse, sigortacıya karşı geçersizdir; sigortacı haklı olmayan nedenlerle sulhe onay vermekten kaçınamaz

3.2.2.2.5. Sigortacının Zarar Görenden Bilgi Alma Hakkı

Sigortacı, zarara neden olan olayın ve zarar miktarının belirlenmesi amacıyla, zarar görenden bilgi isteyebilir. Zarar gören, sağlanması ihtimali bulunan ve istenilmesi haklı görülebilecek ilgili tüm belgeleri sigortacıya vermek zorundadır. Zarar görenin bu zorunluluğa uymaması halinde, durumun zarar görene yazılı bildirilmiş olması kaydıyla, sigortacının sorumluluğu, zorunluluk yerine getirilmiş olsaydı ödemek zorunda kalacağı miktarla sınırlıdır.

3.2.2.2.6. Zarar Görenle İlişkide İfa Yükümlülüğü

Sigortacı, sigortalıya karşı ifa borcundan tamamen veya kısmen kurtulmuş olsa da, zarar gören bakımından ifa borcu, zorunlu sigorta miktarına kadar devam eder. Sigorta ilişkisinin sona ermesi, zarar görene karşı ancak, sigortacının sözleşmenin sona erdiğini veya ereceğini yetkili mercilere

bildirmesinden bir ay sonra hüküm doğurur. Zarar, sosyal güvenlik kurumları tarafından karşılandığı ölçüde sigortacının sorumluluğu sona erer.

3.2.2.2.7. Halefiyet

Sigortacı, ödediği tazminat tutarınca, hukuken sigortalının yerine geçer.

3.2.2.2.8. Doğrudan Dava Hakkı

Zarar gören, uğradığı zararın sigorta bedeline kadar olan kısmının tazminini, sigorta sözleşmesi için geçerli zamanaşımı süresi içinde kalmak şartıyla, doğrudan sigortacıdan isteyebilir.

3.2.2.3. Çeşitli Hükümler

3.2.2.3.1. Sigorta Priminin Ödenmesi ve Sigortacının Sorumluluğunun Başlaması

Sigortacının sorumluluğu, primin ödenmesi ile başlar. Aksi kararlaştırılmadıkça, primin ödenmemesi halinde, poliçe teslim edilmiş olsa dahi sigortacının sorumluluğu başlamaz ve bu şart poliçeye yazılır.

3.2.2.3.2. Sigortalı ve Sigorta Ettirenin Sözleşme Yapıldığı Sırada Beyan Yükümlülüğü

Sigortacı için önemli olan bir husus bildirilmemiş veya yanlış bildirilmiş olduğu takdirde, sigortacı on beş gün içinde sözleşmeden cayabilir veya prim farkı isteyebilir. İstenilen prim farkının on gün içinde kabul edilmemesi halinde, sözleşmeden cayılmış kabul olunur. Önemli hususun sigorta ettirenin kusuru sonucu öğrenilememiş olması veya sigorta ettiren tarafından önemli sayılmaması durumu değiştirmez. Ancak, bildirilmeyen veya yanlış bildirilen bir hususun ya da olgunun gerçek durumu sigortacı tarafından biliniyorsa, sigortacı beyan yükümlülüğünün ihlal edilmiş olduğunu ileri sürerek sözleşmeden cayamaz. İspat yükü sigorta ettirene aittir.

Sigortacı, cayma hakkının kullanılmasından açıkça veya zımnen vazgeçmişse veya caymaya yol açan ihlale kendisi sebebiyet vermişse ya da sorularından bazıları cevapsız bırakıldığı halde sözleşmeyi yapmışsa sözleşmeden cayamaz. Cayma halinde, sigorta ettiren kasıtlı ise, sigortacı rizikoyu taşıdığı süreye ait primlere hak kazanır.

3.2.2.3.3. Sözleşmenin Devamı Sırasındaki Beyan Yükümlülüğü

Sigorta ettiren, sözleşmenin yapılmasından sonra, sigortacının izni olmadan rizikoyu veya mevcut durumu ağırlaştırarak tazminat tutarının artmasını etkileyici davranış ve işlemlerde bulunamaz. Sigorta ettiren veya onun izniyle başkası, rizikonun gerçekleşme ihtimalini artırıcı veya mevcut durumu ağırlaştırıcı işlemlerde bulunursa yahut sözleşme yapılırken açıkça riziko ağırlaşması olarak kabul edilmiş bulunan hususlardan biri gerçekleşirse derhal; bu işlemler bilgisi dışında yapılmışsa, bu hususu öğrendiği tarihten itibaren en geç on gün içinde durumu sigortacıya bildirir. Sigortacı sözleşmenin süresi içinde, rizikonun gerçekleşmesi veya mevcut durumun ağırlaşması ihtimalini ya da sözleşmede riziko ağırlaşması olarak kabul edilebilecek olayların varlığını öğrendiği takdirde, bu tarihten itibaren bir ay içinde sözleşmeyi feshedebilir veya prim farkı isteyebilir. Farkın on gün içinde kabul edilmemesi halinde sözleşme feshedilmiş sayılır. Meğer ki, rizikonun artmasına, sigortacının menfaatiyle ilişkili bir husus ya da sigortacının sorumlu olduğu bir olay veya insani bir görevin yerine getirilmesi sebep olmasın. Sigortacı, rizikonun gerçekleşmesinden önce, sigorta ettirenin beyan yükümlülüğünü kasıtlı olarak ihlal ettiğini öğrenince, birinci fıkraya göre sözleşmeyi feshetse bile, değişikliğin meydana geldiği sigorta dönemine ait prime hak kazanır.

3.2.2.3.4. Sigorta Ettirenin ve Sigortalının Durumu

Sigorta ettirenin bilgisine ve davranışına hukuki sonuç bağlanan durumlarda, sigortadan haberi olması şartı ile sigortalının da lehtarın bilgisi ve davranışı da dikkate alınır.

3.2.2.3.5. Tebliğ ve İhbarlar

Sigortalının ve sigorta ettirenin bildirimleri, sigorta şirketinin merkezine veya sigorta sözleşmesi yapan ya da yapılmasına aracılık eden acenteye yapılır. Sigortacının bildirimleri de sigortalıya karşı yapılacaksa sigortalının, sigorta ettirene karşı yapılacaksa sigorta ettirenin son bildirilen adresine noter eliyle veya taahhütlü mektupla yapılır. Taraflara imza karşılığı elden verilen mektup veya telgrafla yapılan bildirimler de taahhütlü mektup hükmündedir. Güvenli elektronik imza kullanılarak elektronik ortamda yapılan ve sigortacıya, sigortalıya ve sigorta ettirene ulaştığı kanıtlanabilen bildirimler de geçerli sayılır.

3.2.2.3.6. Sigorta Sözleşmesinin Son Bulması

Sigorta sözleşmesi; poliçede tanımlanan mesleki faaliyete son verilmesi, sigortacının iflası, sözleşmenin feshi ve sözleşmeden cayılma hallerinde son bulur. Mevzuattan kaynaklanan özel hükümler saklı kalmak kaydıyla sözleşmenin son bulması durumunda işlemeyen günlere ait prim sigorta ettirene iade olunur.

3.2.2.3.7. Özel Fesih Nedenleri

Sigorta ettiren, sigortacının sorumluluğu başlamadan önce, kararlaştırılmış primin yarısını ödeyerek sözleşmeden cayabilir. Sigortacının, konkordato ilan etmesi, ilgili sigorta dalına ilişkin ruhsatının iptal edilmesi veya sözleşme yapma yetkisinin kaldırılması gibi hallerde; sigorta ettiren, bu olguları öğrendiği tarihten itibaren bir ay içinde sigorta sözleşmesini feshedebilir. Sigorta ettiren, aciz haline düşen veya hakkında yapılan takip semeresiz kalan sigortacıdan, taahhüdünün yerine getirileceğine ilişkin teminat isteyebilir. Bu istemden itibaren bir hafta içinde teminat verilmemiş ise sigorta ettiren sözleşmeyi feshedebilir.

3.2.2.3.8. Ticari ve Mesleki Sırların Saklı Tutulması

Sigortacı ve sigortacı adına hareket edenler bu sözleşmenin yapılması dolayısıyla sigortalıya ve sigorta ettirene ilişkin öğreneceği sırların saklı tutulmamasından doğacak zararlardan sorumludur.

3.2.2.3.9. Zamanaşımı

Sigorta sözleşmesinden doğan bütün istemler, alacağın muaccel tarihten başlayarak iki yıl ve sigorta tazminatına ilişkin istemler her halde rizikonun gerçekleştiği tarihten itibaren on yıl geçmekle zaman aşımına uğrar.

3.2.2.3.10. Özel Şartlar

Taraflar, sigorta ettiren ve sigortalının aleyhine olmamak üzere özel şartlar kararlaştırabilir.

3.2.3. Sağlık Mesleği Mensuplarının Zorunlu Mesleki Mali Sorumluluk Sigortası Olmasının Nedenleri²¹²

Zorunlu Mesleki Mali Sorumluluk Sigortası düzenlemesinin yer aldığı kanun tasarısının gerekçesinde Türkiye Sağlık İşletmeleri Derneği (TUSİDER)'den alınan açıklamalara göre, sağlık hizmetlerinin çeşitliliği ve karmaşıklığının artmasına paralel olarak, hasta hakları konusunda gelişmeler ve toplumun bilinçlenme seviyesinin yükseldiği; sağlık hizmeti ile ilgili zarar görme iddialarını ve buna bağlı tazminat taleplerinin gittikçe arttığı; iletişimin gelişmesine bağlı olarak bu yoldaki iddiaların, kitle iletişimi araçları ile çok sık kamuoyuna gündeme getirildiği ve bu nedenle, kamuoyunda sağlık hizmetlerinin ve sağlık personelinin yetersizliği ile hastalara devlet tarafından sahip çıkılmadığı şeklinde olumsuz bir kanaat oluştuğunun gözlemlendiği; tıbbi kötü uygulamanın, sağlık personelinin standart tıbbi uygulamayı yapmaması sonucu oluşan ve zarar oluşturan fiil ve durum olarak tanımlandığı; tıp dünyasında oluşan çeşitlenme ve tıbbi teknolojinin gelişmesinin hekimlerin geçmişte yapamadıkları bazı uygulamaları yapmalarına olanak sağladığı ve çoğunlukla ağır riskleri içeren bu uygulamalar sonucunda da tıbbi kötü uygulama şikayetlerinin ve davalarının arttığı değerlendirilmelerine yer verilmiştir.

Kanun tasarısı gerekçesinde ayrıca, Dünya Tabipler Birliği tarafından 1992 yılında yayınlanan Marbella Bildirisi'ne atıfta bulunarak; milli kanunlarda, tıbbi zarar görmüş hastaların zararının karşılanabilmesi için gerekli tedbirlerin alınmasına dikkat çekildiği; Anayasa'nın 129. maddesinin beşinci fıkrasına göre; kamuda görevli sağlık personelinin fiilleriyle ortaya çıkan zararlardan dolayı, tazminat talepli

²¹² Ünan. s. 10.

davaların ancak idareye açılabilirdiği; kamu dışında görev yapan sağlık personelini hizmet kusurları nedeniyle verdikleri zararların tazmini için Borçlar Hukuku'nun genel ilkeleri çerçevesinde, Adli Yargı'da tazminat davası açılabilirdiği, ancak uygulamada hükmolunan tazminatların ödenmesinde güçlükler çıktığı, hükmolunan tazminat miktarının yüksek olması durumunda, kusurlu kişinin bu tazminatı ödemeye gücünün yetmediği ve zarar görenin, zararını tazmin edememesi sonucu, mağdur olduğu veya tazminatı Devlet'in ödediği hallerde, rücuen tahsilin yapılamadığı hallerin sıkça gündeme geldiği; bu nedenle, bir sigorta sisteminin getirilmesinin, tazminat ödemesinde yaşanan zorlukları ortadan kaldırılarak, zarar görenlerin haklarına daha çabuk ve tam olarak kavuşmalarını sağlayacağı; hekimler ve devlet bakımından da bir güvence oluşturacağı benimsenmiştir.

Burada ki gerekçelere baktığımızda, hekimler öncelenmiş olarak görülüyorsa da bu hekim organizasyonlarının daha eski ve organize olmalarından ve eski algıya göre paternal hekim anlayışından kaynaklanmaktadır. Sayılan gerekçelerin tüm sağlık çalışanlarını kapsadığı görülmektedir. Bundan dolayı da zorunlu mesleki mali sorumluluk sigortası tüm sağlık çalışanlarını kapsayacak şekilde genişletilmelidir.

Sağlık personelinin aşırı bir sorumluluk tehdidi altında olması, zor ve riskli tıbbi uygulamalardan kaçınmasına ve bu da can zararlarının artmasına neden olabilmektedir (Defansif Tıp). Buna karşılık sağlık mesleği mensuplarının sorumluluğunun hiç olmaması da sakıncalara yol açacaktır. Halen ABD ve Japonya'da sağlık verilerinin iyi olması nedeniyle hiç hata teorisi üzerinde çalışılmaktadır. Hiç hata teorisi; sağlık mesleği mensuplarının hastaya karşı oluşturabileceği zararların devlet yoluyla karşılanmasını içermektedir. Bu görüşü savunanlar; defansif tıp nedeniyle yapılan gereksiz harcamaların, tıbbi uygulama hataları sonucu oluşan zararların tazmininden daha az olmadığını iddia etmektedirler. Bu konuda en faydalı metot bulunana kadar sigorta sistemine gereksinim bulunmaktadır.

Sağlık mesleği mensuplarının Zorunlu Mesleki Mali Sorumluluk Sigortası, sağlık mesleği mensuplarının hukuki sorumluluk nedeniyle karşılaşılabilecekleri mali yükten onları kurtarmaktadır. Sağlık mesleği mensupları dönemimizde, çok zor şartlarda(Nöbet, mesai zamanlarının düzenli olmaması, yüksek risk içermesi vb.), ailelerinin kendilerine büyük yatırımlar ayırarak mesleklerine erişebilmeleri, ölüm ve yaşam arasında olan bir mesleğin psikolojik baskısı ile çalışmaları ve diğer meslek mensuplarından çok fazla kazanamadıkları bilinmelidir. Çok uzun sürede bir maddi birikim oluşturmaktadırlar. Aynı zamanda bir kuruma bağlı çalışmaları da

yapacakları bir hatalı uygulama nedeniyle kurumun rücu istemi ile karşılaşabilirler ve bu da hayat düzeylerini çok olumsuz etkileyebilir. Sorumluluk sigortası bu durumda çok önemli bir korunma yöntemidir²¹³.

Dünyada birçok ülke, sağlık mesleği mensupları sorumluluğu alanında zorunlu sigorta öngörmemiştir. Ancak zorunlu olmasa da, sağlık mesleği mensubu sorumluluğu sigortası özellikle batılı ülkelerde çok yaygındır. Bu sigorta sayesinde;

- Zarar görenler, kendilerine zarar veren sağlık mesleği mensuplarına yönelik tazminat alacaklarını karşılayacak bir mali kuruluşa (sigorta şirketine) başvurma olanağına kavuşacaktır.

- Sorumluluğu öne sürülen sağlık mesleği mensubu, bazı hallerde çok yüksek ve altından kalkılması çok zor tutarlara ulaşan tazminat yükümlülüğünü sigortacıya devretmiş olacaktır (maaşla çalışan bir sağlık mesleği mensubunun istenilen tazminatları kendi imkanlarıyla karşılamaları çok zordur).

- Sağlık mesleği mensubu çalıştıran devlet, çalıştırdığı kişinin eylemi dolayısıyla ortaya çıkan sorumluluğunu sigortacıya aktaracaktır.

- Özel sağlık kuruluşları da bu sorumluluğun mali yükünü sigorta şirketine devredecektir. Çünkü zorunlu sigorta yalnızca tedavi görenlerin istemlerini değil fakat sağlık mensubunu çalıştıran resmi veya özel kuruluşun rücu istemlerini de kapsamaktadır.

- Bu sistemde en karlı olan devlet ve özel sağlık kuruluşlarıdır. Çünkü onlar, sağlık mesleği mensuplarının yol açtığı zararlar için zarar görenlere tazminat ödedikten sonra ödedikleri bu tutarı sigorta şirketinden alabilmektedirler. Böylece onlar da “sigortalı” konumuna gelmiş olmaktadırlar. Ödedikleri prim ise sadece ödenen primin yarısıdır.

²¹³ Ünan. s. 19.

3.3. SAĞLIK PERSONELİNİN CEZAI VE İDARİ SORUŞTURMA USULLERİ

3.3.1. Disiplin Sorumluluğu

Hekim; mesleğini yerine getirme hakkını yasalardan almakta ve tıbbi müdahalelerin hukuka uygunluğu da bu hakka dayanmaktadır. Hekim; mesleğini uygularken gerekli dikkat ve özeni göstererek, bilginin emrettiği ölçülere uyarak koruyucu önlemler almak, tıp biliminin kurallarına uymak, tıp bilimindeki gelişmeleri düzenli bir şekilde izlemek, doğal riskler dışındaki her türlü yanlıştan kaçınmak durumundadır. Hekimin sorumluluğu; birçok olguda yarar-zarar dengesinin arasındaki ince çizginin aşılmasıyla ortaya çıkan tıbbi uygulama hataları ve mesleğin uygulanmasındaki disiplin eksikliği ile hekim açısından yarattığı sorumluluklardır. Sağlık çalışanı, mesleki, hukuki, vicdani, ahlaki yükümlülüklerini, ağır sorumluluklarını insanlık yararı için taşımaktadır²¹⁴.

Hekim hastalıkları önlerken evrensel tıbbi etik ilkelerine uymak, tarafsız bir şekilde vicdani ve mesleki bilimsel kanıyla çalışmak, sır saklamak, acil yardımda bulunmak, ticari amaç ve reklam yasağına uymak, aracılık ederek yarar sağlama yasağına uymak, meslektaşlarına saygı gösterip, dayanışma içerisinde olmak, hasta haklarına saygılı olmak gibi başlıca yükümlülükleriyle hareket eder.

Hekimin disiplin sorumluluğu; hekimin zarara neden olan kusurlu davranışı, ihmali ile ortaya çıkan bir zarar ve hekimin davranışı ile zarar arasında bir illiyet (nedensellik) bağının varlığı ile söz konusu olur ve bu eylemin disiplin cezası ile cezalandırılacak eylemlerden olması gerekir. Türk Tabipler Birliği'nin Hekimlik Meslek Etiği Kurallarınının 46. maddesine göre; hekimler bu kurallar bütününe hükümlerine aykırı davranışlarda bulduklarında 6023 sayılı Türk Tabipler Birliği Yasası'na göre Tabip Odaları'nın Yönetim Kurulu tarafından Onur Kurullarına sevk edilirler. Ayrıca TTB Disiplin Yönetmeliği'ne göre 3. ve 6. maddede belirtilen disiplin suçlarını işleyenlere bu maddelerde belirtilen disiplin cezaları uygulanır. Kamu statüsünde çalışan hekimlerin sağlık hizmetlerinden dolayı haksız, hukuka aykırı bir eylemde bulunmaları halinde idari bir yaptırımla cezalandırılmaları için öncelikle bu hekim hakkında 4483 sayılı yasanın 3. maddesi gereğince soruşturma izni verilmesi gerekmektedir. Soruşturma izni verecek olan makamlar hekimlerin görev yaptıkları yerin idari durumuna göre değişmektedir. Köy ve ilçelerde bulunan sağlık kamu

²¹⁴ Hekimin Disiplin Sorumluluğu Av. Handan Bakbak Özdemir. İstanbul Barosu Yayınları. s. 245.

kuruluşlarında çalışan hekimler için kaymakamlık, illerde ise valilikler soruşturma izni vermektedir. Yetkili makam ön incelemeyi başlatır. Hekim ve ilgili sağlık personelinin ifadesine başvurulur. Gerekli bilgi ve belgeleri toplayıp ön incelemeyi 20 gün içinde (yasal olarak süre bu) bitiren görevli, yetkili makama kendi görüşünü de belirten bir raporla (bu rapor Yönetim Kurulu'nu ve Onur Kurulu'nu bağlayıcı değildir.) ön soruşturma dosyasını sunar. Soruşturmacı hakkında soruşturma açılan kişiye suçlamayı açık ve net bir şekilde yazılı ve "gizli" ibareli olarak tebliğ eder ve 15 gün içinde savunmasını ister. Bu süre içinde savunma vermeyen kişi savunma hakkından vazgeçmiş sayılır. İlgili yetkili makam yani Yönetim Kurulu bu rapor doğrultusunda yasal soruşturma izni verip vermeyeceğine karar verir. Eğer dosyada bir eksiklik varsa 2 ay içinde soruşturma raporunun tamamlanmasını ister. Bu işlemlerde yapılan harcamalar oda bütçesinden ödenir. Soruşturmaya izin verilmesi halinde soruşturma kararının hekime tebliğinden itibaren 15 gün süre içinde hekimin itiraz hakkı vardır. İhmal veya kusuru ile zarar doğmasına neden olan hekim için genel olarak hem cezai hem hukuki sorumluluk söz konusu iken kamuda çalışan hekim için idari sorumluluk söz konusudur.

Kamu kurum ve kuruluşunda yani idari bir kurumda çalışan hekimler görevleri nedeniyle ortaya çıkan haksız eylemleri yani işledikleri suçlar açısından da 4483 sayılı Memurlar ve Diğer Kamu Görevlilerinin Yargılanması Hakkındaki Kanun hükmüne göre ceza yaptırımlarına tabi olacaklardır. Ayrıca kamu sağlık kurumunda çalışan hekimin işleyeceği disiplin suçu da 657 sayılı Devlet Memurları Yasası'ndaki kurallara göre çözümlenecektir. Kamu sağlık kurum ya da kuruluşunda hizmet veren hekimin görevini yaptığı sırada disiplin suçu işlemesi halinde ne gibi yaptırımlarla karşılaşır. 657 sayılı Yasa'nın 125. maddesi bu konunun açıklamalarını ihtiva etmektedir. Bu maddenin son fıkrası özel yasaların disiplin suçlarına ilişkin hükümlerinin saklı bulunduğunu belirtmektedir. Yani disiplin suç ve cezaları olan başka özel yasalardaki suç ve cezalar ilgili memurlara, bizim açımızdan da hekimlere öncelikle uygulanmaktadır.

Genel olarak 657 sayılı yasadaki disiplin cezaları ve eylemleri başkaca özel yasalarda hüküm bulunmaması halinde tek başına diğer memurlar gibi hekimlere uygulanır. Hekimlere uygulanan başlıca cezaları; uyarma, kınama, memuriyet kademesinde kısa süreli durdurma/uzun süreli durdurma, geçici olarak görevden çıkarma, devlet memurluğundan çıkarmadır.

3.3.1.1. Uyarma Cezasını Gerektiren Durumlar

- Hekimin görevine karşı ilgisiz, güvensiz, duyarsız olması,
 - Hasta, hasta yakını kişilerle ya da çalışanlar dışındakilerle görev sırasında görüşmeyi adet haline getirmesi,
 - Hekimlik mesleğine uygun olmayan hal ve davranışlarda bulunması,
 - Meslektaşlarına, yanında çalışan personele, hasta ve hasta yakınlarına saygısız ve uygunsuz davranması,
 - Mazeretsiz olarak görevine gelmemesi, mesai saatlerine uygun davranmaması, görevinden erken ayrılması,
 - Hekimlikle ilgili görevlerin sağlık kurum ve kuruluşunca işbirliği içinde yapılması ilkesine uymaması veya aykırı davranışlarda bulunması,
 - Mesleği ile ilgili yöneltile soruları cevaplamaması, savsaklaması,
 - Yasa, tüzük, yönetmelikle, ya da kurum ve kuruluşça verilen karar ve emirlere uygun davranmaması, verilen görevi uzatması, gereksiz harcamalara neden olacak yazışma ve görüşmeler yapması.
- İhtar; hekime görevine gereken özen, önem ve dikkati göstermesi durumunun yazılı olarak bildirilmesidir.

3.3.1.2. Kınama Cezasını Gerektiren Durumlar

- Sağlık hizmeti dışında resmi niteliklerinin gerektirdiği itibar ve güveni sarsıcı davranışlarda bulunması,
- Görevinin ifası sırasında kendisinden meslek konumu olarak üst kademedeki meslektaşına karşı saygısızlık yapması,
- İzin almadan, çalıştığı kurum ve kuruluşça kabul edilmiş bir mazereti bulunmaksızın 1 gün görevine gelmemesi,
- Çalıştığı kurum ve kuruluşa ait araç ve gereçleri özel işlerinde kullanması,
- Bir hastaya ait muayene ve tedavi belgelerini kasıt olmadan kaybetmesi,
- Meslektaşlarına, hasta ve hasta yakınlarına, yanında çalışan personele kötü davranması,
- Özel yasa ve yönetmeliklerle belirtilen durumlar dışında yasa, tüzük, yönetmeliklere göre hekimlik görevi ile ilgili bilgi, belge ve dokümanları yetkili kişi ve makama gününde vermemesi halleri kınama cezasını gerektirir.

3.3.1.3. Hekimin Memuriyet Kademesinin Kısa Süreli Durdurulmasını Gerektiren Durumlar

- Hekimin izinsiz olarak, çalıştığı kurum ve kuruluşça özrü kabul edilmeksizin aralıksız 2 ila 5 gün arası görevine gelmemesi,
- Hekimin yasa, yönetmelik ve tüzüklere uygun olarak kendi sorumluluğundaki işleri yerine getirmemesi,
- Hekimin görevi ile ilgili resmi belge, araç ve gereçleri görevi sona ermesine, çalıştığı kurum veya kuruluşça yazılı olarak talep edilmesine rağmen geri vermemesi,
- Hekimin doğrudan doğruya ya da aracı aracılığıyla hediye talep etmesi, çıkar sağlaması, hasta ve hasta yakınlarından borç para talep etmesi ve alması,
- Hekimin sağlık hizmetini yapma sırasında resmi sıfatlarının gerektirdiği saygı ve güven duygusunu sarsıcı davranışlarda bulunması,
- Hekimin kendisine yetki verilmediği halde kamu görevlerine dair basına , yazılı ve görsel yayın kuruluşlarına bilgi, demeç vermesi, basın toplantısı yapması,
- Hekimin yükümlü bulunduğu halde devir, teslim işlerini yapmadan ya da bu işlemler tamamlanmadan yasa ve yönetmelikte belirtilen süreler de dolmadan görevini bırakıp yeni görev yerine gitmesi şeklinde tanımlanmıştır.

3.3.1.4. Hekimin Memuriyet Kademesinin Uzun Süreli Durdurulmasını Gerektiren Durumlar

- Hekimin ya da sağlık personelinin izinsiz olarak veya çalıştığı kurum ve kuruluşça izin verilmeksizin aralıksız 6 ila 10 gün göreve gelmemesi,
- Hekimin görevini yerine getirmesinde yani sağlık hizmeti vermesinde dil, ırk, cinsiyet, din, mezhep, siyasi düşünce ya da felsefi inanç ayrımını gözetmesi kısaca ayrımcılık yapması,
- Hekimin görevini yerine getirmesinde keyfilik ya da husumet besleyerek davranması ya da kin duygusu ile hasta ve hasta yakınlarının ya da birlikte çalıştığı kurum personelinin gereksiz biçimde yarar ya da zararlarını doğuran davranışlarda bulunması,
- Hekimin denetimi altında bulunan ya da kendi görevi veya bağlı bulunduğu kurum ve kuruluş ile ilgisi olan bir girişimden doğrudan ya da dolaylı olarak (aracı ile) çıkar sağlaması hallerinde bu disiplin cezası uygulanır.

3.3.1.5. Hekimin Geçici Olarak Görevden Çıkarılmasını Gerektiren Durumlar

Geçici olarak görevden çıkarma cezası; hekimin kadrosu aynen kalmak sureti ile 1 ila 6 ay arası aylıksız olarak geçici süre ile görevinden çıkarılmasıdır.

- Hekimin kendinden üstlerine ya da meslektaşlarına karşı görevini yapma sırasında fiili saldırıda bulunması,
- Hekimin Devlet Memurları Yasası ile ilgili öngörülen grev yasağına uymaması ve grev kapsamında eylemler yapması,
- Hekimin diplomatik statüsünden yararlanarak yurt dışındaki yerel mevzuata göre kaçakçılık sayılan eylemlerde bulunması durumlarında bu yaptırım uygulanır.

3.3.1.7. Hekimin Devlet Memurluğundan Çıkarılmasını Gerektiren Durumlar

Çıkarma işleminin gerçekleşmesi ile hekimin devlet memurluğuna atanmamasını gerektiren bir disiplin işlemidir.

- Yetkili olmadığı halde hekimin dış ve iç güvenlikle ilgili ya da kamu sağlık hizmetlerinin yürütülmesi veya kamu yararı bakımından gizli kalması zorunlu olan bilgi ve belgeleri açıklaması ,
- Hekimlik (kamu görevi) niteliği ile uyumlayacak biçimde utanç verici davranış hal ve tutumlarda bulunması,
- Hekimin savaş durumunda, olağanüstü hallerde ya da genel hayata etki yapan durum ve afetlere uğrayan yerlerde kendisinin yerine atanmalar oraya gelip göreve başlamadan görev yerinden ayrılmamasının bildirildiği (tebliğ edildiği) hallerde bu bildirim uymaması, görev yerini terk etmesi,
- Hekimin izinsiz ya da çalıştığı kamu kurum ve kuruluşlarınca kabul edilmiş, özrü olmaksızın 1 yıl içinde toplam olarak 30 gün göreve gelmemesi hallerinde bu en ağır disiplin yaptırımı uygulanır. Disiplin sorumluluğu hekimin hizmetinin kendisine yüklediği ve olması gereken hizmet tutumunun ihlali halinde ortaya çıkan yaptırımlardan oluşmaktadır. Hekimin görevini yapmada kendisine, üstlerine, kurumuna, hastalarına, hasta yakınlarına ve diğer ekip arkadaşı olan sağlık personeline karşı sorumlulukları vardır. Bunlar sağlık hizmetinin sunum kalitesini ve kurumsal bütünlüğü etkileyen çok önemli unsurlardır.

Devlet Memurları Kanunu'nda disiplin suçlarının tespit edilmesi ve ortaya çıkarılması için yapılması gereken soruşturmanın yöntemine ilişkin herhangi bir hüküm bulunmamaktadır. Soruşturma, yetkili makamların soruşturma emiri ile

görevlendirecekleri soruşturmacılar tarafından, suç konusu olayı incelemek, ihbar ve şikayetleri tespit etmek, tüm delil ve bilgileri toplamak, kişinin savunmasını almak suretiyle yapılır.

Disiplin cezasını gerektiren fiil ve hallerin işlendiği tarihten itibaren iki yıl içerisinde ceza verilmediği takdirde zaman aşımı söz konusu olur. Devlet memuru hakkında savunması alınmadan disiplin cezası verilmez. Savunma yapması için en az 7 gün süre verilmelidir. Disiplin cezaları verildiği tarihten itibaren hüküm ifade eder ve derhal uygulanır. Memur hakkında disiplin soruşturması yapılmış olması ayrıca ceza soruşturması yapılmasını engellemez.

Tüm normlar, disiplinler arası düzenlemelere rağmen bir hekimin en önemli yaptırımı, öncelikle kendisine ve mesleğine sonra da insana, insanın varlığına olan saygısı, sevgisi ile kendi vicdani ve ahlaki değerleri, mesleki ilkeleri ve kendine karşı sorumluluk duygusudur.

3.3.2. 4483 Sayılı Memurlar ve Diğer Kamu Görevlilerinin Yargılanması Hakkında Kanun Çerçevesinde Soruşturma^{215, 216}.

Anayasa madde 129/son da “*memurlar ve diğer kamu görevlileri hakkında işledikleri iddia edilen suçlardan ötürü ceza kovuşturması açılması, kanunla belirtilen istisnalar dışında, kanunun gösterdiği merciin iznine bağlıdır.*” denilerek memurların yargılanması anayasal güvence altına alınmıştır. Çağdaş devletlerin ceza yasalarında, kamu yönetiminin saygınlığını korumak ve düzenli olarak işlemesini sağlamak için, memura ve kamu görevlisine karşı işlenen ya da memur ve kamu görevlilerinin işledikleri suçların cezası daha ağırdır.

TCK madde 6: “(c) *kamu görevlisi deyiminden; kamusal faaliyetin yürütülmesine atama veya seçilme yoluyla ya da herhangi bir surette sürekli, süreli veya geçici olarak katılan kişi... anlaşılır.*” denilerek kamu görevlisi tanımlanmıştır.

Kamusal faaliyetin koşulları; kamu adına yürütülen bir hizmetin bulunması, hizmetin kuruluşunun yasaya veya siyasi iradeye dayanması ve hizmetin yürütülmesinde kamu otoritesinin kullanılmasıdır. “Kamu hizmeti” “bir kamu kurumunun, ya kendisi tarafından, ya da yakın gözetimi altında özel girişim eliyle kamuya sağlanan hizmettir. Bu durumda daha önce memur sayılan herkes kamu

²¹⁵ Öğr. Gör. Dr. Sevinç Hızal. Sağlık Hukuku Yüksek Lisans Ders Notları. İzmir Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü.

²¹⁶ Açıklamalı-Gerekçeli Memur Yargılaması. İsmail Malkoç. Yargıtay Onursal Üyesi. Malkoç Kitabevi. Ankara. 2006.

görevlisidir. Ancak her kamu görevlisi memur değildir. Kamu görevlisi kavramı hukuki durumu ve yaptığı göreve bakılmaksızın, kamu kesiminde görev yapan herkesi kapsamaktadır. Bu anlamda cumhurbaşkanından kamu işçisine kadar herkes kamu görevlisidir. Bu tanıma, gönüllü veya zorla hizmete alınanlar, ücret karşılığı çalışanlar, kadrolu veya kadrosuz çalışanlar, idare hukukuna tabi olarak çalışanlar, hakim ve savcılar, silahlı kuvvetler personeli, üniversite öğretim elemanları, memurlar, işçiler, kamu hizmetinin gerektirdiği asli ve sürekli görevlerde çalışanlar ve sözleşmeli personel girmektedir.

Kamusal faaliyeti ihale veya sözleşme yolu ile yapan kişi veya kuruluşlar bu kapsamda değildir. Bir kamusal faaliyeti ihale yolu ile devralan ve aldığı bedel karşılığında bu hizmeti yapan kişi kamu görevlisi değildir.

4483 sayılı kanunun 1.maddesinde *“bu kanunun amacı, memurlar ve diğer kamu görevlilerinin görevleri sebebiyle işledikleri suçlardan dolayı yargılanabilmeleri için izin vermeye yetkili mercileri belirtmek ve izlenecek usulü düzenlemektir.”* denilerek kanunun amacı belirtilmiştir. 2. maddesinde kanunun kapsamı *“bu kanun, devletin ve diğer kamu tüzel kişilerinin genel idare esaslarına göre yürüttükleri kamu hizmetinin gerektirdiği asli ve sürekli görevleri ifa eden memurlar ve diğer kamu görevlilerinin görevleri sebebiyle işledikleri suçlar hakkında uygulanır.”* şeklinde belirtilmiştir. Aynı zamanda 4483 sayılı kanunun konu bakımından kapsamı suçun görev nedeniyle işlenmesi ve suçun “idari görev” nedeniyle işlenmesidir. Göreve dayanılarak, görevle bağlantılı olarak icra edilen ve görev nedeniyle işlenen suçlar gerçek memur suçlarıdır. 4483 sayılı kanun kapsamındadır. Kamu görevlisinin görevini yaptığı sırada işlemiş olduğu hakaret, tehdit, yaralama ve adam öldürme gibi suçlar görev sırasında işlenen görünüşte memur suçlarıdır. 4483 sayılı kanun kapsamında değildir. “Adli görevler” veya “adliyeye ilişkin görev” ise 4483 sayılı Kanun kapsamında olmayıp genel hükümlere tabidir(Adli rapor düzenlenmesi, bilirkişilik, otopsi).Gerçek memur suçlarına örnek olarak; dilekçe hakkının kullanılmasının engellenmesi, resmi belgede sahtecilik, kamu görevlisinin yetkili olmadığı bir iş için yarar sağlaması, görevi kötüye kullanma, göreve ilişkin sırrın açıklanması, kamu görevlisinin ticareti ve kamu görevinin terki veya yapılmaması verilebilir.

Kanunun kapsamı dışındaki suçlara örnek olarak ta; suçun niteliği yönünden kanunlarda yer alan özel soruşturma usulleri varsa (örgütlü suçlar), görev ve sıfatları gereği özel soruşturmaya tabi olanlar (milletvekilleri), disiplin hükümlerinin uygulanması, ağır cezayı gerektiren suçüstü halleri, adli görev niteliğindeki görevler

ve 3628 sayılı Mal Bildiriminde Bulunulması, Rüşvet ve Yolsuzluklarla Mücadele Kanununda düzenlenen suçlar sayılabilir.

Sağlık hizmeti, Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık kurum ve kuruluşlarının yanında, Milli Savunma Bakanlığı, Üniversiteler ve Belediyeler tarafından işletilen sağlık kurumları tarafından da sunulmaktadır ve bu kurumlar tarafından sunulan sağlık hizmeti de bir kamu hizmeti niteliğindedir. Devlet hastaneleri ve diğer kamu kurumlarının sağlık üniteleri ve hastanelerinde çalışan sağlık mesleği mensupları Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatı ile il ve ilçe sağlık müdürlüklerinde, Halk Sağlığı Müdürlüklerinde ve Kamu Hastane Birliklerinin idari kademelerinde görevli sağlık mesleği mensupları Halk Sağlığı Müdürlüklerine bağlı AÇSAP, VSD vb. merkezlerde görevli sağlık mesleği mensupları Türkiye Halk Sağlığı Kurumu ile Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumunda istihdam edilen sağlık mesleği mensupları da ister kadrolu ister sözleşmeli olsun, kamusal faaliyete usulünce iştirak etmeleri nedeniyle kamu görevlisi kabul edilirler. 4483 sayılı kanun kapsamındadırlar. 5258 sayılı Kanun'un 6. maddesi hükmüne göre *“görevleriyle ilgili ya da görevleri başında işledikleri veya kendilerine karşı işlenen suçlarda devlet memuru gibi kabul edilir.”* bu hüküm uyarınca aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları kendilerine karşı işlenen suçlarda da kamu görevlisi gibi kabul edilecektir. 4483 sayılı kanun kapsamındadırlar. Belediyeler bakımından da ister kadrolu ister kadro karşılığı sözleşmeli olarak çalışsınlar, sağlık mesleği mensupları kamu görevlisi kabul edilmektedirler. 4483 sayılı kanun kapsamındadırlar.

Üniversitelerde 2547 sayılı Kanuna tabi olarak ister kadrolu ister sözleşmeli olarak çalışsınlar sağlık mesleği mensupları, üniversitelerin hizmet yönünden yerinden yönetim kuruluşları olmaları nedeniyle, sunulan sağlık hizmetinin kamusal faaliyet kabul edilmesi bakımından TCK'na göre kamu görevlisidirler. Ancak 4483 sayılı kanun kapsamında değildirler. Özel soruşturma usulüne tabidirler. Vakıf üniversitelerinin de tümüyle YÖK'ün denetimi ve gözetimi altında bulunmaları ve yükseköğretim alanında kamu hizmeti yerine getiriyor olmaları gibi özellikleri gözetildiğinde kamusal faaliyet yürüttüklerinin kabul edilmesi ve yasa gereği sözleşmeli olarak istihdam edilen personelin kamu görevlisi sayılması gerekir. Ancak soruşturma usulü bakımından genel hükümlere tabidirler. 4483 sayılı kanun kapsamında değildirler. Yerel Yönetim Birlikleri, TODAİE, TAEK, DSİ, Karayolları, Köy Hizmetleri, Hudut ve Sahiller, Sağlık Gençlik ve Spor, Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu, Telsiz Genel Müdürlüğü, Vakıflar Genel Müdürlükleri gibi Katma Bütçeli Kuruluşların kurum hekimliği birimlerinde çalışan sağlık mesleği

mensupları da kamu görevlisidir. 4483 sayılı kanun kapsamındadırlar. Bu kanunun kapsamında olabilmek için kurumların kamu hukuku usulüne göre yönetiliyor olmaları gerekir. Kendi muayenehanelerinde veya poliklinik, tıp merkezi ya da özel hastane gibi özel sağlık kuruluşlarında çalışan sağlık mesleği mensupları ise ceza kanunu uygulamasında ve 4483 sayılı kanuna göre kamu görevlisi olarak kabul edilmemektedirler. Sağlık Bakanlığına bağlı Devlet Hastanelerinde veya Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde ihale yolu ile hizmet satın alınması neticesinde örneğin laboratuvar hizmetlerinin veya radyolojik görüntüleme hizmetlerinin özel hukuk kişilerinin işletiminde, anılan hastanelerde yürütülmesi esnasında bu alanda çalışanlar hem TCK hem de 4483 sayılı Kanuna göre kamu görevlisi sayılmamaktadırlar.

3.3.2.1. Şikayet ve İhbar²¹⁷

4483 sayılı Kanun'un 4/2 . maddesi *“diğer makam ve memurlarla kamu görevlileri de, bu kanun kapsamına giren bir suç işlendiğini ihbar, şikayet, bilgi, belge veya bulgulara dayanarak öğrendiklerinde durumu izin vermeye yetkili mercie iletirler.”* demiştir. Ortada soruşturulması ve kovuşturulması şikayete bağlı bir suç bulunmalıdır, şikayet etmesi gereken kişi fiilden zarar gören olmalıdır, Şikayet altı aylık şikayet süresi içinde yapılmalıdır. Şikayet, yetkili makama yazılı bir şekilde olaydan kaynaklanan zarar (fiil) bildirilir. Şikayetten vazgeçmek mümkündür.

Bildirim suç ihbar etmek şeklinde de olabilir yani herkes bir suça ilişkin ihbarda bulunabilir, suçtan zarar gören olabileceği gibi üçüncü kişi de olabilir. İhbarda bir süre sınırlaması yoktur. TCK m. 278, 279 ve 280'de ihbar etmek bir yükümlülük olarak düzenlenmiştir.

İhbar veya şikayet soyut ve genel nitelikte ise, ihbar veya şikayette kişi ya da olay belirtilmemişse, iddialar ciddi bulgu ve belgelere dayanmıyorsa, ihbar ya da şikayette dilekçe sahibinin adı, soyadı, imzası, iş ya da konut adresi bulunmuyorsa veya gerçeğe aykırıysa (iddialar somut belgelere dayanıyorsa bu maddedeki bilgilerin bulunmaması önem taşımaz) savcılık tarafından “işleme konulmama” kararı verilir.

²¹⁷ Malkoç. s. 203.

3.3.2.2. Ön İnceleme Şartları²¹⁸

Karar verecek merci ilçe idare kurulu veya il idare kurulu değil bizzat kaymakam veya validir. Bu yetki devredilemez. İzin vermeye yetkili merci bulunmadığı takdirde bu yetki sadece vekili tarafından kullanılabilir. İzin vermeye yetkili merciin belirlenmesinde kamu görevlisinin suç tarihindeki görevi esas alınır.

Ön inceleme yapılabilmesi için daha önce aynı konuda ön inceleme yapılmamış olması gerekir (m. 5/2). Ancak daha önce yapılmış olan ön incelemenin sonucunu etkileyecek yeni belge sunulması halinde ön inceleme yapılabilir. İddia ya da şikayetin suç teşkil edip etmediğinin tespiti için yetkili merciin kararına yardımcı olacak belge ve bilgilerin toplanması için ön inceleme öncesi bir incelemenin yapılması yasaya aykırı değildir.

Ön inceleme yaptırma yetkisi soruşturma izni vermeye yetkili makama aittir. Ön inceleme; yetkili merci tarafından bizzat, yetkili merci tarafından görevlendirilen bir veya birkaç denetim elemanına ve hakkında ön inceleme yapılanın üstü konumunda memur veya kamu görevlilerinden bir veya birkaç kişiye yaptırılabilir (öncelikle kendi kurumu, ancak bu mümkün değilse başka kurumdan). Yetkili merci, teftiş kurulları tarafından yapılan ön soruşturmayı yeterli sayabilir. Yargı mensuplarıyla yargı kuruluşlarında çalışanlar ve askerler başka mercilerin ön incelemelerinde görevlendirilemezler.

3.3.2.3. Ön İncelemeci²¹⁹

Ön incelemeciler, Bakanlık müfettişleri ve kendilerini görevlendiren merciin bütün yetkilerine sahiptirler. Ön inceleme yaparken öncelikle 4483 sayılı kanun hükümlerini, orada hüküm bulunmayan durumlarda 5271 sayılı CMK' nun ilgili maddelerini uygularlar. Toplanması gereken tüm delilleri toplar, hakkında ön inceleme yapılan kamu görevlisi ve şikayetçi veya ihbarcıyı dinlerler. İdarenin kamu görevlisine teslim edilmiş bulunan göreve ilişkin araç ve gereçler ile bilgi ve belgeleri, kendi mevzuatı kapsamında idari yetkiyle geri alması ve muhafaza etmesi mümkündür. Zorunlu ve gecikmesinde sakınca bulunan hallerde ise, ön incelemeci, delilin elde edilmesi için arama yapılması ve el konulması hususunda karar alınmasını ve uygulanmasını Cumhuriyet Savcısından talep edebilir. Ön incelemeci,

²¹⁸ Malkoç. s. 241-243.

²¹⁹ Öğr. Gör. Dr. Sevinç Hızal. Sağlık Hukuku Yüksek Lisans Ders Notları.

muhbir veya şikayetçiyi dinleme, hakkında ön inceleme yapılan kimseyi dinleme, tanık dinleme, bilirkişinin dinlenmesi, keşif yapılması, diğer kurum ve kuruluşlarda bulunan bilgileri isteme ve görevden uzaklaştırma yetkisine sahiptir.

3.3.2.4. Şikayetçi Dinleme²²⁰

Şikayetçinin CMK m. 233'e göre çağrı kağıdı (davetiye) ile çağırılması gerekmektedir. Davete uymamaları halinde CMK m. 235 deki işlemlerin yapılabileceğini davette bildirmek gerekmektedir. İlk önce şikayetçinin kimlik bilgileri alınmalı, CMK m. 234'deki hakları hatırlatılmalı, ifadesi ayrıntılı olarak alınmalıdır. Delillerin nelerden ibaret olduğu belirtilmeli, şikayetçi ise ne şekilde suçtan zarar gördüğü ve şikayetin devam edip etmediği sorulmalıdır. Şikayetçinin; delillerin toplanmasını isteme hakkı, tanıkların davetini isteme hakkı, el konulan eşyayı inceleme hakkı, dosyayı inceleme ve örnek alma hakkı, vekili aracılığıyla tutanak ve belgeleri inceleme ve örnek alma hakkı (gizlilik gerektiren haller hariç), koşulları varsa avukat yardımından yararlanma hakkı ve karara karşı itiraz etme hakkı vardır. Bu haklar mağdur içinde geçerlidir.

- Hakkında Ön İnceleme Yapılan Kimsenin Dinlenmesi.

Ön inceleme yapılacak kişi, CMK m. 145'e göre çağrı kağıdı (davetiye) ile çağırılmalıdır. Davete uymaması halinde zorla getirileceği bildirilmelidir. Hakkında ön inceleme yapılanın kimlik bilgileri alındıktan sonra CMK m. 147'deki hakları hatırlatılır, hakkındaki iddialar açıkça anlatılarak ifadesi ayrıntılı olarak alınır, delil göstermek isterse delillerin nelerden ibaret olduğu sorulur ve CMK m. 148'de belirtilen yasak sorgu yöntemleri kullanılmaz.

- Tanık Dinleme.

5271 sayılı CMK yalnızca hakim, mahkeme ve savcıya tanık dinleme hakkı vermiştir. Dolayısıyla 5271 sayılı CMK' nun yürürlüğe girdiği 2005 yılından sonra ön incelemeci yalnızca bilgi toplama mahiyetinde ifade alma işlemi gerçekleştirecek, "tanık dinleme" adı altında işlem yapamayacaktır. Ön incelemeci, tanığa yemin verdirmesi ve tanığın zorla getirilmesini talep etmesi mümkün olmayacaktır. CMK m. 43'e göre bilgisine başvurulmak üzere kişi telefon, faks, elektronik posta veya çağrı kağıdı ile tebligat yapılarak çağırılır. Her tanık ayrı ayrı ve sonraki tanıklar yanında bulunmaksızın dinlenir. Kişiye gerçeği söylemesinin önemi, gerçeği söylememesi

²²⁰ Öğr. Gör. Dr. Sevinç Hızal. Sağlık Hukuku Yüksek Lisans Ders Notları. İzmir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

halinde yalan tanıklıktan dolayı cezalandırılacağı hatırlatılır. Kişinin kimlik bilgileri ve adres bilgileri alınır. Tanıklıktan çekinme hakkı varsa hatırlatılır.

3.3.2.5. Bilirkişi Dinleme²²¹

Bilirkişi, çözümünü uzmanlığı, özel ve teknik bilgiyi gerektiren durumlarda bilgi ve düşüncesine başvurulmuş kimsedir. Bilirkişi mümkünse CMK m. 64'e göre oluşturulan İl Adli Yargı Komisyonu tarafından oluşturulan listeden seçilmelidir (bu listedeki bilirkişiye başta yemin ettikleri için yemin verilmez). Bilirkişiye verilecek süre ön inceleme süresi göz önünde bulundurularak hesaplanmalıdır. Tanıklıktan çekinme nedenleri bilirkişi için de geçerlidir.

3.3.2.6. Keşif Yapılması

Kural olarak keşif hakim yapar. Ancak gecikmesinde sakınca bulunan ve gerekli olan durumlarda ön inceleme görevlisi "olay yeri incelemesi" yaparak bilgi toplayabilir. Yeminli katip ve gerektiğinde bilirkişiyle olay yerine giderek inceleme yapar ve tespitlerini tutanağa geçirir, fotoğraf çekebilir, kamera ile kayıt yapabilir.

3.3.2.7. Diğer Kurum Ve Kuruluşlarda Bulunan Belgeleri İsteme

Ön inceleme görevlisi; kendi kurumu veya diğer kamu kurum ve kuruluşları ile özel ve tüzel kişilerde bulunan delil niteliğindeki bilgi ve belgeleri isteyebilir.

3.3.2.8. Ön İnceleme Raporu

İncelemeye konu fiilin ne olduğu sınırları açık ve belli bir şekilde ortaya konur. Hakkında inceleme yapılanın hangi yasal mevzuata tabi olduğu ve neden 4483 sayılı kanun kapsamında olduğu belirtilmelidir. Suçun görev nedeniyle mi, yoksa görev sırasında mı işlendiği belirtildikten sonra şikayetçi veya ihbarcı, tanık ve hakkında ön inceleme yapılanın beyanı özetlenir. Diğer deliller değerlendirilerek yapılan tespitler belirtilir. Oluşması olasılığı düşünülen suçun ne olduğu, bu suçun unsurlarının bu olayda ne şekilde gerçekleştiği, bu suç hakkında zamanaşımının

²²¹ Prof. Dr. Aytaç Koçak. Sağlık Hukuku Yüksek Lisans Ders Notları. İzmir Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü.

gerçekleşip gerçekleşmediği, af, şikayetten vazgeçme ve cezasızlık nedenlerinin bulunup bulunmadığı, varılan sonuç ve soruşturma izni verilmesi veya verilmemesi kanaati belirtilir.

3.3.2.9. Soruşturma İzni Verme Süresi²²²

Süre ön inceleme dahil 30 gündür. Zorunlu hallerde 15 günü geçmemek üzere uzatılabilir (ön incelemeci ek süre talep eder). Soruşturma izni konusunda karar verme süresinin başlangıç tarihi Cumhuriyet Savcısı tarafından evrakın makama gönderildiği tarihtir. İstisnai hallerde teftiş kurulu tarafından gönderilen inceleme raporunun makama ulaştığı tarihtir. Toplam 45 gün içinde tüm işlemler yapılmalıdır.

Ancak bu sürenin dolmuş olması, hakkında soruşturma yapılana bir hak sağlamaz. Her halükarda olumlu veya olumsuz karar verilmek zorundadır.

3.3.2.10. Men-i Muhakeme Kararı Verilmesi

Son soruşturmanın açılmasına yer olmadığı kararını vermeye yetkili merci, inceleme raporundaki görüşle bağlı değildir. Kamu görevlisinin iddia edilen suçta işlemediği, suçun unsurlarının oluşmadığı, eylemin TCK veya ceza hükmü içeren diğer kanunlar kapsamında suç olmadığı (disiplin suçu, kabahat veya tazminat gerektirdiği) veya isnat edilen suçun kamu görevlisi tarafından işlendiğini gösterir yeterli delil bulunmadığı kanaatine varırsa men-i muhakeme kararı verilir.

²²² Öğr. Gör. Dr. Sevinç Hızal. Sağlık Hukuku Yüksek Lisans Ders Notları.

3.4. İDARENİN SAĞLIK HİZMETİ SUNUMUNDAN KAYNAKLANAN SORUMLULUĞU

Hukuk devleti ilkesinin gereklerinden biri; idarenin kendi eylem ve işlemlerinden doğan zararlardan sorumlu olmasıdır (Anayasa md.125)²²³⁻²²⁴.

İdarenin sorumluluğu; devletin ve diğer kamu tüzel kişilerinin, bireylerle doğrudan iletişim içinde bulunan ve kanunları uygulayan makam ve organların, kişilere verdiği zararlardan sorumluluğudur²²⁵.

Yargıtay Hukuk Genel Kurulu E.2011/4-592, K.2012/25, T.01.02.2012 tarihli kararı ile doktorun görevi sırasında ve yetkisini kullanırken işlediği bir kusura ve bu kusurun niteliği itibarıyla da kamu görevlisinin ihmeline dayanmakta olan bir davada, kamu görevlerinin yetkilerini kullanırken işledikleri kusurlardan kaynaklı zararlarda, görevi dışında kalan kişisel kusuruna dayanılmadığına, dikkatsizlik ve tedbirsizliğe dayalı da olsa eylemin görev sırasında ve görevle ilgili olmasına ve hizmet kusuru bulunmasına göre dava idare aleyhine açılıp, husumetin de idareye yönetilmesi gerektiği şeklinde hüküm kurmuştur.

Sağlık hizmet sunumunda idare denildiğinde, ağırlıklı olarak Sağlık Bakanlığı, yanı sıra Tıp fakülteleri ile Belediyeler ve Milli Savunma Bakanlığı'nı anlaşılmaktadır.

Sağlık hizmetlerinde idarenin sorumluluğu ise sadece hizmet sunumu ile sınırlı değildir. Sağlık hizmetine erişilmesinin önüne konulan engeller bakımından Maliye Bakanlığı ve Sosyal Güvenlik Kurumu, hizmet sunumunda kullanılan kimi cihazlarla ilgili olarak ruhsatlandırma ve denetim bakımından TAEK, tıbbi atıkların bertarafı ile ilgili olarak Belediyeler, bütün sağlık kurum ve kuruluşlarının kuruluş ve işleyişinin denetimi ile kullanılmakta olan ilaçlar ve benzeri hizmetler bakımından da Sağlık Bakanlığı'nın sorumlu idare olarak düşünülmesi gerektiği de akılda tutulmalıdır²²⁶.

İdarenin sorumluluğundan bahsedilebilmesi için;

- Ortada bir zarar olması,
- Zararın idari işlem veya eylemden kaynaklanması,
- İdari işlem veya eylemin kusurlu olması,

²²³ <http://www.tbmm.gov.tr/anayasa> (Erişim Tarihi 08.02.2014).

²²⁴ MADDE 125- İdarenin her türlü eylem ve işlemlerine karşı yargı yolu açıktır.....İdare, kendi eylem ve işlemlerinden doğan zararı ödemekle yükümlüdür.

²²⁵ Çınarlı. s. 205.

²²⁶ Türk Tabipleri Birliği Uzmanlık Dernekleri Eşgüdüm Kurulu. XV. Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurultayı. 4-6 Aralık 2009. İzmir. s. 53.

• Zarar ile idarenin işlemi veya eylemi arasında uygun illiyet bağının bulunması gereklidir^{227,228}.

3.4.1. Zarar

Türk Hukuku'nda zarar kavramı; en geniş anlamıyla, bir kişinin mal varlığına veya kişiliğine ilişkin korunan bir değerinde, hukuka aykırı eylem neticesinde, irade ve istem dışı meydana gelen, eksilmeler ve değişiklikler olarak tanımlanabilir²²⁹. Sağlık hizmetlerinin sunumunda zarardan yönetimin sorumlu tutulabilmesi için yapılan tıbbi müdahale veya diğer sağlık hizmetleri neticesinde bir zarar meydana gelmiş olmalıdır. Var olan sistem; hekimlerin yasal düzenlemelerden ve tazminattan korkmasına ve maliyetli-etkisiz bir tedavi uygulaması sürdürmesine neden olmaktadır. Yani hekimleri defansif tıp uygulamalarına teşvik etmektedir. Defansif tıp: hastanın aşırı ve gereksiz bakımından zarar görme ihtimali olsa bile, hekimlerin tıbbi kötü uygulamadan doğacak sorumluluk çekincesiyle, gerekli olmadığı halde tetkik ve işlem yapması veya yüksek riskli hasta bakmaktan ve diğer işlemlerden kaçması olarak algılanır. Hekimin tazminat korkusunun defansif tıbbi arttırdığını savunularla birlikte, hekimin işinde dikkatli davranması için gerekli olduğu da savunulmaktadır.

3.4.2. Maddi Zarar

Sağlık hizmetinin kusurlu işlemesinden kaynaklanan, vücut bütünlüğünün ihlali, sakatlanma, iş gücü kaybı, kazanç kaybı ya da yoksun kalma zararları maddi zararlarıdır. maddi zarar, mal varlığına ilişkin bir kavramdır. Zararın neticesi olarak yapılan harcamalar da maddi zarara dahildir. Ölüm olayı neticesinde yapılan defin masrafları, sakat bir çocuğun gereksinimleriyle uyum sağlanması için apartmanda yapılan harcamalar, mağdurun idarenin hatası sonucu aldığı borcun faizi, bu tarz harcamalara örnek olarak gösterilebilir. Maddi zararlar: mal varlığı zararları tıbbi tedavi ve ilaç masrafları ücret ve aylık kayıpları geçici ve muhtemel iş gücü kaybı mevcut şartlarda ortaya çıkan büyük değişiklikleri kapsar.

²²⁷ Çınarlı. s. 206.

²²⁸ Kısa İdare Hukuku. Prof. Dr. Kemal Gözler, Doç. Dr. Gürsel Kaplan Ekin Basım Yayın Dağıtım. 1. Baskı. Bursa. Kasım 2011. s. 215.

²²⁹ Çınarlı. s. 206.

Zararla ilgili Danıştay'ın verdiği çok sayıda karar vardır. Bu kararlarla ilgili şu örnekleri verebiliriz. İş gücü ve gelir kaybı yoksa maddi zarar yok demektir (Danıştay 10. Dairesi, E.1995/7754,K.1997/1071,T.31.03.1997). Kişide oluşan zarar sadece hastane ve tedavi masrafları değildir. Aynı zamanda ömür boyu bakım nedeniyle oluşacak zararlar da vardır ve bunlarında ödenmesi gerekir (Danıştay 10. Daire, E.1995/934,K.1996/5933, T.10.10.1996)²³⁰. Maddi tazminata hükmedilmesi için maddi zararın ispat edilmesi zorunludur(Danıştay 10. Daire, E.1997/3565, K.1999/5224, T.19.10.1999). Hastanın zarar görmesi ile ilgili olarak sağlık personelinin kusur oranının, tam kusurlu olmaması için başlı başına bir tazminat indirim nedeni değildir. Ancak zarar görenin kusuru oranında indirilir. Ayrıca idarece personele karşı açılacak rücu davasında, tüm tazminat değil, kusuru oranında rücu edilir(Danıştay 10. Daire. E.2006/4777, K.2009/7341, T.01.01.2009). Kusurun tamamı hekime ait olsa da öncelikle zararın idarece karşılanması gerekmektedir (Danıştay 10. Daire, E.2007/8477, K.2010/7191, T.29.09.2010). Benzer göreve atanan ve sakat kalan memura ödenecek maddi tazminatın, efor tazminatı değil, bakım tazminatı olması gerekir(Danıştay 10. Daire, E.2007/7170, K.2008/847, T.22.02.2008)²³¹.

3.4.3. Manevi Zarar

Kusurlu ve hukuka aykırı davranış yüzünden hastanın ve/veya yakınlarının uğradığı acı, ıstıraplar, elem, keder, yaşam sevincinin azalması ve buna bağlı olarak ortaya çıkabilecek geçici veya kalıcı ruhsal değişikliklerdir. Manevi tazminatta amaç; zararın giderilmesi değil, zarar görenin acı ve üzüntüsünün tatmin edilmesidir.

Manevi tazminatla ilgili mahkeme kararları hakkında verilebilecek birkaç örnek şöyledir. Manevi tazminata faiz uygulamasının İYUK 13. maddesine göre idareye başvuru tarihi, eğer başvuru yapılmamışsa dava tarihinden itibaren yürütülecektir (Danıştay İdari Dava Daireleri Genel Kurulu E.2004/2413, K.2005/249, T.14.04.2005). Manevi tazminat miktarının hesabında somut olayın özelliklerine göre takdir hakkını kullanırken bile, mutlaka nesnel ölçülere dayanılmalıdır(Yargıtay 13. H.D, E.2011/3558, K.2011/10502, T.30.06.2011). Sağlık hizmetlerinden doğan hizmet kusuru neticesinde oluşan manevi zararın tazmini miktarı açısından getirilmesi gereken kriter; duyulan elem ve ıstırapı giderecek ve

²³⁰ Danıştay İdari Dava Daireleri Karar Özetleri. Dr. Selami Demirkol, M. Önder Tekin, Nihat Toktaş. Adil Yayınevi. Ankara. Ekim 2002. s. 875.

²³¹ Danıştay Kararları.

idarenin kusurunun ağırlığını ortaya koyacak düzeyde olmasıdır (Danıştay 10. Daire, E.2006/6098, K.2008/7590, T.10.11.2008).

3.4.4. Zararın Nitelikleri

- Zararın Gerçek ve Kesin Olması.

Zararın kesin olması için zararın gerçekleşmiş olması gerekmemektedir. Gelecekteki zararlarda kesinlik unsuru taşıyabilir (özürlü doğum).

- Zararın Özel Olması.

Uygulamalardan bütün toplumun değil, sadece belli bir kişi ya da kişilerin zarara uğramasıdır.

- Zararın Meşru Bir Menfaate Yönelik Olması.
- Zararın Para İle Takdir Edilebilmesi.

3.4.5. Zararın Kapsamı

- Ölüm Nedeniyle Oluşan Maddi Zarar.

- Cenaze giderleri.
- Ölüm hemen gerçekleşmemişse tedavi giderleri ile çalışma gücünün azalmasından ya da yitirilmesinden doğan kayıplar.
- Ölenin desteğinden yoksun kalanların, bu nedenle uğradıkları zararlar.

- Bedensel Zararlar.

Tedavi giderleri, çalışma gücünün yitirilmesinden ya da azalmasından doğan kayıplar ve ekonomik geleceğin sarsılmasından doğan kayıplardır. İyileşme şansının ortadan kalkmış olması tam tazminat gerektirmektedir (Danıştay 10. Daire, E.2012/4715, K.2012/6964 ve E.2012/4714, K.2012/6965).

- Mala İlişkin Zararlar.

Vücuda takılan protezler.

- Manevi Zararlar.

Uzun süren tedavi, acı çekilmesi, operasyona katlanma, sakat kalma, organ kaybı veya fonksiyon kaybı gibi durum karşısında çekilen acı, ıstırap ve elem duyguları manevi zarar kapsamındadır. Bu kapsama organ veya fonksiyon kaybı ya da kalıcı iz ve eser kalması halinde kişide oluşabilecek psikolojik değişiklikler de katılmalıdır. Basit duygusal tepkiler manevi zarar kapsamında bulunmamaktadır.

3.4.6. İdari İşlem ve İdari Eylem

Anayasa'nın 125. maddesinde "yargı yolu" başlığı altında yer alan; "idarenin her türlü eylem ve işlemlerine karşı yargı yolu açıktır" hükmü ile idarenin eylem ve işlemlerinin bir bütün olarak dikkate alındığı görülmektedir²³². İdare ister eylemlerde bulunsun, ister işlem yapsın bunların hepsinin hukuka uygun olması gerekir. İdarenin hukuka aykırı işlemi iptal edilebileceği gibi, idare hukuka aykırı eyleminden de sorumlu tutulabilir. Danıştay'a göre idari eylem, idarenin faaliyetleri sırasındaki bir hareketini, bir olayı, bir tutumu anlatır, temelinde bir idari karar veya işlem olmayan, fizik alanında görülen iş, hareket, ameliye ve çalışmalaradır. Yargıtay 4. Hukuk Dairesi ise bir kararında; "idari eylem, kamu idare ve kurumlarının kamu görevine ilişkin, idare hukuku temel ve gereklerine göre yaptığı olumlu veya olumsuz davranış (fiil) tir. İdari işlem ise, idari kanunlara dayanılarak yapılan muamelelere denilmektedir" görüşüne yer vermiştir.

İdari eylem, kamu hukuku rejimine tabi bulunan kamu hizmetleri alanında, idarenin kanunilik temelinde bağlı bulunan ve kamu görevlileri aracılığı ile gerçekleştirdiği fiziksel ve maddi sonuçlar doğuran davranışları ifade eder. İdari eylemlerin ya bir idari işleme, ya da doğrudan bir kanuna dayanması gerekmektedir. Bir idari işleme dayalı olması gereken eylemlerin arkasında bir idari işlemin bulunmaması halinde, bu eylemler idarenin haksız fiili sayılmaktadır. İdari işlem, idare adına irade açıklamaya yetkili olanlar tarafından yapıldığı halde, idari eylem herhangi bir kamu görevlisi tarafından da yapılabilir. Bazı idari eylemler yapılan idari faaliyetin niteliğine göre, ancak bazı meslek mensuplarınca yapılır; reçetenin ancak doktor tarafından yazılması gibi²³³. İdari eylemler çoğu kez idari işlemlerin hazırlanması, uygulanması, ya da bazı hizmetlerin yürütülmesi biçiminde kendisini gösterir. Ancak temelinde bir idari karar veya işlem olmadan fizik alanında görülen iş, hareket, ameliye ve çalışmalar da idari eylemleri oluşturmaktadır. Hukuk alanında değişiklik yapmayan idari eylemler sadece ilgililerin hak ve yetkilerini kullanmaları halinde hukuki sonuçlar doğurabilir. İdari işlem ve idari eylem kavramları çoğunlukla birlikte kullanılmalarına rağmen, hukuki açıdan idari işlem idari eylemden daha önemlidir. İdarenin eylemi, bir idari işlemin uygulamaya geçirilmesi amacıyla yapılabildiği gibi, herhangi bir işleme dayanmayan idari eylemler de vardır²³⁴.

²³² <http://www.tbmm.gov.tr/anayasa> Erişim Tarihi 08.02.2014.

²³³ Askeri Yüksek İdare Mahkemesi (AYİM). İdari İşlem ve İdari Eylem. Hak. Kd. Ütğm. Hüseyin Çeken. 16 Numaralı Dergi. Erişim Tarihi: 15.03.2014.

²³⁴ TBB Dergisi, Sayı 85, 2009. Maddi Açıdan İdari İşlemler. Av. Ahmet Emrah Akyazan. Ankara Barosu.

“12.01.2011 tarihli ve 6100 sayılı Hukuk Muhakemeleri Kanununun 3 üncü maddesinde “ölüm veya vücut bütünlüğünün yitirilmesinden doğan zararların tazmini davalarında görev” konusu düzenlenmiştir. Maddenin birinci cümlesinde, her türlü idari eylem ve işlemler ile idarenin sorumlu olduğu diğer sebeplerin yol açtığı vücut bütünlüğünün kısmen veya tamamen yitirilmesine yahut kişinin ölümüne bağlı maddi ve manevi zararların tazminine ilişkin davalara “Asliye Hukuk Mahkemelerince” bakılacağı belirtilmiştir. Her türlü idari eylem ve işlemler ile idarenin sorumlu olduğu diğer sebeplerin yol açtığı vücut bütünlüğünün kısmen veya tamamen yitirilmesine yahut kişinin ölümüne bağlı maddi ve manevi zararların tazminine ilişkin davaları, “idari yargı denetimi” dışına çıkararak “Asliye Hukuk Mahkemelerince” bakılacağını belirten 3 üncü maddesinin birinci cümlesi Anayasa’nın 2 nci, 37 nci, 125 inci ve 155 inci maddelerine aykırı olup, iptali gerekmektedir.” denilerek Anayasa Mahkemesi’ne iptal davası açılmıştır. Anayasa Mahkemesi’ de bu maddeyi Anayasa’nın 125. 155. ve 157. maddelerine aykırılığı nedeniyle iptal etmiştir. 2. ve 37. Maddeler açısından incelemeye gerek görülmemiştir²³⁵. Bu karar kanaatimizce de uygun olmuştur.

3.4.6.1. İdari İşlem

İdari işlemi, idarenin hukuki sonuç doğurmaya yönelik bir irade açıklaması olarak tanımlamak mümkündür. Bu tanıma göre idari işlemin; “*irade açıklaması*” ve “*hukuki sonuç*” olmak üzere iki unsuru vardır. Bu iki unsur bir araya geldiği takdirde idari işlem kurulur. Ancak bu tanım idari işlemi anlatmak bakımından yeterli değildir. Çünkü idarenin her işlemi idari işlem olmadığı gibi, bazen özel hukuk tüzel kişilerinin yaptığı işlemler de idari işlem niteliğinde kabul edilir. Gerçekten, idarenin bazı işlemleri özel hukuka tâbi olmaktadır. Örneğin, kamu tüzel kişisinin bir özel hukuk sözleşmesi yapması idari işlem değildir (Üniversite yönetimi kütüphanesine kitap alımı için bir kitapçı ile sözleşme yaptıysa, bu idari bir işlem değildir.). Diğer taraftan, kendisine kamusal görevler verilen bir özel hukuk tüzel kişisi de kamu gücüne dayanarak bir idari işlem yapabilir. Bu durumda; “*kamu gücü ayrıcalıklarıyla donatılmış hukuki işlemler, idari işlemlerdir*” sonucu ortaya çıkmaktadır.

s.239

²³⁵ Resmi Gazete.19 Mayıs 2012. Sayı: 28297. Erişim Tarihi: 15.03.2014.

3.4.6.2. İdari İşlemin Özellikleri²³⁶

3.4.6.2.1. İdari Makamlar Tarafından Yapılması

İdari işlem sadece “*idari makamlar*” tarafından yapılır. İdari makam hem kamu gücünü hem de bu gücü kullanan organı ifade eder. Ancak idari işlemin tanımı bölümünde belirttiğimiz üzere, idari makamın yaptığı her işlem idari işlem olmadığı gibi, idare dışındaki hukuki kişiler de idari işlem yapabilirler. İdari işlemin ayırt edici özelliği “*kamu gücü*” kullanılarak yapılmasıdır.

3.4.6.2.2. Tek Yanlı Olması

İdari işlem, yetkili makamın tek yanlı irade açıklaması ile yaptığı bir işlemdir. İşlemin muhatabının rızasının alınması gerekmez ve muhatabın rızasına bağlı olmaksızın hukuki sonuç doğurur. İdari işlem muhatabının bu konuda daha önce talepte bulunmuş olması veya işleme rıza göstermesi, bu idari işlemi iki yanlı işlem (sözleşme) haline sokmaz. İdari işlemin birden fazla makam tarafından yapılması halinde de, işlemin tek yanlılık özelliği değişmez. Uygulamada bir idari işlemin yapılması ile ilgili aşamalarda görüşü alınan farklı idari makamlar olduğu bilinmektedir. Hazırlık işlemleri, danışma işlemleri gibi bazı ön işlemlerden sonra işlemin oluşum süreci tamamlanmakta ve nihai idari işlem, yetkili idari makam tarafından ortaya konmaktadır.

3.4.6.2.3. İcrai Olması

İdari işlem hukuki etki yaratır. İdari işlem ile ortaya çıkan hukuki sonuçlar, idari işlemin “*icrai olma*” özelliğini oluşturur. “*İcrai olma*” kavramını, “*yürütülmesi zorunlu olma*” şeklinde anlamak gerekir. İdari işlemin, başka bir işlemin varlığına gerek olmaksızın üçüncü kişiler üzerinde çeşitli hukuki sonuçlar doğurmak suretiyle, doğrudan doğruya etkisini göstermesine, idari işlemin icrai olma özelliği yol açmaktadır. İdari işlemle getirilen hukuki sonuçlara muhatabın karşı çıkması halinde, idareye tanınan re’ sen icra ve cebren icra gibi ayrıcalıklı yetkiler de hep işlemin “*icrai olma*” özelliğinden kaynaklanmaktadır. Ancak, işlemin yürürlüğe

²³⁶ Akyazan. s. 223-227.

girmesi, kesin olması, muhatabının menfaatine zarar vermesi gibi unsurlar “*icrai olma*” özelliği ile değil, işlemin iptal davasına konu olup olmaması ile ilgili hususlardır.

İdarenin bazı işlemleri hukuki sonuç doğurmadıkları için, “*icrai olma*” özellikleri de yoktur. Ön işlemler veya hazırlık işlemleri (tutanaklar, görüşler, teklifler, bilgi istemeler, değerlendirmeler, incelemeler gibi), teyit edici işlemler, iç düzen işlemleri (sirkülerler, direktifler, hizmet içi tedbirler gibi), enformel işlemler (uyarılar, duyurular, bilgilendirmeler, dilekler, basın açıklamaları gibi) hukuki sonuç doğurmadıkları için, icrai olmayan idari işlemlerdir.

3.4.6.2.4. Kamu Gücüne Dayanması

İdari işlem kamu gücü kullanılarak yapılan bir tasarruftur. İdarenin, kamu hukuku ile ilgili bir idari faaliyet içinde yaptığı idari işlem ile, özel hukuk ile ilgili bir faaliyeti sırasında yaptığı işlem, kamu gücü kullanıp kullanmadığına göre belirlenir. Buna göre, idarenin yaptığı işlem, kendisine kamu gücü kullanma yetkisi veriyorsa idari işlemdir. Yaptığı işlemde idarenin kamu gücü kullanma yetkisi yoksa bu işlem özel hukuk usullerine göre yapılan ve idari işlem kabul edilmeyen bir tasarruftur. Kamu gücü kullanımı, idari işlem-özel hukuk işlemi ayırımında en temel faktördür. Bir idari makam, kamu gücü kullanarak yaptığı bir idari işlemle, işlemin muhatabının hukuki durumunu doğrudan etkiler.

3.4.6.2.5. Re’ sen İcra Edilebilir Olması

İdare re’ sen icra yetkisine sahiptir. İdare kendi aldığı kararı yine kendisi icra edebilir, yani bu kararın hukuk alanında doğurduğu değişiklikleri maddi alana uygulayabilir. Örneğin, işten çıkarma ile ilgili idari işlemi (kararı) idare re’ sen icra eder: Bu kişiye maaş ödemez. Ancak bazen idarenin idari işlemin gereğini re’ sen icra edebilmesi için yasal yetkiye ihtiyacı vardır, bu hallerde idarenin adli yargıya başvurması gerekir. Örneğin, bir idari kararla kamulaştırılan bir gayrimenkulün tapuda idare adına tescili için, mal sahibinin rızası yoksa Asliye Hukuk Mahkemesi kararı gerekir.

3.4.6.2.6. Hukuka Uygunluk Karinesinden Yararlanması

İdari işlemin hukuka uygun olduğu varsayılır. Bu nedenle, bir idari işlemin mahkeme kararıyla iptal edilinceye kadar, hukuka uygun olduğu varsayılır ve uygulanmasına devam edilir. Hukuka uygunluk karinesinin 4 sonucu vardır:

- İdari işlem hukuki sonuçlarını, hakim kararına ihtiyaç olmaksızın derhal ve kendiliğinden doğurur. Aynı şekilde idari işlemin muhatabı da derhal haklara sahip olur veya yükümlülük altına girer.

- Bir idari işlem nedeniyle bir uyuşmazlık çıkarsa, dava açması gereken taraf idare değil, işlemin muhatabı olan kişidir.

- İdari işlemlerle ilgili davalarda ispat yükü idareye değil, bu işlemin hukuka aykırı olduğunu iddia eden kişiye aittir.

- İdari işleme karşı dava açılması, kural olarak bu işlemin uygulanmasını durdurmaz. Bu ilkeye, “*iptal davasının yürütmeyi durdurmaması özelliği*” denir. Ancak bu özelliğin bazı istisnaları vardır. Bu istisnaların ilki kanunla öngörülen istisnalardır. İkinci istisna ise, idare mahkemelerinin davacının istemi üzerine işlem hakkında verebilecekleri “yürütmeyi durdurma kararı”dır.

3.4.6.2.7. Hukuki Sonuç Doğurması

Bir idari işlemin hukuki sonuç doğurmaya yönelik bir düzenleme ihtiva etmesi, idari işleme “*hukuki işlem*” niteliğini veren ve onu idari eylemden ayıran özelliğidir. İdari işlemin hukuki sonucu, işlemdeki emir cümlesi ile belirtilen düzenlemedir. Düzenleme kavramı bir yönüyle idari işlemi ortaya çıkarma faaliyetini, diğer yönüyle de bu faaliyetin sonucunu kapsar. İdari işlemin içerdiği düzenleme, muhatabına bir yasaklama getirebilir, olumlu bir davranış talebinde bulunabilir, izin, ruhsat gibi bir hakka bağlı hukuki durumunu garantiye alabilir veya muhatabına bir hukuki teminat verilmesini öngörebilir. İdari işlemin unsurunu oluşturan bir düzenlemeden bahsedebilmek için, düzenlemenin tamamlanmış olması zorunludur. Zira tamamlanmamış bir düzenleme içeren işlemin, hukuki etki yaratması mümkün olmayacaktır. Henüz tamamlanmamış, idari usul sürecinde devam eden, kendi başına hukuki sonuç doğurma yeteneğine sahip olmayan usuli işlemler, düzenleyicilik unsuru gerçekleşmediğinden, hukuki sonuç doğuran işlem olarak kabul edilmez.

3.4.6.2.8. Yazılı Olması

İdari işlemin yazılı olması hukukun genel ilkelerinden değildir. İçtihatlarla ortaya konularak benimsenmiş bir ilkedir. Anayasa'nın "yargı yolu" başlıklı 125. maddesinin üçüncü fıkrasında yer alan; "idari işlemlere karşı açılacak davalarda süre, yazılı bildirim tarihinden başlar" kuralı ile idari işlemde "yazılı olma" özelliği vurgulanmaktadır.

3.4.6.2.9. Geriye Yürümemesi

İdare hukukunda kabul edilen genel ilke, idari işlemin yürürlüğe girişinin, işlemin duyurulması veya bildiriminden geriye yürütülememesidir. Danıştay 10. Dairesi'nin 26.05.1992 tarihli bir kararında; "bakanlar kurulu kararı idari bir tasarruf olup, idare hukukunun genel ilkeleri uyarınca yayımından itibaren hüküm ifade etmesi gerektiğinden, geriye yürür hüküm ve sonuç getirmesi hukuka aykırıdır" görüşlerine yer vermiştir. Ancak geriye yürümezlik ilkesinde bazı istisnalar mevcuttur. İlk önemli istisna kanunun açık izin vermesi şartıyla işlemin geriye yürütülmesidir. Bir diğer istisna ise, işlemin niteliğinden kaynaklanan uygulamalardır. Örneğin, herhangi bir idari tasarrufu düzeltici bir idari işlem de, daha önceki dönemle ilgili bir düzenlemeye yer vermektedir. Üçüncü bir istisna ise, iptal kararının uygulanması amacıyla yapılan idari işlemdir. Bu işlem, iptal edilen işlemi yapıldığı tarihten itibaren ortadan kaldırdığı için, geriye dönük düzenleme yapmış olacaktır. Belirtilmesi gereken diğer bir önemli husus da, geriye yürümezlik ilkesinin, düzenleyici işlemlerin yürürlüğe girmeleri ile beraber uygulanmaya başlamalarına engel olmamasıdır. Zira düzenleyici işlemler yürürlüğe girdikleri tarihten itibaren, devam eden, yani hukuken kesinleşmiş durumlara uygulanırlar.

3.4.6.3. İdari İşlemin Unsurları²³⁷

İdari işlemin, yetki, şekil, usul, sebep, konu ve amaç olarak altı unsuru bulunmaktadır.

²³⁷ Akyazan. s. 228-230.

3.4.6.3.1. Yetki Unsuru

Yetki, bir idari makamın belli bir işlemi yapabilme ehliyeti olarak tanımlanabilir. Diğer bir ifadeyle, idari makamı temsil eden kişilerin, kamu tüzel kişisi adına hukuki işlemler yapabilme ehliyetidir. İdare adına bu ehliyete sahip olan, yani idare adına irade açıklamaya yetkili kişiler, bu yetkilerini Anayasa ve kanunlardan alırlar. Bu yetkiler, sübjektif hak olarak değil, görev olarak tanınmış yetkililerdir, dolayısıyla kanunun öngördüğü koşulların oluşması durumunda, idari makam bu yetkisini kullanmak zorundadır. Aynı şekilde, idari makamlar, sahip oldukları yetkilerden kendi istekleriyle vazgeçemezler ve kanunun açık izni olmaksızın başkalarına devredemezler. Bir diğer önemli husus ise, yetkisiz makamın yaptığı bir idari işlemin sonradan yetkili makam tarafından onaylanması halinde bile bu işlemin yetki yönünden sakatlığının ortadan kalkmamasıdır.

3.4.6.3.2. Şekil Unsuru

İdari işlemin içinde yer aldığı belgeye şekil denir. İdari işlem kural olarak yazılı şekle tabidir. Yetkili makamın imzasını taşıyan bir metindir. Bu metin, uluslar arası ilişkiler hariç, Türkçe olarak yazılmış olmalıdır. İstisnai hallerde yazılı şekilde olmayan idari işlem yapılabilmesi için kanunda açıkça izin verilmiş olması veya durumun aciliyetinin bunu gerektirmesi lazımdır. Örneğin, kolluk alanında “sözlü karar” alınabilmesine imkân tanınmaktadır. Trafiki yöneten polis el-kol ile yaptığı hareketlerle de, irade açıklaması mümkündür. Trafik işaretleri ve geçme üstünlüğü olan kamu araçlarının sirenleri ise, idarenin işaretlerle ve sesle de irade açıklamaları yaptığını gösteren uygulamalardır. Şekil konusunda bir diğer uygulama, “zımnî karar” dır. İdare, kendisine yapılan bir başvuru konusunda 60 gün boyunca yazılı veya sözlü hiçbir irade açıklamasında bulunmazsa, yani susarsa, bu durum o başvurunun reddedildiği anlamına gelir. Burada bir ret kararı vardır, ama idarenin hiçbir irade açıklaması yoktur. Bunu idarenin “zımnî irade açıklaması” olarak tanımlamak mümkündür.

3.4.6.3.3. Usul Unsuru

Usul, idari işlemin yapılmasında izlenen yollar demektir. Bazı durumlarda idari işlemin özünü oluşturan irade tek kişi tarafından derhal açıklanır. Burada

uyulması gereken fazla usul unsuru yoktur. Ancak bazı hallerde idari işlemin özünü oluşturan iradenin açıklanması için izlenmesi gereken bir usul vardır, önce bir hazırlık sürecinden geçer, olgunlaşır ve belli şartlar dahilinde tespit edilip açıklanır. Çeşitli idari işlemler bakımından teklif usulü, danışma usulü, çelişme usulü gibi genel idari usuller vardır.

3.4.6.3.4. Sebep Unsuru

Sebep, idareyi bir işlem yapmaya sevk eden hukuki veya fiili etkenlerdir. Bu etkenler, idari işlemde önce gelirler. Polis Vazife ve Salahiyet Kanunu'nun 8. Maddesi'nin "a" bendinde, kumar oynatılan umumi veya umuma açık yerlerin kapatılacağı belirtilmiştir. Burada, kapatma işleminin sebebi "*kumar oynatma*" fiilidir. Diğer taraftan, Türk Vatandaşlığı Kanunu'nun 35. Maddesi'ne göre, Türk vatandaşlığından çıkarılan kişilerin Türkiye'de bulunan malları hazinece tasfiye olunur. Tasfiye ile ilgili idari işlemin nedeni "*vatandaşlıktan çıkarılma*" dır, "*vatandaşlıktan çıkarılma*" ise hukuki neden niteliğindedir.

3.4.6.3.5. Konu Unsuru

İdari işlemin konusu, doğrudan işlemin içeriği, işlemin kendisidir. Örneğin, memur atama işleminin konusu, bir kişinin memurluk statüsüne sokulması, kamulaştırma işleminin konusu, gayrimenkulün mülkiyetinin idareye geçmesi, emekliye sevk işleminin konusu ise kişinin memur durumundan çıkarılıp emeklilik durumuna sokulmasıdır. Konu unsurunda sakatlık halleri bulunmamalıdır. Konunun imkânsız olması ve konunun kanuna aykırı olması, konuda sakatlığa neden olur. Örneğin, memur olarak atanan kişi daha önce ölmüşse, atama işlemi konu unsuru bakımından hukuka aykırıdır. Bu nedenle iptal edilir. Bir kamu tüzel kişinin diğer bir kamu tüzel kişinin mülkiyetinde bulunan bir gayrimenkul hakkında kamulaştırma kararı alması ile ilgili idari işlemde ise, konu bakımından kanuna aykırılık hali vardır.

3.4.6.3.6. Amaç Unsuru

Amaç, idari işlem ile ulaşılmak istenen nihai sonuçtur ve idari işlemin sübjektif unsurunu teşkil eder. İdari işlemde, amaç unsuru bakımından başlıca iki çeşit hukuka aykırılık hali ortaya çıkabilir. Birincisinde idare kamu yararı amacının

tamamıyla dışında kalan bir amaçla hareket eder. İkincisinde ise idare, kamu yararı genel amacı içinde kalan bir amaçla hareket eder, ama bu amaç kanunun öngördüğü amaç değildir. Birinci durumda, “*kamu yararı amacı dışında bir amaçla yapılan işlemler*” söz konusudur. Bunlara örnek olarak, özel çıkar sağlama veya siyasal amaçla yapılan idari işlemler gösterilebilir. İkinci durumda ise, “*özel amacı aşan işlemler*” söz konusudur. Örneğin, asıl amacı trafiği düzenlemek olan trafik polislerinin, sadece idareye gelir sağlamak için ceza kesebilmek amacıyla, trafik ihlali yapılabilecek bir yerde pusuda bekleyerek araçlara yoğun şekilde trafik cezaları düzenlemeleri.

3.4.7. Kusur²³⁸

İdare hukukunda idarenin iki tür sorumluluğu kabul edilmektedir. Biri idarenin özel hukuk ilkeleri doğrultusunda yaptığı sözleşmelerden kaynaklanan özel hukuk sorumluluğu; diğeri ise, idarenin idare hukuku ilkeleri doğrultusunda yapmış olduğu sözleşmeler ve idarenin her türlü işlem ve eyleminden kaynaklanan kamu hukuku ilkeleri doğrultusunda oluşmuş, idare hukukuna özgü sorumluluk türüdür. İdarenin kişilere verdiği zararları tazmin yükümlülüğü, idarenin “hizmet kusuruna (kusurlu sorumluluk)” ve “kusursuz sorumluluğuna” dayanmaktadır.

İdarenin görevlilerinin, görevleri gereği, görevleri sırasında, kendilerine verilmiş araç ve gereçleri kullanarak veya görevlerinin verdiği nüfuzu ve yetkileri kullanarak görevleriyle, doğrudan veya dolaylı ilgili olan hukuka aykırı işlem ve eylemleriyle üçüncü kişilere verdiği hukuka aykırı zararlar, idarenin hizmet kusuru olarak kabul edilmektedir. Hizmet kusurunun temel ve ayırt edici özelliklerini şöyle sınıflandırabiliriz;

3.4.7.1. Genellik

Hizmet kusuru, idarenin merkez teşkilatı, taşra teşkilatı, yerel yönetimler, genel bütçeli ve özel bütçeli tüm kamu kuruluşu niteliğindeki kamu tüzel kişilerinin sunmuş olduğu hizmetlerden kaynaklanan kişisel zararların tazmini için geçerli olan genel bir sorumluluk halidir. Bu haliyle hizmet kusuru, kural olarak idarenin ve kamu

²³⁸ İdare Hukukunda İdarenin Hizmet Kusuru Ve Danıştay Uygulaması. Ahmet Bozdağ. Türk İdare Dergisi • Sayı: 468 • Eylül 2010. s. 35-40.

tüzel kişilerinin üçüncü kişilere verdiği zararlarından doğan sorumluluğunun esasını oluşturmaktadır. Bu genellik, sadece idare ve kamu tüzel kişiler için değil, aynı zamanda idarenin tüm işlem ve eylemleri için de geçerlidir. Ancak hizmet kusuru, sadece yasama ve yargı fonksiyonu dışında kalan idari işlem ve eylemler için geçerlidir.

3.4.7.2. Anonimlik

Hizmet kusurunun anonim olması, kusurun, ismen belirli bir kamu görevlisine izafe edilememesi, kusurun kaynağının bizzat hizmetin kendisinde aramasıdır. Çünkü hizmet kusuru, belirli bir kamu görevlisinin kişisel bir kusuru değil; kamu hizmetini görmekle yükümlü kamu idaresine, bu hizmeti yerine getirmedeki yükümlülüğü dolayısıyla yükletilen bir kusurdur. Kamu hizmetinin anonimlik özelliği, hem vatandaşları idareye karşı korumak hem de kamu hizmetinin sürekli ve aksamadan işlenmesini sağlamaktadır. Şöyle ki, hizmet kusurundan dolayı zarar gören vatandaşların, zararın idarenin hangi personelinin kusurundan kaynaklandığını bilmesi ve bunu ispat etmesi çoğu durumda imkansızdır. İşte bu ilkeyle, vatandaşın haklı olması ve zararının tazmini için sadece zararın hizmet kusurundan kaynaklandığının ispatı yeterli görülmüştür.

3.4.7.3. Aslilik

Hizmet kusurunun asliliği, hizmet kusurundan dolayı zarar gören kişinin, zarar açıkça idarenin personelinin kusurundan kaynaklanmış olsa bile zararının tazmini için doğrudan doğruya hizmeti yürüten idareye başvurabilmesini ifade etmektedir. Diğer bir deyişle idarenin, hizmet kusurundan doğan, zararlardan doğan sorumluluğu asli ve birinci derecedendir. İdarenin sorumluluğunun asliliği, anayasadan ve kanunlardan doğmaktadır. Gerek Anayasa'mızın 129. ve 40. maddelerinde ve gerekse de Devlet Memurları Kanunu'nun 13. maddesinde açıkça, hizmet kursundan kaynaklanan zararlar dolayısıyla açılacak davaların doğrudan doğruya idare aleyhine açılacağı hükme bağlanmıştır. Danıştay da verdiği bir kararda, "hizmet kusurundan dolayı sorumluluk, idarenin sorumluluğunun doğrudan doğruya ve asli nedenini oluşturur" diyerek bu ilkeyi vurgulamıştır.

3.4.7.4. Bağımsızlık

Hizmet kusurunda da idarenin sorumluluğu kusura dayanmakla birlikte, idare hukukundaki bu kusur, özel hukuktaki kusur kavramından anlam ve kapsamı bakımından oldukça farklıdır. Hizmet kusurunun varlığı, kamu personelinin kusuruna bağlı değil; hizmetin kusurlu olmasına bağlıdır.

3.4.7.5. Esneklik

Hizmet kusurunun bulunup bulunmadığının tespiti için geliştirilmiş kesin ve değişmez ölçütler bulunmamaktadır. Birbirinden farklı yapı ve işleyişte çok sayıda kamu kurum ve kuruluşunun bulunması; her kurum ve kuruluşun farklı şartlarda ve özellikte kamu hizmeti yürütmesi ve dolayısıyla kamu kurumlarının ve yürütülen hizmetlerin yekpare olmaması, hizmet kusurunun tespiti için tek bir ölçütün kullanılmasını zorlaştırmıştır. Diğer bir deyişle, hizmet kusurunun varlığı ve derecesi, olaylara, zamana, şartlara ve hizmetin türüne göre değişkenlik ve farklılık göstermektedir. Hizmet kusuru esnek bir kavram olup, varlığı her olaya göre farklılık arz etmekte ve bu nedenle mahkemenin takdir yetkisine bağlı bulunmaktadır.

Sağlık hizmeti, diğer kamu hizmetlerinden hizmetin sunulduğu kişilerin, taşıdığı risk unsuru açısından ayrılmaktadır. Bu nedenle, teşhisin zamanında konulmuş olması ve ortalama özenin gösterilmesi, hastanın iyileşmesi için yeterli gelmeyebilir. Sağlık hizmeti sunumu sırasında, günümüzde teknolojik olanakların artması, hekimin tedavi yöntemi seçme konusunda belli bir takdir hakkına sahip olması gerekliliğini ortaya çıkarmıştır (Danıştay 10. Daire, E.1997/3111, K.1999/5383. T.02.11.1999). Hekime şartlara göre tedaviyi değiştirme konusunda takdir hakkı verilmesi bir gerekliliktir.

T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından yayınlanan 18.01.2005 tarih, 1128 sayılı Sağlık Bakanlığı Hizmet Kusuru Genelgesi'nde *“sağlık hizmetlerinin kalitesinin iyileştirilmesine yönelik bakanlığımızca sürdürülen çalışmalar olumlu sonuçlar vermeye başlamıştır. Alınan olumlu neticelerle birlikte sağlık hizmetlerinin hata kabul etmeyen hizmetlerin başında gelmesi ve hizmet alan kesimin beklentilerinin giderek artması nedeniyle yataklı tedavi kurumlarımızda işlenen hizmet kusurlarına bağlı Bakanlığımız aleyhine açılan davalarda son zamanlarda artış yaşanmaktadır. Bakanlığımız, giderek artan hizmet kusuru davaları nedeniyle büyük miktarlarda tazminat*

ödenmesi durumuyla karşı karşıya kalabilmektedir. Bakanlığımız aleyhine hizmet kusuru nedeniyle açılan dava kayıtlarının tetkikinden özellikle aşağıdaki iş ve işlemlere istinaden açılan davaların yoğunlaştığı tespit edilmiştir.

- Yanlış teşhis ve tedavi,
- Ameliyat öncesi ve sonrası gelişen komplikasyonlar,
- Doğum esnasında ve sonrasında gelişen komplikasyonlar,
- Hastane idaresinden kaynaklanan problemler,
- Hatalı enjeksiyon,
- Hatalı laboratuvar tetkikleri,
- Poliklinik ve sevk işlemlerinde yanlış yönlendirmeler,
- Acil servis hizmetlerinin yetersizliği,

Hizmet kalitesinin artırılmasına yönelik özverili çalışmalar sürdürülürken, yukarıda belirtilen nedenlerden dolayı açılan davaların en aza indirilmesi amacıyla aşağıda yer alan hususlara daha fazla özen gösterilmesi gerekmektedir:

- Hastanın sağlık kurumuna müracaatından itibaren tıbbi müdahale ve işlemlerin her aşamasında Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'nde de belirtilen kayıtların Yataklı Tedavi Kurumları Tıbbi Kayıt Ve Arşiv Hizmetleri Yönergesi hükümleri doğrultusunda eksiksiz tutularak arşivlenmesi ve kurumda muhafaza edilmesi,

- Açılan davalara karşı Bakanlığımız savunmasında kullanılmak üzere bilgi-belge istenildiğinde süresi içerisinde okunaklı, tam ve eksiksiz olarak, tıbbi ve teknik görüşler eşliğinde hazırlanarak gönderilmesi,

- Sağlık hizmeti sunumunda hasta hakları mevzuatına hassasiyetle riayet edilmesi,

- Yapılacak her tıbbi işlemde (zorunlu haller dışında) hasta veya yakınının mutlaka yazılı rızasının alınması, gerekli bilgilendirmenin yapılarak kaydedilmesi,

- Mesleki bilgi ve becerilerin geliştirilmesine yönelik hizmet içi eğitimlerin planlı bir şekilde yapılması,

- Kurum personelinin özellikle de sağlık personelinin mesleğin icrasında ilgili mevzuatta öngörülen yetki, görev ve sorumlulukları dahilinde hareket etmesi,

- Bu yönüyle kurum iç denetiminin Başhekim sorumluluğunda hassasiyetle yürütülmesi,

- Başka bir kuruma sevki gereken hastaların ilk müdahalelerinin yapılarak tıbbi durumu sabitlendikten sonra vakit geçirilmeksizin vakanın durumuna göre, gerekli tıbbi cihaz ve personel ile birlikte diğer sağlık kurumuna belirlenmiş olan

hasta sevk usulüne uygun şekilde gönderilmesi ve sevke ilişkin tüm kayıtların eksiksiz tutulması,

• *İl müdürlükleri tarafından ilgili kurum ve kuruluşlarla işbirliği yapılarak sağlık çalışanlarının başta yeni Türk Ceza Kanunu olmak üzere gerekli görülen diğer konularda hizmet içi eğitime alınmaları,*

• *Kapanan sağlık kurum ve kuruluşlarının tıbbi kayıt ve arşivlerinin İl Müdürlüklerince uygun bir şekilde saklanması ve muhafaza edilmesi,*

Keyfiyetin tüm sağlık kurum ve kuruluşlarına bildirilmesi ile konuya gerekli hassasiyetin gösterilmesi ve titizlikle takibi...” denilerek yaşanan sorun Sağlık Bakanlığı Müsteşarı Prof. Dr. Necdet Ünüvar tarafından dile getirilmiştir²³⁹.

Tıbbi uygulama konusunda bariz uygulama hataları bulunması durumunda, Yüksek Mahkeme’ce ağır hizmet kusurunun varlığı kabul edilmektedir. Ağır kusur şartının varlık nedeni olarak üç neden gösterilmiştir.

1) Yürütülmesinde güçlük olan bazı faaliyetlerin idamesi esnasında işlenen basit kusurların maruz görülebilir olması,

2) Basit kusurun bu tür faaliyet alanlarında yeterli görülmesi halinde kusurun teşhisi konusunda sıklıkla sorun yaşanacağı görüşü,

3) İdarenin bu alanlarda faaliyet gösterirken sorumluluğunun doğmaması için hareketsiz kalmayı tercih edebileceği düşüncesidir.

Özellikle hasta ve yakınlarına bilgi verilirken tüm doğrulama testlerinin yapılması, kesin teşhis olmadan bilgi verilmemesi ve hasta hakları açısından mahremiyete uyulması gereklidir (Danıştay 10. Daire, E.20005/8407, K.2007/6526, T.28.12.2007). Tıbbi operasyonlar sonucunda oluşan zararların tazmini için ağır kusur hali aranır (Danıştay İdari Dava Daireleri Genel Kurulu E.2002/716, K.2003/91, T.07.03.2003). Tıbbi operasyon dışında kalan bakım, gözetim ve diğer yan müdahalelerde ise ağır hizmet kusuru aramaya gerek yoktur.

Danıştay 10.Daire E.2005/3719, K.2007/4316, T.24.09.2007 kararında *“ağır hizmet kusurunun varlığının riskli tıbbi müdahaleler ve operasyon bakımından geçerli olup; sağlık hizmeti içinde değerlendirmekle beraber, tıbbi operasyon kapsamına dahil edilmeyecek bir takım bakım, gözetim ve yan müdahalelerin hiç veya gereği gibi yapılmaması dolayısıyla oluşan zararlarda, idarenin sorumluluğundan söz edebilmek için ağır hizmet kusurunun aranmasına gerek bulunmamaktadır.”* denmiştir.

²³⁹ Hizmet Kusuru Genelgesi. Erişim Tarihi: 15.03.2014.

3.4.8. Hizmet Kusurunun Çeşitleri

3.4.8.1. Hizmetin Kötü İşlemesi

İdare, yürüttüğü kamu hizmetlerini imkanları dahilinde çağın gereklerine uygun şekilde yerine getirmekle yükümlüdür. En genel anlamıyla hizmetin kötü işlemesi, idarenin yürüttüğü hizmetin çağın gereklerine uygun olmaması, idareden objektif olarak beklenen özen ve dikkatin gösterilmemesi, olması gereken standart ve kalitede yapılmamasıdır (Erken tanı ve teşhis konulmaması, eksik tetkik, erken taburcu edilmek vb.). Doktrinde idarenin²⁴⁰;

- Konuyla ilgili mevzuata, yerleşmiş içtihat ve uygulamalara uymaması,
- Meslek ilke ve kurallarına ve hizmet gereklerine uymaması,
- Gerekli teşkilatı tam olarak kurmamış olması,
- Yeterli sayıda ve kalitede personeli istihdam etmemiş olması,
- Personelin gerekli eğitime sahip olmaması,
- Gerekli denetimlerin yeterince yapılmamış olması,
- Hizmeti yürüten personelin, gerekli özen ve dikkati göstermemesinin,

hizmetin kötü islediğine karine oluşturduğu kabul edilmektedir.

Danıştay 10. Daire 2007/6322 E., 2010/5981 K. Davada²⁴¹ ; “Sağlık Bakanlığına bağlı 75. Yıl Ankara Ağız ve Diş Sağlığı Merkezinde diş tedavisi yapılan davacının ağzının ön kısmındaki sağlam iki dişinin çekilmesi nedeniyle uğradığı zarar karşılığı tazminat ödenmesine karar verilmesi istemiyle açılmıştır. Bu durumda, "Hasta Hakları Sözleşmesi" ve "Hasta Hakları Yönetmeliği" nin hükümleri uyarınca hastaya yapılacak müdahalede hastanın rızasının alınması ve bu rızaya aykırı tedavi yapılmaması gerekmektedir. Hastanın ikazına rağmen, yeni bir muayene yapılmadan, film çekilerek dişlerin çekilip çekilmeyeceğine karar verilmesi gerekirken, önceki barkot üzerine, diş hekimince başkaca bir muayene yapılmadan ve hastanın itirazına rağmen diş çekimi yapması hasta haklarına aykırı olup aynı zamanda hizmet kusuru oluşturmaktadır.” denmiştir.

Danıştay 10. Daire 2005/3719 E., 2007/4316 K. Davada²⁴² “dava; davacıların eşi, babaları ve kardeşi olan ...'nin İbn-i Sina Hastanesinde yapılan yanlış tedavi sonucu hayatını kaybettiği ileri sürülerek olay nedeniyle uğranıldığı zararın tazmini istemiyle açılmıştır. Dava konusu olayda, yoğun bakım ünitesinde tedavi görmekte

²⁴⁰ Bozdağ, s. 41.

²⁴¹ <http://www.kararara.com/forum/search>.

²⁴² <http://www.kararara.com/forum/search>.

olan davacıların yakınının sık sık kendisini solunum cihazına bağlayan maskeyi çıkarmaya çalıştığı ve olay tarihinde de solunum maskesini çıkarması sonucu hayatını kaybettiği anlaşıldığından, daha önce çeşitli kereler maskeyi çıkarmaya çalıştığı hastane personelince bilinen hastaya, solunum maskesini çıkarmasını engelleyecek ek müdahalelerde bulunmamak suretiyle yeterli dikkat ve özeni göstermeyen davalı idarenin bu tutumunun hizmet kusuru olarak kabulü zorunludur.” denmiştir.

3.4.8.2. Hizmetin Geç İşlemesi²⁴³

İdarenin yürüttüğü kamu hizmetlerini tam olarak ve hukuka uygun olarak yürütmesi yeterli olmayıp; idarenin aynı zamanda yürüttüğü hizmetleri, zamanında ve gerekli hızda yapması zorunludur. Sağlık hizmetinin özelliğinden dolayı, bu hizmetlerin her biri için objektif ve genel bir sürenin öngörülmesi olanaklı değildir²⁴⁴. Hizmetin yapılması ne kadar önemliyse, hizmetin zamanında başlaması ve zamanında bitirilmesi de bir o kadar önemlidir. Özellikle ülkemizde, son yıllara kadar vatandaşların en çok şikayet ettiği konuların başında bürokrasinin çok yavaş işlemesi konusu gelmektedir.

3.4.8.3. Hizmetin Hiç İşlememesi

Nasıl idarenin, yürütmekte olduğu kamu hizmetini kötü yürütmesi hizmet kusuru oluşturmakta ve bundan doğan zararlardan idare sorumlu tutulmaktaysa; idarenin yürütmekte görevli olduğu kamu hizmetlerini hiç yürütmemesi (idarenin eylemsizliği) de idarenin hizmet kusurunu oluşturmakta ve bundan kaynaklanan zararlardan idare sorumlu tutulmaktadır. İdarenin belirli kamu hizmetlerini yerine getirmesi idare için bir zorunluluk olarak mevzuatta düzenlenmiş ise, idarenin söz konusu hizmeti topluma hiç sunmaması mutlak anlamda hizmet kusuru oluşturacaktır. Aydınlatılmış onam alınmadan hastaya müdahale edilmesi sağlık hizmetinin hiç işlememesi olarak değerlendirilebilir²⁴⁵.

3.4.9. Görev Kusuru

²⁴³ Bozdağ, s. 43-44.

²⁴⁴ IRIZ ÇATAK Betül, Sağlık Hizmetlerinden Kaynaklanan Zararlardan Dolayı İdarenin Sorumluluğu. Adalet Yayınevi. Ankara. Kasım-2011. s. 35

²⁴⁵ ERSÖZ, Ahmet Kürşat. Türk İdaresinin Sağlık Hizmetlerinden Kaynaklanan Sorumluluğu. On İki Levha Yayıncılık. 1. Baskı. İstanbul, Ağustos-2012. s. 75.

Memuriyet veya ifa edilen kamu görevinden doğan kusurlardır. Görev ile bağlantılı ve görevden yararlanarak işlenmiş olmalıdır (görevin sağladığı nüfuz veya yetki). Görevin içeriği veya biçimsel koşulları ile ilgili olmalıdır. Failin memur veya kamu görevlisi olması suç tipinin kurucu unsuru olmalıdır. Görevin yerine getirilmemesi, geç yerine getirilmesi veya kötü yerine getirilmesi söz konusu olabilir.

3.4.10. Kişisel Kusur²⁴⁶

Kamu görevlisinin görevini yaptığı sırada işlemiş olduğu hakaret, tehdit, yaralama ve adam öldürme gibi suçlar görev sırasında işlenen suçlardır.

3.4.11. Kusursuz Sorumluluk

Sosyal devlet ilkesinin benimsenmesi ile idarenin hizmet alanları genişlemiş, ve kişilere zarar verme olasılığı da yükselmiştir. Bu sürecin de sonucu, idarenin kusursuz sorumluluğu olarak yeni bir sorumluluk türü kabul edilmiştir. Anayasa'nın 125/son fıkrası, kusur şartı aranmaksızın, açıkça idarenin sorumluluğu ilkesini getirmiş, hangi durumlarda kusursuz sorumluluğa gidileceği, yasama gücünün takdirine bırakmıştır. Kusursuz sorumluluk, idarenin sorumluluğu hususunda ana kural değil, istisna teşkil etmektedir. İdarenin kusur sorumluluğu asli niteliktedir ve özel hukukta da aynı kural geçerlidir. Kusursuz sorumluluk dar yoruma tabi tutulmalıdır. Kusursuz sorumlulukta, idarenin davranışı ile uğranılan zarar arasında illiyet bağının kanıtlanması yeterlidir. İdarenin davranışının kusurlu olması gerekmemektedir. Aynı şekilde sorumluluğunun hukuka aykırı olmasına da gerek yoktur. Kusursuz sorumluluk idare hukukunda "tehlike (risk) ilkesi" ile "fedakarlığın denkleştirilmesi ilkesi (kamu külfetlerine karşı eşitlik ilkesi)" ne dayandırılmaktadır. Bazı durumlarda idarenin kusursuz sorumluluğuna gidilmesi hakkaniyet gereğidir (hava değişimine gönderilen akıl hastasının verdiği zarar gibi.).

²⁴⁶ Çınarlı. s. 203.

3.4.12. İdari Sorumlulukta Nedensellik Bağı²⁴⁷

İlliyet bağına zarara neden olan davranışla zarar arasındaki neden-sonuç ilişkisi olarak tanımlayabiliriz. Zarar, eylemin veya işlemin uygun ve normal bir sonucu olmalıdır. İdarenin bir işlemine ya da eylemine uygun illiyet bağı ile bağlanamayan zarar, idarenin sorumluluğunu doğurmayacaktır. İdarenin davranışı, zararı doğurmaya elverişli olmakla birlikte, ortaya çıkan başka bir nedenden ötürü, idari davranış arka planda kalmışsa, gene uygun illiyet bağı için gerekli koşullar oluşmamıştır. İdari davranış ile zarar arasındaki illiyet bağının, araya giren başka bir olay sonucu zayıflaması, ya da ortadan kalkması, idarenin sorumluluğunun da tamamen ortadan kalkmasına ya da azalmasına neden olur. Danıştay'ın tartıştığı en önemli olaylardan birisi erken teşhis konulsa dahi sonucun değişmeyecek olmasının illiyet bağına ortadan kaldırdığıdır. Sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde, kişinin sağlık durumuna uygun bir yerde görev yaptırılmaması ile zarar arasında illiyet bağı kurulmuştur. Danıştay hastaya ait dosyanın kaybolmasının sağlık hizmeti işletmesinde ağır kusur sayılacağı yönünde karar vermiştir.

Danıştay 10. Dairesi 2005/8407 E., 2007/6526 K. sayılı kararında²⁴⁸ *“Davacıların yakını olan ...'nun, ... Devlet hastanesinde yaptırdığı HIV testinin sonucunun pozitif çıktığını öğrenmesinin neden ve etkisiyle 9.1.2004 tarihinde intihar etmek suretiyle yaşamını yitirmesi nedeniyle uğranıldığı ileri sürülen zarar karşılığı tazminat ödenmesi istemiyle açılan dava sonucunda; zararın, zarara uğrayanın tutum ve davranışından kaynaklanması halinde, idarenin tazmin sorumluluğu tamamen ortadan kalkabileceği gibi, durumuna göre idarenin kısmen sorumlu olacağı da tazminat hukukunun bilinen ilkelerindedir. Ancak, dava konusu olayın oluş şekli, hastalığın niteliği ve özelliği dikkate alındığında, davacılar yakınının idarenin ağır hizmet kusurunun neden ve etkisiyle intihar etmek suretiyle yaşamını yitirmesi sonucunda doğan zarar ile idari faaliyet arasında uygun nedensellik bağı bulunmaktadır.”* denmiştir.

²⁴⁷ Çınarlı. s. 244.

²⁴⁸ <http://www.kararara.com/forum/search>.

3.4.13. İlliyet Bağını Kesen Nedenler²⁴⁹

İdare hukukunda illiyet bağını keserek, sorumluluğu kısmen ya da tamamen kaldıran nedenler şunlardır: (Danıştay İdari Dava Daireleri Kurulu T. 17.10.2008, E. 2005/2410, K.2008/1792)

A. Mücbir Sebep

2577 sayılı İYUK' un 53.maddesinde "zorlayıcı sebep" kavramı ile ifade edilmiştir. Mücbir sebep, idarenin iradesi dışında oluşan, öngörülmesi ve en büyük dikkat ve özenle dahi önlenmesi mümkün olmayan; deprem, kasırga, çığ düşmesi, toprak kayması gibi doğal, ya da ihtilal, savaş, gibi toplumsal ya da düşman mallarına el konulması gibi hukuki olaylardır. Mücbir sebep olarak nitelendirilmesi için üç koşul gereklidir:

- Dışlık koşulu (beklenmeyen hallerden ayıran unsur).
- Öngörülmezlik koşulu.
- Karşı konulmazlık koşulu.

B. Beklenmeyen Hal.

İdarenin eylemi içerisinde gerçekleşir. Örnek olarak; idareye ait taşıtın lastiğinin patlaması ya da cephaneliğin bilinmeyen bir nedenle infilak etmesi. Beklenmeyen haller idarenin sadece kusurlu sorumluluğunu ortadan kaldırmakta, idarenin kusursuz sorumluluğu devam etmektedir.

C. Zarar Görenin veya Üçüncü Kişinin Ağır Kusuru.

Zarar, tamamıyla zarar gören kişinin kendi davranışı ile olabilir. Hiç kimse, kendi kusuru ile kendi aleyhine doğmuş olan bir zararı başkasına yükleyemez, bu zararın tazminini başkasından isteyemez. Saptanması için bilirkişiden de yararlanır. Bu değerlendirmede hakimın takdir yetkisinin rolü de büyüktür.

3.4.14. İdari Malpraktislerde İdarenin Sorumluluğu

Sağlık kurumlarının, yürütülen sağlık hizmetlerinin idaresi, faturalandırılması, personel ve malzeme yönetimi, yemek, temizlik, güvenlik hizmetlerinin uygun şekilde yürütülmesi gibi sunulan sağlık hizmetinin kalitesini doğrudan etkileyen idari birçok sorumluluk ve görevleri vardır. Sağlık Kurumu İdaresi'nin doğrudan sağlık hizmetinin sunumu ile ilgili görevleri olmasa da kurumda sunulan sağlık hizmetinin,

²⁴⁹ Çınarlı. s. 253-255.

belirlenen kalite ve standartları sağlaması konusunda sorumlulukları bulunmaktadır. Sağlık Bakanlığı 663 sayılı KHK ile acil sağlık hizmetleri hariç olmak üzere sağlık hizmeti sunumundan çekilerek bu hizmetleri kendisine bağlı Kamu Hastaneler Birlikleri, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu ve Hudut ve Sahiller Genel Müdürlükleri'ne devretmiştir.

3.4.14.1. Sağlık Bakanlığı'nın Sağlık Hizmeti Sunumunda Sorumluluğu ve İdari Malpraktisler

Anayasa'nın 56. Maddesinde yer alan "devlet herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler." hükmü yer almaktadır. Sağlık Bakanlığı'nın sorumlu tutulabileceği idari malpraktisler²⁵⁰;

- Sağlık hizmetlerinin planlamasına ait hatalar nedeniyle oluşan zararlar,
- Denetim hataları nedeniyle oluşan zararlar,
- Sağlık personelinin eğitim ve yeterliliklerinin olmamasına bağlı zararlar,
- Sağlık kurum ve personelinin hizmet gereklilikleri ve ihtiyaca uygun şekilde yapılandırılmamasına bağlı zararlar,
- Acil sağlık hizmetlerinin planlama, yürütülme ve denetimi ile ilgili sorunlardan kaynaklı zararlar,
- Sağlık veri sistemlerindeki hatalar sonucu oluşan zararlar,
- İlaç ve tıbbi malzemelere yönelik klinik araştırmalarda bakanlık yetkisindeki hususlarda oluşan hatalar nedeniyle ortaya çıkan zararlar,
- İlaç ve tıbbi malzemelerin ruhsatlandırma hataları nedeniyle oluşan zararlar,
- Ruhsatlandırdığı kurumların kalite standartlarına uymaması sonucu oluşan zararlar.

²⁵⁰ Çınarlı. s. 231.

3.4.14.2. Türkiye Kamu Hastane Birlikleri'nin (TKHB) Sağlık Hizmeti Sunumunda Sorumluluğu ve İdari Malpraktisler²⁵¹

Sağlık Bakanlığı'nın ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarının devredilmesi ile kurulan TKHB, ağırlıklı olarak yataklı tedavi hizmetleri ile eğitim ve araştırma faaliyetlerinin sunulduğu sağlık kurumlarıdır. Görevi 663 sayılı KHK'da: "Bakanlık politika ve hedeflerine uygun olarak, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerini vermek üzere hastanelerin, Ağız ve Diş Sağlığı Merkezlerinin ve benzeri sağlık kuruluşlarının açılması, işletilmesi, faaliyetlerinin izlenmesi, değerlendirilmesi ve denetlenmesi, bu hastanelerde her türlü koruyucu, teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin verilmesini sağlamakla görevli, Bakanlığa bağlı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu kurulmuştur." olarak tanımlanmıştır. Kurumun merkez yapılanması Ankara'da bulunup, bazı illerde birden fazla olmak üzere 87 Kamu Hastane Birliği kurulmuştur. 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile getirilen radikal değişikliklerden bir tanesi de: kurumun ve kuruma bağlı sağlık kurumlarının, yönetim-idare sisteminin değiştirilmesidir. Kararname öncesinde, Sağlık Müdürlükleri'ne bağlı başhekimlikler aracılığı ile yönetilen Sağlık Bakanlığı'na bağlı yataklı tedavi kurumları, TKHB' nin kurulması ile İl Kamu Hastane Birlikleri'ne bağlı hastane yöneticilerince idare edilmeye başlanmıştır. İl KHB ve hastane yöneticisinin hekim olma zorunluluğu yoktur. 663 sayılı KHK'nın yayınlanmasına rağmen, halihazırda Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'nin bu mevzuata uygun şekilde değiştirilmemesi nedeniyle, çelişkili iki mevzuat ile 2. ve 3. basamak sağlık hizmetleri yürütülmektedir. TKHB' nin sorumlu tutulabileceği idari malpraktisler;

■ Kurumun Merkez Teşkilatı Düzeyinde:

- Planlama ve mevzuat hatalarının neden olduğu zararlar,
- İzlem ve denetim hataları nedeniyle oluşan zararlar.

■ Kurumun İl Teşkilatı Düzeyinde:

- Bağlı sağlık kurumlarının uygun işletilememesi, işbirliği ve organizasyon hataları,
- Yetersiz sayı ve nitelikte personel ile hizmet yürütülmesi kaynaklı hatalar,
- Kurumsal tanı ve tedavi ihtiyaçlarına göre gerekli malzeme ve donanımın sağlanması ile ilgili eksikliklerden kaynaklanan hatalar.

■ Hastane Düzeyinde:

²⁵¹ Çınarlı. s. 231-234.

1. Hastane İdarecisi Düzeyinde:

- Kurumun uygun şekilde idare edilmemesinden dolayı oluşan zararlar,
- Denetim hataları.

2. Tıbbi Hizmetler Düzeyinde:

• Uygun nitelik ve sayıda hekim bulundurulmaması nedeniyle oluşan hatalar,

• Nöbet ve çalışma düzenlemelerinin gereksinime uygun olmaması kaynaklı hatalar,

• Yetkisi olmayan veya yetkisi dışında alandan hekimin çalıştırılması sonucu oluşan hatalar,

• Kurumdaki tıbbi hizmetlerin standartlara uygun yürütülmemesinden kaynaklanan zararlar.

• Bakım Hizmetleri Düzeyinde:

• Uygun ve nitelikli hemşire ve sağlık personeli bulundurulmaması sonucu oluşan zararlar,

• Çalışma ve nöbet düzenlemelerindeki hatalardan kaynaklı sorunlar,

• Personelin yetkisi olmayan alanlarda çalıştırılması sonucu oluşan hatalar,

• İlaç ve malzemelerin ilgili birimlerden uygun şekilde temin edilememesi, saklanamaması ve kullanıma hazır bulundurulmaması kaynaklı hatalar,

• Tıbbi araç ve donanımın kullanıma uygun şekilde bulundurulmaması nedeniyle oluşan zararlar.

• İdari ve Mali Hizmetler Düzeyinde:

• Kurumda görevli personelin yeterlilik ve niteliklerinin uygun olmaması sonucu oluşan zararlar,

• İlaç ve malzeme teminindeki hata veya gecikmelerin neden olduğu zararlar,

• Kurum hizmetlerinin hatalı faturalandırılması ile oluşan zararlar,

• Kurum kayıtlarının tutulması, korunması ve mahremiyetinin sağlanmamasına bağlı zararlar.

3.4.14.3. Sosyal Güvenlik Kurumu'nun (SGK) Sağlık Hizmeti Sunumunda Sorumluluğu ve İdari Malpraktisler²⁵²

SGK tarafından çıkarılan Sağlık Uygulama Tebliği'ndeki düzenleme ve kısıtlamalar, sunulan sağlık hizmetini doğrudan etkilemektedir. Bu düzenlemede geri ödeme ile ilgili getirilen kısıtlamalar, bazı hasta ve hastalıklarda tıbbi gerekliliklerle yapılması gereken işlemlerin, maddi açıdan karşılanamaması, hastaların zararına neden olan durumların yaşanmasına yol açmaktadır. Yine geri ödeme miktarlarının, sağlık hizmetlerinin kaliteli ve sürdürülebilir şekilde yürütülmesine engel teşkil etmesi, hastalarda zararlı sonuçlara neden olabilmektedir.

3.4.14.4. Hekim ve Sağlık Personelinin Yetki ve Sorumluluğu Kaynaklı İdari Malpraktisler

Hekim ve diğer sağlık personelinin, kayıtları düzenli ve gerçeğe uygun tutmamaları, kayıtların korunması ve saklanmasıdaki özensizlik, ilaç ve malzemelerin uygun olmayan şekilde idare edilmesi, yaşanan sorun ve aksaklıkların giderilmesi için idareye uygun ve zamanında bilgi verilmemesi, bildirim gecikmeleri, rapor yetkisinin kötüye kullanılması veya uygunsuz rapor düzenlenmesi gibi birçok durum; hasta, sağlık kurumu veya sosyal güvenlik kuruluşlarının zarara uğramasına neden olmaktadır. Sağlık hizmetlerinin kurumsal hizmet sunumu şekline dönüşmesi, aynı zamanda sağlık idarecilerinin de sorumluluklarını değiştirmiştir. Tıbbi olumsuz sonuç doğuran bu olaylar, idari süreçler dikkate alınmaksızın hekim veya diğer sağlık personelinin kusuru olarak değerlendirilmemelidir. Hastaların bilgilendirilerek, tıbbi müdahale konusunda düşünce ve izinlerinin alınması hasta özerkliğinin bir gereğidir. Bilgilendirme ve onam alınması sağlık hizmetinin bir parçası olup, uygun şekilde yapılması için idarenin gerekli hizmet içi eğitimleri vermesi, gerekli şartları sağlaması, bilgilendirme ve onam alınıp alınmadığının izlenmesi, gerekirse, denetim yapılması ve bu belgelerin arşivlenmesinde geniş sorumluluğu bulunmaktadır. Bu sorumluluğa karşın, ilgili idarenin gerekli işlemleri yapmayarak, bunu çalıştırdığı hekim ile kurumuna başvuran hasta arasında bir işlem gibi değerlendirerek, yapıp yapılmamasını, yapılma usulünü, belgelerin nitelik ve şekillerini ve belgelerin korunması konusunu, hekimin takdir ve isteğine bırakması, idari bir düzenlemeye

²⁵² Çınarlı. s. 236.

gitmemesi, idari bir kusurdur. Hasta ile ilgili kayıt ve bilgilerin, hastane idaresinin düzenlemeleri nedeniyle, hekim veya sağlık personelinin tasarrufu dışında, hizmetle doğrudan ilgisi olmayan kişilerle paylaşılması veya öğrenilmesinin engellenememesidir. SGK' ya gönderilen fatura ekleri, hastane bilgi iletişim sistemi gibi vasıtalarla, hastaların sır niteliğindeki bilgilerine ve kişisel verilerine ulaşılabilmesi, idari malpraktislerin bir diđeridir²⁵³.

²⁵³ ınarlı. s. 237-238.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

TIBBİ UYGULAMA HATALARI

4.1. TIBBİ UYGULAMA HATALARI.

4.1.1. Tıbbi Hizmet ve Tıbbi İşlem (Müdahale)

Sağlık kurumlarında veya sağlık personeli tarafından sağlık kurumları dışında hasta kişilerin iyileştirilmesi, sağlıklı bireylerin takibi ve koruyucu hekimlik hizmetlerinin sürdürülmesi amacıyla yapılan işlemlere tıbbi işlemler adı verilir.

Tıbbi işlemler acil olgulara yönelik sağlık kurumları dışında ve/veya içinde verilen hizmetleri, poliklinik hizmetlerini, yatan hastalara yönelik işlemleri, birinci basamakta verilen tüm koruyucu sağlık ve takip işlemlerini kapsayan oldukça geniş yelpazedeki hizmetleri içerir. Bu hizmetlerin düzenli yürütülmesi amacıyla verilmesi gerekli olan laboratuvar, görüntüleme, konsültasyon, ameliyathane, sterilizasyon, eczane ve tıbbi sosyal hizmetler gibi hizmetler de tıbbi hizmetler arasında sayılır²⁵⁴.

Tıbbi hizmetler sağlık soruları kadar çeşitli ve karmaşıktır. Bu nedenle tek bir sağlık mesleği mensubu tarafından herhangi bir hasta için gerekli tüm tıbbi işlemlerin tek başına yürütülmesi mümkün olamaz. Bu sebeple sağlık alanında değişik yetkilere sahip bir çok sağlık personeli ve sağlık alanında çalışan diğer personelin görev tanımları yapılmıştır²⁵⁵.

Meslek icrasına yetkili bir sağlık personeli tarafından, tıbbi bir gereklilikle ve tıbbi bir amaçla (koruyucu, düzeltici, tanı veya tedavi gibi) gerçekleştirilen tüm işlemlere tıbbi müdahale denir. 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 insan(lar) üzerinde gösterir. Tıbbi işlem, insan onuruna uygun yapılması gereklidir.

²⁵⁴ Tıbbi hizmetler ile ilgili ayrıntılar için bakınız. Tıbbi Hizmetler Sunum Rehberi Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, 2012. <http://www.ankara2khb.gov.tr/userfiles/files/tibbi-hizmetler-sunum-rehberi.pdf> (02.06.2014)

²⁵⁵ 1219 Sayılı Kanunun Ek 13. Maddesi, Hemşirelik Kanunu ve Yönetmeliği, Eczacılık Kanunu, 22 Mayıs 2014 tarihli Resmi Gazetede yayınlanarak yürürlüğe giren "Sağlık Meslek Mensuplarıyla Sağlık Alanında Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik" ile bu konuda ayrıntılı düzenleme yapılmıştır.

4.1.2. Hasta Hakları

Sağlık hizmetleri doğal olarak başka insanlara yönelik ve onların üzerinde işlem yapılmasını gerektirir hizmetlerdir. Bireylerin özerklikleri arttıkça tıbbi hizmetler konusunda karar hakları da artmış ve günümüzde bireylerin kendilerine sunulan sağlık hizmetinin yürütülmesinde tercih ve kararlarının gözetilmesi bir zorunluluk olmuştur. Modern toplumlarda iletişim kanallarının yoğunluğu, bireylerin hakları konusunda bilinçlenmesinin artmasına yol açmış, konuya sağlık alanında yaşanan gelişmelerin medyada geniş yer bulması ve toplumun dikkatini çekmesi de eklenince hastaların tıbbi işlemler konusunda bilgilenmelerinde önemli artış meydana gelmiştir. Bu duruma hasta hakları konusunda yapılan eğitimlerin katkısında eklendiğinde sağlık hizmeti sunumunda daha fazla karar hakkı olan, alacağı sağlık hizmeti karşımıza çıkmıştır.

Selçuklu-Osmanlı tıp sisteminde oldukça yerleşik bir uygulama olduğunu bildiğimiz²⁵⁶ bilgilendirme ve onam gibi hasta hakları Cumhuriyetin ilk yıllarında çıkarılan 1219 sayılı yasa içinde de yer almıştır²⁵⁷.

Batı Tıp Sisteminde literatüre geçen ilk gelişme 1973 yılında Amerikan Hastaneler Birliğince yayınlanan Hasta Hakları Bildirgesi olmuştur²⁵⁸. Modern hasta haklarının gelişmesine temel taşı teşkil eden bu bildiri bir grup hekim tarafından hazırlanmış olup kısa sürede yankı bulmuştur. Bildirgenin yayınlandığı yıllarda Türkiye’de sağlık sistemi neredeyse tamamen devletin sorumluluğu altında yürütülen ve babacan-hekim hakim bir tıp sistemi şeklindedir. Ülkemizde hasta hakları konusundaki gelişmeler 1990’lardan sonra gelişen haklar bilincine paralel gelişmiş ve Hasta Hakları Yönetmeliği ancak 1998 yılında yürürlüğe sokulabilmiştir.

Hasta hakları kavramı, hasta hakları konusunda örgütlenen sivil toplum örgütlerince ortaya atılmış bir kavram değildir. Tam tersine ilk ortaya atan ve savunanlar hekimlerdir. Hekimler, hasta haklarına mesleklerinin özelliği ve meslekleri ile kendilerine verilen ayrıcalıkları gayet iyi özümsemişlerdir. Hekim mesleğinin sağladığı yetkilerden, hastanın kurallar içerisinde korunması için yine

²⁵⁶ Ali Haydar Bayat, Şeriye Sicilleri ve Tıp Tarihimiz I-Rıza Senetleri. Türk Tarih Kurumu, Ankara, 1999.

²⁵⁷ **MADDE 70.** Tabipler, dış tabipleri ve dışçiler yapacakları her nevi ameliye için hastanın, hasta küçük veya ıthat-ı hacirde ise veli veya vasisinin evveleminde muvafakatini alırlar. Büyük ameliye-i cerrahiyeler için bu muvafakatın tahriri olması lazımdır. (Veli veya vasisi olmadığı veya bulunmadığı veya üzerinde ameliye yapılacak şahıs ifadeye muktedir olmadığı takdirde muvafakat şart değildir.) ...www.ttb.org.tr. mevzuat. Erişim Tarihi: 17.03.2014.

²⁵⁸ American Hospital Association. "A Patient's Bill Of Rights". 1973. Bu bildiri 1992 yılında revize edilmiştir. <http://www.carroll.edu/msmillie/bioethics/patbillofrights.htm>

bizzat hekimler tarafından yapılan çalışmalarla oluşturulmuş hasta hakları ile korunması sağlanmaya çalışılmıştır.

Hasta şikayet yönetim sistemi, hasta deneyimlerini, beklentilerini ve gereksinimlerini sağlık kurumuna aktaran stratejik bir yönetim aracıdır. Şikayet yönetim sisteminde dikkat edilmesi gereken üç temel unsur vardır. Bunlardan ilki tüm şikayetlerin not edilmesidir. Bunun için sağlık kurumlarında etkili ve etkin bir bilgi sistemi oluşturulması gerekmektedir. Çünkü şikayetlerin temel nedenini tanımlayabilmek için şikayetin tüm karakteristik özelliklerinin not edilmesi gerekmektedir. İkinci önemli unsur, şikayetlerin hemen yanıtlanmasıdır. Bu sayede hastalar kurum tarafından kendilerine verilen önemi hissedecek ve memnuniyetleri artacaktır. Şikayet yönetiminde üçüncü önemli unsur, şikayetlerin temel nedeninin tanımlanması ve tekrarını önlemek için gerekli değişikliklerin yapılmasıdır. Bir kurumun az şikayet alması onun yeterli olduğunu göstermediği gibi çok şikayet alması da yetersiz olduğunu göstermez.

Hastaların en çok şikayette bulunduğu konular, hizmetten genel olarak faydalanmama, saygınlık görememe, bilgilendirilmeme ve sağlık kuruluşunu ve personelini seçememe olmuştur. Hasta şikayet yönetim sistemi sadece hastaların şikayette bulunduğu bir sistem değildir. Hasta şikayet yönetim sistemi, hastaların ve yakınlarının her türlü olumlu veya olumsuz deneyimlerini kuruma aktarmalarını sağlayan bir yönetim aracıdır. Sağlık personelinin özellikle de hekimlerin hasta hakları ile ilgili olarak daha bilgili olmalarını sağlamak hekimlere yönelik şikayetleri azaltabilecektir. Ancak hastaların haklarının ne olduğunu bilmelerinin teşvik edilmesinin yanında sağlık çalışanlarının ve kurumların haklarının neler olduğu da belirlenmeli ve bu konuda toplumsal bilinç oluşturulmalıdır²⁵⁹.

Türk hekimlik tarihinde hasta haklarının her zaman önemsendiği ve saygı duyulduğuna dair sayısız kanıt vardır. Şerriye sicillerine göre (kadıların yargılama tutanakları) Türk tıp uygulamalarında 15-16. yüzyıllardan itibaren bilgilendirme ve onam alınmasının çok yaygın olduğu bilinmektedir. Modern anlamda ilk ve en önemli belgelerden biri olan “Amerikan Hastaneler Birliği Hasta Hakları Bildirgesi” hekimlerin önerdiği ve etik olarak kabul ettikleri bir belgedir ve bundan sonraki tüm hasta hakları belgelerine esas olmuştur. Bu anlamda hekimler, hasta haklarındaki gelişmelerden rahatsız olmak bir yana gelişmesi için çaba gösteren temel güç

²⁵⁹ Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi. 2012. 3. Sayı. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Sağlık Bakanlığı Hastanelerine Yapılan Hasta şikayetlerinin Değerlendirilmesi. Uzm. Fzt. Duygu Kırgın Toprak. Doç. Dr. Bayram Şahin. s. 24.

olmuşlardır²⁶⁰. Cumhuriyet tarihinde ise, 1928 tarihinde çıkarılan 1219 Sayılı Kanun'un 70. Maddesinde rızanın yazılı olması belirtilmiştir²⁶¹.

4.1.3. Tıbbi İşlem Çeşitleri²⁶²

- Gerekliliğine Göre;
- Acil tıbbi girişimler.
- Elektif tıbbi girişimler.
- Yapıldığı Yere Göre;
- Birinci basamakta sağlık hizmetleri.
- İkinci basamak sağlık hizmetleri.
- Üçüncü basamak sağlık hizmetleri.
- Amacına Göre;
- Tanısal girişimler.
- Koruyucu sağlık hizmetleri.
- Tedavi edici sağlık hizmetleri.
- Estetik rekonstrüktif sağlık hizmetleri.
- Yapan Sağlık Personeline Göre;
- Hekim ve uzmanlarca yapılan tıbbi girişimler.
- Hekim dışı personelce yapılan tıbbi girişimler.
- Niteliğine Göre;
- Basit tıbbi girişimler.
- Komplike-nitelikli tıbbi girişimler.

4.1.4. Tıbbi Uygulama Hatası (Malpraktis)

Tıbbi uygulama hatalarına ilişkin birçok tanım vardır. Dünya Tıp Birliği'nin (World Medical Association) 1992 yılında yayınladığı Marbella-İspanya bildirgesinde benimsediği tanım; "hekimin tedavi sırasında standart uygulamayı yapmaması,

²⁶⁰ Hekimlik Uygulamalarının Adli Tıbbi Güncellemesi Sempozyum Dizisi No: 78. Ekim 2012; s. 44 – 54 Sağlık Hukuku; Hekimleri ve Diğer Sağlık Çalışanlarını Koruyor Mu? Prof. Dr. Ekin Özgür Aktaş.

²⁶¹ **MADDE 70.** Tabipler, diş tabipleri ve dişçiler yapacakları her nevi ameliye için hastanın, hasta küçük veya ıthat-ı hacirde ise veli veya vasisinin evvelemerde muvafakatini alırlar. Büyük ameliye-i cerrahiyeler için bu muvafakatin tahriri olması lazımdır. (Veli veya vasisi olmadığı veya bulunmadığı veya üzerinde ameliye yapılacak şahıs ifadeye muktedir olmadığı takdirde muvafakat şart değildir.) ...www.ttb.org.tr. mevzuat. Erişim Tarihi: 17.03.2014.

²⁶² Prof. Dr. Ekin Özgür Aktaş. Sağlık Hukuku Yüksek Lisans Tezi Notları.

beceri eksikliği veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan zarar” şeklindedir²⁶³. Bildirgede değişik ülkelerde artan malpraktis olgularının olası nedenleri, hekim hatasına bağlanamayacak diğer sebepler ve alınması önerilen önlemler de vurgulanmıştır.

1998 yılında yürürlüğe giren Hasta Hakları yönetmeliği sağlık çalışanları ve hastalar arasında pek yankı bulamamıştır. Hasta hakları yönetmeliği ile tıbbi uygulama yapanların sorumlulukları belirlenmiş olmasına rağmen hastaların haklarını ve sağlık çalışanlarının sorumluluklarını fark etmeleri hemen mümkün olmamış, sağlık çalışanları ise düzenlemeyi hastalara yönelik algılayarak önemsememiştir. 2004 yılından itibaren Türkiye'nin AB Aday ülke statüsüne alınması ile birlikte hızla yasal düzenlemelerde köklü değişiklikler yapılmaya başlanmıştır. Hukuk alanında yaşanan bu dönüşüme paralel olarak aynı dönemde yaşanan Sağlıkta dönüşüm doğal olarak sağlık alanındaki sorunların daha görünür hale gelmesine neden olmuş ve sağlık haklarının en fazla tartışıldığı alanlardan biri haline gelmiştir.

1992 yılında Dünya Tıp Birliğince yapılan bu tanıma paralel şekilde Türk Tabipler Birliği 01.02.1999'da yayınladığı Hekimlik Meslek Etiği Kuralları içinde Malpraktisi “Bilgisizlik, deneyimsizlik ya da ilgisizlik nedeniyle bir hastanın zarar görmesi “Hekimliğin Kötü Uygulanması” anlamına gelir” şeklinde tanımlamıştır²⁶⁴. Bu tanım benzer şekilde 2010 yılında yayınlanan “TTB Tıbbi Uygulama Hataları Bildirgesi içinde de “Tıbbi uygulamadaki bilgi-beceri eksiklikleri, veya ihmal sonucu hizmet sunulan kişinin sağlığında zarar” şeklinde tanımlanmıştır. 2010 yılında sağlık sisteminde yaşanan köklü değişikliklerin hekimlerin sağlık sisteminin sorumlusu ve hakimi olan mesleki faaliyetlerini de köklü şekilde değiştirdiği gözetildiğinde TTB tarafından yapılan bu tanımların klasik babacan tıp sisteminden miras kalan bir anlayışa dayandığı ve günümüzdeki malpraktis anlayışından uzak olduğu görülmektedir.

Tıpta hata kavramına baktığımızda ilk dikkati çeken boyut, diğer birçok dala göre tıp alanında ekip olarak çalışmanın gerekli olduğudur. Hata söz konusu olunca ekip çalışmasında kimin veya kimlerin hatalı olduğu ve ne kadar hatalı olduğu önem kazanmaktadır.

²⁶³ World Medical Association Statement on Medical Malpractice. <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/20archives/m2/>

²⁶⁴ TTB Hekimlik Meslek Etiği Kuralları, 01.02.1999. “Hekimliğin Kötü Uygulanması (Malpractice) Madde 13: Bilgisizlik, deneyimsizlik ya da ilgisizlik nedeniyle bir hastanın zarar görmesi “Hekimliğin Kötü Uygulanması” anlamına gelir”. http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=65:hekl-meslek-etkurallari&catid=4:t&Itemid=31

Günümüz sağlık hizmetleri oldukça gelişmiş ve karmaşık organizasyona sahip sağlık kurumlarında sağlık meslek mensupları ve diğer mesleklere mensup kişilerin elbirliği ile yürütülebilen oldukça dinamik ve karmaşık hizmetler şeklindedir. Bu nedenle hizmet gören kişilerde ortaya çıkan zararların tümü hekimlere ait hatalardan kaynaklanmamakta, hatta bir çoğu hastaya doğrudan sunulan sağlık hizmetlerinin dışında organizasyon hataları veya etik sorunlardan dolayı ortaya çıkmaktadır. Sağlık hizmetlerindeki dönüşüme paralel olarak oluşan bu yeni anlayışa göre Tıbbi uygulama hataları (malpraktis); etik, idari ve medikal malpraktis kavramlarının bütününe denmektedir²⁶⁵.

Medikal malpraktis, hastaya müdahale eden herhangi bir sağlık personelinden kaynaklı, deneyimsizlik, dikkatsiz-özensiz davranma, hatalı uygulama, ihmal nedeniyle hastanın zarar görmesi ile oluşabilir.

Etik malpraktis, deontolojik kurallara uymama, hasta haklarını ihlal etme, araştırma etik kuralları ihlal etme gibi değişik etik ilkelere aykırılık nedeniyle oluşur.

İdari malpraktis, verilmiş görevleri yapmama, yetkilerini kötüye kullanma ve denetim görevini yerine getirmeme ile oluşabilir²⁶⁶.

Konunun anlaşılabilmesi için bir örnek üzerinden gidilecek olursa;

Tibia (kaval kemiği) fraktürü (kırığı) olan bir hastanın operasyonunda tedavi için plak vidalama işlemi yapılan bir olgu için;

Ameliyat sırasında ortopedist gerekli dikkati göstermemesi sonucunda ayağa giden bir sinire zarar verirse ve operasyon sonunda kişi ayağını kullanamazsa, hekim hatasından kaynaklanmış tıbbi malpraktistir.

Hasta ameliyat sonrası serviste izlenirken hemşire tarafından uygulanan tedavi sırasında yanlışlıkla ilaç reçete edilenden fazla dozda yapılmış ve hastada zarar oluşmuş ise sağlık personeli hatasından kaynaklanmış tıbbi malpraktistir.

Ameliyatı gereken hasta için gerekli malzeme, idareden istenmesine rağmen zamanında temin edilememiş, kalite standartlarına uygun olmadan temin edilmiş ve hasta zarar görmüşse bu durum idari malpraktistir.

Ameliyat sırasında cerrah gerekli izinleri almadan yeni bir vida veya ameliyat tekniğini deneme amacıyla uyguladı ise ya da hastayı bilgilendirip onamını almadan ameliyatı uyguladı ise etik malpraktistir.

²⁶⁵ Prof. Dr. Ekin Özgür Aktaş. Sağlık Hukuku Yüksek Lisansı Ders Notları. İzmir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

²⁶⁶ Prof. Dr. Ekin Özgür Aktaş. Sağlık Hukuku Yüksek Lisansı Ders Notları. İzmir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Bu konuda örneklerin sınırsız sayıda çoğaltılması mümkündür. Ancak malpraktiste temel olan husus hastada zarar oluşturan işlemin öngörülebilir ve engellenebilir olmasına karşın dikkat ve özen yükümlülüğüne uyulmaması nedeniyle oluşmasıdır.

663 sayılı KHK ile hastane yönetim yapısı ilerdeki bölümlerde daha ayrıntılı değineceğimiz üzere artık hekime dayalı bir yönetim sistemi olmaktan çıkmıştır. Yani dikey işbirliği ilişkisi yatay işbirliği ilişkisine dönüşmüştür. Önceden başhekime bağlı olarak çalışan başhemşire, hastane müdürü ve bunların yardımcılarında oluşan yönetim birimi, 663 sayılı KHK ile hastane yöneticisi(hekim olma şartı yok)ne bağlı başhekim, bakım hizmetleri müdürü, idari ve mali işler müdürü ve bunların yardımcılarında oluşmuştur. Sağlıkta istenmeyen olaylar; sağlık hizmeti sunumunda hastalarda zarar oluşturan, sağlık hizmeti sunan kurum ve personelin sorumluluğunu doğuran olaylar veya zararlarıdır. Bu sadece medikal olaylardan oluşmaz. İşlemin sağlık kuruluşunda gerçekleşmesi, olumsuz her olayın hekimin ve sağlık personelinin hatası ile oluştuğu sonucunu doğurmaz.

4.1.5. Tıbbi Uygulama Hataları Sınıflandırılması

Sağlık çalışanlarının; sağlık hizmeti üretirken yürürlükteki yasal düzenlemelere uyma, sağlık hizmeti üretirken meslek etiği değerlerine ve kurallarına uyma ve sağlık hizmeti üretirken tıp alanının güncel bilimsel kurallarına uyma sorumluluğu vardır. Yapması gerekeni yapmama, ihmal ya da gecikme gösterme, basit özen ve dikkat göstermeme, tanı ve tedavi hataları, yetkisiz uygulamalar kusuru göstermekte ve bu kusur sonucunda hastada zarar oluşursa tıbbi uygulama hatalarından söz edilmekte ve sağlık çalışanı sorumlu tutulabilmektedir.

Tıbbi uygulama hataları; pasif, yani yapılması gereken işlemlerin yapılmaması(ihmal) ve aktif, yani gerekli işlemlerin hatalı yapılması veya yapılmaması gereken işlemlerin yapılması şeklinde de olabilir.

4.1.5.1. Tıbbi Malpraktis

Tıp uygulaması diğer başka meslek gruplarına göre çok farklı bir boyuta sahiptir. Çalışma alanının insan vücudu olması ve insan üzerindeki her tip uygulamayı kapsaması, çok daha farklı bir yaklaşımı ve titizliği gerektirmektedir. Bunun için ilk aşamada doğal olarak bu konuda yeterli bilgi birikimi ve uygulamada

hata olasılığını sıfıra yakın düzeye getirecek prosedürel yaklaşımlar gerekmektedir. Tıp alanında hizmet verenler üzerinde çalıştıkları materyalin insan vücudu olduğunun bilincinde olmalıdırlar. Kurallar çerçevesinde ve bilimsel doğrulara bağlı uygulamaların yapılması prensibine mutlak bağlı kalmalıdırlar. Ayrıca unutulmaması gereken bir boyutta tıp eğitimi sırasında öğrenilen bilginin her 10 yılda yaklaşık yarısının eskimesi ve yerine yeni bilgilerin almasıdır. Bu da sürekli olarak hekimlerin bilgilerini yenilemeleri gerektiğini göstermektedir.

Hekim elinde bulundurduğu bilgi/yeti birikimi nedeniyle, hasta olarak hekimin karşısına gelen kişinin vücudunun bütünlüğüne hatta varlığına müdahale erkini elinde tutmaktadır. Yani hekim ve ekibi bilgi ve becerisi ile karşısındaki hastanın problemini çözerken, hastanın vücuduna doğrudan ya da dolaylı müdahale yapmaktadır. Bu durumda, hekim hastaya yapabildikleriyle, doğa dışında insan yapısına müdahale edebilen ikinci faktör konumunu kazanmaktadır. Buna bağlı olarak bu kadar büyük gücü elinde tutan hekimin, sıkı bir şekilde kontrolü gerekmektedir. Sübjektif doğrular adına hastaya kural dışı bir zarar verebilme olasılığı mutlaka engellenmelidir²⁶⁷. Bundan dolayı tıbbi bir işlemin hukuka uygunluk koşulları önem kazanmaktadır.

4.1.5.2. Tıbbi Bir İşlemin Ceza Gerektirmemesi İçin Taşınması Gereken Şartlar (Hukuka Uygunluk Koşulları)

4.1.5.2.1. Yapan Kişinin Tıbbi İşlem Konusunda Yetkisinin Olması

Tıbbi bir girişim veya uygulamayı yapan kişinin yetki sınırlarının belirlenmesi çok önemlidir. Sağlık gibi multidisipliner bir alanda müdahale yetkisi karmaşasının çözülebilmesi için sağlık personeli ve görevlerinin net bir şekilde tanımlanmış olması gereklidir. Bu tanımlamalar 1219 sayılı Kanun, Hemşirelik Kanunu, Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği vb. da düzenlenmiştir.

Yetki için bazı genel kurallar vardır. Meslek tanımı, adı, yetki sınırları ve görevler belirli bir yasal düzenleme ile belirlenmiş olmalıdır. Meslek uygulama yetkisi ancak o alanda eğitim ile kazanılmalıdır. Diplomanın veya meslek belgesinin Sağlık Bakanlığı'nca onaylanması gerekmektedir.

Görev sınırları net çizilmeyen tek sağlık mesleği hekimliktir. Türkiye'de hekimlik yapmak için 1219 sayılı Yasa'da gösterilen nitelikleri haiz olanların genel

²⁶⁷ Tıbbi Uygulama Hataları. Prof. Dr. Oğuz Polat. 1. Baskı. Seçkin Yayınevi. Mart 2005. s. 26.

olarak hastalıkları tedavi hakkı vardır. Tıp eğitiminde çekirdek eğitim programı ve eğitim hedefleri, Tıpta Uzmanlık Kurulu tarafından belirlenir ve buna göre tıp eğitimi yapılır. Eğitim hedefleri aynı zamanda müdahale yetki ve haklarının sınırlarını belirler. Hekimlik yetkisi sınırsız değildir, bazı uygulama yetkileri hekimlik sonrası eğitimler ile kazanılır. Uzmanlık dallarının eğitim programları ve bu programlara göre uzmanlık dallarının temel uygulama alanları ile görev ve yetkilerinin çerçevesi tıpta uzmanlık kurulunca belirlenebilir alan için tanımlanmış müdahale yetkisi doğal olarak başka bir alanın sınırını belirler. Çakışan uygulamalarda yetkiyi TUK (Tıpta Uzmanlık Kurulu) belirler veya yargı kararları dikkate alınır. Hekimin yetkisi olmayan alanda, uzmanı gibi davranması işlemi hukuka aykırı hale getirir.

4.1.5.2.2. Tıbbi Bir Gerekçesinin Olması (Endikasyon)- Komplikasyon

Endikasyon, hastada belirli bir tedavi veya müdahale uygulanmasına karar verilmesini gerektiren durum veya belirti olarak tanımlanmaktadır²⁶⁸. Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi Madde:13'de “*Tababet prensip ve kaidelerine aykırı veya aldatıcı mahiyette teşhis ve tedavi yasaktır. Tabip ve dış tabibi, teşhis, tedavi veya korunmak gayesi olmaksızın hastanın arzusuna uyararak veya diğer sebeplerle, akli veya bedeni mukavemetini azaltacak herhangi bir şey yapamaz.*” denilmektedir²⁶⁹. Burada da belirtildiği gibi; her tıbbi girişimin bir amacı olmalıdır. Tıbbi girişim koruma, tanı, ve tedavi amacıyla yapılmalıdır. Tıbbi girişimin tıbbi gerekçelerinin net bir şekilde belirlenmesi ve belgelenmesi gereklidir.

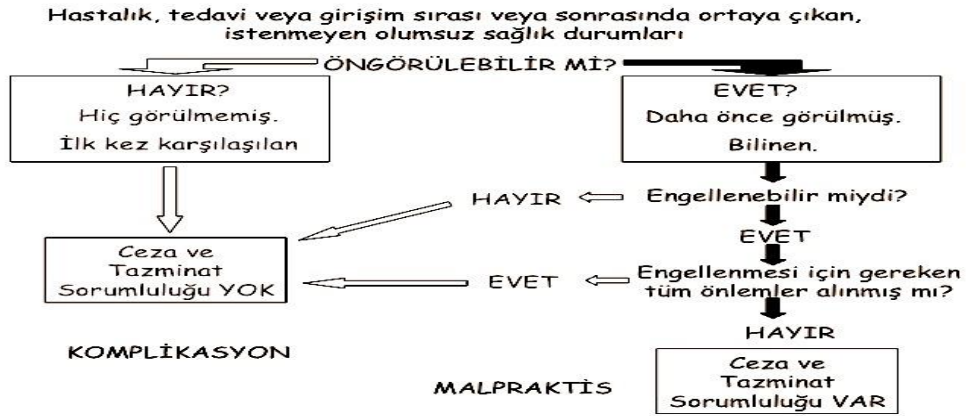
Tıbbi bir işlemin gereksiz ve gerekçesiz yapılması tıbbi amacını ortadan kaldırır ve girişimi hukuk dışına sürükler. Gereksiz ve gerekçesiz tıbbi işlem maddi çıkar sağlamak, tıbbi bir merakı gidermek, araştırma, eğitim ve deneyim için yapılabilir. Ancak bu gibi durumlarda TCK'ya göre irtikap, kasten yaralama, rüşvet ve insan üzerinde deney yapma suçlarını oluşturacaktır.

Bazı tıbbi işlemler tıbbi endikasyon olmaksızın yapılabilmektedir. Estetik amaçlı yapılan operasyonlar, psikolojik nedenle yapılan tıbbi girişimler, organ nakli (organ bağışlayan kişi bakımından tıbbi endikasyon yoktur), kan bağıışı, küretaj, sterilizasyon ve sünnet gibi dinsel ve geleneksel nedenlerle yapılan işlemler anladığımız anlamda endikasyona bağlı olmaksızın yapılmaktadır²⁷⁰.

²⁶⁸ Tıp Terimleri Sözlüğü. saglik.sozlugu.org/indication. Erişim Tarihi: 11.03.2014.

²⁶⁹ <http://www.tkhk.gov.tr/eklenti/809,tibbi-deontoloji-nizamnamesipdf>. Erişim Tarihi 11.03.2014.

²⁷⁰ Tıp Hukuku Atölyesi-I. Proje Sahibi: Av. Sunay Akyıldız. Seçkin Hukuk 1. Baskı. Ekim. 2013. Ankara. s. 68-69.



Kaynak: Prof. Dr. Ekin Özgür Aktaş'a ait Slayt

Komplikasyon.

Komplikasyon; tıp bilimi ve mesleğinin verilerine uygun davranılmasına ve ortaya çıkmaması için gereken önlemler alınmasına karşın, tıbben benzer girişimlerde meydana gelme olasılığı kabul edilen risklerdir. Hekim, tıbbi girişime bilim ve meslek kurallarına uygun bir özenle yerine getirdiği takdirde ortaya çıkan komplikasyondan dolayı sorumlu tutulamaz²⁷¹.

Komplikasyon hekimi manevi olarak üzer, hastayı ise maddi ve manevi olarak sıkıntıya sokabilir. Ancak sonuç her iki taraf için üzücüde olsa hukuki sorumluluk söz konusu değildir. Hekimlerin ve diğer sağlık çalışanlarının mesleklerini icra etmeleri çeşitli yönlerden özellikler taşımaktadır. Her tıbbi müdahale bir risk taşıdığından, hekimin her türlü olumsuzluktan sorumlu tutulması, onları mesleklerini uygulamada büyük bir tedirginliğe ve çekingenliğe itebilir. Bununla birlikte burada söz konusu olan olumsuzlukların açtığı zararlar ister komplikasyon olsun ister malpraktis, doğrudan kişilerin beden ve ruh sağlıklarını hatta hayatlarına yönelik olduğundan, hekimlerin ve sağlık meslek mensuplarının da diğer meslek sahiplerinden çok daha titiz davranmaları zorunlu olmaktadır. Dünya Tabipler Birliği, 48. Genel Kurulu'nda 1996 yılında kabul edilen "Tıbbi Hizmetin Standardı için Mesleki Sorumluluk" ile ilgili kararında " hekimin, hastasına kapsamlı sağlık hizmeti sunmanın yanı sıra mesleki ve kişilik olarak yetersiz hekimleri açığa çıkarma sorumluluğu olduğunu" da belirterek bir iç denetim sisteminin önemini vurgulamıştır²⁷².

²⁷¹ Gökcan. s. 62.

²⁷² Tıp Hukuku Atölyesi -1. Av. Sunay Akyıldız. Prof. Dr. Faik Çelik. Prof. Dr. Hakan Hakeri. Prof. Dr. Pervin Somer. Seçkin Yayınevi. Ekim 2013. Ankara. s. 78-79.

4.1.5.2.3. Hastanın Bedeni Üzerinde Yapılacak İşleme İzin Vermesi

Hastanın bedeni üzerinde yapılacak işleme izin vermesine onam denilmektedir. Hastanın onam verebilmesi için yapılacak tıbbi işleme ilgili bilgilendirilmesi gerekmektedir. Eski anlayışa göre; hekim, çare arayışı içindeki güç durumdaki hastasına sahip çıkar ve en doğru olanı o belirler bilgi ve beceri sahibi biri olarak hastasını yönlendirirdi. Baba-çocuk ilişkisine benzetilmesinden dolayı hekim hasta arasındaki bu ilişki paternalistik ilişki olarak isimlendirilmiştir. Paternalist yaklaşım modern tıpta mesleki açıdan uygun bir davranış örneği olarak görülmemektedir. Modern tıpta; hekim-hasta ilişkisinin temelini, bireyin özerkliğine saygı oluşturmalıdır. Özerklik kavramı ile birlikte artık, tıbbi uygulamalarda, hekim-hasta ilişkisinin tek belirleyicisinin hekim olması söz konusu değildir. Bu ilişki kanunlarda da belirlenmiştir. T.C. Anayasa'sı madde 17'de "*Tıbbi zorunluluklar ve kanunda yazılı haller dışında, kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamaz; rızası olmadan bilimsel ve tıbbi deneylere tabi tutulamaz.*" denilmiştir. Ayrıca Türk Ceza Kanunu (md.26), 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarz-ı İcrasına Dair Kanun (md.70)-1928, Sağlık Bakanlığı Hasta Hakları Yönetmeliği (md.15-18-22-24-25-26-31), Biotıp Sözleşmesi (md. 5-8), Türk Tabipleri Birliği Hekimlik Meslek Etiği Kuralları (md.26), Türk Medeni Kanunu (md.23-24), D.T.B Lizbon Hasta Hakları Bildirgesi, Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi'nde rıza ile ilgili düzenlemeler yapılmıştır.

4.1.5.2.3.1. Aydınlatılmış Onam Süreci²⁷³

Aydınlatılmış onam süreci, hastanın kendisine uygulanacak herhangi bir tıbbi işleme; onay verebilmesi ya da ret edebilmesi için yeterince bilgilendirilmesi, aldığı bilgi üzerine düşünmesi ve özgür seçimine dayalı kararını vermesi sürecidir. Tıbbi müdahaleyi hukuka uygun hale getiren şartlarından olan aydınlatma, hem hasta haklarından hem de hekimin yükümlülüklerindedir. Ancak en fazla ihlal edilen hasta haklarından bir tanesi aydınlatılmış onam alınmadan müdahalede bulunulmasıdır. Hekimin hastayı aydınlatması hastanın neye rıza gösterdiğini bilmesi açısından önemlidir; çünkü hekim ile hasta arasındaki ilişki iki temel unsura dayanmaktadır. Bunlardan birincisi hasta ile hekim arasındaki güven ilişkisidir.

²⁷³ Prof. Dr. Ekin Özgür Aktaş. Sağlık Hukuku Yüksek Lisansı Ders Notları. İzmir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Hasta duyduğu acıların en doğru ve hızlı şekilde dindirilmesi ve iyileşmesi için kendi vücudu üzerinde müdahalede bulunması için hekime başvurmuştur. Hekim ile hasta arasındaki bir diğer unsur ise hastanın kendi geleceğini belirleme hakkıdır. Hasta, hekim yardımından faydalanmak veya hastalığını akışına bırakma konusunda seçim hakkına sahiptir.

4.1.5.2.3.2. Aydınlatma İçeriği²⁷⁴

Aydınlatma; hastanın şimdiki sağlık durumu ve konulan tanıyı, önerilen tedavi yönteminin türünü, amaçlanan tedavi yönteminin başarı şansı ve süresini, amaçlanan tedavi yönteminin hastanın sağlığı için arz ettiği riskleri, tıbbi girişimin boyutu ve sınırlarını, neden olabileceği komplikasyonları, verilen ilaçların kullanılışı ve olası aksi tesirlerini, hastanın önerilen tedaviyi kabul etmemesi durumunda hastalığın yaratacağı sonuçları ve verilen olası tedavi seçenekleri ve riskleri konularında aydınlatılmayı kapsamalıdır.

4.1.5.2.3.3. Aydınlatma Kimlere Yapılmalı

Aydınlatma; hastanın kendisine, 18 yaşın altındaki çocuklarda kendi görüşü de alınarak velisine, akıl hastalığı ve zayıflığı olanlarda yasal vasisine ve bilinci kapalı kişilerde yasal temsilcine yapılmalıdır. Yasal temsilci yoksa; acil durumlarda hasta lehine onamsız müdahale yapılabilir veya beklenebilir durumlarda adli makam (savcı-mahkeme) izni gerekir. Rutin başvuru ve muayenelerde hastanın başvurusu örtülü (zımnî) izin olarak kabul edilir. Acil olgularda hastanın durumu uygun değil ve yakınları da yoksa hastanın lehine her türlü müdahale yapılabilir (Meşru müdafaa TCK Md. 25). Ameliyat sırasında ortaya çıkan ve ameliyatın seyri ve şeklini değiştiren durumlarda, algılama yeteneğinin bozuk ve bilgilendirmeyi anlamayacak kişilerde, kişi sağlık personeli ve konuyu biliyorsa, uyuşturucu bağımlılarının yasal olarak zorunlu muhafaza ve tedavilerinde, özel tedavi ve tecrit gerektiren hastalık veya zehirlenmelerde (kuduz, tbc, zührevi hastalıklar vb.), kişinin daha önce bilgilendirilmiş olduğu hallerde ve kişinin onam istemediği durumlarda aydınlatılmış onam alma zorunluluğu yoktur.

²⁷⁴ Resmi Gazete (08.05.2014 tarih ve 28994 sayılı) Sağlık Bakanlığı'na ait Hasta Hakları Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik.

4.1.5.2.3.4. Geçersiz Onam

Asgari standartlar sağlanmamışsa, yapılacak tüm tıbbi girişimleri kapsayacak genel bir onam alınmışsa, ahlaka, adaba, mevzuata ve kamu düzenine aykırılık içeriyorsa, hile, hata, maddi ve manevi baskı altında verilen rıza ise, ötanazi için verilmişse ve onamın geri alınması durumunda verilen onam geçersizdir.

4.1.5.2.3.5. Aydınlatmayı Kim Yapar

Hekim ile hasta arasındaki ilişki kural olarak güven unsuru, son derece önemli bir özellik olduğu vekalet ilişkisidir. Söz konusu ilişki dolayısıyla hekimin hastayı aydınlatma yükümlülüğü gündeme gelecektir. Tedavi sözleşmesinin tarafı olan ve aydınlatma yükümlülüğü altında olan hekim, sadece aydınlatmanın yapılmasını diğer bir hekime bırakabilir. Rıza ise ancak birincil hekim tarafından alınmalıdır. Ancak organ naklinde hastayı aydınlatacak ve rızayı alacak kişi organ naklini gerçekleştirecek hekimdir. Her farklı branş kendisi ile ilgili aydınlatmayı ayrı ayrı yapmalıdır.

4.1.5.2.3.6. Aydınlatma Ne Zaman Yapılmalı

Aydınlatma sonrası tıbbi müdahaleye maruz kalacak hastanın rızası alınarak işlem yapılacağından dolayı rızadan önce aydınlatma yapılmalıdır. Aydınlatmanın yapılacağı zaman iyi ayarlanarak hastanın baskı altında karar vermesi söz konusu olmamalıdır. Hasta vereceği onamdan her zaman geri dönebilme hakkına sahip olduğu için aydınlatma mutlaka müdahaleye girişilmeden önce yapılmalıdır. Somut olayın özelliklerine göre hastaya karar vermesi için uygun zaman tanınmalıdır. 2002 tarihli Roma Avrupa Hasta Hakları Statüsünde hastanın bilgilendirilmesine ilişkin bu makul sürenin 24 saat olduğu belirtilmektedir. Ayak üstü ciddiyyetten uzak yapılacak aydınlatma kabul edilemez. Ancak acil durumlara da hayati tehlikenin varlığı, ağır bir zarara uğramayı önlemek için derhal müdahale söz konusu olacaksa ameliyattan hemen önce veya ameliyat masasında da aydınlatma yapılabilir. Hizmet alan bireyin gizliliğini gözetken uygun bir ortam sağlanarak alınmalıdır.

4.1.5.2.3.7. Aydınlatma Nasıl Olmalı²⁷⁵

Hekimin aydınlatma borcuna riayet etmediği iddiasıyla açılan bir davada hekimin aksini ispatlaması çok güçtür. Şekil açısından aydınlatılmış onam sözlü olabilir; ancak ispat yükünün hekimde olduğu unutulmamalıdır. Uygulamada karşılaşılabilecek sorunların önlenmesi için hekimin aydınlatmasını yazılı olarak ispat edebilmesi ve belgeleyebilmesi hukuki sorumluluğunu etkileyecektir. Bu nedenle hekimin hastayı aydınlatması sözlü olmalı ancak daha sonra ispat gücü açısından yazılı belgeye dökülmelidir. Hasta, aydınlatmanın sonucunda, hekimin hiçbir zararlı sonuçtan dolayı sorumlu olmayacağına ve hekim hakkında dava açılmayacağını kayda almış olsa dahi bu şekildeki bir yazılı taahhüt, hastanın dava açma hakkını ortadan kaldırmayacaktır.

Tıbbi müdahalenin hukuka uygun olabilmesi, hekimin sorumlu olmaması için gerekli olan dört şarttan biri olan aydınlatma; müdahaleye maruz kalacak hastaya müdahalede bulunacak hekim tarafından hastanın sosyal, ruhsal, kültürel durumu göz önüne alınarak belirli sınırlar çerçevesinde hastalığın teşhisinden en ağır tıbbi müdahaleye kadar tam ve ayrıntılı olarak yapılan bilgilendirmedir. Tedavinin yöntemi, amacı, şekli, olası tehlikeler, ağrılar, riskler gibi her türlü açıklamanın hastaya müdahaleden önce sözlü olarak yapılması ve ispat açısından yazılı olarak belgelendirilmesi sonucu alınan rıza ile yapılacak müdahale hukuka uygun olacaktır. Hekimin tıbbi teşhis ve tedaviye geçmeden önce hastayı veya kanuni temsilcisini aydınlatması, tıbbi olduğu kadar hukuki bir ödev ve yükümlülüktür. Şartlarının varlığı halinde yapılan aydınlatma ile alınan rıza hem işlemi hukuka uygun hale getirecek hem de hekimin ceza hukuku açısından sorumlu olmasını engelleyecektir. Ancak tüm şartlarının varlığı söz konusu olsa dahi hekimin dikkatsiz ve özensiz işlemleri dolayısıyla sorumluluğu ortadan kalkmayacaktır.

4.1.5.2.3.8. Aydınlatılmış Onam Örneği.

Düşüncemize göre şu an Sağlık Bakanlığı sağlık birimlerinde iş yoğunluğu ve organizasyon yapısından dolayı bilgilendirme önceden(yatış randevusu almaya geldiğinde) hastaya bu bilgilendirme formlarının verilmesi gerekmektedir. Hasta böylece özgür, baskı altında kalmadan ve başka kurumlara da danışarak kararını

²⁷⁵ Resmi Gazete (08.05.2014 tarih ve 28994 sayılı) Sağlık Bakanlığı'na ait Hasta Hakları Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik.

verme olanağına da sahip olacaktır. İşlem(yatış) için geldiğinde sorularını soracak ve onamını verecektir. Pratikte şu an en rahat uygulanacak uygulamanın bu olacağı görülmektedir. Bizimde uygulama da kullanmak üzere hazırlama çalışmalarımızın devam ettiği bir aydınlatılmış onam örneğimiz bulunmaktadır. Bu konuda çalışmalarımız devam etmekte daha uygun, anlaşılabilir ve kullanılabilir bir bilgilendirme ve onam için çalışmaların sürekli ve multidisipliner bir çalışma ile yürütülmesi gerekmektedir.

ÖRNEK

HASTA BİLGİLENDİRME FORMU

.....

HASTA ADI SOYADI:
PROTOKOL NO:

TARİH:
SAAT:

GENEL BİLGİLER

Hasta olarak size uygulanacak olan işlem hakkında karar verebilmeniz için, işlem öncesinde, durumunuz ve önerilen cerrahi, tıbbi ya da tanısal işlem ve diğer tedavi seçenekleri hakkında bilgi alma hakkına sahipsiniz. Sağlık hizmetlerinden faydalanma gereksinimi bulunan kişilerin, sırf insan olmaları nedeniyle sahip buldukları ve T.C. Anayasası, Uluslararası antlaşmalar, kanunlar ve diğer mevzuat ile teminat altına alınmış bulunan haklarının en önemlilerinden biri bilgilendirme isteme ve hastalığı hakkında karar verme hakkıdır. Bu bilgilendirmenin amacı sizi korkutmak ya da endişelendirmek değil, sağlığınız ile ilgili kararları bilinçlenerek daha doğru bir şekilde almanızdır. Ancak bu bilgiler olumsuz durumları da içermek durumundadır. Yaşamsal riskler ve bazı oluşabilecek sakatlıklar zorunlu olarak anlatılacaktır. Bu bilgiyi talep etmeye bilirsiniz, ancak hastalığınız ile ilgili süreci bilmeniz ve kendi sağlığınız ile ilgili karar verme hakkınızı kullanmanız bizim için önemli ve kutsaldır. Bilgilendirme istemediğiniz takdirde gerekçesi ile bu durumu yazılı belgelendirmek durumundayız.

• Bilgilendirme belgesi ve açıklayıcı konuşma ile hastalığınız, size önerilen cerrahi girişimin tanımı, gerekliliği, riskleri, tedavi seçenekleri, tedavi uygulanmazsa karşılaşılabileceğiniz sonuçlar hakkında bilgi verilmek istenmektedir.

- Girişim ve seçenekleri hakkında bilgilendirildikten sonra girişimi kendi isteğiniz ile kabul ya da reddedebilirsiniz.

- Size sunulan bilgilerden herhangi birini anlamakta güçlük çekebilirsiniz, bu durumda lütfen hekiminize açıklaması için danışınız ve sorularınızı çekinmeden sorunuz.

Hekimin, tedavi konusunda serbest olduğu, hastalık ve tedavi konusunda garanti vermesinin söz konusu olmadığı bilinmelidir. Hastanın hastanede kaldığı ve tedavisinin devam ettiği süre içerisinde aşağıdaki kurallara uyması gerekmektedir.

- İşbirliği yükümlülüğüne uymalıdır. (diyet, sigara yasağı, pansuman, ayrıntılı öykü verme, vb.)

- Hastanın muayeneye, teşhis ve tedavi yöntemine katılma yükümlülüğü vardır.

- Hekimin tavsiyelerine uymakla yükümlüdür.

- Başvurduğu sağlık kurum ve kuruluşunun kural ve uygulamalarına uygun davranır ve katılımcı bir yaklaşımla teşhis ve tedavi ekibinin bir parçası olduğu bilinciyle hareket eder.

- Yakınmalarını, daha önce geçirdiği hastalıkları, gördüğü tedavileri ve tıbbi müdahaleleri, eğer varsa halen kullandığı ilaçları ve sağlığıyla ilgili bilgileri mümkün olduğunca eksiksiz ve doğru olarak verir.

- Hekim tarafından belirlenen sürelerde kontrole gelmeli ve tedavisinin gidişatı hakkında geri bildirimlerde bulunur.

- Randevu tarih ve saatine uyar ve değişiklikleri ilgili yere bildirir.

- İlgili mevzuata göre öncelik tanınan hastalar ile diğer hastaların ve personelin haklarına saygı gösterir.

- Personele sözlü ve fiziki saldırıya yönelik davranışlarda bulunmaz.

- Haklarının ihlal edildiğini düşündüğünde veya sorun yaşadığında hasta iletişim birimine başvurur.

Hekim kural olarak hastasını reddetmemeli, tedavisini üstlenmelidir. Birçok yasal metinde acil yardım dışında başka bir hekim tarafından bakımının yapılması sağladıktan sonra hastasını diğer hekime devrederek bırakabileceği belirtilmiştir. Hekim, hastasını işbirliğine yanaşmaması, tanı ve tedaviyle ilgili taleplere olumsuz cevap vermesi, hasta ile ilgili hukuki sorunun olması ve hasta tarafından sözel ve fiziki şiddete uğraması nedeniyle bırakabilir.

Hasta, Hasta Hakları Yönetmeliğinde bulunan bu kuralları bilmeli ve bunlara dikkat edilmelidir. Aksi takdirde bu yükümlülükler uyulmamasının kişiye sorumluluk getirebileceği unutulmamalıdır.

Sağlık hizmetleri uygulamasında yapılan görev dağılımından dolayı oda temizliği, bakımı, ısıtma, soğutma, güvenlik ve yemek hizmetlerinden hastanenin Otelcilik Hizmetleri Müdürlüğü sorumludur.

Operasyonlarda kullanılan malzemeler, hastane yönetimi tarafından devletin alım-satım ve temin kuralları çerçevesinde alınmaktadır.

Hastanızın hastane içindeki transportundan, ilaç ve tedavi uygulamalarından, bakım hizmetlerinden, operasyon sırasındaki yardımcı işlemlerden, genel takiplerinizden refakatçi ve ziyaretçi uygulamalarından Bakım Hizmetleri Müdürlüğü sorumludur.

Hastanemiz eğitim ve araştırma hastanesi olduğundan servislerde hasta başı uygulamaları ve kalabalık hasta viziteleri olabilmektedir. Bu durumu mahremiyetinizin ihlali olarak düşünmeyin ve rahatsız olduğunuz konuyu derhal bildirin.

Ameliyatla dışarı çıkarılan, organ veya doku örneğiniz, vücut sıvınızın saklanması, sonuçlarının doğruluğu, bildirilmesi ve sonuçlarla ilgili veri gizliliği sorumluluğu ilgili birimlere (patoloji, mikrobiyoloji, biyokimya, farmakoloji, adli mercii ve kolluk kuvvetleri) aittir.

Bölümümüz mahremiyet ve hasta bilgi gizliliğine daha da çok özen göstermesi gereken bir birim olduğundan yakınlarınızdan kimler tarafından bilgilerinizin paylaşılacağını iletişim bilgileri ile birlikte size verilecek onam belgesine yazınız, bilgilerinizin hiç kimse ile paylaşılmasını istemiyorsanız belirtiniz.

OPERASYON ya da HASTALIKLA İLGİLİ BİLGİLER

- Hastanın Sağlık Durumu ve Konulan Tanı,
- Önerilen Tedavi Yönteminin Türü (Yapılacak İşlem),
- Başarı Şansı ve Süresi,
- Tedavi Yönteminin Hastanın Sağlığı İçin Taşıdığı Riskler,
- Verilen İlaçların Kullanılışı ve Olası Yan Etkileri,
- Hastanın Önerilen Tedaviyi Kabul Etmemesi Durumunda Hastalığın Yaratacağı Sonuçlar,

• Girişim / Tedavi Sırasında Gereksinim Duyulabilecek Ek Girişimler ve Riskleri;

• Olası Tedavi Seçenekleri Ve Riskleri.

• Anestezi.

• Cinsel Yaşam ile İlgili Konular. (özellikle ürogenital hastalık ve operasyonlarda)

• Tahmini Yatış Süresi.

• Varsa Ücret ile İlgili Bilgilendirme

Hastanın özel durumu ile ilgili konular ve sorularının yanıtları ile ilgili boş bir bölüm bırakılmalıdır.

Hastanın verilen bilgileri anlamasının sağlanması ve anladığının denetlenmesi gerekir. Her sayfa altı hastaya okudum diye yazılarak imzalatılmalıdır.

Hasta bilgilendirme istemeyebilir, bu konuda zorlanmamalıdır. Ancak bilgilendirme istemediği belgelenmeli ve gerekçesi (sağlık mesleği mensubu olduğu için ve daha önce aynı operasyonu geçirdiği için konuyu bilmesinden dolayı, bilgilendirmenin ruhsal durumunu olumsuz etkileyeceğinden dolayı vb.) belirtilmelidir (en az iki hekim imzası ile)

Hastanın durumu yaşamsal tehlike gösterecek kadar acilse veya bilinci kapalı ve yakını yoksa en az iki hekim imzası ile tutanakla tespit edilmelidir.

Yabancı uyruklu hastalarda Sağlık Bakanlığı tercüme bürosu ücretsiz aranabilir. (444 4 728)

ONAM FORMU

Verdiğim bilgilerin doğru olduğunu ve tedavim süresince sağlık çalışanları ile işbirliği içinde olacağımı kabul ediyorum.

Tarafıma hekimim tarafından verilen bilgilendirme belgesini okudum dilediği zaman aklıma takılan soruları sorabileceğimi dilediğim sağlık kurumu veya sağlık personelinden hizmet alabileceğimi biliyorum. Tıbbi uygulamaların kişisel ve diğer birçok faktörden etkilenebilen her zaman ve her durumda aynı sonuçları vermeyen kesin bir bilim olmadığını, sonuç veya tedavi konusunda garanti verilemeyeceğini anlıyorum.

1. Bilgilendirme belgesiyle ve hekimimle olan görüşmemde bana durumum, uygulanacak işlem ve riskleri, tedavi seçenekleri hakkında ayrıntılı bilgi verildi.

2. Hekimim bütün sorularımı açık biçimde cevapladı ve kaygılarımı benimle konuştu.

3. Tıbbi girişime izin vermediğim takdirde kendime ve benim yüzümden zarara uğrayacak kişilerle ilgili bilgilendirildim.

4. Bana söylenenlerin tümünü anladım ve kendim bunları anlatabilirim.

5. Hastalığının ne olduğunu, kapsamını ve tedavi yöntemlerini biliyorum.

6. Uygulanacak işlemin yarar, risk, sakınca ve yan etkilerini biliyorum.

7. Sorunumla ilgili önerilen işlemlerin içeriğini biliyorum.

8. Sorunumun başka şekilde tedavisinin olup olmadığını biliyorum. Eğer varsa, bunların risk ve yararlarının neler olduğu bana söylendi.

9. Bana önerilen işlemin benim için uygulanabilecek işlemler içinde en iyisi olduğuna inanıyorum.

10. Başarı olasılığını biliyorum.

11. İmzaladığım formdaki her şeyi kabul ediyorum ve kabul etmediklerimin üzerini çizdim. Bu değişikliklerden doktorumun bilgisi vardır.

12. Tıbbi müdahaleyi yapacak kişilerin kimliklerini ve özelliklerini biliyorum.

13. Bu müdahaleden yeterince yarar göreceğimi ve bu yararın aldığım riskten ağır bastığını düşünüyorum.

14. İstemezsem, bu müdahaleye onam vermek zorunda olmadığını biliyorum.

15. Bilgilendirildiğim konuda sorumlulukların bana ait olduğu bilincinde olduğumu hiçbir şiddet, tehdit, telkin, maddi ya da manevi baskı altında olmaksızın, aklım başında ve özgür irademle veriyorum.

.....tıbbi girişimini kabul ettiğimi ve bu tıbbi işleme onay verdiğimi, onamımı istediğim zaman onam geri çekme tutanağını imzalayarak ve tüm sorumluluğu alarak geri çekeceğimi bildiğimi beyan ederim.

Anestezinin (unvan ve kişi) tarafından veya onun gözetiminde verilmesine izin veriyorum.

Kan ürünleri, gerekli olduğunda kan ürünlerinin kullanılmasını kabul ediyorum.

Hastalıkla ilgili bilgilerimin aşağıdaki kişilere verilmesini kabul ediyorum.

1).....

2).....

Hastalıkla ilgili bilgilerimin hiç kimseye verilmesini kabul etmiyorum.

Bu işlemin medikal/paramedikal personelin eğitiminde eğitimsel rolü olabileceğinden medikal eğitimin geliştirilmesi ve/veya ürün kullanımının geliştirilmesi amacıyla öğrencilerin ve/veya teknik personelin işleme katılımını kabul ediyorum. Ayrıca işlem esnasında gerekirse fotoğraf veya video kaydı yapılabileceğini biliyor ve bunu da onaylıyorum. Bu çekilen kayıtların da ismimim açıklanmaması kaydıyla bilimsel amaçlarla kullanılmasını kabul etmiyorum/ediyorum.

Hekimimin durumumun gerektirdiği planlanmış işlemde başka ek veya değişik işlemleri gerektirecek farklı durumları girişim esnasında açığa çıkartabileceğini anlıyorum. Bu durumda hekimimin durumun ve sağlığımın gerektirdiği uygun ek girişimi yapmasını kabul ediyorum.

HASTA YA DA HUKUKSAL OLARAK SORUMLU KİŞİ:

ADI-SOYADI:

İMZASI:

TANIK:

ADI-SOYADI :

HASTAYA YAKINLIĞI:

İMZASI:

Yukarıda anlatılan işlem, riskler, olabilecek komplikasyonlar, umulan sonuçlar, tedavinin olmadığı durum dahil tedavi seçenekleri hakkında hastanın veya onun izni öncesinde hastaya veya hukuksal sorumlusuna benim tarafımdan anlatıldığını onaylıyorum.

TARİH : SAAT :

TEDAVI EDEN HEKİM:

TANIK:

ADI-SOYADI :

ADI-SOYADI:.....

İMZASI :

İMZASI:.....

AYDINLATILMIŞ ONAMI GERİ ÇEKME TUTANAĞI

HASTANIN ADI-SOYADI:

DOĞUM TARİHİ:

ADRESİ:

TEL. NO:

KANUNİ YETERLİLİĞİ OLMAYAN HASTALAR İÇİN VELİ / VASİNİN ADI-

SOYADI:

ADRESİ:

TEL. NO:

- Sayın hastamız lütfen bu belgeyi dikkatlice okuyunuz.
- İsteddiğiniz zaman verdiğiniz onamı (rıızayı) geri çekme hakkına sahipsiniz.

Ancak, yasal açıdan bu hakkınız “tıbbi yönden bir sakınca bulunmaması” şartına bağlıdır.

• Aydınlatılmış onamı geri çekme tutanağını sizin belirleyeceğiniz bir görüşme tanışının da imzalaması gerekmektedir.

• Aydınlatılmış onam belgesinde tanımlanan girişimin / tedavinin uygulanması için verdiğim izni, sağlığıım açısından oluşabilecek tüm olumsuz etkiler ve risklerin farkında ve bilincinde olarak kendi rızamla geri çekiyorum.

TARİH:

HASTANIN:

ADI-SOYADI:

İMZA:

HASTANIN VELİSİ / YASAL VASİSİNİN:

ADI-SOYADI:

İMZA:

HASTADAN SORUMLU HEKİMİN

ADI-SOYADI:

İMZA:

GÖRÜŞME TANIĞI:

ADI-SOYADI:

ADRESİ:

TEL. NO:

İMZA:

4.1.5.2.3.9. Aydınlatılmış Onamla İlgili Yargı ve Meslek Örgütü Kararları

- Yargıtay 13. Hukuk Dairesi 2008/4519 / 2008/10150 K sayılı kararı:

Botoks uygulamasında fill-new adlı dolgu malzemesinin yüze enjekte edilmesi sonucu oluşan deri altı yabancı cisim reaksiyonuna bağlı yüzde kalıcı yumru kitleler, çöküntüler ve morluklar oluşmasına bağlı manevi tazminat davasında; Yargıtay: *“...bu durum işlem sonrası nadir gelişen bir komplikasyon olduğu belirtilmişse de davalı doktorun bu işlemi yapmadan önce davacıya işlemin muhtemel komplikasyonları hakkında bilgi verip vermediği, riskleri anlatıp anlatmadığı özetle hastanın aydınlatılmış rızasının alınıp alınmadığı incelenmemiştir. ...Davalı, davacıyı müdahalenin komplikasyonları konusunda aydınlattığını yazılı belge ile ispat edemediği gibi...”* Dosyanın davalının hastasını aydınlatma borcunu yerine getirip getirmediğinin araştırılması için bozulmasına, karar vermiştir.

- Yargıtay 13. Hukuk Dairesi 2008/3743 / 2008/ 10746 K sayılı kararı:

Nodüler guatr tanısına bağlı olarak yapılan ameliyat sırasında hastanın rekürren laringeal sinirinin kesilmesine bağlı olarak açılan maddi ve manevi tazminat davasında; Yargıtay: *“...davacıdan ameliyat yönünden muvafakat alınmasına rağmen ameliyatın yapılması esnasında ve sonrasında meydana gelebilecek komplikasyonlara ilişkin bilgilendirilmediği, buna ilişkin bir aydınlatılmış onamın bulunmadığı hasta-doktor arasındaki ilişkin vekalet ilişkisi olduğuna bağlı olarak doktorun en hafif kusurundan dahi sorumlu olduğundan zararın tamamından sorumlu olduğuna,”* karar vermiştir.

- Danıştay İdari Dava Daireleri Kurulu 2003/716-91 sayılı kararı:

Tıbbi müdahale sırasında damlatılan Castellani solüsyonu nedeniyle işitme kaybına uğrayan hastanın açtığı maddi ve manevi tazminat davasında; 1219 sayılı yasanın 70. maddesine atıf yapılarak; *“...böylece uygulanacak işlem veya ilacın yan etkileri konusunda hastanın uyarılarak onayının ve gerekli tedbirlerin alınmasının amaçlanmış olduğu, ...davacının bir kulağının tamamen ve tedavisi mümkün*

olmayacak şekilde, diğer kulağın ise işitme cihazı ile duyabilecek ölçüde duyu kaybına uğradığı, başlangıçta bu risklerin dikkate alınıp davacının bilgilendirilmediği, hatta kullanılan ilacın isminin dahi gizlendiği dikkate alındığında duyu kaybı hizmet kusuru sonucu oluşmuştur.” şeklinde karar vermiştir.

• 38 yaşında bekar bayan hastaya kanamaları nedeniyle rahimde myom teşhisine bağlı operasyon öneriliyor. İşlemin laporoskopi işlemi ile yapılacağı söyleniyor. Kanama nedeniyle açık ameliyata geçiliyor. Ancak kanama durdurulamadığı için histerektomi uygulanıyor. TTB Yüksek Onur Kurulu, *“olayın bir komplikasyon olduğunu, ancak hastanın ve hasta yakınlarının ameliyat öncesinde işlemin komplikasyonları ile ilgili olarak aydınlatılmadığı ve gerekmesi halinde rahmin alınması için onam alınmadığı”* gerekçesiyle hekimin cezalandırılmasına karar vermiştir.

• Safra kesesinde taş tespit edilen hastaya 4 ay sonrasına gün veriliyor. 4 ay sonra yapılan ameliyat sırasında hastada mide tümörü saptanıyor ve mide alınıyor. Hasta yakınları gecikmiş teşhis nedeniyle şikayetçi oluyor. TTB Yüksek Onur Kurulu, *“olayda eksik tanı nedeniyle hekimin kusurlu olduğuna, bunun yanında hasta yakınlarının şikayetlerinde belirtmedikleri halde hastaya yapılan cerrahi girişim ile ilgili olarak aydınlatılmış onamının bulunmadığına, onam alınmadan yapılan mide ameliyatının tanı eksikliği kadar önemli olduğuna bu nedenle hekimin cezalandırılmasına”* karar vermiştir.

4.1.5.2.4. Tıbbi İşlemin Tıbbi Kurallara Uygun Yapılması

Her tıbbi işlem ve girişimin genel kabul görmüş bir uygulanma yöntemi vardır. Bu tıbbi işlemler klasik tıp kitaplarında ve guidelerde tanımlanmıştır²⁷⁶. Tıbbi kurallara uygun olmayan işlemlerin sonucunda hasta zarar görürse yapan kişi de sorumlu tutulur. Hasta zararına bağlı şikayetlerde bilirkişi görüşü de alınmaktadır. Tıbbi kurallara uygun olmayan davranış iki şekilde ortaya çıkar. İşlemin hatalı yapılması (Aktif). Buna örnek olarak yanlış bölgeye enjeksiyon yapılması, ameliyatta yanlış organa müdahale yapılması, ameliyatta alet unutulması vb. Yapılması gerekenin yapılmaması (Pasif). Buna örnek olarak da acil hastaya müdahale etmemek, gerekli önlemleri almadan hastayı sevk etmek, vb.

²⁷⁶ Prof. Dr. Ekin Özgür Aktaş Sağlık Hukuku Yüksek Lisans Ders Notları.

4.1.5.2.5. Yapılan Tıbbi İşlemin Kanunca Yasaklanmamış Olması

Bazı tıbbi işlem ve muayenelerin sınırları kanunlarca belirlenmiştir. Bunlara uyulmaması sorumluluk getirir. Yasada belirlenen kürtaj sürelerine uymamak, geçerli rıza olmaksızın kişiden organ alma, hukuka aykırı olarak ölüden organ ve doku almak, hakim veya savcı kararı olmaksızın genital muayene yapmak örnek olarak gösterilebilir. Tıbbi bir işlemde, işlemin yasalara aykırılığı söz konusu ise işlem detayına girilmeden ilgili mevzuata göre değerlendirme yapılmalıdır. Hukuka uygun işlemlerde ise hasta zararı söz konusu ise veya şikayet var ise yapılan işlemin tıbbi ve işleyiş kurallarına aykırılığı olup olmadığının araştırılması gereklidir.

4.1.6. İdari Malpraktis²⁷⁷

Tıbbi hizmetler, her ne kadar sağlık personeli tarafından hastalara sunulan hizmetler olsa da, idarelerin hizmet sunum yer şekline göre yeterli sayı ve yetkinlikte personel çalıştırma zorunlulukları vardır. Yürütülen sağlık hizmetinin gereklerine uygun olmayan sayı, nitelik veya şekilde personel çalıştırılması sonucu oluşan tıbbi hatalar, idarenin düzenleyici fonksiyonlarındaki hatadan kaynaklı olması nedeni ile idareye sorumluluk yüklemektedir. Ayrıca sağlık hizmeti sunumunda kullanılan malzeme ve tıbbi teçhizatın yeterli sayı ve özellikte olması ve kalibrasyonlarının düzenli yapılması gereklidir. Bu işlemler de şüphesiz idarenin sorumluluğunda olan konulardandır.

4.1.6.1. Tanısal Hatalar²⁷⁸

- Başvuran hastaların tanıları koymaya yönelik gerekli asgari teknik şartların ve personel imkanlarının sağlanamaması ile oluşan tanı hataları,
- Tanısal cihazların bakım ve kalibrasyonunun yapılmaması nedeni ile oluşan tanı hataları,
- Kurumda tanısal inceleme sonuçlarının zamanında elde edilmesine mani olan işleyiş hataları,
- Tanısal incelemeler için yeterli ve nitelikli personel bulundurulmaması kaynaklı hatalar,

²⁷⁷ Çınarlı. s. 228.

²⁷⁸ Çınarlı. s. 226.

- Konsültasyon hizmetlerinin iyi organize edilmemesi ile ilgili hatalar,
- Yetersiz personel çalıştırılması sonucu ortaya çıkan tanı tedavi hataları, (asistan çalıştırma kriterleri)
- Kurumlarda hastaların zarar görmesini engellemeye yönelik önlemlerin alınmaması nedeniyle oluşan zararlar,
- Hasta bakım hizmetlerinin yetersiz ve uygun olmayan şekilde yürütülmesi nedeniyle oluşan hatalar.

4.1.6.2. Tedavi Hataları

- İlaç ve tıbbi malzeme sağlanmaması nedeni ile oluşan zararlar,
- Uygun bilgi ve beceriye sahip personel görevlendirilmemesi sonucu oluşan hatalar,
- Kurumca sağlanan tıbbi cihaz, malzeme ve ilaçların standartlara uygun olmaması nedeniyle oluşan zararlar,
- Tıbbi bakım hizmetlerinin yeterli yürütülmemesi nedeniyle oluşan hatalar,
- Multidisipliner girişim ve gözetim gerektiren hastalarda hizmetin zamanında ve uygun yürütülmesine yönelik organizasyon yapılmaması sonucu ortaya çıkan zararlar,
- Yetersiz sayıda personel ile sağlık hizmetinin yürütülmesi sonucu oluşan hatalar,
- Sağlık meslek mensuplarına yetkilerine uygun olmayan görevler verilmesi sonucu oluşan zararlar,
- Sağlık meslek mensubu olmayan kişilerin tedavi hizmetlerinde görevlendirilmesi nedeniyle oluşan zararlar.

4.1.6.3. Bakım ve İzlem Hataları

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

4.1.7. Etik Malpraktis

Tıp etiği; sağlıkla ilgili herhangi bir müdahale sırasında uyulması gereken etik ilkeler bütünü olarak tanımlanabilir. Dört temel ilke çerçevesinde tanımlanabilir:

1- Zarar vermeme. 2 - Özerklik. 3- Yarar Sağlama. 4- Adil Olma.

Tıp eğitiminde, tıbbi etik ve hukuk derslerinin verilmesi ve öğretilmesi gerekir. Bunun kanıtı ise tıp öğrencilerinin ve hekimlerin hukuki uygulamalarda kendine güvensiz olmalarının tespit edilmiş olmasıdır. Tıp hukuku ve etiği öğreniminin geleceği ile ilgili öneriler şöyle sıralanabilir²⁷⁹.

- Tıp etiği ve hukuku eğitimi ile ilgili uluslararası bir müfredat oluşturulması,
- Tıp hukuku ve tıp etiğinin farklı dersler olarak öğretilmesi,
- Tıp etiği ve tıp hukuku eğitimini tıbbi eğitimi süresince sürekli devam etmesi,
- Tıp hukuku ve etiği derslerinin zorunlu ders kapsamına alınması,
- Etkin bir değerlendirme yapılması.

Etik kurallar dört farklı çalışma alanı içinde toplanır:

- Sağlık hizmeti sunan kişilere ve topluma karşı etik sorumluluklar.
- Bilimsel araştırma ve yayınlar hakkındaki etik sorumluluklar.
- Çalışanların birbirine karşı etik sorumlulukları.
- Ortak çalışılan, iş ve/veya hizmet alınan veya sunulan kurumlara karşı etik sorumluluklar.

4.1.8. Tıbbi Uygulama Hata Nedenleri Ve Önleme Yolları

Hekimler, tıbbi hataları en çok etkileyen olası faktör olarak “kısa zamanda çok sayıda hastayı muayene ve tedavi etme baskısını” algılamaktadırlar. Bu sonuç tıbbi hataların oluşmasında hekimlerin iş yükünü temel faktör olarak gördüklerini göstermektedir. Buna paralel olarak hekimler yoğun çalışma ve iş yükünden kaynaklanan bitkinlik, yorgunluk ve motivasyonsuzluğu da ikinci en önemli tıbbi hata nedeni olarak değerlendirmektedirler. Bu iki nedenin tıbbi hatalar üzerinde en fazla etkisinin olduğu düşüncesi, hekimlerin tıbbi hataların temel kaynağı olarak iş yüklerinin fazla olması, hastalarını muayene etmek için yeterli zamanı bulamamaları, kısa sürede çok sayıda hasta tedavi etme baskısı ve tükenmişlik

²⁷⁹ Çınarlı. s. 240.

duygusunun olduğuna işaret etmektedir. Hekimler ayrıca “hekimin tıp ve kendi uzmanlık alanındaki bilgi yetersizliği/eksikliği” önemli bir etken sayarak kendi öz eleştirilerini de yapmaktadırlar²⁸⁰.

Tıbbi hataları azaltmak için öncelikle tıp fakülteleri arasında eğitim standardının sağlanması gerekmektedir. Tıbbi hataların oluşmasında hekimin bilgi ve beceri eksikliği her zaman söz konusu olabilmektedir. Bu nedenle hekimlerin aynı üst seviyede yetiştirdikten sonra onların kendilerini yeni gelişen tıbbi uyumlaştırması da sağlanmalıdır. Hekimlerin iş yükünü yeniden düzenleyen ve onlara hastalarını tedavi için yeterli zamanı sağlayacak planlamaların yapılması gerekmektedir. Özellikle hekimlerin bitkinlik ve tükenmişlik duygusunu ortadan kaldıracak maddi ve manevi özendiricilerin gündeme getirilmesi kaçınılmazdır.

Tıbbi hataların azaltılmasında sağlık yönetimi açısından en önemli nokta tıbbi kayıtların ve hasta dosyalarının güvenilirliğidir. Sağlık bilgi sistemlerinin hastanelerde geliştirilmesi ve elektronik hasta kayıtlarının yapılması, hasta dosyalarının elektronik ortamda saklanması ülkemizde tıbbi hataların azalmasına önemli katkı sağlayacaktır. Buna benzer çözümlerin hayata geçirilmesinde sağlık yöneticileri aktif olarak rol almalı ve sağlık sektöründe gerekli yönlendirmeleri yapmalıdırlar.

Ülkemizde tıbbi hatalar konusunda mevzuat eksikliğini de hekimler önemli bir tıbbi hata nedeni olarak algılamaktadır. Türk hukuk sisteminde Anayasa, Tababet ve Şuabat-ı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun, Türk Tabipleri Birliği Yasası, Tıbbi Deontoloji Tüzüğü, Hasta Hakları Yönetmeliği gibi birçok yasa ve yönetmelikte hekimlerin mesleki faaliyetlerini düzenleyen maddeler olmakla birlikte hekimlerin hukuki sorumluluklarını düzenleyen özel hükümler mevcut değildir. Ulusal yasalarda tıbbi zarar görmüş hastaların zararının karşılanabilmesi için herhangi bir engel olmaması gerektiği bilinmektedir. Ülkemizde hekim hatalarını değerlendiren özel bir malpraktis yasası yoktur ve şu anda geçerli olan yasal süreç oldukça yavaş işlemekte, davaların sonuçlanması yıllar sürebilmektedir. Yasal sürecin uzun olması başlı başına bir ceza olmaktadır. Bu konuda hem işleyişi hızlandıracak hem de bilirkişilik yapan kurumların daha objektif çalışmasını sağlayacak uygun yasal düzenlemelerin yapılmasına gereksinim duyulmaktadır. Mahkemenin seçtiği bilirkişi görüşleri de alanında uzman başka kişiler tarafından yorumlanabilir, kontrol

²⁸⁰ Hekimlerin Tıbbi Hatalara Neden Olan Faktörlere İlişkin Değerlendirmeleri: Kocaeli İlinden Bir Alan Çalışması. Mehmet Top, Ömer Gider, Yunus Taş, Seher Çimen. Erişim Tarihi: 11.03.2014.

edilebilir. Uzman mütalaası olarak adlandırılan bu süreç Ceza Muhakemeleri Kanunu 67. maddesinde tanımlanmıştır ve soruşturma aşamasında (savcılıkta) bile işleyebilir. Uzmanından teknik destek iyi bir savunmanın ve öne sürülen tezi kanıtlamanın en etkili yoludur. Adli tıp; hukuk ile tıp gibi iki büyük bilim alanının temel terminolojisini bilen ve iki alan arasında adeta tercüman olan bir daldır²⁸¹.

2002 yılında tartışılmaya açılan ve malpraktis yasası olarak bilinen “Tıbbi Hizmetlerin Kötü Uygulanmasından Doğan Sorumluluk Kanun Tasarısı” ülkemizde tıbbi hatalar konusunda hassasiyetin gösterilmeye başlandığına işaret etmektedir. Bu tasarının; kamuoyu, sağlık hukukçuları ve meslek örgütlerince gözden geçirilip, tartışılıp yasalaşmasının tıbbi hataları azaltmada ve tıbbi hataların hukuki sonuçlarını aydınlatmada önemli bir adım olacaktır.

Tıbbi hatalar, hasta güvenliği, sağlık hizmetlerinde kalite ve performans yönetimi gibi alt disiplin dallarının önemli bir konusu haline gelmiştir. Hekimlerin tıbbi hatalarının oluşmasında hekim dışı nedenlere yönelik uygulama ve politikalar geliştirilmelidir. Sağlık hizmetleri ve hastalara sunulan sağlık hizmetlerinde kalite, verimlilik ve standartlaşmayı sağlamak açısından klinik uygulama rehberleri/televi protokolleri (clinical guides / clinical pathways / treatment protocols) önemli bir yönetsel araçtır. Gelecek dönemler de Türkiye’de klinik rehberlerin geliştirileceği ve bunun hekimlerin yaptığı tıbbi hatalarda önemli azalmalara neden olacaktır.

Sağlık personeli arasındaki iletişimsizlik veya iletişim bozuklukları, tıbbi hataların oluşmasında önemli bir nedendir. Sağlık hizmeti bir ekip çalışması olduğundan hizmeti sunanlar arasında ekip ruhunu güçlendirmek ve iletişim bariyerlerini azaltmak tıbbi hataların azalmasına olumlu yönde etki edecektir. Başta hekimler olmak üzere sağlık personelinin tıbbi hatalar konusunda eğitilmesi veya hizmet içi eğitime alınmaları da tıbbi hataların azaltılmasında fayda sağlayacaktır.

Hatalar sadece kişisel kusurların değil, aynı zamanda sistem kusurlarının da göstergesi olarak kabul edilmelidir. Sağlık hizmetinin katılımcısı ve tüketicisi olan hastalar, hataların önlenmesi ve çözümü sürecine aktif olarak katılmalıdırlar. Bu konuda sağlık personeli ile hastalar arasında ayakları yere basan bir iletişim kurulmaya çalışılmalıdır. Malpraktisin kuskusuz en önemli sonucu, hata nedeni ile hastaların yaşadığı sorunlar, sakatlıklar, hatta ölümlerdir. Daha geniş çaplı

²⁸¹ Yargıtay’da Karara Bağlanan Tıbbi Uygulama Hatası Dosyalarının Değerlendirilmesi. İsmail Özgür Can, Erdem Özkara, Muhammed Can. Erişim Tarihi: 11.03.2014.

bakıldığında, tıbbi hatalar, sistemin kalitesinin ya da kalitesizliğinin doğrudan bir göstergesi niteliğindedir.

Malpraktis uygulamalarını azaltabilmek için alınabilecek diğer önlemler de şöyle sıralanabilir:

- Sağlık eğitim sisteminin değiştirilmesi,
- Hemşirelik eğitiminde branşlaşmanın olması,
- Mezuniyet sonrası sürekli eğitim programlarının olması,
- Kayıtların çok düzenli olarak tutulması ve saklanması,
- Yapılan her işlemin hastaya detaylı olarak anlatılması,
- Hastanın ortaya çıkabilecek komplikasyonlar konusunda uyarılması ve onamının alınması,
- Hastaya anlatılanların kayda geçirilmesi,
- Uzmanlık derneklerinin öncelikle kendi uzmanlarının görev alanlarını belirlemeleri,
- Yapılacak olan işlemler hakkında hastaları aydınlatıcı formlar hazırlanması ve bu formların Türkiye geneline dağıtılarak tüm hastanelerde kullanımının sağlanması,
- Onamı alınması gereken hastanın bu formu okuyup imzalaması ve formun hekim tarafından saklanması,
- Kayıtların düzgün tutulması, tıbbi belge ve grafiklerin düzenli olarak arşivlenmesinin sağlık personelinin en büyük sigortası olduğu akıldan çıkartılmamalıdır²⁸².

4.1.9. İslam Hukuku Açısından Tıbbi Müdahale

Selçuklu-Osmanlı tıp uygulamalarına dair sahip olduğumuz bilgiler ışığında İslam tıbbının ve şer-i kuralların hakim olduğu bu dönemlerde sağlık hizmetlerinde günümüz modern uygulamalarına öncülük eden bir çok uygulama olduğu dikkati çekmektedir. Osmanlılardan kalma şeriye sicillerinde hastaların kadı huzurunda bilgilendirildikleri ve onamlarının alındığı, hatalı tıbbi işlemlerde ise tazminatlara hükmedildiğine dair çok sayıda örnek vardır²⁸³. Bu uygulamalar Cumhuriyetin ilk dönemlerinde yapılan yasal düzenlemelere de yansımıştır, batıda ancak 1970'lerde

²⁸² Dirim Tıp Gazetesi 2009; Yıl: 84 Sayı: 1 (1-10) Hatalı Tıbbi Uygulamalar (Malpraktis) İle İlgili Retrospektif Bir İnceleme. Gül Ertem, Esra Oksel, Ayşe Akbıyık. Erişim Tarihi: 12.03.2014.

²⁸³ Ali Haydar Bayat. "Şeriye Sicilleri ve Tıp Tarihimiz 1: Rıza Senetleri". Türk Tarih Kurumu Yayınları. Ankara. 1999.

tartışılan bilgilendirme ve onam alınması konusu 1928 tarihinde 1219 sayılı yasanın içinde yer almıştır²⁸⁴. Bu nedenle İslam tıbbının bazı özelliklerine de değinmek gereklidir.

Tıbbi müdahaleler olumlu sonuç almak ve hastaya yararlı olmak için yapıldığından müessir fiil olarak değerlendirilemez. İslam hukukunda bir fiilin suç sayılabilmesi için o fiilin doğrudan ya da dolaylı olarak şeri tarafından yasaklanmış olması gerekir. İslam hukuku kaynaklarında bu nedenle tıbbi müdahale özellikle desteklenmiştir. Yani İslam hukukunda da kanunilik ilkesi aranmaktadır.

Pozitif hukukta bir kimsenin tıp alanında yetkili ve uzman kabul edilmesi için o kişinin ilgili yüksek öğrenim kurumundan diploma almış olması gerekir. Diğer taraftan bu yetkili kimseler hekimler, diş hekimleri, hemşire, ebe, sağlık memuru, teknisyen vb. olarak tanımlanmıştır. İslam hukuku geleneğinde bu yetkiyi bir kurum tescil ve kayıtlandırmıyordu, Bu yetkiyi toplumun genel kanaati veriyordu. Bir defasında Hz. Sad hastalanınca peygamberimiz (s.a.v.) onu ziyaretinde şöyle buyurmuştur: “*Ey Sad, senin kalbin hastalanmış. Taifli Haris b. El-Kel Ede’yi hemen çağırınız. Çünkü o, tıp tahsil etmiş uzman bir hekimdir.*”²⁸⁵. Buradan da yetki ve uzmanlığın arandığını anlamaktayız.

İbn Kayyim hadisinde “ *Kim, daha önce tıpla uğraştığı bilinmediği halde hekim diye geçinir de, herhangi bir hastayı tedaviye kalkışırsa o hastanın gördüğü zarardan sorumludur.*”²⁸⁶ demiştir. Bu da bize yapılan işlemin bir eğitime ve bilime dayalı yapılması gerektiğini bize göstermektedir.

Tıbbi müdahale, hastalığın teşhisi, tedavisi veya hastalıktan korunmak amacıyla yapılmalıdır. İbn Kayyim el-Cevziyye hekimin ilacını ve tedbirini şu beş temele göre yapması gerektiğini belirtmiştir:

1. Mevcut sağlığı korumak.
2. Olanaklar ölçüsünde kaybolan sağlığı geri getirmek.
3. Hastalığı gidermek veya azaltmak.
4. Daha büyük rahatsızlığı gidermek için daha hafif olanına katlanmayı sağlamak.
5. İki çıkardan daha büyük olanı elde etmeye çalışmak.

²⁸⁴ 1219 sayılı Kanun, 14.4.1928. tarih, 863 No’lu Resmi Gazete, **70. Madde:** Tabipler, dış tabipleri ve dişçiler yapacakları her nevi ameliye için hastanın, hasta küçük veya tahtı hacirde ise veli veya vasisinin evveleminde muvafakatini alırlar. Büyük ameliye-i cerrahiyeler için bu muvafakatin tahriri olması lazımdır. (veli veya vasisi olmadığı veya bulunmadığı veya üzerinde ameliye yapılacak şahıs ifadeye muktedir olmadığı takdirde muvafakat şart değildir.) Hilafında hareket edenlere iki yüz elli Türk Lirası idari para cezası verilir.

²⁸⁵ Ekşi, Ahmet Dr., “İslam Tıp Hukuku Çağdaş Tıp Problemlerine İslam’ın Getirdiği Çözümler”, Ensar Neşriyat Tic. A.Ş. İstanbul, 2011. s. 42

²⁸⁶ Ekşi, s. 42

Tıbbi amaçlı müdahalelerden biri de organ ve doku nakilleridir. *T.C. Diyanet İşleri Başkanlığı Din İşleri Yüksek Kurulu 3. 3. 1980 tarihli 13 nolu fetvasında ve Mecmaü ' I-Fıkıh ' ın 1988'de aldığı kararlarda*²⁸⁷ organ ve doku nakli tedavi amacına yönelik olma ve müdahalenin başarı ile sonuçlanma olasılığının yüksek olması şartıyla İslam hukukuna aykırı bulunmamıştır.

Hastanın yararı ile sosyal gereksinim yani toplumun yararı arasında bir seçme söz konusu olduğunda, Mecelle'deki "*zararı ammi def için zararı has ihtiyar olunur*"²⁸⁸ kuralı gereğince toplumun yararı korunur.

Rızanın, Bakara Suresi 282. ayetinde "... *aranızdan adaletine güvendiğiniz birisi bunları yazsın...*"²⁸⁹ belirtildiği şekilde yazılı olması İslam hukukunun da kabul ettiği bir şarttır. İslam dini insanı yüceltmiş, saygıya layık görmüş ve onu birçok hak ve sorumluluk ile donatmıştır. Bunun için insanlar, gerek hayatta gerekse ölümlerinden sonra, her türlü saldırıya karşı korunmuşlardır. Bu korunmuşluk kişinin maddi ve manevi bütün varlığını içine almaktadır. Korunması zorunlu olan haklar Gazali tarafından din, can, akıl, mal ve nesil olarak belirtilmiş ve "*makasidü's-şeria*" olarak tanımlanmıştır.

Dini açıdan bakıldığında, çıkan acil sorunları dinen çözmek bir yana, ortaya daha fazla sorun çıkabilmektedir; çünkü bu çerçevede konuşan bilim adamlarının çoğu dini konularda; fetva vermeye yeltenen din adamlarının çoğu ise bilimsel konularda yeterli, sağlam bilgi ve deneyime sahip olmayabiliyorlar. Bu karmaşık konularda bireysel görüşün, hatta dini deyimle, *icthadın* gücü oldukça sınırlı görünüyor²⁹⁰. Bu bakımdan, sorunların kurumsal bir çerçevede; yani ilgili oldukları bilim dallarında ortaya koydukları uzmanlıkları ile tanınan kişilerce çözülmesi gerekmektedir.

²⁸⁷ Ekşi, s. 48

²⁸⁸ Ekşi, s. 49

²⁸⁹ Eliaçık, R. İnsan, "Yaşayan Kur'an Türkçe Meal (Metinli)", İnşa Yayınları, İstanbul, 2011. s. 67.

²⁹⁰ Aydın, Mehmet S. Prof. Dr., "Niçin? Bir Zaman Diliminden Seçmeler", Zaman Kitap, İstanbul, 2002, s. 88

4.2. YENİ DÜZENLEMELERİN HASTANELERİN YÖNETİM ORGANİZASYONUNDA OLUŞTURDUĞU DEĞİŞİKLİKLERLE BİRLİKTE OLUŞAN HATALAR

Burada tespit ettiğimiz ve inceleyeceğimiz sorunlar elbette sağlık sektörü içinde süregelen sorunlardan oluşmaktadır. Ancak bu sorunlar, Sağlıkta Dönüşüm Programı ile derinleşerek ve artarak devam etmektedir. Daha önce de idarenin hukuki sorumluluğunda bahsettiğimiz gibi bu tip hatalardan kaynaklanan zararlarda dava idareye (yönetim) karşı açılmaktadır. Ayrıca unutmamak gerekir ki; artık malpraktis sağlık sektöründe idari, etik ve tıbbi olarak üçe ayrıldığı için, bu hataların çoğu yönetim ve organizasyon hatası olarak kabul edildiğinden, hukuki açıdan idari malpraktis olarak değerlendirilmektedir.

4.2.1. Merkezîyetçilikten Uzaklaşamama ve Özerk Olamama Sorunu

Kamu hastanelerinde yaşanan en önemli sorunların, sırasıyla profesyonel yönetici eksikliği, aşırı merkezileşme, çağdaş işletmecilik anlayışıyla yönetilememe ve uzman personel eksikliği ile yöneticilerin yardımcılarını seçememesi (ekip halinde çalışma sisteminin olmaması) gibi sorunlar olduğu görülmektedir.

Sağlık Bakanlığı; 663 sayılı KHK ile sağlık sisteminin daha etkin yönetilmesi, kişisel ve kurumsal uzlaşmanın sağlanması, bürokrasinin azaltılması ile hizmet sunumu ve karar almada hız ve etkinliğin artırılması, Bakanlığın her kademesinde idari ve mali verimliliğin geliştirilmesini hedeflemiştir. Özerk ve merkezîyetçilikten uzak bir yapılanma olması isteniyordu.

663 sayılı KHK 27/1 maddesinde "...Bakanlığa bağlı, özel bütçeli, kamu tüzel kişiliğini haiz, Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu kurulmuştur." Ve yine 28/1 maddesinde "...Bakanlığa bağlı, özel bütçeli, kamu tüzel kişiliğini haiz, Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü kurulmuştur." denilerek kendi bütçesi olan tam özerk kurum olarak tanımlanmıştır. Ancak madde 26'da Türkiye Halk Sağlığı Kurumu ve madde 29'da Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu sadece "Bakanlığa bağlı kurulmuştur" denilerek özel bir bütçe ve özerklikten bahsedilmemiştir.

Sağlık Bakanlığı Hukuk Müşavirliği'nden, Bakanlık ve Bağlı Kuruluşlarının Taşra Teşkilatlarının İşleyişi ile İlgili 2013/3 sayılı, 04.07.2013 tarihli Genelge yayınlanmıştır. Bu genelge' de 02.11.2011 tarihinde yürürlüğe giren 663 sayılı

KHK'nin uygulanmaya başlamasından Genelge'nin yayınladığı tarihe kadar geçen sürede, yeni yapının merkez ve taşra işleyişi en üst düzeyde yakından izlendiği belirtilmiştir. Bakanlık ve taşra teşkilatının (İl Sağlık Müdürlüğü, Halk Sağlığı Müdürlüğü ve Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterlikleri.) İldeki sağlık hizmetinin bütünlük ve işbirliği içerisinde yürütmelerini ve geliştirilmesini sağlamak için bazı konuların açıklanmasına gerek görüldüğü belirtilmiştir.

Genelge' de, 5442 sayılı İl İdaresi Kanunu'na atıfta bulunularak Vali'nin her Bakanın temsilcisi olduğu belirtilmiştir. Halk Sağlığı Müdürleri ve Genel Sekreterler, Vali ve Merkez Teşkilatı ile ilişkilerini İl Sağlık Müdürü üzerinden yürüteceği söylenmiştir.

Bakanlığın yayınladığı bu genelgede *“...her ne kadar KHK ile Bakanlığımız ve Bağlı Kuruluşları ile bunların taşra teşkilatları oluşturulmuş ise de, Anayasa ve ilgili kanunların Bakanlığımıza yüklediği görevler ile özellikle KHK'nın 2. Maddesinde sayılan görevler birlikte değerlendirildiğinde; sağlık hizmetlerinin doğrudan veya dolaylı olarak birbirini etkiler mahiyette olduğu ve niteliği gereği zincirleme ve/veya bütünlük içerisinde verilmesi gerektiği açıktır. Bu nedenle, Bakanlığımız ve bağlı kuruluşlarımızın uyum ve işbirliği içinde çalışması gerekmektedir.*

Bunu teminen, taşra teşkilatı genelindeki hizmetlerin bütünlüğünün ve uyumunun sağlanması amacıyla, KHK ile İl Sağlık Müdürü ilin en üst amiri konumundaki Valinin Sağlık Müşaviri ve Bakanlığın validen sonra ildeki en üst yöneticisi olarak belirlenmiştir.

KHK'nın 25. maddesinin ikinci fıkrasının “İl Sağlık Müdürlüğü, bağlı kuruluşların İl teşkilatının koordinasyonunu yapar ve uyumlu çalışmasını gözetir. Sağlık hizmetleri yönünden ilin durumunu Bakanlıkça belirlenen aralıklarla bakanlığa rapor eder” hükmü ile İldeki sağlık hizmetlerinin koordinasyonu ve bağlı kuruluşların taşra teşkilatlarının uyumlu çalışmasını gözetme görevi İl Sağlık Müdürü'ne verilmiştir...” denilmiştir²⁹¹. Böylece Bakan değişikliği ile 663 sayılı KHK'ya farklı bir yorum getirilerek eski yönetim organizasyon yapısına daha yakın bir yapılanmaya doğru dönüşüm başlamıştır.

Ayrıca; 663 sayılı KHK'nın 32. maddesinin beşinci fıkrasında; *“...Kurum Başkanı, Genel Sekreterle doğrudan; Başkanlar, Hastane Yöneticileri, Başhekim ve Müdürlerle Genel Sekreterin teklifi üzerine sözleşme yapar. Uzman personel ile büro görevlilerinin sözleşmeleri Genel Sekreter tarafından yapılır. Başhekim*

²⁹¹ Sağlık Bakanlığı, 04.07.2013 Tarihli, Bakanlık ve Bağlı Kuruluşlarının Taşra Teşkilatlarının İşleyişi ile İlgili 2013/3 Sayılı Genelgesi. Sağlık Bakanlığı Hukuk Müşavirliği.

*Yardımcılarıyla Başhekimin, Müdür Yardımcılarıyla ilgili Müdürün teklifi üzerine Hastane Yöneticisi tarafından sözleşme yapılır....*²⁹² denilerek kurumun taşra yapılanmasında üst yönetime kendi çalışacağı ekibi seçme hakkı vererek özerklikle ilgili önemli bir adım atılmıştı. Ancak 02.01.2014 tarihli 6514 sayılı Kanun'un 3. Maddesinde 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin 32 nci maddesinin beşinci fıkrasının ikinci, üçüncü ve dördüncü cümleleri aşağıdaki şekilde değiştirilmiş ve aşağıdaki cümle eklenmiştir. *“Genel Sekreter, Başkan ve Hastane Yöneticisinin sözleşmeleri Bakan tarafından yapılır. Başhekim, Başhekim Yardımcısı, Müdür, Müdür Yardımcısı, uzman personel ve büro görevlilerinin sözleşmeleri Kurum Başkanı tarafından yapılır. Bakan ve Kurum Başkanı bu yetkilerini kısmen veya tamamen alt kademelere devredebilir.*²⁹³ Son değişikliklerle taşra teşkilatı üst yönetiminin çalışacağı ekibi seçme şansı ellerinden alınmıştır. Sözleşmeli olarak çalışan üst yönetimin sözleşmelerinin yenilenme şartı başarılı olmalarıdır ve başarı kriterleri belirlenmiştir. Ancak seçme şansına sahip olmadıkları ekiple yaşanan başarısızlıklarının sorumlusu olarak değerlendirilip iş sözleşmelerinin sonlandırılması adil değildir. Bu durum iş barışını bozmakta, özgür karar ve etkileşim içinde çalışan yönetici profilini bozmaktadır. Gergin ve iş güvencesinin tehlikede olduğu ortamda çalışmak iş konsantrasyonunu ve üretim verimini olumsuz etkileyeceğinden istenmeyen durumlara yol açabilecektir.

4.2.2. Mevzuat Çokluğu ve Bürokraside Evrak Kirliliği Sorunu

663 sayılı KHK'nın yürürlüğe girdiği 2011'den sonra Anayasa'ya aykırılık nedeni ile iptal davası açılmış bazı maddeleri iptal edilmiştir (kanaatimizce daha fazla maddesi iptal edilmeliydi.). 2013'de Taşra Teşkilatı üst yönetimi revizyonu için genelge yayınlanmış, 02.01. 2014 tarihli 6514 sayılı torba yasa ile dokuz maddesi değiştirilmiştir. Yine bu torba yasa ile 1219 sayılı kanun, 2547 sayılı kanun, 3359 sayılı kanun, 2238 sayılı kanun, 209 sayılı kanun ve 5258 sayılı kanun değiştirilmiştir. Sağlıkta dönüşüm programı çerçevesinde daha önce de birçok sağlık mevzuatında değişiklikler yapılmıştır. Yapılan yeni değişikliklerle birlikte Yataklı Kurumlar Tedavi Yönetmeliği gibi eski mevzuat revize edilmeden uygulamada

²⁹² Resmi Gazete. 2 Kasım 2011. Sayı : 28103. Karar Sayısı: KHK/663. Sağlık Bakanlığı ve Bağı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname.

²⁹³ Resmi Gazete. 18.01.2014. Sayı: 28886. Kanun No: 6514. Sağlık Bakanlığı ve Bağı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun.

tutulmuştur. Anılan bütün bu nedenlerden dolayı ciddi bürokratik karışıklıklar, evrak kirliliği ve uygulama hataları oluşmaktadır.

Ülkemizde tıbbi hatalar konusunda, mevzuat karmaşasını ve ortak bir çatı altında toplanmış bir mevzuatın bulunmamasını da hekimler önemli bir tıbbi hata nedeni olarak algılamaktadır. Türk hukuk sisteminde Anayasa, Tababet ve Şuabat-ı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun, Türk Tabipleri Birliği Yasası, Tıbbi Deontoloji Tüzüğü, Hasta Hakları Yönetmeliği gibi birçok yasa ve yönetmelikte hekimlerin mesleki çalışmalarını düzenleyen maddeler olmakla birlikte hekimlerin hukuki sorumluluklarını düzenleyen özel hükümler mevcut değildir. Ulusal yasalarda tıbbi zarar görmüş hastaların zararının karşılanabilmesi için herhangi bir engel olmaması gerektiği bilinmektedir. Ülkemizde hekim hatalarını değerlendiren özel bir malpraktis yasası yoktur ve şu anda geçerli olan yasal süreç oldukça yavaş işlemekte, davaların sonuçlanması yıllar sürebilmektedir. Yasal sürecin uzun olması başlı başına bir ceza olmaktadır. Bu konuda hem işleyişi hızlandıracak hem de bilirkişilik yapan kurumların daha objektif çalışmasını sağlayacak uygun yasal düzenlemelerin yapılmasına gereksinim duyulmaktadır. Mahkemenin seçtiği bilirkişi görüşleri de alanında uzman başka kişiler tarafından yorumlanabilir, kontrol edilebilir. Uzman mütalaası olarak adlandırılan bu süreç Ceza Muhakemeleri Kanunu 67. maddesinde tanımlanmıştır ve soruşturma aşamasında (savcılıkta) bile işleyebilir. Uzmanından teknik destek iyi bir savunmanın ve öne sürülen tezi kanıtlamanın en etkili yoludur. Adli tıp; hukuk ile tıp gibi iki büyük bilim alanının temel terminolojisini bilen ve iki alan arasında adeta tercüman olan bir daldır²⁹⁴.

2002 yılında tartışılmaya açılan ve Malpraktis Yasası olarak bilinen “Tıbbi Hizmetlerin Kötü Uygulanmasından Doğan Sorumluluk Kanun Tasarısı” ülkemizde tıbbi hatalar konusunda hassasiyetin gösterilmeye başlandığına işaret etmektedir. Bu tasarının; kamuoyu, sağlık hukukçuları ve meslek örgütlerince gözden geçirilip, tartışılıp yasalaşmasının tıbbi hataları azaltmada ve tıbbi hataların hukuki sonuçlarını aydınlatmada önemli bir adım olacaktır.

²⁹⁴ Yargıtay'da Karara Bağlanan Tıbbi Uygulama Hatası Dosyalarının Değerlendirilmesi. İsmail Özgür Can, Erdem Özkara, Muhammed Can. Erişim Tarihi: 11.03.2014.

4.2.3. Afiliasyon (Birlikte Kullanım) Sorunu

“Affiliation”, güçlerin birleştirilmesi, yardımlaşma, iş, üyelik ve ast-üst ilişkileri bağlamında oluşturulan resmi bir birlikteliği çağrıştırmaktadır. Ülkemizde sağlık alanında yapılan afiliasyonda birçok sorun yaşanmaktadır. Ancak afiliasyonda, kaynak israfını önlemek, personel azlığı sorununu çözmek, bilimsel etkileşimi artırmak ve iyi hizmet üretmek için günümüzde uygulanan sağlık politikalarında vazgeçilmiş yöntemlerden biridir.

Afiliasyon ile ilgili çalışmamızın yapıldığı ana kadar ülkemizde 15 uygulama yapılmıştır. Her uygulama kendine uygun özel sorunlar barındırılmaktadır. Çünkü, her kurumun kültürü farklıdır, buna bağlı olarak kurum kültürlerinin oluşturduğu çatışma ve sorunlar da farklıdır. Bu yüzden her afiliasyonda özgün düşünmek ve esnek davranmak gerekmektedir.

Bunların başında kurum kültürü farklılıkları ve bunun oluşturduğu çatışmalar gelmektedir. Bizim de gözlemlediğimiz İzmir Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi ve Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi afiliasyonunda bir asrı geçen bir kurum kültürü olan Sağlık Bakanlığı Hastanesi, daha yapılanması yeni olan bir Üniversite Tıp Fakültesi tarafından yönetiliyormuş gibi bir algılamaya neden olmuş, yetişmiş ve konusunda çok değerli hekimlerin bazıları hastaneden ayrılmışlardır. Kalan diğer hekimlerde de korku, kırgınlık, kızgınlık ve gelecekle ilgili belirsizlik duygularından dolayı isteksizlik ve verimsizlik oluşmuştur. Her iki kuruma bağlı hekimler (bireysel açıdan sorumlu ve birbirleriyle sorunlu olmasalar da) aralarında çalışma barışı bozulmuştur.

Her iki kurumun döner sermaye mevzuatının farklı olması (Üniversiteler 2547 sayılı Kanun 58. madde. Sağlık Bakanlığı Hastaneleri 209 sayılı Kanun 5. madde.), çalışanlar arasında şüpheye ve ekonomik olarak mağdur edildiklerine dair bir düşünceye neden olmaktadır. Afiliye edilen kurumların döner sermaye mevzuatlarının ortaklaştırılması ve aynı kriterlere göre ödeme yapılması önemlidir.

18 Şubat 2011 tarih 27850 sayılı Resmi Gazete’ de yayınlanan “Afiliasyon” (Sağlık Bakanlığı Hastaneleri ve Üniversiteler Arasında İşbirliği) Yönetmeliği’nin 6.maddesi; asistan eğitimlerinden Bakanlık kadrosundaki asistan hekimler dahil dekanlık sorumludur, 7.maddesi; sağlık hizmeti sunumundan Üniversite kadrosundaki personel dahil Başhekim sorumludur şeklinde belirtilmiştir. Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde sağlık hizmeti sunumunu eğitimden ayrı düşünmek ve

uygulamada bu şekilde davranmak çok olanaklı değildir. Bu durum da hizmet sunumunda karmaşaya neden olmaktadır.

Günümüz şartlarında afilyasyon çok gerekli ve uygulanması gereken bir yöntem olabilir. Ancak afilyasyonun; yurtiçi ve yurtdışı örnekleri iyi incelenmeli, gereksinimler iyi belirlenmeli, alet ve alt yapı olanakları doğru tespit edilmeli ve saptanan stratejilerin uygulamaları konusunda kurumlarda çalışan sağlık personelinin görüşleri ele alınmalıdır. Bir kurum diğer kurumu ele geçirme çalışmalarında bulunmamalıdır. Bu konu başlığı altında afilyasyonla ortak kullanımın ayrı mevzuatlara tabii olduğunu belirtmek gerekir. Kanımızca; afilyasyon Sağlık Bakanlığının Eğitim ve Araştırma Hastaneleri dışındaki hastaneleri ile yapılmalıdır, böylece bu durumda olan hastanelerin statüleri ve hizmetleri geliştirilmelidir.

4.2.4. Personel Azlığı ve İş Yükü Fazlalığı Sorunu

5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun'un 09.12.2004 tarihinde Resmi Gazete' de yayınlanması ile beraber zaten yeterli olmayan 2. Ve 3. basamak sağlık kuruluşlarındaki sağlık personeli (pratisyen hekim, hemşire, ebe) daha da azalmıştır. Sözleşmeli bir kadro ile çalıştırılmak istenmelerine rağmen, cazip görünen ücret politikaları ve mevcut kadrolarında kaldıklarında geçici görevlere gönderilme kaygısı ile aile hekimliği uygulamasına geçmişlerdir. Bir program çerçevesinde yapılmayan bu yer değişiklikleri özellikle acil servisler başta olmak üzere hastanelerde büyük personel eksikliklerine yol açmıştır. Bu eksiklikler geçici görevlendirmeler ile çözülmeye çalışılmıştır. Acil servislerde, deneyimsiz ve bu alanda eğitimsiz sağlık personelinin istekleri dışında çalıştırılması çeşitli sorunlar yaratmıştır. Bu nedenle oluşabilecek tüm hatalar yönetim sorumluluğundaki hatalardır.

Ayrıca aile hekimliği uygulaması ile uygulanmaya geçileceği iddia edilen sevk zincirinin oluşturulamaması; 2. ve 3. basamak sağlık kuruluşlarının yoğunluğunu, azalan personeli ile birlikte daha da artırmıştır. Ön incelemesi yapılmadan, bir hekim kontrolünden geçmeden, hangi uzmanlık dalına muayene olması gerektiğine hastanın karar vermesi poliklinikler önündeki yığılmayı gün geçtikçe artırmaktadır. Bu nedenle amaçlanan sağlık hizmeti verilememektedir. Yine alt basamak hastanelerde yapılabilecek cerrahi girişimlerin, kontrol mekanizmalarından geçmemesi nedeniyle eğitim ve araştırma hastanelerinde yapılan üst grup (A sınıfı) operasyonların sayısını azaltmakta, eğitim ve araştırma

hastanelerinin gerçek işlevlerine engel olmaktadır. Bu durum randevuların uzamasına, acil hizmet alması gereken hastaların mağduriyetine neden olmaktadır.

Aile hekimliği uygulaması ile birlikte, koruyucu hekimlik 1. basamaktaki tek yerden kontrolünü kaybetmiştir. Bir kısmından Toplum Sağlığı Merkezlerinin bir kısmından aile hekiminin sorumlu olduğu koruyucu hekimlik uygulamaları ileride ülke sağlığı için olumsuzluklar yaratacaktır. Örneğin; aşılama uygulamaları ile eradikasyonu sağlanmış hastalıkların, bu uygulama ile aşılması gözden kaçan bireyler nedeniyle tekrar gündeme gelmesi sorun oluşturacaktır. Bu o bölgedeki sağlık çalışanının bir görev kusuru olarak görülmesi ile birlikte bir yönetim organizasyon kusurudur.

Hastanelerde, personel azlığı nedeniyle nöbet hizmetlerinde de sıkıntılar yaşanmaktadır. Bakanlık tarafından yeterli asistan alımının yerine getirilmemesi de hizmetin, zorlukla ve personele aşırı iş yükü yüklemekle yürütülmesine neden olmaktadır. Yeterli eğitimi olmayan kişiler kritik noktalarda görevlendirilmektedir. Örnek olarak temel tıp bilimleri asistanlarının uzman denetimi yetersizliği ile acil karşılama nöbetlerinde görevlendirilmesi gösterilebilir. Sağlık hizmetleri önceden yoğunluğunun belirlenmesinin olanaklı olmadığı ve yavaşlatılması veya aksatılmasının düşünülemeyeceği hizmetlerdendir. Kriz yönetiminin iyi yapılamaması, personelin hata yapmasını arttıracak şartlarda ve ortamlarda çalıştırılması da bir yönetim organizasyon kusurudur.

Personel eksikliği, özellikle hekimlik uygulamalarında üstlenme kusuruna da neden olmaktadır. Asistan hekimlerin uzman kaşeleri ile konsültasyonlarda, acil serviste, polikliniklerde ve kliniklerde uzman adına hasta bakmaları hukuki sorunlara yol açacaktır. Aydınlatılmış onam alınmasında da asistanlar birincil hekim olmadıklarından dolayı uzman (birincil hekim) denetiminde ancak bilgilendirme yapabilir.

Başka bir sorunda, aynı branştan yeterli hekim olmamasından dolayı mesai dışında telefon orderı ile tedavi verilmesidir. Bu 1219 sayılı Kanunda belirtilen “hekim hastasını bizzat muayene eder ve tedavisini uygular” hükmüne uygun değildir. İlginç olan hukuki olmayan bu yöntem için kalite birimleri tarafından da form düzenlenmiş olmasıdır.

Hekimler, tıbbi hataları en çok etkileyen olası faktör olarak “kısa zamanda çok sayıda hastayı muayene ve tedavi etme baskısını” algılamaktadırlar. Bu sonuç tıbbi hataların oluşmasında hekimlerin iş yükünü temel faktör olarak gördüklerini göstermektedir. Buna paralel olarak hekimler yoğun çalışma ve iş yükünden

kaynaklanan bitkinlik, yorgunluk ve motivasyonsuzluğu da ikinci en önemli tıbbi hata nedeni olarak değerlendirilmektedirler. Bu iki nedenin tıbbi hatalar üzerinde en fazla etkisinin olduğu düşüncesi, hekimlerin tıbbi hataların temel kaynağı olarak iş yüklerinin fazla olması, hastalarını muayene etmek için yeterli zamanı bulamamaları, kısa sürede çok sayıda hasta tedavi etme baskısı ve tükenmişlik duygusunun olduğuna işaret etmektedir. Hekimler ayrıca “hekimin tıp ve kendi uzmanlık alanındaki bilgi yetersizliği/eksikliği” önemli bir etken sayarak kendi öz eleştirilerini de yapmaktadırlar²⁹⁵.

Hemşire sayısının yeterli olmaması, hemşirelikte branşlaşmaya yeterince gidilmemesi de diğer önemli bir sorundur. Hastaların bakımı için yeterli sayıda hemşire olmaması, hizmeti aksatmanın yanında hekim ve diğer personelle hemşire çatışmasını arttırmaktadır. Ayrıca yoğun iş yükü, takip ve özen gerektiren bakım hizmetlerinde birçok hata yapılmasına da neden olmaktadır.

Dış hizmet alımı ile çalıştırılan personelle, hastanenin diğer personelleri arasında koordinasyonsuzluk olması başka bir sorundur. Hastanelerin değişik birimlerinin değişik çalışma disiplini vardır. Bir birime alışan, oradaki işleyişi kavrayan bir temizlik veya bilişim elemanın o birimdekilerin görüşü alınmadan değiştirilmesi bu sorunların başında gelmektedir. Bu aynı zamanda Başhekimlik, Bakım Hizmetleri Müdürlüğü ve İdari-Mali İşler Müdürlüğü arasındaki koordinasyonsuzluğun göstergesidir. Yani yönetim organizasyon kusurudur.

4.2.5. Sağlık İletişiminden Kaynaklanan Sorunlar

Sağlıkta Dönüşüm Programı, sağlıkta piyasa ekonomisi kurallarının uygulanmasını beraberinde getirmiştir. Sağlık alanındaki hizmet ve ürünleri tanıtmak içinde sağlık iletişimini daha önemli hale gelmiştir. Yazılı ve görsel basında, gizli-açık kurum ve kişiler tarafından uygulamaları hakkında reklam tarzı haberlere sık rastlanmaktadır. Etik malpraktise en çok sağlık iletişiminin yanlış kullanılması yol açmaktadır.

Ülkemizde sağlık çalışanları ile hasta ve hasta yakınları arasında ciddi bir iletişim sorunu yaşandığı ret edilemez bir gerçektir. İletişimin, iki tarafı olan hem sağlık çalışanlarının hem hasta ve hasta yakınlarının karşı tarafı suçladığı

²⁹⁵ Hekimlerin Tıbbi Hatalara Neden Olan Faktörlere İlişkin Değerlendirmeleri: Kocaeli İlinden Bir Alan Çalışması. Mehmet Top, Ömer Gider, Yunus Taş, Seher Çimen. Erişim Tarihi: 11.03.2014.

görülmektedir. Diğer yandan, ülkemizde yaygın olarak gözlenen kutuplaşma kültürü, sağlık çalışanlarına yönelik şiddetten de beslenerek konuyu içinden çıkılmaz hale getirmektedir. Kutuplaşmanın etkisiyle her konuda olduğu gibi bu konuda da kimse kimsenin derdinden anlamaya çalışmadığı gibi, sanki iş birliği yapmaya çalışan iki paydaş değil de iki düşman varmışçasına bir mücadelenin sürdüğünü görüyoruz.

Hasta iletişiminde panik değerlerin belirlenip hastalara bilgi verilmemesi önemli hatalara neden olmaktadır. Örneğin, 21.03.2014 tarihinde yayınlanan Merkez Haber Ajansı'nın haberine göre; "apandisit ameliyatı olup daha sonra kanser olduğu anlaşılan ve iki yıl sonra yaşamını yitiren 35 yaşındaki avukat Mehmet İsen' in eşi ile 2 çocuğunun açtığı 1 milyon maddi, 200 bin TL manevi tazminat davasında İzmir 1. İdare Mahkemesi, beş yıl sonra verdiği kararda, Sağlık Bakanlığı'nı yasal faizlerle birlikte 1 milyon 231 bin 262 TL tazminat ödemeye mahkum etti.²⁹⁶" Eğer panik değerler oluşturulup, patoloji tarafından patoloji raporu ameliyatı yapan hekime iletilebilecek bir organizasyon oluşturulabilseydi, belki kişi hayatta olacak ve Bakanlıkta yüksek miktarda tazminatı ödemek zorunda kalmayacaktı. Kanaatimizce bu tip panik değerlerin hastayla yüz yüze olan birincil hekime iletmesini sağlayacak bir organizasyonun yapılıp, hastaya da cep telefonu mesajı, mail veya adresine tebligatla durumun bildirilmesi ile bu tip hataları önleyecektir.

Teknoloji ve para, önümüzdeki birkaç on yıllık süreçte, sağlık alanında bugüne kadar değerli ve insani olan değerleri tehdit etmektedir. İletişim, sağlıkta insani özün zayıflamasının doğurduğu sorunları aza indirgeyen bir sosyal bilimdir. Sağlık iletişiminin diğer temel amaçlarından biri de halkın sağlık okur yazarlığı düzeyini yükseltmektir. Yine kurum içi ilişkiler, kurumun bina yapısı, bina içinde her türlü donanımın düzenlenmesi, medyada sağlık ile ilgili sağlıklı bilgiler ve haberler verilmesi de sağlık iletişiminin temel amaçları arasında yer almaktadır. Hastane üst yönetimi sağlıklı bir iletişim modeli uygulamalıdır. Sağlık çalışanlarına sağlıklı bir iletişimin fizik muayene, bakım hizmetleri kadar önemli olduğunu kurum içi eğitimlerle anlatmalıdır. Sağlık iletişimi yüksek lisansı yapmış kişilerin görevlendirilmesi bu hizmetin profesyonelce verilmesini sağlayacaktır.

Hasta hakları birimi ve SABİM gibi sağlık kurumlarından hizmet alan kişilerin şikayetlerini alan birimlerin hizmet verenlerin yakınmalarına yer vermemesi veya bununla ilgili bir birimin kurulmaması sağlık çalışanlarını rahatsız etmemektedir. Sağlık çalışanına uygulanan şiddet nedeniyle çalışan güvenliği birimi aracılığıyla

²⁹⁶ <http://merkezhaberajansi.com/index.php/sagl-k/1765-ihmale-rekor-tazminat>.
14.04.2014.

oluşturulan beyaz kod uygulaması olması gerekli bir uygulamadır, ancak yeterli değildir. Şiddet eylemi gerçekleştikten sonra hak arama ve yasal yaptırımların uygulanması için oluşturulmuş bir uygulamadır. Yöneticilerin şiddeti önlemeye yönelik uygulamaları da oluşturması gerekmektedir. Güvenlik tedbirlerinin artırılması, riskli yerlerde kaçış kapılarının oluşturulması, hastanın beklentilerini sunulabilecek hizmet olanaklarından daha fazla yönetim tarafından artırılmasının önüne geçilmesi ve hastaya sağlıklı yönlendirme yapabilen danışma birimleri oluşturulmalıdır.

Çalışmamızı yürütürken, 8 Mayıs 2014 Tarih 28994 Sayılı Resmi Gazete' de Hasta Hakları Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik Sağlık Bakanlığı Tarafından Yayınlanmıştır. Bu yönetmelikte;

“Madde 42/b – Hasta hakları uygulamalarının yürütülmesi amacıyla sağlık kurum ve kuruluşları bünyesinde Hasta İletişim Birimleri oluşturulur.

İl Sağlık Müdürlüğü; Üniversite Hastaneleri, Askeri Hastaneler ve Özel Sağlık Kurum ve Kuruluşları, Kamu Hastaneleri, Ağız Diş Sağlığı Merkezleri, Aile Sağlığı Merkezleri ve Toplum Sağlığı Merkezlerinden gelen başvuruları değerlendirmek, karara bağlamak, öneri sunmak ve düzeltici işlemleri belirlemek üzere Hasta hakları Kurulu oluşturur.” denilmiştir.

Daha önce de belirttiğimiz gibi Hasta Hakları Birimi'ne karşı sağlık çalışanında oluşan olumsuz izlenim, bu birimin adının Hasta İletişim Birimi şeklinde değiştirilmiş olması (uygulamasının henüz görülmemiş olmasına rağmen) olumlu bir gelişme olarak değerlendirilebilir. Hasta İletişim Birimlerinin gerçek anlamda hastanın sağlık birimi ve personeli arasındaki iletişim problemini çözmesi, iletişimi sağlaması birçok sorunun yerinde ve büyümeden, şiddete dönüşmeden çözümlenmesine yardımcı olacaktır. Ancak bu birimlerin fiziki ve teknik alt yapı, personel sayısı, niteliği açısından desteklenmesi gerekecektir.

Hatalar sadece kişisel kusurların değil, aynı zamanda sistem kusurlarının da göstergesi olarak kabul edilmelidir. Sağlık hizmetinin katılımcısı ve tüketicisi olan hastalar, hataların önlenmesi ve çözümü sürecine aktif olarak katılmalıdırlar. Bu konuda sağlık personeli ile hastalar arasında ayakları yere basan bir iletişim kurulmaya çalışılmalıdır.

Sağlık sektöründe hedef kitlenin beklentilerinin karşılanması, sağlık davranışlarında istenilen ölçüde davranış değişikliğinin yaratılması, sağlık bakım kalitesinin yükseltilmesi ve halkla ilişkiler ile iletişim çalışmalarının beklenen yararı

sağlaması vb. Amaçların gerçekleştirilmesi için aşağıda belirtilen önerilerin yaşama geçirilmesi uygun olacaktır.

- Halkla ilişkiler çalışmalarına ve iletişim uygulamalarına gereken önem verilmeli,

- Gerek hastaların gerekse çalışanların beklentileri değerlendirilmeli ve bu çerçevede beklentilerin karşılanmasına yönelik gereken önlemler alınmalı,

- İletişimin önündeki engellerin ortadan kaldırılmasına yönelik düzenlemeler yapılmalı,

- Halkla ilişkiler ve iletişim konularında uzman olan çalışanların uygulamalarından yararlanılmalı,

- Çalışanların empati yeteneği geliştirilmeli,

- Hasta ile kurulacak olan iletişimde anlaşılacak bir dil kullanılmasına özen gösterilmeli,

- Yüksek düzeyde tıbbi terminoloji kullanmaktan kaçınılmalı ve

- Çalışanlar ve hastalar konu ile ilgili olarak bilinçlendirilmelidir.

İletişim, bireyin ilk kuruma girişinde önemli hale gelmektedir. Bu konunun öncelikle tüm hastanelerde ele alınması ve bir hastane el kitabının çıkartılması gerekmektedir.

4.2.6. Eğitim Sorunu

Tıbbi hataları azaltmak için öncelikle tıp fakülteleri, hemşirelik ebelik fakülteleri arasında eğitim standardının sağlanması gerekmektedir. Tıbbi hataların oluşmasında hekimin bilgi ve beceri eksikliği her zaman söz konusu olabilmektedir. Bu nedenle hekimlerin aynı üst seviyede yetiştirdikten sonra onların kendilerini yeni gelişen tıbbı uyumlaştırması da sağlanmalıdır.

Sağlık hizmetleri ve hastalara sunulan sağlık hizmetlerinde kalite, verimlilik ve standartlaşmayı sağlamak açısından klinik uygulama rehberleri/tedavi protokolleri (clinical guides / clinical pathways / treatment protocols) önemli bir yönetsel araçtır. Uzmanlık derneklerinin öncelikle kendi uzmanlarının görev alanlarını belirlemeleri gerekmektedir. Gelecek dönemler de Türkiye’de klinik rehberlerin geliştirileceği ve bunun hekimlerin yaptığı tıbbi hatalarda önemli azalmalara neden olacaktır.

Sağlık personeli arasındaki iletişimsizlik veya iletişim bozuklukları, tıbbi hataların oluşmasında önemli bir nedendir. Sağlık hizmeti bir ekip çalışması

olduğundan hizmeti sunanlar arasında ekip ruhunu güçlendirmek ve iletişim bariyerlerini azaltmak tıbbi hataların azalmasına olumlu yönde etki edecektir.

Başta hekimler olmak üzere sağlık personelinin tıbbi hatalar konusunda eğitilmesi veya hizmet içi eğitime alınmaları da tıbbi hataların azaltılmasında fayda sağlayacaktır.

Hekimlerin Neden Olduğu Hatalar²⁹⁷.

- Yetersiz hasta öyküsü alma.
- Eksik ön muayene.
- Teşhise yönelik gerekli tetkiklerin yapılmaması.
- Müdahalenin yapılmaması.
- Hasta vücudunda yabancı madde unutulması.
- Yanlış tedavi yöntemi seçme.
- Bulguları tanıyamama veya yanlış tanıma.
- Yanlış ilaç verme.
- Hasta karıştırma.
- Yanlış taraf cerrahisi (yanlış organ cerrahisi).
- Ölçüsüz tıbbi müdahale.
- Bir komplikasyonun fark edilmemesi.
- Hatalı ameliyat tekniği.
- Teknik aletlerin kullanılmasında yapılan hatalar.
- Hasta ile ilgili ihmal (uzmana geç danışma, geç müdahale yapılması).
- Enfeksiyon ve hijyen kurallarına uymama.
- Konsültasyon istememe.
- Gerekli işlemleri ve önlemi almadan sevk etme.
- Üstlenme kusuru (asistan hekimin uzman hekimin adına hasta bakması).

Yukarda tespit ettiğimiz hataları daha da arttırmanın mümkündür. Tıbbi uygulama hatalarına yönelik eğitim seminerlerinin hastanelerde rutin olarak düzenlenmesi ve bunlarla ilgili hukuki yaptırımların anlatılması uygun olacaktır.

Hemşirelik eğitiminde branşlaşmanın olması gerekmektedir. Branşlaşma ve eğitim yetersizliğine bağlı olarak bazı tıbbi uygulama hataları olmaktadır. Hemşirelerin yaptıkları tıbbi hataları da şöyle sıralayabiliriz²⁹⁸:

- Kendi yaptığı işlemler ile oluşan zararlar.

²⁹⁷ Prof. Dr. Ekin Özgür Aktaş Sağlık Hukuku Yüksek Lisans Ders Notları.

²⁹⁸ Prof. Dr. Ekin Özgür Aktaş Sağlık Hukuku Yüksek Lisans Ders Notları.

- Acil girişim gerektiğinde yapmamak/yapamamak.
- Hekim önerisi olmadan veya uyulmadan müdahalede bulunmak.
- İlaçları uygun aralık ve dozlarda vermemek.
- Uygulama hataları (ör. enjeksiyon şekli vb.).
- Hastaların takiplerini gereğince yapmamak
- Nöbet devrinde aktarılan bilgilerde eksiklik ve hatalar.
- İlaç, araç-gereç eksikliği, bozukluğundan kaynaklanan zararlar.
- İlaçlarının eksikliği nedeni ile oluşan zararlar.
- Verilen ilaçların tabelaya yazılmaması ve eczaneden temin edilerek tamamlanmaması.

- İlaçların korunmasındaki hatalar nedeni bozulmalarına bağlı zararlar.
- Tedaviyi unutmak.
- Doz tekrarlamak.
- Yanlış hastaya uygulamak.
- Yanlış ilaç yapmak.
- İlaç yan etkilerine karşı gerekli müdahaleyi yapmamak.
- Tüple besleme veya IM verilecek ilaçların IV verilmesi.
- İM enjeksiyonun yanlış anatomik bölgeye uygulanması.
- Uygun olmayan bölgede Z tekniğinin kullanılması.
- Doz hesaplama ve dönüştürmelerinde hata yapılması.
- Kendine teslim edilen araç-gereç ve tıbbi malzemenin iyi saklanmaması ve hekim tarafından istendiğinde hazır bulundurulmaması.
- Araç gereçlerin bakımsızlığı, arızaları, yedeklerinin olmaması vb. nedeni ile oluşan zararlar.

- Denetimi altındaki personelin hatalı uygulamalarından kaynaklı zararlar.
- Hastanın düşürülmesi.
- Yatak bakımının iyi uygulanmaması.
- Beslenme ile ilgili hatalar.
- Hijyene dikkat edilmemesi.
- Etraf temizliğinin iyi olmaması.

Belirttiğimiz bu hataların en aza indirilmesi için iyi bir organizasyona ve bu konuları her zaman gündemde tutacak eğitimlere gereksinim vardır. Mezuniyet sonrası sürekli eğitim programlarının olması, sürekli yenilenen ve her gün yeni bir teknolojinin girdiği sağlık sektöründe mutlaka öncelikle yapılmalıdır.

4.2.7. Aydınlatılmış Onam Konusunun Öneminin Anlaşılammaması

Tıbbi uygulamayı hukuka uygun hale getiren dört ana unsurdan biri olan hastanın bilgilendirilmesi ve onamının alınmasıdır. Aydınlatılmış onam ile ilgili sağlık kuruluşlarının önemli eksiklikleri bulunmaktadır. Bunun için;

- Sağlık çalışanlarına sağlık hukuku ile ilgili meslek içi eğitim verilmeli.
- Kayıtların çok düzenli olarak tutulması ve saklanması,
- Yapılan her işlemin hastaya detaylı olarak anlatılması,
- Hastanın ortaya çıkabilecek komplikasyonlar konusunda uyarılması ve onamının alınması,
- Hastaya anlatılanların kayda geçirilmesi,
- Yapılacak olan işlemler hakkında hastaları aydınlatıcı formlar hazırlanması ve bu formların Türkiye geneline dağıtılarak tüm hastanelerde kullanımının sağlanması,
- Onamı alınması gereken hastanın bu formu okuyup imzalaması ve formun hekim tarafından saklanması,
- Aydınlatılmış onamın sadece hekimler için gerekli bir prosedür olmadığı, dış hekimi, hemşire ve diğer personelin de aydınlatılmış onam için gerekli duyarlılığı göstermelidir. Bakım Hizmetleri Müdürlüğü kendi onamlarını oluşturmalı,
- Kayıtların düzgün tutulması, tıbbi belge ve grafiklerin düzenli olarak arşivlenmesinin sağlık personelinin en büyük sigortası olduğu akıldan çıkartılmamalıdır²⁹⁹.

08.05.2014 tarih ve 28994 sayılı Resmi Gazete' de Sağlık Bakanlığı'na ait Hasta Hakları Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik yayımlanmıştır. Bu yönetmelikte, tıbbi uygulama hataları bölümünün aydınlatılmış onam başlığı altında anlatılmış olan bilgilere yer verilmiştir. Hukukçular, sağlık çalışanları ve sağlık hukuku ile çalışmalar yapan kişiler tarafından, yurtdışı uygulamaları ve ülkemizde verilen mahkeme kararları sonucu oluşturulan bilgiler, bir mevzuat olarak bu yönetmelikle sunulmuştur. Bu durumda göstermektedir ki; daha kapsamlı bir şekilde oluşturulacak bir sağlık hukuku mevzuatına gereksinim vardır. Sağlık hukukuna daha uygun bir ceza, özel ve idari hukuk düzenlemelerine gereksinim vardır. Ceza hukukundaki taksir kavramı, özel hukuktaki sağlık

²⁹⁹ Dirim Tıp Gazetesi 2009; Yıl: 84 Sayı: 1 (1-10) Hatalı Tıbbi Uygulamalar (Malpraktis) ile İlgili Retrospektif Bir İnceleme. Gül Ertem, Esra Oksel, Ayşe Akbıyık. Erişim Tarihi: 12.03.2014.

çalışanları ile ilgili davaların tüketici mahkemelerinde görülmesinin hukukçular tarafından kabuledilebilir bulunması, 4483 sayılı kanunun muhataplarının sadece idare mahkemelerince değerlendirilmesi bu gereksinimin oluşmasının en belirgin nedenleridir.

Hastane yöneticileri, hastane çalışanlarına aydınlatılmış onam almaları gerektiğine dair tebliğ yaparak ve aydınlatılmış onam ile ilgili eğitim vererek yasal sorumluluklarını yerine getirirler.

4.2.8. Arşivleme ve Kayıt Tutma Sorunu

Arşivleme de şu an sağlık kuruluşlarının önemli sorunlarından biridir. Hastanın hekime veya sağlık kurumuna başvurmasından itibaren tüm aşamaların kayda geçirilmesi, bu kayıtların doğru tutulması ve gizliği korunarak yasal süre içinde saklanması gerekir. Kayıtlar tıbbi yönden önemlidir, müdahalenin zamanında, uygun ve eldeki tüm olanaklardan yararlanılarak yapıldığını belgeler. Mali yönden önemlidir, performans ve ödemelerin yapılmasında dikkate alınır. İdari yönden önemlidir, yürütülen hizmetin etkinliği, denetlenmesini sağlar. Adli yönden önemlidir, hekim veya hastanın hukuksal bir sorunu olduğunda kayıtlar resmi delil niteliğindedir.

Gizlilik için gerekli önlemler alınmalıdır. Son dönemde yapılan araştırmalar hastanın sağlık kurumuna başvurusundan itibaren teşhis ve tedavi süreci içinde (tetkikler, raporlar ve ilaçların reçete edilmesi, eczaneden alınması da dahil edildiğinde) her aşamada bir/birkaç kişinin hastayla ilgili doğrudan bilgi ediniyor olması, gizliliğin sağlanmasının zorluğuna dikkat çekmektedir. Tıbbi kayıtlar gerektiğinde kanıt olarak mahkemelere sunulabileceğinden olabildiğince düzeltmeyi gerektirmeyecek şekilde doğru, ayrıntılı ve düzenli tutulması şarttır. Bununla birlikte özellikle istenmeden yapılan yanlışların da düzeltilmesi gerekir. Bu düzeltmelerde alttaki yazı okunacak şekilde üstü çizilip kenarına yeni bilgi eklenir; tipeks ve benzeri silici veya kapaticılar kullanılmaz. Düzeltmenin yapıldığı tarih yazılır, ayrıca düzeltmeyi yapan kişinin parafı da bulunmalıdır. Tıbbi kayıtlar tutulurken saatin de not edilmesinin özellikle adli olaylarda önemi büyüktür.

Biyolojik örneklerin saklanması da bu başlık altında incelemek yerinde olacaktır. Bu örneklerin saklanması hem bu örnekleri, hem de bu örneklere ilişkin verilerin saklanması içermektedir. Bu veriler; hastalıkların nedenlerinin araştırılmasında, önleyici ve tedavi edici yöntemlerin geliştirilmesi, ilaç

araştırmalarında çok 6nemlidir. Ancak bunun yanında kişinin yakalanacağı hastalıklar, yaşam s6resi, irksal 6zellikleri gibi kişiye 6zel ve 6đrenildiđi takdirde kişinin geleceğini etkileyecek sonuçlara neden olacağından b6y6k etik ve hukuki sorunlara yol açacaktır. Bir de AMATEM'deki hastaların madde ve alkol bağımlılığı ile ilgili bilgiler bu kapsamdadır. Bu nedenle artık biyolojik veri bankalarına ve bununla ilgili mevzuata gerek vardır. şu an ki mevzuatlar da yeterli değildir.

Hasta tarafından hekime verilmiş belgelerin m6lkiyeti hastanın olup bu belgeler hekim tarafından saklanacak ve talep halinde hastaya iade edilecektir. Tedavi sırasında hekim tarafından tutulmuş not ve belgelerin, istenmiş tahlil sonuçlarının m6lkiyeti hekime/sağlık kurumuna ait olduğundan hastanın bu kayıtlar 6zerinde herhangi bir m6lkiyet hakkı yoktur; ancak bir suretini alabilir. Hastanın herhangi bir bilgisi veya belgesi; hastanın kendisine, vekalet verdiği kişiye ve vasisine tutanak ile verilmelidir. Teşhis ve tedavi s6reci boyunca hekim tarafından ulaşılan veya 6nceden hasta tarafından hekime verilen ve hasta bakımından kişisel sır, hekim bakımından ise mesleki sır niteliği taşıyan bilgiler, manuel olarak veya dijital ortamda kaydedilmektedir. Kaydedilen bu bilgilerin yetkisiz kişilerin ulaşmasına karşı korunması ve 666nc6 kişilere, belli istisnalar dışında aēıklanmaması, sır saklama y6k6ml6l6đ6n6n en 6nemli unsurunu oluşturmaktadır.

Kayıtların eksik tutulması ya da tutulmamış olması maddi hukuk aēısından tek başına sağlık ēalıřanı ve hastane aleyhine tazminat sonucunu doğurmaz. Bununla birlikte bu y6k6ml6l6đ6n ihlali, aēılan bir davada tıbbi standartlara aykırılık ve uygun illiyet bağının varlığı konusundaki ispatsızlığın riskini hekimin veya hastanenin taşması ve hastaya bu konularda ispat kolaylıkları tanınması sonucuna yol aēabilir.

Hastane y6netiminin tıbbi dok6mantasyon sistemine ilişkin sorumlulukları vardır. Bunlar;

- Personelin sağlanması ve eğitimiyle ilgili sorumluluk,
- Belgelerin oluşturulması, d6zenlenmesi ve saklanması ile ilgili sorumluluk,
- Hasta dosyaları arşivinin oluşturulmasıyla ilgili sorumluluk,
- Dok6mantasyon hizmetlerinden en iyi şekilde yararlanmasıyla ilgili sorumluluk,
- Komiteler kurularak verilen bu hizmetin denetimiyle ilgili sorumluluk,
- E-dosya, e-sağlık hizmetleriyle ilgili bir sorumluluk olarak sınıflanabilir.

Sağlık enformasyon y6netimi/y6neticiliği 6zellikle Amerika'da bir bilim dalının ve mesleğin adıdır. G6revleri tıbbi kayıt sisteminin t6m y6nlerinin sevk ve

organizasyonudur. Türkiye için de bu meslek grubuna gereksinim duyulmaktadır. Yurt dışında hasta dosyaları arşivinın ziyareti yasaktır. Oysa ülkemizdeki hasta dosyaları arşivlerine rahatlıkla girilebilmektedir. Arşiv herkese açıktır; çoğunlukla da sağlık çalışanlarının “ bir dosyaya bakacağım.” diyerek rahatlıkla girip çıkabildiği, dosyalara erişimin rahat olduğu birimlerdir. Halbuki kayıtların silinmesi, tahrip edilmesi anlamında, bunlar kesinlikle yasak birimler olmalıdır. Tıbbi kayıtların saklanma süreleri ile ilgili de sıkıntılar bulunmaktadır.

Sonuç olarak; hasta dosyalarını da kapsamak üzere tutulacak tıbbi kayıtlar ister kağıt üzerinde ister elektronik ortamda olsun yukarıda ifade edilen çerçevede özenli ve eksiksiz tutularak arşivlenmek zorundadır. Gerek sağlık çalışanlarının gerekse sağlık kurumunun ileride ortaya çıkacak adli vakada kendini savunabilmesinin neredeyse tek yolu tıbbi uygulamayı tam, eksiksiz ve gereği gibi yerine getirdiğinin ispatıdır. Bu ispat da ancak tıbbi kayıtlarla sağlanabilir. Mahkeme önüne gelen dosyada ancak bu kayıtları değerlendirerek karar verebilecektir. Aksaklıkların ve eksikliklerin giderilmesi, yoğun tempo ve ileri teknoloji içinde çalışan günümüz hekiminin bir güvencesi olup, üzerinde titizlikle durulmalı ve dolayısıyla değiştirilmemelidir.

4.2.9. Ücret Politikasındaki Sorunlar

Bizim düşüncemize göre performans sistemini çok başarılı değildir. Çalışma barışını bozmuştur. Sağlık hizmeti gibi para ile ölçülemeyecek bir işin yapılması, bazı hizmetlerin gelir getirmemesinden kaynaklanan ve bu hizmetleri veren personelin mağdur edilmesi sorun yaratmaktadır. Diğer bir sorun da getirisi yüksek olan işlere personelin yönlmesi ile getirisi olmayan işlerin aksaması veya bu işleri yapan personelin mağdur edilmesi söz konusu olmaktadır. Performans olarak herkesin çok kazandığını zannettiği sağlık çalışanları kamuoyu tarafından yanlış değerlendirilmektedir. Performans ödemelerinin emekliliğe yansımadağı ve sadece aktif çalışılan gün bazında hesaplandığı bilinmektedir. Ayrıca sağlık personeline yıpranma tazminatı ödenmemektedir. Performansa göre ödeme, sağlık çalışanlarının izin bile kullanamamalarına neden olmaktadır. Kadın çalışanların doğum izinlerinde performans gelirleri kesilmektedir. Birçok adaletsizlik ve kalitesizliğe neden olan bu sistemden bir an önce adaletli bir ücretlendirme sistemine dönülmelidir. En uzun, pahalı ve sıkıntılı eğitimlerden olan tıp eğitimi artık eski seçim cazibesini kaybetmektedir. Çünkü daha kısa, kolay ve ucuz bir şekilde

yaşama atılmayı sağlayan meslek grupları maaş olarak daha iyi koşullara sahip olduğundan insanların seçimi bu yöne kaymaktadır. Sağlık sektöründe performansla değil daha adil ve diğer mesleklerle uyumlu bir maaş politikası geliştirilmelidir.

Sağlık çalışanlarının, diğer meslek çalışanlarına göre kıyaslandığında düşük ücret, düşük ikramiye ve düşük emekli maaşı aldığını söylemek yanlış olmayacaktır. Bu da motivasyon kaybına, nitelikli kişilerin mesleği seçmemelerine ve tükenmişlik sendromuna neden olmaktadır. Ayrıca performans ödemelerinden daha fazla pay alabilmek için iş yükünü arttırma yoluna gitmektedirler. Aşırı iş yükü hastalara yeterince zaman ayrılmamasına, iletişim kurulamamasına ve kalitesinden memnun olunmayan işlemlerin gerçekleştirilmesine neden olmaktadır.

Performans üzerinden ücretlendirme sağlık çalışanları arasında iş barışını bozmaktadır. Bunun çeşitli nedenleri vardır. Performans kriterleri kalitatif değil kantitatif olarak belirlenmiştir. Bu durum sağlıkta hizmet sunumunun ve üretilen hizmetin bozulmasına neden olmaktadır. Araştırma ve geliştirmeye yönelik çalışmalara ayrılan pay iyi incelenerek ve gerçek araştırma gerektiren konulara verilip verilmediğinin analizi yapılmamaktadır. Sağlık gibi karlılıktan önce kamusal açıdan yapılması zorunlu olan işleri üreten hizmet sektöründe, performans olarak getirisi olmayan hizmeti gören personele maddi bir getiri sağlanmamaktadır. Tedavi tiplerinin fiyatlandırılmasında dengesizlik yaratan farklar olmaktadır. Bu yüzden getirisi olan işlemler yapılmakta, getirisi olmayanlar yapılmama olasılığı ortaya çıkmaktadır. Genelde sübjektif değerlendirmeler neticesinde bazen aynı odayı paylaştığı veya aynı birimde çalıştığı yakın çalışma arkadaşından daha az ücret alan personelde motivasyon kaybı yaşanabilmektedir. Bu tür adaletsiz bir işlemlerle karşı karşıya kalan personel farklı tepkiler ile bunu dışa yansıtmakta, bu da çalışma ortamındaki huzurun ortadan kalkmasına neden olmaktadır. Oluşan küskünlükler üretimde düşmeye ve kalitenin bozulmasına neden olmaktadır. Bu durumlar da tıbbi uygulama hatalarının artmasına neden olmaktadır.

Siyasi etkilerin bu değerlendirmelere yansımaya olasılığı da yüksektir. Kurulacak olan sistemde amire aşırı derecede takdir yetkisi verilmesi durumunda, her ne kadar ilgili idareci objektif davranmaya çalışırsa çalışsın, personelin siyasi görüşe göre değerlendirme yapıldığı zannından kurtulmak zor olacaktır. Ülkemizin coğrafik, kültürel ve geleneksel özellikleri göz önünde bulundurulmamıştır.

Kamu kurum ve kuruluşlarında kriter belirleme süreci ise objektif-sübjektif kriter dengesini sağlama ve çalışma barışına zarar vermeme yönüyle özel önem gösterilmesi gereken bir konudur. Personel kendi iş yükünün yansırı, sistemin izin

vermesi durumunda aynı birimde çalışan diğer personelin de iş yükünü ve işi tamamlama sürecini görebilecektir.

Performans değerlendirme sisteminin kurulmasında temel amaç personeli cezalandırmak değil motivasyonunu artırmak olmalıdır. Bu çerçevede düşünüldüğünde kurulacak olan değerlendirme sisteminin ücrete yansımalarının çalışma ortamındaki huzuru bozmaması gerekir. Bu nedenle ücrete dayalı bir performans değerlendirmesinin sağlık sektörü için uygun bir yöntem olmadığı düşüncesindeyiz.

4.2.10. Mali Yapı Sorunları

Kamu Hastane Birlikleri'nin bütçe finansmanı için hazine katkısı öngörülmemiştir. Birliklerin yerine getireceği hizmetlerin finansman yolu olarak birliğin ürettiği hizmetler karşılığında elde edilecek gelirler düşünülmektedir. Bu gelirler de, hizmetler karşılığında genel sağlık sigortası ve özel sigorta şirketlerinden alınacak ücretlerle hastalardan alınacak kişisel ödemelerdir. Ayrıca ticari çalışmalarla elde edilen gelirler (kantin, büfe kiralama.), bağış ve yardımlardan gelen gelirler de bunlara eklenebilir. Bu düzenlemelerle birlikler kendi gelir kaynakları oluşturarak kendi kendine yeter kurumlar haline getirilmek istenmektedir. Gerektiğinde devletin yardım yapabileceğinden bahsedilmiştir. Devlet desteği yapılmasından bahsedilmesi, özerkleştirmenin başarıya ulaşmasının amaçlanmasındandır.

Öte yandan birliklere toplu olarak mal ve hizmet satın alma yetkisinin tanınması birliğe bağlı hastanelerin hizmet maliyetlerini önemli ölçüde düşürmesi sonucu ekonomiklik ölçütü açısından önemli bir performans artışı sağlamasına neden olacaktır. Ayrıca birlikler arasında yardımlaşma ve dayanışmayı da arttıracaktır. Ancak bu ciddi bir yönetim-organizasyon gerektirmektedir. Mevcut durumun işleyişi oldukça hantaldır. Örneğin; Kamu İhale Kanununda bir sarf malzemesini alamama riskine karşı sunulan alternatif yollar alım-satım işleminin hızlı sonuçlanmasına engel olmaktadır.

Birliklerin gerek kamu ihale mevzuatı gerekse kamu mali yönetimi ve kontrolü hükümlerine tabi olması birliklerin özerkliğini olumsuz yönde etkileyebilecektir. Çünkü sağlık hizmetlerinin sunumunda bağlı bulunan mevzuatın gereğinden çok olması, hizmet sunumunda bazı zorluklarla karşı karşıya kalınmasına neden olmaktadır. Örneğin bir acil bir satın alma işleminde ihale

sürecinin uzaması, ihale iptali sonucu ortaya çıkacak gecikmeler ve yerinde çözülme anlayışına engel olması sağlık hizmeti sunumunu önemli ölçüde olumsuz etkileyecektir. Bu nedenle mevzuat hükümlerine tabi olma konusunda hastane hizmetlerinin nitelikleri dikkate alınarak bazı ayrıcalıklara yer verilmelidir. Kamu İhale Kanununda fiyat dışı unsurların incelenerek bunlarında göz önünde bulundurulması gerekmektedir.

Malzeme yönetim sisteminde talep, bulundurma ve tüketim alanlarında oluşturulmuş görevlendirme tanımı olmadığından ciddi sorunlar yaşanmaktadır. Örneğin, bir kliniğe yeni gelen bir uzmanın sadece belirli eğitimi almış kişinin kullanacağı bir tıbbi aleti aldırması ve bir süre sonra bu uzmanın çalıştığı hastaneden ayrılması sonucu atıl duruma düşmektedir. Belki aynı uzman gittiği yeni hastanede bu tıbbi aleti yeniden aldıracaktır. Kurumlar arası malzeme geçişlerinin çok zor ve yavaş olması kaynak israfına neden olmaktadır. Kurumlar arası malzeme geçişlerinin hızlandırılması ile ek masraflar engellenecektir.

Hastanelerin gelir kaynaklarında ve bölgesel kalkınmışlık düzeylerinde önemli farklılıkların olduğu inkar edilemez bir gerçektir. Bu da kendi olanakları ile yönetilerek hizmet vermeye çalışan bazı hastaneler için olanaksız bir durum yaratmaktadır.

4.2.11. Hastanenin Fiziki Şartlarından Kaynaklanan Sorunlar

Sağlık mimarisi ile hiç ilgilenmeyen kişiler tarafından hazırlanmış projeler hizmet alan ve veren kişilerin beklentilerine yanıt vermemektedir. Günümüzde her alanda görülen branşlaşma mimari alanda da yaşanmaktadır. Mimariye ilgisi olan hekim veya hekimliğe ilgisi olan mimar yardımıyla çok önemli olan bu bina fiziki şartları belirlenmemeli, konunun profesyonelleri tarafından yapılan projeler yaşama geçirilmedir.

Acil serviste ve kliniklerde çalışan personelin dinlenme ve kişisel bakımları için yapılmış bölümler bulunmamaktadır. Her an hastadan veya ortamdan kaynaklanan bir nedenle kirlenme ve bulaş riskine sahip sağlık personelinin bir duş alacak ortama dahi sahip olmaması büyük sıkıntı yaratmaktadır. Hastane içinde çalışanlar için sosyal alanların oluşturulması (spor salonları, tiyatro-müzik-resim çalışma salonları, 24 saat açık kafeterya vb.) ve var olanların iyileştirilmesi personelin hastaneye olan aidiyetini arttıracak, kurum kültürü gelişmesine yardımcı

olacak, çatışmaları azaltacak ve sağlık çalışanlarındaki tükenmişlik sendromunun azalmasına neden olacaktır.

Hastaneye acil olarak getirilen bir hastanın getirildiği aracın bırakılacağı bir park yerinin bile olmaması hastasının sağlığı ve yaşamı ile ilgili kaygısı olan hasta yakınlarını psikolojik olarak germekte ve hastane personeli ile sürtüşme yaşamalarına neden olmaktadır. Hasta ve yakınının sağlık dışı nedenlerden oluşan bu sorunlarla hastaneye girmemesi yaşanacak birçok sorunu baştan önleyecektir.

Hastane bahçeleri peyzaj mimarisi çerçevesinde değerlendirilip, hasta ve yakınlarının ruhsal durumlarına katkıda bulunulmalıdır. Ayrıca bölge hastanesi özelliğine sahip hastanelerde hasta yakınlarının ve takibe uzaktan gelen hastaların kalabilmesi için otelcilik hizmetleri, Otelcilik Hizmetleri Müdürlüğü tarafından verilmelidir.

Hastanelerde otelcilik hizmetleri sunumu için gerekli olan temizlik dolabı ve kirli odası bugüne kadar yapılan bina planlamalarında göz önünde bulundurulmamıştır. Kirli odaların, klinikte genel kullanım alanında ortalıkta bulunması hijyen açısından sorunlara neden olmaktadır.

Laboratuvar havalandırmaları ve çalışma bankolarındaki yetersizlikler hem sonuç hatalarına (kontaminasyon, misafir doku) hem de çalışan personelin iş güvenliğinde sorunlara yol açmaktadır.

Hastaneden hizmet alacak engelli insanların, rahat ve kendi kendine hizmet alabilecek şekilde tasarlanmasında (rampa, asansör, tuvalet, görme engelli yolu vb.) Bir takım çalışmalar olsa da bu çalışmalar yetersiz kalmaktadır.

Birçok hastanenin acil servis, poliklinik, servis, ameliyathane ve ortak kullanım alanı ile ilgili bina ve fiziki sorunları vardır. Bu sorunlar verilen hizmet kalitesi sorunlarını etkilemektedir. Örnek olarak ameliyathane ile ilgili sorunlarda, kontaminasyon hastane enfeksiyonları çalışan güvenliğini tehdit eden durumlar oluşmaktadır. Yine ülkemizce kabul edilen İstanbul Protokolü ile belirlenmiş adli muayene odalarının ve standartlarının oluşturulmaması ülkemizin AİHM tarafından cezalandırılmasına neden olmaktadır.

Hastanelerde hasta yönlendirme ve uyarı tabelalarında ciddi sorunlar vardır. Hastaneyi iyi bilen personellerin gözüyle yönlendirme tabelası yapıldığından hastalar tarafından anlaşılamamaktadır. Tabela işlemleri hastaneyi iyi bilen personelle birlikte hiç bilmeyen biri ile birlikte gereksinimlere göre yapılmalıdır. Ayrıca ana bölümlere gidiş renk çizgileri ile yapılabilir.

4.2.12. Defansif Tıp Uygulamaları ile İlgili Sorunlar

Defansif tıp birçok ülkede çok sık başvuru alan bir uygulamadır; özellikle de gelişmiş ülkelerin bir sorunudur. Defansif tıp çekinik tıp anlamına gelmemektedir. Bunun nedenlerinin başında neoliberal politikalar ve sağlık hukukunun hekimler üzerinden maddi kazanç sağlamak amacıyla kullanılmasından olduğu kanaatindeyiz. Tıbbi nedenlerle uygulanan defansif tıp doktorun eğitim, bilgi, deneyim eksikliğinden kaynaklanabileceği gibi, hastaya ayrılan zaman azlığı, iş yükü fazlalığı, yorgunluk gibi nedenlerle de yapılabilen bir uygulamadır.

Tıp dışı nedenlerle de defansif tıp uygulanmaktadır. Bazen mesleğinde aşırı hassas davranan hekimlerde farkında olmadan defansif tıp uygulamalarına başvuru yapabilirler. Bu tür defansif tıbbın gerçek amacı, hastanın teşhis ve tedavisinin doğru yapılmasıdır. Tıp dışı korkularla uygulanan defansif tıp, doktorların görevlerini yaparken çeşitli korkular (görev sırasında şiddete uğrama, şikayet edilme, cezai takibata uğrama veya tazminat davası açılma olasılığı) duymaları nedeniyle kendilerini emniyete almak için yaptıkları davranış ve uygulamalar kastedilir. Defansif tıp, doktorların görevlerini tıbbın gerektirdiği gibi yapmaktan çok şikayet unsuru olmayacağını düşündükleri şekilde yapmaları şeklinde de tanımlanabilir. Burada asıl önemli olan hastaların teşhis ve tedavilerinin en kısa zamanda, en az masrafla, en rahat şartlarda ve hastaya en az acı veya sıkıntı verecek şekilde yapılması değil, hastaların teşhis ve tedavileriyle ilgili uygulamaların doktorların etik ve hukuki bir sorun açmamasıdır. Defansif tıp bir taraftan sağlık harcamalarını artırırken ve doktorların ve laboratuvarların boş yere zamanını alırken diğer taraftan hastayı da gereksiz masraflara ve daha da önemlisi risklere sokar. Defansif tıpta başvuru alan başlıca davranış ve uygulamalar vardır.

Teşhis ve tedavi için gerekli olmadığı halde istenen tetkiklerin (her türlü kan, idrar, beyin-omurilik sıvısı tahlilleri; tomografi, MR, anjiyografi gibi radyolojik incelemeler; gastroskopi, sistoskopi gibi endoskopik incelemeler; efor testleri; solunum fonksiyon testleri; alerji testleri; nükleer tıp incelemeleri; biyopsiler), defansif tıp kavramı içinde değerlendirilmek mümkün değildir. Örneğin, kamu hastanelerinde uygulanan performans sistemi ve muayenehane hekimliğinde özel laboratuvarların tetkik başına komisyon vermeleri de gereksiz tetkiklerin yapılmasına yol açmaktadır; ama bunların nedeni defansif tıp değildir.

Teşhis ve tedaviyi etkilemeyecek olan gereksiz konsültasyonlar, hastanın gerekli olmadığı halde gözetim altına alınması veya hastaneye veya yoğun bakıma

yatırılması, ağır ve komplikasyon olasılığı riski yüksek hastaların teşhis ve tedavilerinin üstlenilmemesi ve bunların başka merkezlere sevki, saldırgan tutum içinde olan, tartışma yaratmaya yatkın hasta veya yakınları dolayısıyla teşhis ve tedavi sorumluluğunun alınmaması, hastalığın ağırlığının ve komplikasyonlarının abartılması, en seyrek rastlanan komplikasyonların sık görülüyormuş gibi sunulması hasta ve hasta yakınlarının korkutulması defansif tıp uygulamalarının diğer örnekleridir.

Hekimlerin yaklaşık üçte biri, dava etme olasılığı yüksek hastalardan ve kompleks medikal problemleri olan hastalardan kaçındıklarını bildirmektedir. Hekimlerin yüzde 37'si komplikasyonları yüksek tedavilerden uzak durduklarını, yüzde 24'ü tedavi olanakları bulunduğu halde riskli hastaları her zaman ve çoğu zaman sevk ettiklerini söylemişlerdir. Bu araştırmadan çıkan sonuçlar iyi değerlendirildiğinde görülecektir ki, tıbbi hataların ve komplikasyonların hem basın, hem hasta, hem de mahkemelerce bu şekilde yorumlanmaya devam ettiği sürece, defansif tıp giderek daha da yaygınlaşacak, hekim hastayı karşısına aldığı anda "önce nasıl kendime zarar vermem" düşüncesi iyiden iyiye hekimlerin zihninde yerleşecektir³⁰⁰.

Defansif tıp uygulamaları hem ülke ekonomisine, hem hastalara, hem de meslek saygınlığına zarar vermektedir. Bu zararların bir yönetim organizasyon kusuru olarak algılanması gündeme gelecektir. Defansif tıp uygulamalarının önüne geçilmesi veya en aza indirilmesi için; adil bir ücretlendirme ile sağlık çalışanlarının ekonomik kaygılarının giderilmesi, sağlık hukuku mevzuatının oluşturulması ve oluşacak tıbbi uygulama hataları için kamu korumasının oluşturulması tartışılmalıdır.

4.2.13. SGK'nın Oluşturduğu Paket Fiyat Politikası ile İlgili Sorunlar

SGK tarafından çıkarılan Sağlık Uygulama Tebliği'ndeki düzenleme ve kısıtlamalar, sunulan sağlık hizmetini doğrudan etkilemektedir. Bu düzenlemede geri ödeme ile ilgili getirilen kısıtlamalar, bazı hasta ve hastalıklarda tıbbi gerekliliklerle yapılması gereken işlemlerin, maddi açıdan karşılanamaması, hastaların zararına neden olan durumların yaşanmasına yol açmaktadır. Geri ödeme sistemleri sağlık çalışanlarının mesleki bağımsızlığını ortadan kaldırmaktadır. Yine geri ödeme miktarlarının yetersiz ve günün şartlarına uygun ayarlanmaması (enflasyon), sağlık

³⁰⁰<http://www.medimagazin.com.tr/hekim/genel/tr-once-kendine-zarar-verme-2-12-35605.html>.

hizmetlerinin kaliteli ve sürdürülebilir şekilde yürütülmesine engel olmaktadır. Kazancı göz önünde bulunduran bir sistem uygulandığından; fiyatı düşük işlemlerin yapılmaması, daha yüksek fiyatlı işlemlere yönelmek gibi sorunlar da oluşmaktadır. Bu durum hastalarda zararlı sonuçlara neden olabilmektedir.

4.2.14. İlaç, Tedarik ve Kullanımı ile İlgili Sorunlar

Stok yönetimi kavramı son yıllarda sağlık bakanlığı tarafından çok başarılı şekilde bir şekilde uygulansa da günümüzde ülkemizdeki çoğu hastanede konvansiyonel yöntemler ile uygulanan ilaç tedarik ve kullanım zincirinin halen bir çok yönde eksikleri bulunmaktadır.

Çoğu hastanenin bir ilaç formülleri yoktur, ilaçların kliniklerden talep ve kullanımı konusunda yol gösterici rehberler bulunmamaktadır. İlaçların hazırlanmasından hastaya uygulanmasına kadar olan süreç iyi bir şekilde takip edilememektedir. Bu sürecin doğru gerçekleşmesini sağlayan ileri teknolojik sistemlerin maliyetleri nedeni ile kullanımından kaçınılmaktadır.

Yine çoğu hastanenin bünyesinde gerçekleşen hatalı ilaç uygulamalarına dair bir veri kayıt sistemi bulunmamaktadır. Bu hatalar kaydedilmediği için düzeltici çalışmalar da yapılamamaktadır. Çoğu hastanede order edilen ilaçlar ile ilgili elektronik karar destek sistemleri (ilaç-ilaç, ilaç-besin etkileşim gibi) kullanılmamaktadır. Yine çoğu hastanede farmakovijilans (ilaç güvenliliği izlemi) noktaları ve sorumluları tanımlı olmasına karşın advers etki bildirim verimli değildir. Akılcı ilaç kullanımı komisyonları kurulmasına karşın etkinlikleri konusunda bir ölçüm bulunmamaktadır.

Sağlık Bakanlığı özellikle stok yönetim sistemi ile ilaç stoklanması ile ilgili niceliksel düzenlemeleri başarı ile gerçekleştirmiştir. Ancak ilaç sadece depolanan bir ürün değildir, sağlık hizmetinin ana unsurlarından bir tanesidir. Bu nedenle artık hastanelerde ilaç kullanımına dair niteliksel politikaların üretilmesi ve uygulanması gereklidir.

İlacın hastaya buluşmasını sağlayan, hastanede tedavisini yaptıran hastaya ilacı uygulayan kişi; Bakım Hizmetleri Müdürlüğü'ne bağlı çalışan hemşirelerdir. Bazı kötü uygulamalar sonucu zararlar oluşmaktadır. Bunlardan bir kısmı ilacın temini ile ilgili konulardır. Bunlara örnek olarak; ilaçlarının eksikliği nedeni ile oluşan zararlar, ilaçların korunmasındaki hatalar nedeni bozulmalarına bağlı zararlar, verilen ilaçların tabelaya yazılmaması ve eczaneden temin edilerek tamamlanmaması verilebilir.

Bazıları da uygulamalar ile ilgili konulardır. Bunlara da örnek olarak; tedaviyi unutmak, doz tekrarlamak, yanlış hastaya uygulamak, yanlış ilaç yapmak, ilaç yan etkilerine karşı gerekli müdahaleyi yapmamak, tüple besleme veya IM verilecek ilaçların IV verilmesi, IM enjeksiyonun yanlış anatomik bölgeye uygulanması, uygun olmayan bölgede Z tekniğinin kullanılması ve doz hesaplama ve dönüştürmelerinde hata yapılmasıdır.

4.2.15. Sağlık Sistem Mühendisliği ve İnsan Faktörü Mühendisliği Sorunları

Sağlık Sistem Mühendisliği ve İnsan Faktörü Mühendisliği sağlık sektöründe yeni gündeme gelmiş mesleklerdendir. Sağlık Sistem Mühendisliği, enformasyon konularında ve kaynakların etkin kullanımı, İnsan Faktörü Mühendisliği, hasta güvenliği ve hasta tıbbi cihaz ilişkisinde önemli mesleklerdir.

Sağlık Sistem Mühendisliği ve İnsan Faktörü Mühendisliği için yüksek öğretimde yüksek lisans ve doktora programları oluşturulabilir. Sağlık Bakanlığı merkez ve taşra teşkilatında, Sağlık Sistem Mühendisliği ve yakın disiplinlerde eğitim görmüş uzmanların istihdamına zorunluluk getirebilir. Hastane birlikleri genel sekreterlerine İnsan Faktörü Mühendisliği ve Sağlık Sistem Mühendisliği alanındaki temel eğitimi verilebilir. Üniversite ve Eğitim Araştırma Hastanelerinde araştırma fonu oluşturulabilir ve hastanelerdeki Sağlık Sistem Mühendisliği ve İnsan Faktörü Mühendisliği araştırma ve uygulamaları yapabilmeleri için yüksek lisans-doktora öğrencileri proje bazlı istihdam edilebilir.

4.2.16. Hastanelerde Örgütsel Çatışma ile İlgili Sorunlar

Karmaşık örgüt yapısına sahip hastanelerde, çatışma ve çatışma yönetimi gün geçtikçe önemi artan bir konu haline gelmiştir. Hastanede çatışmanın nedenleri sistem yaklaşımı etrafında ele alınmalı ve çözüm önerileri de bu yönde geliştirilebilmelidir.

Hastanelerde çok farklı öğrenim düzeyinde kişiler bir arada çalışmaktadır. Bu durum iletişim sorunlarına yol açmaktadır. Personel arasında basit ve ortak bir dil oluşturulmalıdır. Etkin ekip çalışması uygulanmalıdır. Ekip iletişiminin sağlıklı olması için birimlere danışılmadan ekiplerde personel değişikliği yapılmamalıdır.

Amaç rol farklılıkları da başka bir çatışma konusudur. Sağlık hizmeti profesyonellik ve otonomi isteyen bir iş grubudur. Hekimler diğer tıp personelinin,

hemşireler de diğer personelin üstü gibi davranmaktadırlar. Özellikle 663 sayılı KHK ile bahsettiğimiz yatay yapılanma sonucu, mesleki özerklikle haklarını teorik olarak elde eden hemşireler, bu özerkliğin pratiğe de yansımalarını istemektedirler. Bu geçiş döneminde yaşanacak özerklik girişimleri ekip ruhunu bozmadan oluşturulmalıdır ki iletişimden kaynaklanan hatalara neden olmadan bu süreç atlatılmalıdır. Çünkü; hekimler ve diğer tüm sağlık ekip üyeleri pek çok yoldan birbirleriyle karşılıklı görev bağımlılığı içindedirler. Birinin yaptığı, kaçınılmaz olarak diğerinin yaptığı işi de etkilemektedir.

Hekimler yalnızca hastaları değil, ameliyathaneleri, ekipmanı, radyoloji gibi hizmetleri, fizyoterapistler gibi yardımcı sağlık personelinin de paylaşmaktadır. Bu paylaşım kaynaklar kısıtlı olduğunda rekabet oluşturmaktadır. Oluşan rekabet en önemli çatışma kaynaklarından biridir, bu ancak yönetimin yapacağı çok iyi organizasyon ve koordinasyonla çözülebilir.

Örgüt düzeyinde alınan kararlardan bir grup olumlu etkilenirken diğer grup olumsuz etkilenmektedir. Buna örnek olarak hekimlerin performans ödemelerini arttırmak, diğer sağlık personelinin performans ödemelerini azaltmakta veya hiç ödeme almamalarına neden olmaktadır. Sağlık çalışanlarının verimliliğini ölçmek; etkin değerlendirmeler yapabilmek oldukça zordur. Spesifik az sayıda hasta bakan hekimle, çok sayıda ama rutin hasta bakan hekim arasında performans kıyaslaması yapmak oldukça güçtür. Örneğin; bir psikiyatri hekiminin hastasına ayırdığı zamanın bir dermatoloji hekiminin hastasına ayırdığı zaman aynı olmamaktadır, ancak hasta muayenesinde aynı puan üzerinden ücretlendirilmektedir. Bunun yanında ücretlendirmede; çalışanların becerilerine göre ödeme yapmama, teşvik edici ödeme yapmama, cezalara meyilli olma, örgütsel hedeflere uygun ücretlendirmeye yer vermeme, çatışmaya yol açabilen nedenler arasında sayılabilir.

Hastanelerde yaşanan en büyük problem görev tanımlarının iyi yapılamamış olması, eski mevzuatlar ile yeni mevzuatların oluşturduğu karmaşıklığıdır. Bunun yanında genel idari grubu da, hekim grubuna, sağlık teknisyenleri grubuna, sağlık hizmetleri gruplarına lojistik destek sağladıklarını unutmamalıdır. Hastaların sağlık personelinin görmek istedikleri ilginin aynısını, sağlık personeli de, idari personelden görmek istemektedirler.

4.2.17. Sağlık Hukukunun Uygulama İçine Alınmaması İle İlgili Sorunlar

Ülkemizde sağlık hukuku, doktrinel anlamda özellikle son yıllarda büyük bir gelişim göstermiştir. Daha önceleri sadece bazı hukukçular tarafından ilgilenilen ve çok sınırlı sayıda çalışmanın yapıldığı bu alan, 2000'li yıllarla birlikte büyük bir aşama kaydetmiştir. Bunda, hekimler ile başta devlet olmak üzere sağlık kurum ve kuruluşlarına karşı açılan davaların da büyük rolü olmuştur. Aslında burada karşılıklı bir etkileşim gerçekleşmiştir; hekimler ile sağlık kurum ve kuruluşlarına karşı davalar açılmaya başlanınca sağlık hukuku gelişmiş, sağlık hukuku gelişince hekimler ile sağlık kurum ve kuruluşlarına karşı daha fazla davalar açılmaya başlanmıştır. Sağlık alanındaki teknik gelişmelere bağlı olarak da, mevzuatta sürekli değişiklikler ve yenilikler yapılmıştır.

Hekimler ile devlet başta olmak üzere sağlık kurum ve kuruluşlarına karşı davaların artmasının nedeni olarak hekimlere güvenin sarsılması, insanların hekimlerden ve sağlık sisteminden olan beklentilerinin artması, sağlık sisteminin ana sorunlarının büyük bir kısmının çözümlenmesi nedeniyle yan konular sayılan diğer alanlara da el atılmaya başlanması, basının hekim hatalarına karşı haberleri tek taraflı vermesi nedeniyle kişilerin hekimler hakkında oluşan olumsuz düşünceleri gösterilebilir. Fakat bu davalardaki artışta, insanların sağlık sisteminden kaynaklanan sorunları veya komplikasyonları hekimlere mal etmesi yanında, hekimler arasındaki rekabet nedeniyle hekimlerin birbirlerine dava açılmasına neden olmaları da önemli bir etkidir.

Açılan davaların birçoğunda davacılar istedikleri sonuçları elde edememektedir. Bunda hukuki bilgisizliğin yanında, özellikle ispata ilişkin sorunlar önemli rol oynamaktadır. Fakat birçok davada da hekimler ağır cezai sorumluluk ve tazminat ödeme borcu altına girmekte, sağlık kurum ve kuruluşları da bedel ödemek zorunda kalmaktadır.

Sağlık hizmeti sunucularının; İdare Hukuku, Ceza Hukuku, Disiplin Hukuku, İş ve Sosyal Güvenlik Hukuku, Sigorta Hukuku ve diğer hukuk alanlarında sahip oldukları haklar, üstlendikleri sorumluluklar ve riskler hakkında farkındalıklarını artırmak için hizmet içi eğitimler verilmelidir. Sağlık hukuku, sadece hukukçular üzerinden değil sağlık çalışanlarının da sürece dahil olarak multidisipliner bir şekilde yürütülmelidir.

Kamu hukuku ve özel hukuk alanında tıp mesleğinin barındırdığı kendine özgü riskleri gözeten; sağlık çalışanlarının haklarıyla, hasta hakları arasında

dengeyi sağlayan; yalnızca hukukçuların değil, tıp mesleği uygulayıcılarının da katkılarının alındığı "sağlık yasalarının" hazırlanması ve "sağlık mahkemelerinin" kurulması için kamuoyu oluşturmak gerekmektedir.

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet konusunda etkin bir mücadele ortaya koyarak "hasta hakları" kavramının gerçek anlamına kavuşturulması ve sağlık çalışanlarının üzerinde oluşturduğu haksız baskının ortadan kaldırılmasına çalışmalıdır.

Son yıllarda sağlık hukukuna ilişkin birçok kitap ve makale yazılmış, birçok konferans ve toplantı düzenlenmiş olmakla birlikte, hala birçok vatandaşa ve sağlık çalışanına yeterli eğitim verilememiştir. Yazılı ve görsel iletilerle tıp ve sağlık hukuku alanındaki bilimsel gelişmelere katkıda bulunmak, yeni ve farklı görüşlerin tartışıldığı ve paylaşıldığı platformlar yaratılmalıdır.

4.2.18. Güvenlik Sorunları

T.C. Yargıtay Hukuk Genel Kurulu. E: 2009/13-393. K: 2009/452. T: 21.10.2009. kararı ile; *“somut olay bakımından, yakın gözlem altında bulundurulması gereken hastanın, intiharının engellemesi için sürekli bir şekilde hastaya refakat edecek bir uzman hastane personelinin görevlendirilmediği, böylece davalı hastanenin, tıbbi hizmet kapsamında değerlendirilen bakım hizmetini (borcunu-edimini) gereği gibi yerine getirmediği anlaşılmaktadır. Bu şekildeki borca aykırılık, davalı hastanenin bakım hizmeti kapsamında değerlendirilen “organizasyon kusuru” olarak karşımıza çıkmaktadır. Davalı hastane işleteninin organizasyon kusuru olarak karşımıza çıkan borca aykırı davranışı ile hastanın intiharı sonucu meydana gelen ölüm olayı arasında uygun illiyet bağının varlığının kabulü zorunludur.”* diyerek davalı hastanenin, akıl hastası ve intihara meyilli bulunan hastaya bu konuda yetişmiş, hemşire görevlendirilmeyerek hasta yakınının refakatçi olarak sečilmesini ve hastanın, hastanede intiharına engel olamayan davalı hastanenin tazminatla sorumlu tutulması gerektiğine karar vermiştir. Mahkeme bu olaya bir güvenlik sorunu olarak yaklaşmıştır. Bu nedene benzer sorunlara acil serviste ve kliniklerde rastlanmaktadır. Bazı yerlerde refakatçi alınmasına olumlu yaklaşılmamaktadır (yoğun bakım, ameliyathane bu kapsam içinde değildir.), ancak personel eksikliği ile tuvalet, yeme, içme, fiziki kısıtlama ve sedye güvenliği açısından birçok sorunlar çıkmaktadır.

“Aşırı alkollü iddia edilen ’u bir gün önce saat 16.00 sıralarında ambulans ile hastanenin acil servisine getirildiği öğrenildi... iddialara göre, tedavi sırasında ailesinin’da oturduğunu anlatan , 3-4 kez serumu çıkartıp, ailesinin yanına gitmek istediğini söyledi. Ancak, hastane görevlileri serumu tekrar takarak buna izin vermedi. Yaklaşık 1.5 saat sonra sigara içme bahanesiyle dışarıya çıktı. Sabah saatlerinde ise ’ nun cesedine ulaşıldı.”

“Günde 7-8 bin kişinin girip çıktığı hastanenin onkoloji servisinde kemoterapi gören , geçtiğimiz hafta çarşamba akşamı, hasta ve yakınlarının kullandığı koridordaki tuvalete girdi. Kapıyı içeriden kilitleyen içeride aniden fenalaşarak hayatını kaybetti. Temizlik elemanları, saat başı girdikleri tuvalette kapının kilitli olması nedeniyle içeride birisinin olduğunu düşünüp, o bölümü hiç temizlemedi. Talihsiz adamın cesedi, 2 gün sonra tuvaletten kötü koku gelince bulundu.” Şeklindeki gazete haberleri hastanelerde güvenlik ve kontrolle ilgili organizasyon kusurları görülmektedir.

Aşırı iş yükü, personel eksikliği, hasta ve yakınlarının aşırı talep kar olması, akreditasyon sürecindeki hızlı değişiklikler ve şiddete yönelik cezaların caydırıcı olmaması sağlık çalışanına uygulanan şiddetin nedenleri olarak sayılabilir. Şiddet uygulayan kişilere de güvenlik tarafından da yeterli müdahalede bulunulmamaktadır. Bunun nedenleri arasında güvenlik mevzuatındaki yasal engeller, güvenlik görev tanımlarının bilinmemesi ve çalışma yoğunluğunun mesai saatlerinde olması sayılabilir. Ön karşılamalarda danışma eksiklikleri, hasta yakını (refakatçi, özel oda hastaları) giriş-çıkışının kontrol altında olmaması, bilgilendirme ve kontrollerde standart olmaması çalışan güvenliğini tehlikeye atmaktadır.

4.2.19. Tükenmişlik Sendromu Sorunu

Burada Tükenmişlik Sendromu belirtileri, ayırıcı tanısı ve tedavisi konularına değinmeyeceğiz. Nedenlerinin neler olduğunu belirteceğiz.

- Verimliliği arttırmak için ihaleci yönetim anlayışının uygulanması,
- Dayanışmayı ortadan kaldıran rekabetçi hizmet sunumu,
- Yönetimde maliyet azaltıcı, standart geliştirici özel sektör anlayışının olması,
- Yönetimsel yapı stres faktörü olarak algılanmakta,
- Mesleki gelişime destek olunmaması,
- Etkin, katılımcı çalışan sağlığı ve güvenliği birimlerinin olmaması,

- Çalışma ortamları içinde sosyal ortamlar, yeterli kreş ve gündüz bakım evlerinin olmaması,
- Şiddet gibi sisteme ait bir sorun için gerekli önlemlerin alınmaması,
- Zorunlu nöbet, icap nöbeti ve kesintisiz çalışma gibi (bazı yer ve durumlarda haftada 65 saati bulan bir çalışma) mesai saati yükü,
- Emeğin istihdam sürecindeki değişiklikler (güvencesizlik, esnek çalışma ve taşeronlaştırma),
- Emeğin üretim ilişkilerindeki değişiklikleri (parçalanma, yalnızlaşma, birbirine yabancılaşma, ve emeğin yoksullaşması),
- Yapılan hataların hukuki sürece taşınması ve bunlardan zarar görme endişesi,
- Stres yoğun bir hizmet alanı olması,
- Maddi sorunlar sayılabilir.

Tükenmişlik sendromu hem bireye hem de sisteme birçok kayıp ve sıkıntı yaratmaktadır. Bunun önlenmesi için yönetim tarafından önlemlerin alınması gerekmektedir. Ancak bu sadece birim yöneticileri tarafından değil, daha köklü ve kalıcı önlemlerle Bakanlık tarafından yapılmalıdır. Yöneticiler sorunları tespit edip yerinde çözüleceklerini çözmeli ve çözemediklerini üst kademelerle paylaşmalıdır. Tükenmişlik Sendromlu çalışan her zaman hata oluşumuna neden olabilecektir.

4.2.20. İş Sağlığı ve Güvenliği Sorunları

Geçtiğimiz 20-30 yıllık süre içinde bütün dünyada hizmet sektöründe önemli gelişme olmuştur. Hizmet sektörü içinde sağlık sektörü de önemli yere sahiptir. Sağlık alanındaki çalışmalar iş sağlığı ve güvenliği açısından ele alındığında çalışan sağlığını belirleyen iki temel öge vardır. Bunlar, çalışanların bireysel özellikleri ve işyeri ortamındaki faktörlerdir.

Bireysel özellikler açısından baktığımızda; sağlık alanında küçük yaşta çalışma çok görülmemekte, ancak oldukça ileri yaşta çalışanlar bulunmaktadır. Sağlık sektöründe kadın çalışan sayısı diğer sektörlerle göre daha fazladır. Bu alandaki mesleklerin hemen hepsi belirli bir eğitimi tamamlamış olmayı gerektirdiği için, çalışanların eğitim düzeyleri yüksektir.

İş ortamındaki faktörler açısından baktığımızda; fiziksel, kimyasal, biyolojik, ergonomik ve diğer faktörler etkilidir. Çocuk kliniklerinde, hasta ziyaret saatlerinde, kalabalık polikliniklerde ve bazı işlemler sırasında gürültü olabilmektedir. Ortam

sıcaklık değerleri de önemlidir. Kullanılan çeşitli elektrikli cihazların topraklanması ve yalıtımlarının sağlanması gereklidir. Radyasyona maruz kalma da radyoloji, nükleer tıp ve radyasyon onkolojisi bölümlerinde çalışanlar için söz konusudur.

Anestezi gazlarının narkotik etkileri yanı sıra karaciğer ve böbrekler açısından toksik etkileri vardır. Kanser kemoterapisi amacıyla kullanılan ilaçları uygulayan onkoloji hemşirelerinde malign hastalık görülme olasılığı yüksektir. Benzalkonyum klorür, borik asit, fenol, krezol gibi maddeler antiseptik ve dezenfektan etkili olup irritasyon ve alerjik reaksiyon şeklinde sorunlara yol açar. Sterilizasyon amacı ile en çok etilen oksit, glutaraldehit, formaldehit gibi maddeler kullanılır, bunlarda irritasyon karaciğer toksisitesi, nöropati belirtileri ve gebelik seyrinde olumsuzluklara neden olurlar.

Sağlık personelinin günlük çalışmaları sırasında en çok karşılaştıkları ortam faktörü mikroorganizmalardır. HIV, EBV, CMV, Hepatit A-B-C-D ve Tbc en sık görülen hastalıklardır. Son zamanlarda Sağlık Bakanı tarafından hastanedeki tuvaletlerin hastalarla birlikte personelin ortak kullanıma açılması biyolojik temas açısından problemler yaratmaktadır. Düzenli aşı programının oluşturulması bu tip hastalıkların önlenmesinde büyük rol oynamaktadır.

Sağlık personeli arasında ergonomik sorunlarda oldukça önemlidir. Ameliyathanede çalışanlar ve hemşireler açısından uzun süre ayakta kalma, yine bu personellerin hasta yatağını yapma ve taşıma sırasında ağırlık kaldırma şeklinde ergonomik sorunlar olabilir. Hekimler, hemşire ve diğer personel açısından uzun süre çalışma, nöbet, vardiya çalışması, ağır iş yükü ve sınırlı sürede çok sayıda hastayla ilgilenme yükümlülüğü değişik ergonomik sorunlar yaratmaktadır. Dış hekimleri açısından da kas iskelet sistemiyle ilgili yakınmalara neden olan ergonomik sorunlar vardır.

Sağlık çalışanları açısından kaza riski de oldukça önemlidir. Kazalar en çok ele iğne batması veya kesici alet yaralanması şeklinde olmaktadır. Bu nedenle tıbbi atık ayrımının çok iyi yapılması gerekmektedir. Bunun dışında sıcak maddelerle temas sonucu yanıklar ve kaygan zeminde düşme veya yaralanmalar olabilmektedir.

Özellikle gece çalışması ve vardiyalı çalışma nedeniyle sağlık çalışanları diğer kişilerle sosyal açıdan ilişki kurmakta ve ilişkilerini sürdürmekte zorluklar çekmektedirler. Sağlık çalışanları topluma hizmet verirler. Bu hizmeti verirken kimi zaman kendilerinin ve ailelerinin sağlığı konusuna yeteri kadar zaman ayırmakta zorlanırlar. Karşısına hasta olarak gelmiş bir kişiye istirahat veren bir hekim, kendisi

aynı şekilde hasta olduğu zaman çalışmasını sürdürmektedir. Bir hekim ağır durumdaki bir hastasını ve başladığı bir ameliyatı çalışma süresinin bitiminde bırakıp gidemez. Hasta sorumluluğunu taşıyan hekim açısından, ölümcül hastalıklar karşısındaki çaresizlik, hastanın ölümü durumundaki üzüntü ve stres psikosoyal sorunlara yol açar.

Ülkemizde 2012 yılında yürürlüğe giren İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu uyarınca iş yeri ve iş kolu farkı olmaksızın bütün çalışanların İş Sağlığı ve Güvenliği hizmetlerinden yararlandırılması gerekmektedir. Bu durumda sağlık çalışanlarının görev yaptığı ortamlarda risk değerlendirilmesi yapılması ve uygun önlemlerin alınması gerekmektedir. Çalışanların İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitimlerinin Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik'te bütün çalışanlara genel iş sağlığı ve güvenliği kuralları, iş kazaları ve meslek hastalıklarının nedenleri ve işyerindeki riskler, korunma yöntemleri ile hak ve sorumlulukları konularında eğitim verilmesi gerekmektedir. Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik'te de hastalar ve çalışanların güvenliğine yönelik olarak sağlık kurum ve kuruluşlarında yapılması gerekenler ve alınması gereken önlemler belirtilmiştir³⁰¹.

4.2.21. Teşhis ve Tedavi Dışındaki Sunulan Hizmetlerden Kaynaklanan Sorunlar

Hastanelerde oluşturulan adli tıp birimlerince; mahkemeler, cumhuriyet savcılıkları ve kolluk kuvvetlerinin resmi yazılarına istinaden, gözaltı giriş-çıkış muayeneleri raporları, darp-cebir kati raporları, yatan adli vakaların kati adli raporları, cinsel saldırı muayene raporları, kan etanol muayene raporları, aile içi şiddet ile ilgili adli işlemler (bilgilendirme, yönlendirme, ihbar, bakanlık bildirim), mahkemelerin dosya üzerinden raporlandırımları, kadın sığınma evine teslim edilecek kadınların ve Çocuk Esirgeme Kurumuna teslim edilecek çocukların durum tespit raporları, DNA için kan ve numune alımı, ölüm bildirim sistemi organizasyonu ve hekimlerin-personelin sağlık hukuku konusunda danışmanlığı ve eğitimi hizmetleri verilmelidir.

Adli tabiplik hizmetlerinin ilgili mevzuatlar dikkate alınarak ve insan haysiyeti ile temel hak ve hürriyetlerinin mahiyetine uygun olarak yürütülmesi gerekmektedir. Böylelikle bu hizmet ile ilgili olarak ulusal, uluslararası yargı kuruluşları ve diğer

³⁰¹ İş Sağlığı ve Güvenliği. Prof. Dr. Nazmi Bilir, Prof. Dr. Ali Naci Bilir. Hacettepe Üniversitesi Yayınları. 3. Baskı. Ankara- 2014. s. 442-443.

kuruluşlar nezdinde oluşabilecek sorunlar önlenmiş olacaktır. Ayrıca sağlık personeli hakkında ileri sürülebilecek haksız ithamlar da önlenmiş olacaktır.

Sağlık personelinin, adli olaylardan ve raporlamadan çekinmeleri (mahkemeye gitme , hata yapma, güvenlik sorunları), adli olaylarla uğraşmanın teorik ve pratik ekstra bilgi gerektirmesi, adli birime gelen hasta profilinin diğer hasta profillerinden farklı olması (madde bağımlılığı, kişilik bozuklukları, suça yatkın olmaları), çalışan personelin psiko-sosyolojik etkilenmesi (cinsel istismar, çocuk istismarı aile içi şiddet) ve performans ödemelerinden yeterli ücret alamama adli tıp hizmetlerinin yürütülmesinde sorunlara neden olmaktadır.

Sağlık kuruluşlarında görüşme ortamının; uygun fiziksel koşullara sahip olması (ışık, havalandırma, bekleme odası, muayene/görüşme odasının boyutları 12 m²), mahremiyet ve gizliliğinin sağlanmış olması, görüşen ve görüşmecinin güvenlik ve emniyeti sağlanmış olması ve yeterli olanakların (parmaklık fiziki şartlar) sağlanmış olması gerekmektedir. Bunların yerine getirilmemesi idari sorumluluk getirecektir.

663 sayılı KHK'da ve buna bağlı çıkarılan yönetmelik ve genelgelerde adli tıp hizmetleri tanımlanmamıştır. Adli Tıp hizmetlerinin yürütülmesinde; Adli Tıp Kurumu ve Üniversitelerin Adli Tıp Anabilim Dallarının sorunun üzerine yeterince eğilmemeleri sonucu bu sorun sadece Bakanlığımız bünyesindeki kurumların sorunu gibi bir algılamaya oluşturmaktadır. Aslında, Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün yayınladığı 22.09.2005 tarih,13292 sayılı Adli Tabiplik Hizmetlerinin Yürütülmesinde Uyulacak Esaslar Genelge' sinde Hizmetin İl İçi Düzenlemesi: İl Sağlık Müdürlüklerince Yapılacak İşlemler ve Alınacak Tedbirler başlığı altında yer verilen;

2.2.b Maddesi “adli tıp hizmetleri, Adli Tıp Kurumu'na bağlı birimler ve adli tıp anabilim dalı olan üniversitelerin bulunduğu il ve ilçe merkezlerinde, bütünüyle bu kurumlar tarafından veya bunların yanı sıra Bakanlığımıza bağlı sağlık kuruluşları tarafından desteklenerek birlikte yürütülecek; bu kurumların bulunmadığı yerlerde ise bütünüyle Bakanlığımıza bağlı sağlık kuruluşlarınca yerine getirilecektir.”

2.2.e Maddesi “yataklı tedavi kurumlarında adli tabiplik hizmetleri varsa adli tıp uzmanları sorumluluğu altında yürütülecek; yoksa acil servis veya başhekimlikçe belirlenecek başkaca bir birim, bu hizmetlerden birinci derecede sorumlu olmak üzere görevlendirilecektir.” denilmiştir.

Sağlık Bakanlığı, Adalet Bakanlığı ve TTB tarafından yapılan protokolle TTB tarafından IRCT desteği ile hazırlanarak oluşturulan İstanbul Protokolü eğitimi ile iki

binin üzerinde Sağlık Bakanlığı çalışanı hekim eğitimi yapılmıştır. Bu eğitimle insan haklarına uygun adli muayene, işkence ve zalimane davranışları engelleme ve ülkemizin AİHM nezdinde tazminat ödemeye mahkum edilmesinin önlenmesi amaçlanmıştır. Ancak bu eğitimi alan hekimlerin çok azı bu alanda çalışmaktadır. Bu da ilerde yine ülkemizin bu tazminatları ödeme olasılığını artırmaktadır. AHİM' in verdiği kararlara bakacak olursak bu tür ihlallerde daha sonra ki olayları da önleme amacıyla ihlali oluşturan kişi ve uygun şartları sağlamadığı için yöneticilere bu tazminatların rücu etmesi gerektiğini de kararlarında belirtmektedir³⁰².

Hastanelerde diğer bir önemli konuda mahkum hastaların ayaktan ve yatarak tedavileridir. Bu muayeneler sırasında kolluk kuvvetleri kelepçeyi çıkarmak istememekte, çıkarsa bile görme ve duyma mesafesi kadar uzaklaşmayı kabul etmeyerek hasta ve insan haklarını ihlal etmektedirler. Hasta olan tutuklu, hükümlü ve gözlem altında olanlardan zorla biyolojik örnek alımı istenmektedir. Üzülerek belirtmek gerekir ki birçok sağlık çalışanı bu isteklere boyun eğmektedir. Bu durum hem yasal hem etik ihlallere neden olmaktadır. Ayrıca mahkum koğuğu olan bazı hastanelerde yatan hastanın yanına girip çıkmada, mahremiyetine uygun muayene etme konusunda sıkıntılar oluşmaktadır. Bunun nedeni bu yerlerin ceza ve tutukevi olarak değerlendirilip ceza ve tutukevleri yönetmeliklerinin uygulanması kaynaklanmaktadır. Bu arada sağlık çalışanlarının mesleki etik kuralları uygulamak istemeleri onları, kolluk kuvvetleri karşısında güvenilmez ve bu kişilere yardım ve yataklık eden insanlar olarak değerlendirilmelerine neden olmaktadır. Unutmamak gerekir ki bu tür ihlallerin yapılması ile ülkemiz her yıl artan şekilde tazminat ödemeye mahkum edilmektedir.

4.2.22. Hemşirelik Mesleği Sorunları

Ülkemizdeki sağlık sisteminde geleneksel sağlık anlayışı hakimdir. Hastanın merkezde olmadığı, hasta hakkında karar verenin tek başına hekimin olduğu bu anlayışın değişmesi gerekiyor. Sağlık bir ekip işi olarak kabul edilmelidir.

Hemşirelik; temel eğitiminde, mezuniyet sonrası eğitimde, kendi hizmetlerinin yönetiminde, mesleğini düzenleyen yasa ve yönetmeliklerde çok ciddi sorunları olan, mesleki deontoloji tüzüğu olmayan, kısacası kendi kendini denetleme ve

³⁰² İşkencenin Önlenmesine İlişkin Hukuk El Kitabı. Kerem Altıparmak, Bahattin Özdemir, Hülya Üçpınar. TTB Yayınları. 1. Baskı. 2009- Ankara

geliştirme mekanizmalarının neredeyse tümünden yoksun bir meslektir. Yetkililerin nerede boşluk varsa orada kullandığı bir mesleğin mensubu ve belirli çevrelerin iktidar oluşturabilmeleri ya da var olan iktidarlarını sürdürebilmeleri için bir kaynak olarak gördükleri bir meslektir.

Bakım Hizmetleri Müdürünün, hemşire olma zorunluluğunun olmaması 663 sayılı KHK'da (madde 32/2) belirtilmiştir. Türkiye Kamu Hastaneleri Birliği bünyesindeki hastanelerde "Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürlüğü" kadrolarına tercihen hemşirelik veya sağlık kurumları işletmeciliği alanında lisans üstü eğitim alanlar olmak üzere, alanlarında en az lisans eğitimi almış hemşire ve ebelerin atanacağı hükmüne yer verilmesi gerekmektedir. Ayrıca Kamu Hastaneler Kurumu'ndaki; Hastane Hizmetleri Başkan Yardımcılığı kademesi altında "Sağlık Bakım Hizmetleri Daire Başkanlığı" ve Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'ne bağlı, "Sağlık Bakım Hizmetleri Başkanlığı" birimlerinin kurulması gerekmektedir. Sağlık Bakanlığı'nın 2012 verilerine göre; toplam 698.519 sağlık personelinin 175.760 (%25) sayısı en yüksek oranı ebe ve hemşirelerden oluşmaktadır. Hastanelerin çeşitli hizmet alanlarında en fazla sayılı çalışanı olan ebe ve hemşirelerin kendi hizmet alanına giren iş ve işlemlerin yönetim ve organizasyonunun da kendi meslek mensupları tarafından yürütülmesi profesyonel meslek ölçütleri açısından gerekliliktir.

Hemşirelik ve ebelik hizmetleri alanında çalışanlarının ücret yetersizliği diğer önemli bir sorundur. Hemşire ve ebelerin ücretlerinin diğer sağlık personeli ile birlikte iyileştirilmesi gerekmektedir. Hemşire ve ebeler için performans kriterlerinin oluşturulması ve bu kriterlere göre yapılan tüm hemşirelik, tedavi ve bakım hizmetlerinin ücretlendirilmesi, verdikleri hizmetin önemi ve yoğunluğu doğrultusunda iyileştirilmesi yerinde olacaktır. Tüm sağlık çalışanları için fiili yıpranma tazminatının yürürlüğe konulması ve ek ödeme tutarının emekliliğe de yansıtılması gereklidir. Sağlık çalışanlarının bütüncül bir yaklaşım anlayışıyla, takım/ekip halinde sunduğu sağlık hizmetlerinde sadece hekim merkezli uygulanan performansa dayalı döner sermaye sistemi, diğer sağlık çalışanları arasında mutsuzluğa ve memnuniyetsizliğe yol açmaktadır.

Sağlık Bakanlığı Etik Kurul Ekibinde ve Yüksek Sağlık Şurası'nda hemşirelerin yer almaması büyük sorunlara yol açmaktadır. 2 Kasım 2011 tarih ve 28103 (mükerrer) sayılı Resmi Gazete' de yayımlanan 663 sayılı Sağlık Bakanlığı'na Bağlı Kuruluşların Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname'nin 23 üncü maddesinin 1inci bendinde belirtilen konularda görüş bildirmek üzere oluşturulması gereken Sağlık Meslekleri Kurulu'na, aynı maddenin 2

inci bendinde sayılan üyelere, hemşireleri temsil eden meslek kuruluşu temsilcisinin de dahil edilmesi demokratik toplum olmanın bir gereğidir. Çalışılan iş dalında malpraktis olgularında karar verme sürecinde yer alacak yetkin bir temsilcinin bulunması gerekir. Şu an ki mevcut durumda hekimlerden oluşan bir kurulun hemşirelik uygulamaları hakkında karar vermesi etik ve bilimsel değildir. Ayrıca; malpraktis davalarında mağdur olan ebe ve hemşirelere de zorunlu mesleki mali sigorta güvencesinin verilmesi hakkaniyet ilkesine uygun olacaktır.

Hemşirelerin özel dal ve uzmanlık alanlarına göre istihdam edilmesi sunulan hizmetin kalitesini ve hasta memnuniyetini olumlu yönde etkileyecektir. 25/02/1954 tarih 6283 sayılı Hemşirelik Kanunu'nda ilgili madde de değişiklik yapılması neticesinde madde 8 (değişik: 25/4/2007-5634/4 md.) "lisans mezunu hemşireler meslekleriyle ilgili lisansüstü eğitim alarak uzmanlaştıktan ve diplomaları Sağlık Bakanlığı'nca tescil edildikten sonra uzman hemşire olarak çalışırlar" hükmünce Maliye Bakanlığı'ndan ilgili kadroların ivedilikle tahsis edilmesinin talep edilmesi gerekmektedir. Hemşirelikte kariyer basamakları oluşturulmalıdır. Eğitim ve öğretim durumuna göre (lisans ve lisansüstü eğitimlere) ve hizmet verilen görev yerine (yoğun bakım, acil de uzun süreli görev yapılan alanlarında özellik verilebilir.) göre branşlaşma sağlanmalıdır. Ülkemizde temel eğitim sonrası akademi dışında branşlaşma olanakları yoktur (ameliyathane hemşireliği, yoğun bakım hemşireliği, onkoloji hemşireliği vb.). Ancak hastanelerde uzun süre çalışarak alaylı olarak söyleyebileceğimiz hemşireler kendi içlerinde gereksinimler doğrultusunda gayri resmi branşlaşmışlardır. Hiçbir yerden ve çalışanlardan görüş alınmadan bu personellerin yeri değiştirilmektedir. Yıllarca onkoloji hemşireliği yapmış hemşireler çok farklı alanlarda çalıştırılabilmektedir. Bu durum mesleki doyumu azaltarak tükenmişliği artırmaktadır.

Ebe ve hemşire eğitiminde ülkemizde bir standardizasyon oluşturulmamıştır. Aynı hizmeti veren lise mezunu ebe ve hemşirelerle, lisansiyer konumdaki ebe ve hemşirelerin aynı ortamda birlikte çalışması iş barışını bozduğundan, bu durum iş verimi ve hizmet kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Tüm ebe ve hemşirelerin alanlarında lisansiyer paydasında birleşmiş olması, çalışanlar arasında olumlu sinerji yaratacağından, iş verimi ve hizmet kalitesi artacağından, hasta memnuniyeti de sağlanmış olacaktır.

İşyerlerinde kreş, çocuk bakımevi vb. bulunmaması veya yeterince olmaması sonucu, bakımdan sorumlu meslek mensupları kendi çocuğunun bakımını yeterince gerçekleştirememektedir. Nöbetli kuruluşlarda çalışılması nedeniyle süt izinlerinden düzenli yararlanamamaktadırlar.

Hemşire sayısının yetersiz olması sonucu iş yoğunluğu ve nöbet sayılarındaki artış, aşırı derece de yıpranmaya neden olmakta, aile ve sosyal yaşamı olumsuz etkilemektedir. Görev yetki ve sınırlarının belli olmaması; iş yerlerinde ara meslek elemanı olarak görülmelerine neden olmakta ve evrak takibi, sekreterlik gibi işlerde çalıştırılmaktadırlar. Ayrıca yardımcı sağlık personeli olarak adlandırılmaları da hemşire ve ebeleri olumsuz etkilemektedir.

4.2.23. Kalite ile İlgili Sorunlar

Kalite iyileştirme bir felsefe olarak kabul edilmeli ve her sağlık kuruluşu kalite iyileştirme programlarının uygulanması için hem kendini, hem de diğer kurumları zorlamalıdır. Ulusal kalite yaklaşımı sürekli kalite yaklaşım programlarının yol gösterici olabilir, ancak ulusal programlar geliştirilinceye kadar her kurumun bu konuda çalışmalara başlaması şarttır. Kalite iyileştirme programlarının belli bir yarar sağlayabilmesi için enformasyon altyapısının elden geçirilmesi ve bu programlara destek olabilecek hale getirilmesi gereklidir. Ulusal kalite programları ülkemiz gerçeklerine uygun ve ekip çalışması (her sağlık personeli grubundan temsilcinin bulunduğu bir ekip) ile oluşturulmalıdır.

Tıbbi hizmetlerde farklılıkları en aza indirebilmek ve kalite farklılıklarını azaltabilmek için tıbbi uygulamalar standardize edilmelidir. Klinik uygulama rehberleri bunun en iyi yoludur. Kanıta dayalı rehberler bugün gelişmiş ülkelerde yaygın olarak kullanılmakta ve klinik sonuçlarda belirgin iyileşmelere neden olmaktadır. Uzmanlık derneklerince kendi dallarına ve ülkemiz şartlarını göz önünde bulundurarak rehberler oluşturulmalıdır.

Hastalara karar verme, tedaviyi uygulama ve benzeri konularda sorumlulukları olduğu ve hekim ile birlikte bu sorumluluğu paylaşmaları gerektiği kavramı geliştirilmelidir. Bu kavram kalite iyileştirmede önemli rol oynayacaktır.

Tüm sağlık kurumları ve çalışanlarının sağlık ile ilgili bilgilere hızlı ve kolay ulaşmalarını sağlayacak sistemler geliştirilmelidir. Bu sistemler aracılığı ile en son bilgilere ulaşabilecekleri gibi kendi uygulamalarını kıyaslayacak bir ortamda bulabileceklerdir. Ancak sistemlerin hasta bilgilerinin gizliliğine zarar vermeyecek şekilde geliştirilmelidir. Merkezi bir tıbbi hata bildirim sistemi, tüm kanıta dayalı geliştirilmiş rehberlerin bulunduğu bir site kolaylıkla yapılabilecek ilk uygulamalar olmalıdır.

Eğitim kurumlarının programlarında kalite, epidemiyoloji, iletişim teknolojileri ve kullanımı, sonuçların ölçülmesi için gerekli yöntemler ve uygulamaları gibi

konuların yer alması, yeni sağlık çalışanlarını kalite dünyasına daha çabuk uyum sağlayacak hale getirebilir. Kalite birimlerinin bu konuda uzmanlaşmış ve eğitim almış kişilerden oluşturulması gerekmektedir.

Sağlık alışanlarının büyük çoğunluğu kalite hareketine şüphe ile yaklaşmaktadır. Bazılarına göre bu programlar hasta bakımı ve klinik sonuçları iyileştirmeye yeterli değildir. Bazılarına göre, kalite iyileştirme programları süreçlerin iyileştirilmesini de beraberinde getirmektedir, bu da sağlık çalışanlarının şimdiye kadar alıştıkları uygulamalardan vazgeçmelerine ve yenilerini renmelerine neden olacaktır. Kalite iyileştirme programları sadece sağlık harcamalarını azaltıcı gelirleri arttırıcı bir yöntem olarak görenler de bulunmaktadır.

Hasta uyumsuzluğu, sağlık personelinin mutsuzluğu; iyi olmayan klinik sonuçlara, artan sağlık harcamalarına yol açmakta ve genel olarak sağlık hizmeti kalitesini etkilemektedir.

Önlenebilir tıbbi hataların fazlalığu sistemin sorgulanmasını ön plana çıkarmaktadır. Bunların görülmesinin en önemli nedeni kanıta dayalı tıp uygulamalarından sapmalardır. Tıbbi hataların önlenebilmesi ancak bunların sistemin bir parçası olduğunun kabul edilmesi ve buna yönelik sistem ve süreçleri sorgulayan ve iyileştirmeyi sağlayan programların geliştirilmesi ile mümkün olacaktır.

Hastanelerde yapılan işlemlerin kalite standartlarına uygun olması bu işlemlerin hukuka uygun olduğunu göstermez. Buna rnek olarak birçok aydınlatılmış onam formu ve telefonla order alma formlarının kaliteden onay almış belgeler olmasına rağmen hukuka uygun değildirler.

4.2.24. Teknik Servis Desteği ile İlgili Sorunlar

Asansör birimi, bina otomasyon birimi, elektrik arıza birimi, ısı merkezi birimi, klima arıza birimi, mekanik ve sıhhi tesisat birimi, telefon santrali ve arıza birimi, tıbbi gaz birimi, yangın otomasyon birimi, inşaat onarım birimi ve bilgi işlem destek birimi gibi çok geniş ve farklı alanda iş üretmekte olan bir servistir. Çoğu hastanemizde profesyonelleşmeye gereksinim duymaktadır. Personel sayısında ve kalitesinde sıkıntı vardır. Hastanelerde teknik konularda gereksiz yatırımlarda da bulunmaktadır. Örneğin alıştığım hastanede sunta kaplama makinası alınmıştır. Tıbbi alet bakımlarında yetersizlikler vardır. Büyük hastanelerde elektronik mühendisi ve biyofizik mühendisi görevlendirmesine kanaatimizce gereklilik vardır.

BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA

Sağlık, Birleşmiş Milletler Evrensel Beyannamesi'nde ve Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi'nde doğuştan kazanılmış bir hak olarak tanımlanmış ve bu hakkı garanti etme sorumluluğu devletlere verilmiştir. Ülkemizde 1980'den sonra neoliberalizm uygulamaları sonucu, devlet sağlık alanında hizmet sunucu olmaktan uzaklaşmış, daha çok denetim ve düzenleme görevi üzerine odaklanmıştır. Hastanelerin idari ve mali yönden özerkliğe kavuşturulmaya çalışılması, kendi gelirleriyle giderlerini karşılayan işletmeler haline getirilmesi, piyasa ve kar odaklı yaklaşımların olması işleyişte sorunlara yol açmaktadır. Özellikle 663 sayılı KHK ile yapılan düzenlemeler, Bakanlığın merkez yapılanmasında ve hastanelerin yönetim organizasyonlarında önemli değişiklikler yapılmıştır.

Hekim odaklı tıbbi uygulama hataları, sağlık organizasyonuna bağlı tıbbi uygulama hatalarına dönüşmeye başlamıştır. Tıbbi hataların çoğunun, sağlık organizasyonundan kaynaklandığı görülmektedir. Hastalarda zarar oluşturan durumlar ve sağlık hizmeti sunan kurum veya personelin sorumluluğunu doğuran olaylar, medikal olayların yanında, idari (yönetmel) ve etik olaylardan da kaynaklanmaktadır.

Kamu Hastane Birliklerinde merkez teşkilatından, taşra teşkilatına kadar yönetici sorumlulukları, sağlık hizmetinin kötü, hiç ve geç işlenmesi halinde yöneticilerin (neden muhatap alınacağı) sorumlulukları, yönetim organizasyonun neden olduğu sorunlar, yeni düzenlemelerin hastanelerin yönetim organizasyonunda oluşturduğu değişiklikler, hastane yöneticilerinin tıbbi hatalar karşısında sorumlulukları ve sağlık sektöründe oluşan hataların tartışılması gerekmektedir. Bu tartışmalar sonucunda, ülkemiz gerçeklerine ve gereksinimlerine uygun bir sağlık politikasına ulaşma yolunda adımlardan biri olma amaçlanmaktadır.

5.1. YÖNETİM-ORGANİZASYON VE PERSONEL REJİMİ BOYUTU

Kamu hastanelerinde yaşanan en önemli sorunlar, profesyonel yönetici eksikliği, aşırı merkezileşme, çağdaş işletmecilik anlayışıyla yönetilememe, uzman personel eksikliği ile yöneticilerin yardımcılarını seçmemesi olarak sıralanmaktadır. 663 sayılı KHK ile sağlık sisteminin daha etkin yönetilmesi, kişisel ve kurumsal uzlaşmanın sağlanması, bürokrasinin azaltılması ile hizmet sunumu ve karar

almada hız ve etkinliğin arttırılması, Bakanlığın her kademesinde idari ve mali verimliliğin geliştirilmesi hedeflemiştir. Özerk ve merkeziyetçilikten uzak bir yapılanma olması istenmekteydi.

663 sayılı KHK 27/1 ve 28/1 maddelerinde Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu ve Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü kendi bütçesi olan tam özerk kurumlar olarak tanımlanmıştır. Ancak madde 26'da Türkiye Halk Sağlığı Kurumu ve madde 29'da Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu sadece "... Bakanlığa bağlı kurulmuştur." denilerek özel bir bütçe ve özerklikten bahsedilmemiştir.

Sağlık Bakanlığı Hukuk Müşavirliği'nden, Bakanlık ve Bağlı Kuruluşlarının Taşra Teşkilatlarının İşleyişi ile İlgili 2013/3 sayılı, 04.07.2013 tarihli Genelge yayınlanmıştır. Bu Genelge' de 02.11.2011 tarihinde yürürlüğe giren 663 sayılı KHK'nin uygulanmaya başlamasından Genelge'nin yayınladığı tarihe kadar geçen sürede, yeni yapılanmanın merkez ve taşra işleyişi en üst düzeyde yakından izlendiği belirtilmiştir. Halk Sağlığı Müdürleri ve Genel Sekreterler, Vali ve Merkez Teşkilatı ile ilişkilerini İl Sağlık Müdürü üzerinden yürüteceği söylenmiştir. Böylece Bakan değişimi ile 663 sayılı KHK'ya farklı bir yorum getirilerek eski yönetim organizasyon yapısına daha yakın bir yapılanmaya doğru dönüşüm başlamıştır. Bu durum, yerinden yönetim ve özerklikle hedeflenen, hizmet sunumu ve karar almada hız ve etkinliğin arttırılmasını kanaatimizce engellemiştir. 663 sayılı KHK'nin sağladığı değişikliklerle oluşturulmaya çalışılan yapılanmanın, devletin sağlık hizmeti sunumundan çekilmesi ile ilgili bir yapılanma olduğu ve Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın, sağlıkta sadece piyasa ekonomisi kurallarının uygulanmasını beraberinde getirdiği düşüncesini oluşturmaktadır.

02.01.2014 tarihli 6514 sayılı Kanun'un 3. maddesinde 663 sayılı KHK'nin 32 nci maddesi değiştirilmiştir. Son değişikliklerle taşra teşkilatı üst yönetiminin çalışacağı ekibi seçme şansı ellerinden alınmıştır. Sözleşmeli olarak çalışan üst yönetimin sözleşmelerinin yenilenme şartı başarılı olmalarıdır ve başarı kriterleri belirlenmiştir. Ancak seçme şansına sahip olmadıkları ekiple yaşanan başarısızlıklarının sorumlusu olarak değerlendirilip iş sözleşmelerinin sonlandırılması adil değildir. Bu durum iş barışını bozmakta, özgür karar ve etkileşim içinde çalışan yönetici profilini bozmaktadır. Gergin ve iş güvencesinin tehlikede olduğu ortamda çalışmak iş konsantrasyonunu ve üretim verimini olumsuz etkileyeceğinden istenmeyen durumlara yol açabilecektir.

Hastane üst yöneticiliklerinde oluşturulan yatay yapılanma kanaatimizce de çok doğrudur. Teşhis-tedavi hizmetlerinin, bakım hizmetlerinin ve idari-mali işlerin

birbirinden ayrılarak eşit statüde temsil edilmesi uygun bir yaklaşımdır. Ancak sağlık hizmeti sunumunda yürütülen işlerin, sınırlarının bazen çok net olmayan unsurlar içerdiği göz ardı edilmemelidir.

663 sayılı KHK'nın yürürlüğe girdiği 2011'den sonra Anayasa'ya aykırılık nedeni ile iptal davası açılmış bazı maddeleri iptal edilmiştir. Kanaatimizce 663 sayılı KHK'nın büyük kısmı Anayasa'ya aykırılık içermektedir. Anayasa Mahkemesi siyasi bir karar vermiştir. 2013'de Taşra Teşkilatı üst yönetimi revizyonu için genelge yayınlanmış, 02.01.2014 tarihli 6514 sayılı torba yasa ile dokuz maddesi değiştirilmiştir. Yine bu torba yasa ile 1219 sayılı Kanun, 2547 sayılı kanun, 3359 sayılı Kanun, 2238 sayılı Kanun, 209 sayılı Kanun ve 5258 sayılı Kanun değiştirilmiştir. Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde daha önce de birçok sağlık mevzuatında değişiklikler yapılmıştır. Yapılan yeni değişikliklerle birlikte Yataklı Kurumlar Tedavi Yönetmeliği gibi eski mevzuat revize edilmeden uygulamada tutulmuştur. Anılan bütün bu nedenlerden dolayı ciddi bürokratik karışıklıklar, evrak kirliliği ve uygulama hataları oluşmaktadır.

Ülkemizde hekim hatalarını değerlendiren özel bir malpraktis yasası yoktur ve şu anda geçerli olan yasal süreç oldukça yavaş işlemekte, davaların sonuçlanması yıllar sürebilmektedir. Yasal sürecin uzun olması başlı başına bir ceza olarak algılanmaktadır. Bu konuda hem işleyişi hızlandıracak, hem de bilirkişilik yapan kurumların daha objektif çalışmasını sağlayacak uygun yasal düzenlemelerin yapılmasına gereksinim duyulmaktadır.

Çalışmamızın yapıldığı ana kadar, afilyasyon ile ilgili ülkemizde on beş uygulama yapılmıştır. Her uygulama kendine özgü özel sorunlar barındırmaktadır. Bunların başında kurum kültürü farklılıkları ve bunun oluşturduğu çatışmalar gelmektedir. Bizim de gözlemlediğimiz İzmir Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi ve Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi afilyasyonunda bir asrı geçen bir kurum kültürü olan Sağlık Bakanlığı Hastanesi, daha yapılanması yeni olan bir Üniversite Tıp Fakültesi tarafından yönetiliyormuş gibi bir algılamaya neden olmuş, yetişmiş ve konusunda çok değerli hekimlerin bazıları hastaneden ayrılmışlardır. Kalan diğer hekimlerde de korku, kırgınlık, kızgınlık ve gelecekleri ile ilgili belirsizlik duygularından dolayı isteksizlik ve verimsizlik oluşmuştur. Her iki kuruma bağlı hekimler (bireysel açıdan sorumlu ve birbirleriyle sorunlu olmasalar da) aralarında çalışma barışı bozulmuştur. Afiliye edilen kurumların döner sermaye mevzuatlarının ortaklaştırılması ve aynı kriterlere göre ödeme yapılması önemlidir. Kanımızca; afilyasyon Sağlık Bakanlığının Eğitim ve Araştırma Hastaneleri dışındaki hastaneleri

ile yapılmalıdır, böylece eğitim ve araştırma hastanesi olmayan hastanelerin statüleri ve hizmetleri geliştirilmiş olacaktır.

5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun'un 09.12.2004 tarihinde Resmi Gazete' de yayınlanması ile beraber zaten yeterli olmayan 2. ve 3. basamak sağlık kuruluşlarındaki sağlık personeli (pratisyen hekim, hemşire, ebe) daha da azalmıştır. Sözleşmeli bir kadro ile çalıştırılmak istenmelerine rağmen, cazip görünen ücret politikaları ve mevcut kadrolarında kaldıklarında geçici görevlere gönderilme kaygısı ile aile hekimliği uygulamasına geçmişlerdir. Bir program çerçevesinde yapılmayan bu yer değişiklikleri özellikle acil servisler başta olmak üzere hastanelerde büyük personel eksikliklerine yol açmıştır. Bu eksiklikler geçici görevlendirmeler ile çözülmeye çalışılmıştır. Acil servislerde, deneyimsiz ve bu alanda eğitimsiz sağlık personelinin istekleri dışında çalıştırılması çeşitli sorunlar yaratmıştır. Bu nedenle oluşabilecek tüm hatalar yönetim sorumluluğundaki hatalardır.

Ayrıca aile hekimliği uygulaması ile uygulanmaya geçileceği iddia edilen sevk zincirinin oluşturulamaması; 2. ve 3. basamak sağlık kuruluşlarının yoğunluğunu, azalan personeli ile birlikte daha da artırmıştır. Alt basamak hastanelerde yapılabilecek cerrahi girişimlerin, kontrol mekanizmalarından geçmemesi nedeniyle eğitim ve araştırma hastanelerinde yapılan üst grup (A sınıfı) operasyonların sayısını azaltmakta, Eğitim ve Araştırma Hastanelerinin gerçek işlevlerine engel olmaktadır. Bu durum randevuların uzamasına, acil hizmet alması gereken hastaların mağduriyetine neden olmaktadır.

Birliklerin gerek kamu ihale mevzuatı gerekse kamu mali yönetimi ve kontrolü hükümlerine tabi olması birliklerin özerkliğini olumsuz yönde etkileyebilecektir. Çünkü sağlık hizmetlerinin sunumunda bağlı bulunan mevzuatın gereğinden çok olması, hizmet sunumunda bazı zorluklarla karşı karşıya kalınmasına neden olmaktadır. Örneğin; acil bir satın alma işleminde ihale sürecinin uzaması, ihale iptali sonucu ortaya çıkacak gecikmeler ve yerinde çözümlenememesine engel olması sağlık hizmeti sunumunu önemli ölçüde olumsuz etkileyecektir. Bu nedenle mevzuat hükümlerine tabi olma konusunda hastane hizmetlerinin nitelikleri dikkate alınarak bazı ayrıcalıklara yer verilmelidir. Kamu İhale Kanununda fiyat dışı unsurların incelenerek bunlarında göz önünde bulundurulması gerekmektedir.

Öte yandan Kamu Hastaneler Birlikleri'ne toplu olarak mal ve hizmet satın alma yetkisinin tanınması, birliğe bağlı hastanelerin hizmet maliyetlerini önemli

ölçüde düşürmesi sonucu ekonomiklik ölçütü açısından önemli bir performans artışı sağlamasına neden olacaktır. Ayrıca birlikler arasında yardımlaşma ve dayanışmayı da arttıracaktır. Ancak bu ciddi bir yönetim-organizasyon gerektirmektedir. Mevcut durumun işleyişi oldukça hantaldır. Örneğin; Kamu İhale Kanununda bir sarf malzemesini alamama riskine karşı sunulan alternatif yollar alım-satım işleminin hızlı sonuçlanmasına engel olmaktadır.

Personel eksikliği, özellikle hekimlik uygulamalarında üstlenme kusuruna da neden olmaktadır. Asistan hekimlerin uzman kaşeleri ile konsültasyonlarda, acil serviste, polikliniklerde ve kliniklerde uzman adına hasta bakmaları hukuki sorunlara yol açacaktır. Hastanelerde, temel tıp bilimleri asistanlarının uzman denetimi yetersizliği ile acil karşılama nöbetlerinde görevlendirilmesi görülmektedir. Sağlık hizmetleri, önceden yoğunluğunun belirlenmesinin olanaklı olmadığı ve yavaşlatılması veya aksatılmasının düşünülemeyeceği hizmetlerdendir. Kriz yönetiminin iyi yapılamaması, personelin hata yapmasını arttıracak şartlarda ve ortamlarda çalıştırılması da bir yönetim organizasyon kusurudur.

Hekimler, tıbbi hataları en çok etkileyen olası faktör olarak kısa zamanda çok sayıda hastayı muayene ve tedavi etme baskısını algılamaktadırlar. Hekimler yoğun çalışma ve iş yükünden kaynaklanan bitkinlik, yorgunluk ve motivasyonsuzluğu da önemli tıbbi hata nedenlerinden görmektedirler. Hemşire sayısının yeterli olmaması, hemşirelikte branşlaşmaya yeterince gidilmemesi de diğer önemli bir sorundur. Hastaların bakımı için yeterli sayıda hemşire olmaması, hizmeti aksatmanın yanında hekim ve diğer personelle hemşire çatışmasını arttırmaktadır. Ayrıca yoğun iş yükü, takip ve özen gerektiren bakım hizmetlerinde birçok hata yapılmasına da neden olmaktadır. Dış hizmet alımı ile çalıştırılan personelle, hastanenin diğer personelleri arasında koordinasyonsuzluk olması ve farklı ücret politikası uygulanması başka bir sorundur. Personelle ilgili değindiğimiz bu sorunlar da hatalara neden olmaktadır ve bunları yönetim-organizasyon kusuru olarak değerlendirebiliriz.

Hastanelerde yaşanan en büyük problem görev tanımlarının iyi yapılamamış olmasıdır. Bunun yanında genel idari grubun, hekim grubuna, sağlık teknisyenleri grubuna, sağlık hizmetleri gruplarına lojistik destek sağladıklarını unutmamalıdır. Hastaların sağlık personelinden görmek istedikleri ilginin aynısını, sağlık personeli de, idari personelden görmek istemektedirler.

SGK tarafından çıkarılan Sağlık Uygulama Tebliği'ndeki düzenleme ve kısıtlamalar, sunulan sağlık hizmetini doğrudan etkilemektedir. Bu düzenlemede geri ödeme ile ilgili getirilen kısıtlamalar, bazı hasta ve hastalıklarda tıbbi gerekliliklerle

yapılması gereken işlemlerin, maddi açıdan karşılanamaması, hastaların zararına neden olan durumların yaşanmasına yol açmaktadır. Bu durumun oluşturduğu hukuki sorumluluklar vardır.

5.2. ÜCRET VE SOSYAL HAK BOYUTU

Sağlık sektöründe, çalışan hakları açısından ciddi sıkıntılar vardır. Ücret bu haklar içinde sağlık çalışanını en çok zorlayan haklardandır. Bizim düşüncemize göre performans sistemi de başarılı değildir. Performans kriterleri kalitatif değil kantitatif olarak belirlenmiştir. Çalışma barışını bozmuştur. Sağlık hizmeti gibi para ile ölçülemeyecek bir işin yapılması, bazı hizmetlerin gelir getirmemesinden kaynaklanan ve bu hizmetleri veren personelin mağdur edilmesi sorunlar yaratmaktadır. Diğer bir sorun da getirisi olan işlemler yapılması, getirisi olmayan işlerin yapılmama olasılığının ortaya çıkmasıdır. Getirisi olmayan işleri yapmak zorunda olan personelin mağdur edilmesidir. Performans politikası nedeniyle bazı sağlık personeli, gereksiz işlem ve kalitesiz, ancak sayısal bakımdan fazla işlem yapma eğilimindedir. Mesleki etik ve hukuk ihlallerine neden olmaktadır. Performans ödemeleri ile herkesin çok kazandığını zannettiği sağlık çalışanları, kamuoyu tarafından yanlış değerlendirilmektedir. Performans ödemelerinin emekliliğe yansımadağı ve sadece aktif çalışılan gün bazında hesaplandığı bilinmektedir. Ayrıca sağlık personeline yıpranma tazminatı da ödenmemektedir. Performansa göre ödeme, sağlık çalışanlarının izin bile kullanamamalarına neden olmaktadır. Birçok adaletsizlik ve kalitesizliğe neden olan bu sistemden bir an önce adaletli bir ücretlendirme sistemine dönülmelidir. En uzun, pahalı ve sıkıntılı eğitimlerden olan tıp eğitimi, artık eski seçim cazibesini kaybetmektedir. Çünkü daha kısa, kolay ve ucuz bir şekilde yaşama atılmayı sağlayan meslek grupları maaş olarak daha iyi koşullara sahip olduğundan insanların seçimi bu yöne kaymaktadır. Araştırma ve geliştirmeye yönelik çalışmalara ayrılan pay da iyi incelenerek, gerçek araştırma gerektiren konulara performans verilip verilmediğinin analizi iyi yapılmamaktadır. Bu nedenlerle ortaya çıkan hatalardan oluşan zararlar, hukuki olarak yönetim-organizasyon kusuru olarak değerlendirilecektir. Sağlık sektöründe performansa dayalı olmayan daha adil ve diğer mesleklerle uyumlu bir maaş politikası geliştirilmelidir.

Bireysel özellikler açısından baktığımızda; sağlık alanında küçük yaşta çalışma çok görülmemekte, ancak oldukça ileri yaşta çalışanlar bulunmaktadır.

Sağlık sektöründe kadın çalışan sayısı diğer sektörler göre daha fazladır. İşyerlerinde kreş, çocuk bakımevi vb. bulunmaması veya yeterince olmaması sonucu, bakımdan sorumlu meslek mensupları kendi çocuğunun bakımını yeterince gerçekleştirememektedir. Bu alandaki mesleklerin hemen hepsi belirli bir eğitimi tamamlamış olmayı gerektirdiği için, çalışanların eğitim düzeyleri yüksektir. Sağlık çalışanları, gece çalışması ve vardiyalı çalışma nedeniyle, diğer kişilerle sosyal açıdan ilişki kurmakta ve ilişkilerini sürdürmekte zorluklar çekmektedirler. Sağlık çalışanları topluma hizmet verirler. Bu hizmeti verirken kimi zaman kendilerinin ve ailelerinin sağlığı konusuna yeteri kadar zaman ayırmakta zorlanırlar. Karşısına hasta olarak gelmiş bir kişiye istirahat veren bir hekim, kendisi aynı şekilde hasta olduğu zaman çalışmasını sürdürmektedir. Bir hekim ağır durumdaki bir hastasını ve başladığı bir ameliyatı çalışma süresinin bitiminde bırakıp gidemez. Hasta sorumluluğunu taşıyan hekim açısından, ölümcül hastalıklar karşısındaki çaresizlik, hastanın ölümü durumundaki üzüntü ve stres, psikososyal sorunlara yol açar.

Amaç rol farklılıkları, sağlık sektöründe örgütsel çatışmaya neden olmaktadır. Sağlık hizmeti profesyonellik ve otonomi isteyen bir iş grubudur. Hekimler diğer tıp personelinin, hemşireler de diğer personelin üstü gibi davranmaktadırlar. Özellikle 663 sayılı KHK ile bahsettiğimiz yatay yapılanma sonucu, mesleki özerklikle haklarını teorik olarak elde eden hemşireler, bu özerkliğin pratiğe de yansımaları istemektedirler. Bu geçiş döneminde yaşanacak özerklik girişimleri ekip ruhunu bozmadan oluşturulmalıdır ve iletişimden kaynaklanan hatalara neden olmadan bu süreç atlatılmalıdır. Çünkü; hekimler ve diğer tüm sağlık ekip üyeleri pek çok yoldan birbirleriyle karşılıklı görev bağımlılığı içindedirler. Birinin yaptığı, kaçınılmaz olarak diğerinin yaptığı işi de etkilemektedir.

Hekimler yalnızca hastaları değil, ameliyathaneleri, ekipmanı, radyoloji gibi hizmetleri, fizyoterapistler gibi yardımcı sağlık personelinin de paylaşmaktadır. Bu paylaşım kaynaklar kısıtlı olduğunda rekabet oluşturmaktadır. Oluşan rekabet en önemli çatışma kaynaklarından biridir, bu ancak yönetimin yapacağı çok iyi organizasyon ve koordinasyonla çözülebilir.

5.3. HUKUKİ BOYUT

Son yıllarda sağlık hukukuna ilişkin birçok kitap ve makale yazılmış, birçok konferans ve toplantı düzenlenmiş olmakla birlikte, hala birçok vatandaşa ve sağlık çalışanına yeterli eğitim verilememiştir. Yazılı ve görsel iletilerle tıp ve sağlık hukuku

alanındaki bilimsel gelişmelere katkıda bulunmak, yeni ve farklı görüşlerin tartışıldığı ve paylaşıldığı platformlar yaratılmalıdır.

Sağlık hizmeti sunucularının; İdare Hukuku, Ceza Hukuku, Disiplin Hukuku, İş ve Sosyal Güvenlik Hukuku, Sigorta Hukuku ve diğer hukuk alanlarında sahip oldukları haklar, üstlendikleri sorumluluklar ve riskler hakkında farkındalıklarını artırmak için hizmet içi eğitimler verilmelidir. Sağlık hukuku, sadece hukukçular üzerinden değil, sağlık çalışanlarının da sürece dahil olarak, multidisipliner bir şekilde yürütülmelidir.

Son zamanlarda bazı sağlık hizmetlerinden kaynaklanan zararlar için Tüketici Mahkemesi'nde dava açılabilmesinin yolunun açılması düşündürücüdür. Kamu hukuku ve özel hukuk alanında tıp mesleğinin barındırdığı kendine özgü riskleri gözetken; sağlık çalışanlarının haklarıyla, hasta hakları arasında dengeyi sağlayan; yalnızca hukukçuların değil, tıp mesleği uygulayıcılarının da katkılarının alındığı sağlık yasalarının hazırlanması ve Sağlık Mahkemeleri'nin kurulması için kamuoyu oluşturmak gerekmektedir.

Aydınlatılmış onam ile ilgili sağlık kuruluşlarının önemli eksiklikleri bulunmaktadır. Hastaya anlatılanların kayda geçirilmesi, kayıtların düzgün tutulması, tıbbi belge ve grafiklerin düzenli olarak arşivlenmesinin sağlık personelinin en büyük sigortası olduğu akıldan çıkartılmamalıdır. Kayıtlar tıbbi yönden önemlidir, müdahalenin zamanında, uygun ve eldeki tüm olanaklardan yararlanılarak yapıldığını belgeler. Mali yönden önemlidir, performans ve ödemelerin yapılmasında dikkate alınır. İdari yönden önemlidir, yürütülen hizmetin etkinliğini ve denetlenmesini sağlar. Adli yönden önemlidir, hekim veya hastanın hukuksal bir sorunu olduğunda kayıtlar resmi delil niteliğindedir. Yapılacak olan işlemler hakkında hastaları aydınlatıcı formlar hazırlanması ve bu formların ülkemiz geneline dağıtılarak tüm hastanelerde kullanımı sağlanmalıdır. Aydınlatılmış onamın sadece hekimler için gerekli bir prosedür olmadığı vurgulanmalı, diş hekimi, hemşire ve diğer personelin de aydınlatılmış onam için gerekli duyarlılığı göstermelidir. Bakım Hizmetleri Müdürlüğü kendi onamlarını oluşturmalıdır. Gizlilik ve sır saklama yükümlülüğüne dikkat edilmelidir.

Biyolojik örneklerin saklanması hem bu örnekleri, hem de bu örneklere ilişkin verilerin saklanmasını içermektedir. Bu veriler; hastalıkların nedenlerinin araştırılmasında, önleyici ve tedavi edici yöntemlerin geliştirilmesi, ilaç araştırmalarında çok önemlidir. Ancak bunun yanında kişinin yakalanacağı hastalıklar, yaşam süresi, irksal özellikleri gibi kişiye özel ve öğrenildiği takdirde

kişinin geleceğini etkileyecek sonuçlara neden olacağından büyük etik ve hukuki sorunlara yol açacaktır. Bir de AMATEM'deki hastaların madde ve alkol bağımlılığı ile ilgili bilgiler bu kapsamdadır. Bu nedenle artık biyolojik veri bankalarına ve bununla ilgili mevzuata gerek vardır. Şu an ki mevzuatlar da yeterli değildir.

Hizmet kusuru, daha önce de belirttiğimiz gibi hizmeti vermekle görevli sağlık örgütünün kusurudur. Bireyin kusuru gibi değerlendirilemez, idari bir işlem veya eylem sonucu oluşmuştur. Kararı veren veya uygulamayı yapan kamu görevlisi kendisine verilen bir görevi yerine getirmiştir. T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından yayınlanan 18.01.2005 tarih, 1128 sayılı Sağlık Bakanlığı Hizmet Kusuru Genelgesi'nde yaşanan sorun Sağlık Bakanlığı Müsteşarı Prof. Dr. Necdet Ünüvar tarafından dile getirilmiştir.

Hizmetin kötü işlemesi, idarenin yürüttüğü hizmetin çağın gereklerine uygun olmaması, idareden objektif olarak beklenen özen ve dikkatin gösterilmemesi, olması gereken standart ve kalitede yapılmamasıdır (Erken tanı ve teşhis konulmaması, eksik tetkik, erken taburcu edilmek vb.). Doktrinde idarenin;

- A. Konuyla ilgili mevzuata, yerleşmiş içtihat ve uygulamalara uymaması,
- B. Meslek ilke ve kurallarına ve hizmet gereklerine uymaması,
- C. Gerekli teşkilatı tam olarak kurmamış olması,
- D. Yeterli sayıda ve kalitede personeli istihdam etmemiş olması,
- E. Personelin gerekli eğitime sahip olmaması,
- F. Gerekli denetimlerin yeterince yapılmamış olması,
- G. Hizmeti yürüten personelin, gerekli özen ve dikkati göstermemesinin,

hizmetin kötü işlediğine karine oluşturduğu kabul edilmektedir³⁰³.

İdarenin yürüttüğü kamu hizmetlerini tam olarak ve hukuka uygun olarak yürütmesi yeterli olmayıp; idarenin aynı zamanda yürüttüğü hizmetleri, zamanında ve gerekli hızda yapması zorunludur. Hizmetin yapılması ne kadar önemliyse, hizmetin zamanında başlaması ve zamanında bitirilmesi de bir o kadar önemlidir. Bürokrasi nedeniyle işlerin yavaş yürümesi, geç tıbbi girişim örnek verilebilir.

Nasıl idarenin, yürütmekte olduğu kamu hizmetini kötü yürütmesi hizmet kusuru oluşturmakta ve bundan doğan zararlardan idare sorumlu tutulmamaktaysa; idarenin yürütmekle görevli olduğu kamu hizmetlerini hiç yürütmemesi (idarenin eylemsizliği) de idarenin hizmet kusurunu oluşturmakta ve bundan kaynaklanan zararlardan idare sorumlu tutulmaktadır. İdarenin belirli kamu hizmetlerini yerine

³⁰³ Çınarlı. s. 211.

getirmesi idare için bir zorunluluk olarak mevzuatta düzenlenmiş ise, idarenin söz konusu hizmeti topluma hiç sunmaması mutlak anlamda hizmet kusuru oluşturacaktır.

Sosyal devlet ilkesinin benimsenmesi ile idarenin hizmet alanları genişlemiş ve kişilere zarar verme olasılığı da yükselmiştir. Bu sürecin de sonucu, idarenin kusursuz sorumluluğu olarak yeni bir sorumluluk türü kabul edilmiştir. Anayasa'nın 125/son fıkrası, kusur şartı aranmaksızın, açıkça idarenin sorumluluğu ilkesini getirmiş, hangi durumlarda kusursuz sorumluluğa gidileceği, yasama gücünün takdirine bırakmıştır. Kusursuz sorumlulukta, idarenin davranışı ile uğranılan zarar arasında illiyet bağının kanıtlanması yeterlidir. İdarenin davranışının kusurlu olması gerekmemektedir. Aynı şekilde sorumluluğunun hukuka aykırı olmasına da gerek yoktur. Kusursuz sorumluluk idare hukukunda "tehlike (risk) ilkesi" ile "fedakarlığın denkleştirilmesi ilkesi (kamu külfetlerine karşı eşitlik ilkesi)" ne dayandırılmaktadır. Bazı durumlarda idarenin kusursuz sorumluluğuna gidilmesi hakkaniyet gereğidir (hava değişimine gönderilen akıl hastasının verdiği zarar gibi.).

Kamu kurum ve kuruluşunda yani idari bir kurumda çalışan sağlık personeli görevleri nedeniyle ortaya çıkan haksız eylemleri yani işledikleri suçlar açısından da 4483 sayılı Memurlar ve Diğer Kamu Görevlilerinin Yargılanması Hakkındaki Kanun hükmüne göre ceza yaptırımlarına tabi olacaklardır. Ayrıca kamu sağlık kurumunda çalışan sağlık personelinin işleyeceği disiplin suçu da 657 sayılı Devlet Memurları Yasası'ndaki kurallara göre çözümlenecektir. Kamu sağlık kurum ya da kuruluşunda hizmet veren sağlık personeli görevini yaptığı sırada disiplin suçu işlemesi halinde ne gibi yaptırımlarla karşılaşır. 657 sayılı Yasa'nın 125. maddesi bu konunun açıklamalarını içermektedir.

Yönetim, kusurun kamu görevlisinden kaynaklandığını düşünüyorsa kurum içi disiplin soruşturmasını yapmak zorundadır. Aksi takdirde hizmet kusurundan oluşan zararlar ilgili olarak kamu görevlisine rücu davası açamayacağından zararı kendi ödemek zorunda kalacaktır. Artık İdare Mahkemeleri, Sağlık Bakanlığı yerine Kamu Hastaneler Birliği'ne dava açmaktadırlar.

5.4. HASTANELERİN FİZİKİ YETERLİLİK BOYUTU

Ülkemizde yapılan hastanelerin hiçbirisi eski yapıldığı planlamada kalamamıştır. Mutlaka bina içi değişik ekler ve bahçe içerisine yeni yapılanmalar

eklenmiştir. Bu tarz yapılanma çeşitli sorunlara ve hastane gibi sıkıntılı ortamlarda gereklilik olan bahçe ve sosyal alanları yok olmasına neden olmaktadır.

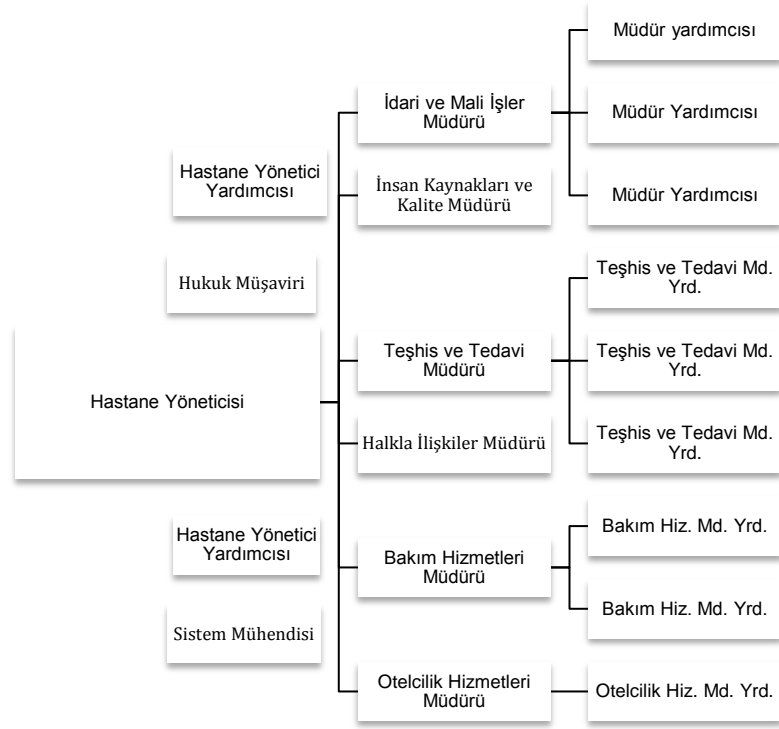
Hastanelerde personelin dinlenme ve kişisel bakımları için yapılmış bölümler, sosyal aktivasyonlar için düzenlenmiş yapılar bulunmamaktadır. Hastanelerde otelcilik hizmetleri sunumu için gerekli olan temizlik dolabı ve kirli odası bugüne kadar yapılan bina planlamalarında göz önünde bulundurulmamıştır. Kirlilerin, klinikte genel kullanım alanında ortalıkta bulunması hijyen açısından sorunlara neden olmaktadır.

Hastane bahçeleri peyzaj mimarisi çerçevesinde değerlendirilip, hasta ve yakınlarının ruhsal durumlarına katkıda bulunulmalıdır. Geleneğimizde bulunan şifahanelerde; bahçeli, su sesi oluşturan havuzların ve sürekli müzik dinletilen insan psikolojisini olumlu etkileyecek tarzda hizmet verilmekteydi.

Hastanelerde hasta yönlendirme ve uyarı tabelalarında ciddi sorunlar vardır. Hastaneyi iyi bilen personellerin gözüyle yönlendirme ve bilgilendirme tabelaları yapıldığından hastalar tarafından anlaşılammaktadır. Tabela işlemleri hastaneyi iyi bilen personelle birlikte hiç bilmeyen hizmet alan bir kişiyle birlikte gereksinimlere göre yapılmalıdır. Ayrıca ana bölümlere gidiş için renk çizgileri ile yapılabilir.

5.5. ÖNEREBİLECEĞİMİZ HASTANE YAPILANMA MODELİ

Kurumsallığı çok eskiye dayanan kadim yapılar, uzun süre düşünülmeden, çalışanlardan oluşan bir komisyonun düşüncesi alınmadan ve alt yapısı iyi oluşturulmamış yeni yapılarla değiştirilirse başarı şansı düşük olacaktır. Daha iyi bir yönetim organizasyon yapılanması sağlayabilmek için bizde düşündüğümüz bir modeli burada sunmak istiyoruz. Sunduğumuz yapılanma modelinin en iyi ve en kusursuz model olmadığı bilincindeyiz, ancak bu konuya bir bakış açısı getirerek, tartışmaya açmak ve sağlık sektöründe ideale yakın, sorunsuz bir model oluşturulmasına yardımcı olur kanaatini taşımaktayız.



663 sayılı KHK ile Sağlık Bakanlığı taşra teşkilatı yapılanması içerisinde hastanelerde ilk defa “Hastane Yöneticiliği” kadrosu tanımlanmıştır. Hastanelerin bütün yönetim birimlerinin bu makama bağlanması bütün bürokratik işlemlerin hastane yöneticisinden geçmesini zorunlu hale getirmiştir. Yoğun evrak dolaşımından dolayı yönetici hastanede denetleyerek, gözlemleyerek ve yerinde müdahale ederek yöneticilik yapamamakta, odasından çıkamamaktadır. Hastane gibi işleyişi çok hızlı, (insan ve hizmet kaynaklı olduğundan) sürekli denetlenmesi gereken, emek yoğun ve ani refleks yönetimi gerektiren işletmelerde, işleyişin içinde olmamak birçok hataya neden olabilmektedir. Hastane yöneticilerinin yönetim alanı çok geniştir, siyasi ve bürokratik faktörler üzerlerinde baskı oluşturmaktadır, kaynak sıkıntıları, profesyonel yöneticilik bilgilerinde yetersizlik ve personel sıkıntısı görevlerini yerine getirmekte sıkıntıya yol açmaktadır. Bu durum özellikle eğitim hastanelerinde daha büyük sorun oluşturmaktadır. Kanaatimizce, hastane yöneticilerinin yardımcısı olması hastane yöneticisini rahatlatacaktır. Burada zaten Başhekim, Bakım Hizmetleri Müdürü, İdari ve Mali Hizmetler Müdürü ve Otelcilik Müdürü Hastane Yöneticisinin yardımcısı başka bir yardımcı gruba gereksinim var mı diye sorulabilir. Ancak saydığımız bu birimlerin kendi özellikli hizmetlerinin olması, bazen bu birimlerin birbiriyle çatışacak durumda olmaları nedeniyle başka bir yönetim birimi tarafından organize ve koordine edilmesini gerektirmektedir.

Hastane yöneticiliğine bağlı olarak büyük hastanelerde, hukuk müşavirliği ve sistem mühendisliği birimlerinin de kurulması, oluşabilecek hataları önleyecek ve yönetimin bu hatalardan en az zarar görmesini sağlayacaktır.

Resmi yazışmalarda diğer kurumların, yeni yapılandırılmadan haberdar edilmemesinden dolayı sıkıntı oluşmaktadır. İdari işleyiş ile ilgili yazıların da başhekimlik makamına yazılmasından dolayı evrak ayrımı iyi yapılamamaktadır. Evrak kayıt biriminin gelen yazı içeriğine göre yazıyı ayırarak ilgili birime sevk etmesi soruna çözüm oluşturabilir, ancak evrak kayıt birimi bu sorumluluğu almak istememektedir.

Özellikle büyük hastanelerde, bazı iç içe geçmiş, çok iyi ayrımı yapılmamış veya belirtilmemiş görevlerin başhekim yardımcılara veya müdür yardımcılara verilmesi görülebilmektedir. Örnek olarak kreşten başhekim yardımcısını sorumlu olması verilebilir. Bazı görevler çok iç içedir ve birbirlerinin alanlarına girmektedir. Buna örnek olarak da adli yazı işleri ile adli poliklinik işleyişinin karışması ve heyet polikliniği işleyişindeki karışıklıklar sayılabilir. Birden fazla yönetim birimini ilgilendiren hizmetleri içeren hastane içi yapılanmalar bu oluşturulacak hastane yönetici yardımcısına bağlanabilir.

Sağlık çalışanlarının; devletin temel nitelikleri, ülkemizin de imzaladığı, uluslararası sözleşmeler ve bilimsel yönetim ilkeleri gereği, yönetime doğrudan katılma hakkı bulunmaktadır. Bununla ilgili mevzuatın bir an önce çıkarılması etkin ve verimli bir kamu sağlığı hizmeti verilmesi için zorunludur. Bu konuda uygulamaya geçilebilmesi için TBMM tarafından yasa ve Sağlık Bakanlığı'nca alt mevzuat çıkarılması zorunludur. Bu nedenle konu ile ilgili tüm sivil toplum örgütlerinin, gerekli çabayı göstererek, çalışanların ve hizmet alan toplumun kamu sağlık yönetimine doğrudan katılım temel hakkını elde edebilmesini sağlaması gerekir³⁰⁴.

Burada sırası gelmişken "Başhekim" tanımlaması ile ilgili bir eleştiri de yapma gereği hissedilmiştir. Önceki yapılanmada Hastane Müdürü tanımı; İdari ve Mali İşler Müdürü tanımı ile, Başhemşire tanımı; Bakım Hizmetleri Müdürü ile değiştirilmiştir. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneler Birliği Başkanı Hasan Çağıl, 2 Kasım 2012 tarihli Sabah Gazetesinde yayınlanan röportajında, "Bundan sonrası için Başhekim dediğimiz kişileri gerçek anlamda hekimlik hizmetlerinin, tıbbi hizmetlerin sorumlusu haline getiriyoruz. Onlar için Hekimbaşı ya da Tıbbi Hizmetler

³⁰⁴ Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 3. Ulusal Kongresi. Kongre Kitabı. Ankara-2011. Sağlık Bakanlığı Çalışanlarının Sağlık Yönetimine Katkı Ve Katılımlarının Değerlendirilmesi. s. 117. Yrd. Doç. Dr. Kemal Macit Hisar. Selçuk Üniv. Tıp. Fak. Halk Sağlığı Anabilim Dalı.

Müdürü diyebiliriz.....”³⁰⁵ demiştir. Kanaatimizce, Başhekimlik tanımı da Teşhis ve Tedavi Müdürlüğü olarak değiştirilmelidir. Başhekimlik sıfatı eskiden kalma alışkanlıkla hastanenin bütün yönetim işlerinden sorumluluğu çağrıştırmaktadır. Başhekimlik çok önemli bir tanımdır, meslekte biraz ustalığı, biraz abiliği ve hastane yöneticiliğini içinde barındırmaktadır. Ama yeni yapılanmada sadece hekimler tarafından verilen sağlık hizmetinden sorumlu tutulan bir makamdır.

Bakım Hizmetleri Müdürü’nün, hemşire olma zorunluluğunun olmaması 663 sayılı KHK’da (madde 32/2) belirtilmiştir. Kanımızca bu doğru bir yaklaşım değildir. Sağlık sektörü özellikleri olan bir alandır ve sağlık mesleği mensubu olmayan bir kişinin Bakım Hizmetleri Müdürlüğü yapması tanımadığı bir sektörde çok zordur. Ancak Bakım Hizmetleri Müdürlüğü yapacak personelin, yönetim ve işletme konusunda ikinci eğitim, yüksek lisans veya doktora yapmış olması günümüz şartlarında bir gerekliliktir. Bakım Hizmetleri Müdürü’nün, hemşire olma zorunluluğunun olmaması 663 sayılı KHK’da (madde 32/2) belirtilmiştir. Türkiye Kamu Hastaneleri Birliği bünyesindeki hastanelerde “Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürlüğü” kadrolarına tercihen hemşirelik veya sağlık kurumları işletmeciliği alanında lisans üstü eğitim alanlar olmak üzere, alanlarında en az lisans eğitimi almış hemşire ve ebelerin atanacağı hükmüne yer verilmesi gerekmektedir. Ayrıca Kamu Hastaneler Kurumu’ndaki; Hastane Hizmetleri Başkan Yardımcılığı kademesi altında “Sağlık Bakım Hizmetleri Daire Başkanlığı” ve Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği’ne bağlı, “Sağlık Bakım Hizmetleri Başkanlığı” birimlerinin kurulması gerekmektedir.

Hastane üst yöneticiliklerinde oluşturulan yatay yapılanma kanaatimizce de çok doğrudur. Bu yapılanmanın getirdiği eşit statü bazen yanlış anlaşılmaktadır. Sağlık hizmeti sunumunda yürütülen işler, sınırları bazen çok net olmayan unsurlar içerir. Örneğin hekim vizitelerinin yanında hemşire viziteleri yapılmaktadır. Ancak bütün klinik çalışanlarının katılımıyla büyük bir vizitenin yapılmaması koordinasyonsuzluk sonucu birçok tıbbi hataya neden olacaktır.

Tıbbi malzeme alım satımlarında, sağlık personeli ile idari ve mali birimlerin ortaklaşa çalışması çok önemlidir. Uygun olmayan özellikteki sarf malzemelerini ve tıbbi aletleri kullanma nedeniyle oluşacak tıbbi hatalar idari malpraktis olarak değerlendirilecek ve yönetime sıkıntı yaratacaktır. Alım satım konularında sağlık çalışanlarının çok yeterli olmaması, idari ve mali bölüm çalışanlarının da süreci tamamen kendilerinin yönetmek istemeleri sıkıntı oluşturmaktadır. Malzemede

³⁰⁵ Sabah Gazetesi. 2 Kasım 2012 Cuma Tarihli Nüshası. (Erişim Tarihi: 14.04.2014.)

uygun olanın, ucuz olarak algılanması da birçok kalitesiz malzemenin alınmasına neden olmaktadır. Kamu İhale Kanunu'nda fiyat dışı unsurların iyi incelenmesi gerekmektedir. Aynı zamanda 5018 sayılı Kanun, 4734-4735 sayılı Kanunlar ve Taşınabilir Mal Yönetmeliği'nin alım satım işlemlerinin hızına ve yerinde çözülme anlayışına engel olması gözden geçirilmelidir.

SONUÇ

Sağlıkta Dönüşüm Programının genel sağlık hizmetlerine olan etkilerinin yansımaları dışında, bu süreçte ne uzmanlık eğitimi konusunda ne de eğitim hastanelerinin standardizasyonunda ve özerkleşmesinde belirgin bir değişim ve gelişimin olduğunu söylemek zordur. Birçok adım atılmış, personel eksikliği için planlamalar yapılmış, hastane özerkliği ve yerinden yönetimi için çalışmalar yapılmış ancak bu çabaların hiçbiri net sonuç oluşturacak gelişmelere ulaşamamıştır. Değişim süreci; sağlık sektöründe yıllardır biriken sorunlar, alışılmış davranışları terk edememe, kemikleşmiş kurum kültürleri, sağlık sektörü dışından kaynaklanan sorunlar (Maliye Bakanlığı uygulamaları, kamu kurum yapılanmaları, vb.), yasal mevzuatın iyi organize edilerek hazırlanmaması, değişim için çok acele edilmesi (kervan yolda dizilir mantığı) ve ülkenin kültürüne özgü politikaların oluşturulmaması beklentilere yeteri kadar cevap verememiştir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı; sadece kamu hastane ve sağlık kuruluşlarını kapsayacak şekilde değil özel sektör ve üniversite sağlık uygulama ve araştırma merkezlerini de kapsayacak şekilde, ülke gerçeklerinden uzak olmayan, özgün bir yapıda olmalıdır. Üniversite akademisyenlerinin de iş ve bilgi birikimi ile destekledikleri tek elden yürütülen organizasyonla belirlenen evrensel bir düşünce kapsamında olması çok uygun olacaktır. Bu arada akademik özerkliğinde koruma altına alınması ve universal özgürlüğe dikkat edilmesi gerekmektedir.

Sağlıkta Reform, önce yasal alt yapıların oluşturularak ve kamuda genel bir yönetim organizasyonu değişiminin de sağlanarak yapılması gerekmektedir. Neoliberal politikalarla sağlıkta insanın müşteri olarak algılanması son derece sakıncalıdır. Bireyin evrensel haklarından olan sağlık hakkı; kişilere kar amacı güden, sağlıkları bozulduktan sonra sağlığı düzeltmek üzere hizmet veren, verimliliği karlılıklarıyla ölçülen işletme (hastane) mantığı ile değil, devletin vatandaşlarının sağlıkları koruma görevi olduğunu ve bunu parasını hizmet alandan tahsil ederek değil bütüncül sağlıklarının korunarak, şifahane mantığı ile yerine getirilmelidir. Sağlık hizmetlerinden katkı payı alınması, sağlık hizmetlerinin giderek artan bir şekilde özel sektör tarafından verilmesi ve yap-işlet-devret modeli ile şehir hastanelerinin yaptırılması sosyal devlet anlayışına uymamaktadır. Sağlık hizmetinin; herkesin gerektiğinde ulaşacağı, gelişmelere uyumlanmış tıp bilimiyle, ülkede tüm coğrafyaya aynı etkinlikte yaygınlaşmış bir şekilde ve ücretsiz verilmesi gerekmektedir. Devletin, sosyal devlet ilkesi gereğince sağlık hizmeti sunumunda

oluşabilecek tüm eksikliklerden sorumlu olacaktır. Hizmet sunumunun düzgün ve verimli işlememesinden kaynaklanacak durumlar hizmet kusuruna neden olacaktır.

Sağlık; beklentilerin yüksek, kaynakların nispeten kısıtlı olduğu bir sektördür. Bu nedenle hizmet alan herkesin her zaman sunulan hizmetten memnun kalması olanaklı değildir. Hem hizmet alan ve hizmet veren tarafından yapılan geri dönüşümlerin dikkatle değerlendirilip düzenleyici ve düzeltici işlemlerin yapılması gerekmektedir. İletişim yöntemlerinin iyi kullanılması ile hizmet alan ve hizmet veren ilişkisi daha sağlıklı hale getirilmelidir. Emek yoğun hizmet veren sağlık çalışanlarına, sağlık politikalarından kaynaklanan sorunlar nedeniyle uygulanan şiddetin önüne geçilmelidir.

Sağlık çalışanları, kendileri hakkında toplumda yaratılan algıdan da son derece rahatsızdır. Çok para kazanan, ama hiç memnun olmayan, her türlü özlük hakkı sorunlarını çözmüş gibi algılanan ama memnuniyetsizliklerini iş yavaşlatarak hastane önlerinde, meydanlarda aramaya kalkan bir kitle gibi algılanmaktadır. Siyasi otoritelerce birkaç yüksek kazançlı hekimin geliri açıklanarak bütün hekimlerin aynı ücreti kazandığı yanlış algısı oluşturulmaktadır. Ayrıca malpraktisin sadece hekimleri ilgilendiren bir sorun olduğu gündemde tutulmaktadır. Ülkemizde uzun dava sürelerinin yaşanması ile ilgili bir hakime, kadına şiddet uygulayan bir adama cezai yaptırım uygulamayan savcıya, karşı tarafın avukatıyla anlaşığından dolayı müvekkilini mağdur eden avukata, yanlış haber sunan sunucuya, kaza yapan taksi şoförüne vb. malpraktis davası açılmamaktadır. Bu durum “acaba hasta yakınları tarafından kazanç kapısı olarak mı görülüyoruz” düşüncesiyle sağlık çalışanlarını üzmektedir.

Hastane yöneticilerinin, sağlık sektörü içinden çıkan yani bizden, bizim içimizden çıkan insanlardır. Değişen yönetim organizasyonu ile kimsenin zarar görmemesi hepimizin amacı olmalıdır. Ancak gelişen tıp teknolojileri, paternalist yaklaşımdan hastanın geleceğine kendisinin karar verdiği anlayışın geliştiği, yönetim anlayışının profesyonelleştiği ve yeni mesleklerinin sağlık sektörüne girmesi sağlık yönetim ve organizasyonunu farklı bir yere taşımıştır. Çalışmamızda da incelediğimiz gibi başta hekim ve hemşirelerin neden olduğu ileri sürülen sağlık personelinin hataları sonucu oluşan zararların nedenlerine iyi bakıldığında bunların çoğunun yönetim-organizasyon kusurundan oluştuğu görülmektedir. Bu nedenle siyasi oluşumların etkisinin büyük olduğu bir tercih ile seçilen yöneticilerin, artık makama liyakatle ve çalışan personelin de katıldığı seçimle gelmesi birçok sorunu ortadan kaldıracaktır. Yani yöneticilikte de paternalist yaklaşımdan uzaklaşılmalıdır.

Mesleğin öncülerinden Hipokrat'ın "önce zarar verme" sözünün tüm sağlık çalışanlarının genel ilkesi olarak kabul edildiği herkes tarafından bilinmektedir. Sağlık çalışanlarının büyük özveri ile insanların sağlığını korumaya, bozulan sağlıklarını düzeltmeye ve kronik hastalıkları rehabilite ettiği kabul edilmesi gereken bir gerçektir. Ayrıcalıklı bir hizmet olan sağlık sunumunda yanlış yapan sağlık mensuplarının ortaya çıkarılması çok önemlidir. Artık özel hukuk bölümlerinden kabul edilen sağlık hukukunun sağlık sunumundaki hataların ortaya çıkarılması ve bunların oluşturduğu zararları önlemede önemi büyüktür.

Hem hizmeti sunan hem de hizmeti alanların en az zarar görmeleri için hukuk devleti içinde, hukuk normları ve tıp normlarının en iyi şekilde uygulanıp esenlikle yaşamak hepimizin en büyük amacı olmalıdır.

KAYNAKÇA

1. http://www.anayasa.gov.tr/files/bireysel_basvuru/aihs_tr.pdf Erişim Tarihi 09.02.2014
2. <http://merkezhaberajansi.com/index.php/sagl-k/1765-ihmale-rekor-tazminat>. Erişim Tarihi: 14.04.2014.
3. <http://www.carroll.edu/msmillie/bioethics/patbillofrights.htm> American Hospital Association. "A Patient's Bill Of Rights". 1973.
4. <http://www.kararara.com/forum/search>. Erişim Tarihi: 05.05.2014
5. <http://www.medimagazin.com.tr/hekim/genel/tr-once-kendine-zarar-verme-2-12-35605.html>.
6. <http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=3.5.85319> Erişim Tarihi 08.02.2014
7. <http://www.saglik.gov.tr/saglik-bakanligi-2010-2014-stratejik-eylem-plani.pdf>. Erişim Tarihi: 19.03.2014. Resmi Gazete. Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası Tarife ve Talimatı. Tarihi: 21.07.2010. No: 27648. Erişim Tarihi: 25.04.2014.
8. <http://www.saglik.gov.tr/tr/belge/1-442/tarihi13121983--sayisi181> Erişim Tarihi 09.02 2014
9. <http://www.sayistay.gov.tr/rapor/perdenrap/2005> Erişim Tarihi 08.02.2014
10. <http://www.sdplatform.com/default.aspx> Erişim Tarihi: 12.05.2014.
11. <http://www.tbmm.gov.tr/anayasa> Erişim Tarihi 08.02.2014
12. <http://www.tbmm.gov.tr/anayasa> Erişim Tarihi 08.02.2014.
13. <http://www.tbmm.gov.tr/komisyon/insanhaklari/pdf01/203-208.pdf> Erişim Tarihi 09.02.2014
14. <http://www.tdk.gov.tr> Erişim Tarihi 04.02.2014
15. <http://www.thukuk.com/okuma-alt01.html> Erişim Tarihi. 05.05.2014
16. <http://www.tkhk.gov.tr/eklenti/809,tibbi-deontoloji-nizamnamesipdf>. Erişim Tarihi 11.03.2014.
17. http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=65:hekl-meslek-etkurallari&catid=4:t&Itemid=31 World Medical Association Statement on Medical Malpractice.
18. <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/20archives/m2/>
19. <http://www.yargitay.gov.tr> Erişim Tarihi 04.02.2014
20. <http://www.ttb.org.tr.mevzuat>. Erişim Tarihi: 17.03.2014.

21. T.C. Sağlık Bakanlığı. Stratejik Plan 2010-2014.
22. 05.01.1961 Tarihli 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun
23. 2 Kasım 2011 Tarih 28103 Sayılı Resmi Gazete. Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname.
24. 663 sayılı KHK,
25. Anayasa Mahkemesi Kararları, T. 07.07.1994, E. 1994/49, K. 1994/45-2 Erişim Tarihi: 24.02.2014.
26. Anayasa Mahkemesi, T. 12.04.1990, E. 990/4, K. 990/6, AMKD,
27. Çalışma Grupları Raporları: 1. Ulusal Sağlık Kongresi. 23-27 Mart 1992. Ankara. Sağlık Bakanlığı Yayınları.
28. Hizmet Kusuru Genelgesi. Erişim Tarihi: 15.03.2014.
29. Kamu Görevlileri Etik Davranış İlkeleri ile Başvuru Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik. Resmi Gazete. Tarih: 13/04/2005.No: 25785. Erişim Tarihi 23.02.2014.
30. Resmi Gazete (08.05.2014 tarih ve 28994 sayılı) Sağlık Bakanlığı'na ait Hasta Hakları Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik.
31. Resmi Gazete. 18.01.2014. Sayı: 28886. Kanun No: 6514. Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun.
32. Resmi Gazete. 2 Kasım 2011. Sayı : 28103. Karar Sayısı: KHK/663. Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname.
33. Resmi Gazete. Anayasa Mahkemesinin T. 19.04.1988, E.987/16, K.988/8, sayılı kararı 3.08.1988 tarih ve 19908 sayı.
34. Resmi Gazete. Sayı:28658. 26.Mayıs.2013. Mesleki Sorumluluk Sigortası Genel Şartları.
35. Resmi Gazete.19 Mayıs 2012. Sayı: 28297. Erişim Tarihi: 15.03.2014.
36. Sabah Gazetesi. 2 Kasım 2012 Cuma Tarihli Nüshası. Erişim Tarihi: 14.04.2014.
37. Sağlık Bakanlığı Faaliyet Raporu 2012.
38. Sağlık Bakanlığı Kalite Yönetim Direktörlüğü. Kod: YÖN-YD-59. Ocak. 2013
39. Sağlık Bakanlığı, 04.07.2013 Tarihli, Bakanlık ve Bağlı Kuruluşlarının Taşra Teşkilatlarının İşleyişi ile İlgili 2013/3 Sayılı Genelgesi. Sağlık Bakanlığı Hukuk Müşavirliği.

40. Sağlık Bakanlığı'nın Yeni Organizasyon Yapısındaki Birimlerle Yazışma Yapacak Kurumlar İçin Bilgilendirme Sunumu.
41. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü İstatistik Verileri. Erişim Tarihi 04.02.2014
42. Sağlıkta Dönüşüm. T.C. Sağlık Bakanlığı. Aralık-2003
43. SHKS-Hastane Seti. Sağlık Bakanlığı.
44. SKS Işığında Sağlıkta Kalite. Sağlık Hizmetleri Tedavi Genel Müdürlüğü. Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı. 1. Basım. Kasım. 2012.
45. Tıp Terimleri Sözlüğü. saglik.sozlugu.org/indication. Erişim Tarihi: 11.03.2014.
46. Türk Tabipleri Birliği Uzmanlık Dernekleri Eşgüdüm Kurulu XII. Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurultayı. Türk Tabipleri Birliği Yayınları.1. Baskı. Kasım. 2006.Ankara. Afiliasyon Projesi: Sağlık Kurumları Arasında İdeal Bir "Afiliasyon Programı" Nasıl Olmalı? İstanbul Tabip Odası Uzmanlık Eğitimi Çalışma Grubu.
47. Türk Tabipleri Birliği Uzmanlık Dernekleri Eşgüdüm Kurulu. XV. Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurultayı. 4-6 Aralık 2009. İzmir.
48. AKDAĞ, Recep, Prof. Dr. Baş editör. Sağlık Reformunun Doğru Yapılması: Performans ve Hakkaniyetin Geliştirilmesi İçin Bir Kılavuz. Marc J. Roberts, William Hsiao, Peter Berman, Michael R. Reich. Sağlık Bakanlığı. Yayın No: 784.
49. AKDAĞ, Recep, Prof. Dr. Editör. İlerleme Raporu, Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı, Ağustos 2008 T.C. Sağlık Bakanlığı.
50. AKDUR, Recep, Prof. Dr. Sağlık Sektörü. Temel Kavramlar, Türkiye ve Avrupa Birliği'nde Durum ve Türkiye'nin Birliğe Uyumunu (Güncellenmiş ve Genişletilmiş İkinci Baskı)
51. AKTAŞ Ekin Özgür, Prof. Dr. Hekimlik Uygulamalarının Adli Tıbbi Güncellemesi Sempozyum Dizisi No: 78. Ekim 2012; Sağlık Hukuku; Hekimleri ve Diğer Sağlık Çalışanlarını Koruyor Mu?
52. AKTAŞ Ekin Özgür. Prof. Dr. Hekimlik Uygulamalarının Adli Tıbbi Güncellemesi Sempozyum Dizisi No: 78. Ekim 2012; Sağlık Hukuku; Hekimleri ve Diğer Sağlık Çalışanlarını Koruyor Mu?
53. AKTAŞ Ekin Özgür. Prof. Dr. Sağlık Hukuku Yüksek Lisans Tezi Nottarı. İzmir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
54. AKTEL Mehmet Doç. Dr. ALTAN Yakup Doç. Dr. KERMAN Uysal Doç. Dr. EKE Erdal. Öğr. Gör. Türkiye'de Sağlık Politikalarının Dönüşümü: Sağlık Bakanlığı'nın Taşra Örgütlenmesi Üzerinden Bir Analiz. Sosyal Bilimler Dergisi. Cilt: XV. Sayı 2. 2013.

55. AKYAZAN Ahmet Emrah, Av. TBB Dergisi, Sayı 85, 2009. Maddi Açıdan İdari İşlemler. Ankara Barosu.
56. AKYILDIZ Sunay, Av. Proje Sahibi. Tıp Hukuku Atölyesi-I. Seçkin Hukuk 1. Baskı. Ekim. 2013. Ankara.
57. ALTIPARMAK Kerem, ÖZDEMİR Bahattin, ÜÇPINAR Hülya. İşkencenin Önlenmesine İlişkin Hukuk El Kitabı. TTB Yayınları. 1. Baskı. 2009- Ankara.
58. ARSLANOĞLU, İlknur, Editör, Tıp Bu Değil 2. İthaki yayınları. 2013.
59. ASLAN Şebnem, Yrd. Doç. Dr. Hastanelerde Örgütsel Çatışma: Teori ve Örnek Bir Uygulama. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Meslek Yüksek Okulu.
60. ATABEY, ERTÜRK Selin, Dr. Sağlık Sistemleri ve Sağlık Politikası, Gazi Kitabevi, Ekim 2012.
61. AYDIN, Erdem, Doç. Dr. Türkiye’de Sağlık Teşkilatlanması Tarihi. Naturel Kitap Yayıncılık. Ankara-2002.
62. AYDIN, Mehmet S. Prof. Dr., “Niçin? Bir Zaman Diliminden Seçmeler”, Zaman Kitap, İstanbul, 2002.
63. AYDIN, Sabahattin, Prof. Dr. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi. 18. Sayı. Mart-Nisan-Mayıs 2011.
64. BAKBAK Handan Av. Özdemir Hekimin Disiplin Sorumluluğu. İstanbul Barosu Yayınları.
65. BAYAT Ali Haydar, Şeriye Sicilleri ve Tıp Tarihimiz I-Rıza Senetleri. Türk Tarih Kurumu, Ankara, 1999.
66. BİLİR Nazmi Prof. Dr., YILDIZ Ali Naci Prof. Dr. İş Sağlığı ve Güvenliği. Hacettepe Üniversitesi Yayınları. 3. Baskı. Ankara- 2014.
67. BOZDAĞ Ahmet. İdare Hukukunda İdarenin Hizmet Kusuru Ve Danıştay Uygulaması. Türk İdare Dergisi • Sayı: 468 • Eylül 2010
68. CAN İsmail Özgür, ÖZKARA Erdem, CAN Muhammed. Yargıtay’da Karara Bağlanan Tıbbi Uygulama Hatası Dosyalarının Değerlendirilmesi. Erişim Tarihi: 11.03.2014.
69. ÇEKEN Hüseyin, Hak. Kd. Ütgm. Askeri Yüksek İdare Mahkemesi (AYİM). İdari İşlem ve İdari Eylem. 16 Numaralı Dergi. Erişim Tarihi: 15.03.2014.
70. ÇINARLI Serkan, Yrd. Doç. Dr. ARSLAN HIZAL Sevinç, Dr. Özelleştirme Uygulamaları ve Sağlık Hizmetlerinin Özelleştirilmesi. Leges Yayınları, Ocak 2014.

71. ÇINARLI, Serkan, Yrd. Doç. Dr. İdarenin Sağlık Hizmetinin Sunumundan Kaynaklanan Hukuki Sorumluluğu. Orion Kitabevi. Ekim 2013
72. ÇOŞKUN Ali Yrd. Doç. Dr.(Ed) - AKIN Ahmet. Yrd. Doç. Dr.(Ed) Sağlık İşletmeleri Yönetim Rehberi. Nisan 2009.
73. DEMİRKOL Selami Dr., TEKİN M. Önder, TOKTAŞ Nihat. Danıştay İdari Dava Daireleri Karar Özetleri. Adil Yayınevi. Ankara. Ekim 2002.
74. EKŞİ, Ahmet Dr., "İslam Tıp Hukuku Çağdaş Tıp Problemlerine İslam'ın Getirdiği Çözümler ", Ensar Neşriyat Tic. A.Ş. İstanbul, 2011.
75. ELİAÇIK, R. İhsan, "Yaşayan Kur'an Türkçe Meal (Metinli)", İnşa Yayınları, İstanbul, 2011.
76. ER Ünal. Sağlık Hukuku. Savaş Yayınevi. Ankara-2008.
77. ERASLAN M. Tarık. TOZLU Ahmet. Kamu Yönetiminde Performansa Dayalı Ücret Sistemi. Sayıştay Dergisi. Sayı: 81
78. ERBAYDAR Tuğrul, Yrd. Doç. Dr. C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi 25 (4), 2003 Özel Eki. Halk Sağlığı Açısından Sağlık İletişimi.
79. ERSÖZ, Ahmet Kürşat. Türk İdaresinin Sağlık Hizmetlerinden Kaynaklanan Sorumluluğu. On İki Levha Yayıncılık. 1. Baskı. İstanbul, Ağustos-2012.
80. ERTEM Gül, OKSEL Esra, AKBIYIK Ayşe. Hatalı Tıbbi Uygulamalar (Malpraktis) İle İlgili Retrospektif Bir İnceleme. Dirim Tıp Gazetesi 2009; Yıl: 84 Sayı: 1 (1-10)Erişim Tarihi: 12.03.2014.
81. GÖKCAN, Hasan Tahsin, Tıbbi Müdahaleden Doğan Hukuki ve Cezai Sorumluluk. Seçkin Yayıncılık. Şubat-2013.
82. GÖZLER Kemal Prof. Dr., KAPLAN Gürsel Doç. Dr. Kısa İdare Hukuku Ekin Basım Yayın Dağıtım. 1. Baskı. Bursa. Kasım 2011.
83. GÖZLER Kemal, Anayasa Hukukuna Giriş, Genel Esaslar ve Türk Anayasa Hukuku, 17. Baskı, Ekin Yayınevi, Bursa, Mart 2011.
84. GÖZÜBÜYÜK Şeref A, Yönetim Hukuku, Güncelleştirilmiş 24. Bası, Turhan Kitabevi, Ankara, Ağustos 2006.
85. GÖZÜBÜYÜK Şeref A. ve TAN Turgut, İdare Hukuku, Cilt 1, Genel Esaslar, Güncelleştirilmiş 7. Bası, Turhan Kitabevi, Ankara, 2010.
86. GÖZÜKÜÇÜK Muharrem Uzm. Yrd. ÇELİK Yusuf. Prof. Dr. Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde Dışarıdan Sağlık Hizmeti Alımı: Karşılaşılan Sorunlar ve Çözüm Önerileri. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt: 15, sayı: 2 (2012).
87. GÜNDAY, Metin, İdare Hukuku, Üçüncü Baskı, İmaj Yayıncılık, Ankara, 1998.

88. HAKERİ, Hakan, Prof. Dr. Tıp Hukuku. Seçkin Yayıncılık. 2012- Mayıs 5. Baskı. İstanbul.
89. HİSAR Kemal Macit, Yrd. Doç. Dr. Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 3. Ulusal Kongresi. Kongre Kitabı. Ankara-2011. Sağlık Bakanlığı Çalışanlarının Sağlık Yönetimine Katkı Ve Katılımlarının Değerlendirilmesi. Selçuk Üniv. Tıp. Fak. Halk Sağlığı Anabilim Dalı.
90. HIZAL ARSLAN Sevinç. Öğr. Gör. Dr. Sağlık Hukuku Yüksek Lisans Ders Notları. İzmir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
91. IRIZ ÇATAK Betül, Sağlık Hizmetlerinden Kaynaklanan Zararlardan Dolayı İdarenin Sorumluluğu. Adalet Yayınevi. Ankara. Kasım-2011.
92. KARAHAN Atila Yrd. Doç. Dr. ÖZGÜR Ersan Dr. Hastanelerde Performans Yönetim Sistemi ve Veri Zarflama Analizi . Nobel Yayın. Ankara. Nisan. 2009.
93. KARAHANOĞULLARI Onur, İdarenin Hukukla Kavranması: Yasallık ve İdari İşlemler (Yargı Kararlarına Dayalı Bir İnceleme), Tuthan Kitabevi, Ankara, 2011, (İdare),
94. KAYA Sıdıka, Prof. Dr. Editör. Sağlık Kurumlarında Kalite Yönetimi. Anadolu Üniversitesi Yayını. 1.Baskı. Eskişehir. Ocak. 2013.
95. KIRILMAZ Harun, Editör. T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü. II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı. Cilt-2. Ankara – 2010. Hastanelerde Kurum Kültürü. Gülhan Bilgin, Dr. Zeynep I. Çıraklı. Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi.
96. KIRILMAZ Harun, Editör. T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü. II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı. Cilt-2. Ankara – 2010. Kalite, Hastane Yönetimi ve Liderlik Uz. Dr. Ümit Atman. Manisa İl Sağlık Müdürlüğü.
97. KOÇAK Aytaç. Prof. Dr. Sağlık Hukuku Yüksek Lisans Ders Notları. İzmir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
98. KÖSE, İlker, CGM ARGE Direktörü. Medipol Üniversitesi Öğr. Görevlisi. Sağlık Sistem Mühendisliği. Sağlık Bilişim Zirvesi. 29.03.2013
99. MALKOÇ İsmail. Yargıtay Onursal Üyesi.Açıklamalı-Gerekçeli Memur Yargılaması. Malkoç Kitabevi. Ankara. 2006.
100. MOONEY Gavin, Ulusların Sağlığı, Yordam Kitap, Şubat 2014, Çeviri: Cem Terzi,
101. MUTLU Ayşegül. Prof. Dr. IŞIK A. Kadir. Doç. Dr. Sağlık Ekonomisine Giriş. Ekin Kitabevi. Bursa. 2005.

102. OKAY Ayla, Prof. Dr. Kurum Kimliği. Derin Yayınları. İstanbul-2013.
103. OKAY Ayla, Prof. Dr. Sağlık İletişimi. Derin Yayınları. II. Cilt. İstanbul. 2014.
104. ÖZMEN Erol, Prof. Dr. Medimagazin Gazetesi. Sağlık Hizmetlerinde İletişim. 20.03.2013.
105. POLAT Oğuz, Prof. Dr. Tıbbi Uygulama Hataları. 1. Baskı. Seçkin Yayınevi. Mart 2005.
106. SANCAKDAR Oğuz, İdare Hukuku Teorik Çalışma Kitabı, Seçkin Yayınları, Ankara, 2011.
107. SARGUTAN, A. Erdal, Doç. Dr. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt: 8, Sayı: 3 (2005). Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Yüksekokulu. Sağlık Sektörü ve Sağlık Sistemlerinin Yapısı.
108. SEÇİM Hikmet Prof. Dr., Hastane Yönetim Modellerinin Uluslararası Karşılaştırması, Erişim Tarihi. 02.03 2014.
109. SEÇİM Hikmet, Prof. Dr. Hastane Yönetim Modellerinin Uluslararası Karşılaştırması, Erişim Tarihi. 02.03 2014.
110. SOMUNCUOĞLU Sinem ve ark. Sağlık Sektöründe Halkla İlişkiler ve İletişim Uygulamalarına Genel Bir Bakış. Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi. 2013 Vol. 4 Cilt 1
111. SOMUNOĞLU Sinem. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt: 4, Sayı: 1 Kavramsal Açıdan Sağlık.
112. SOYER Ata. AKP'nin Sağlık Raporu. Evrensel Basım Yayın. 1.Baskı. İstanbul. Haziran-2007.
113. TENGİLLİOĞLU Dilaver Prof. Dr. IŞIK Oğuz Öğr. Gör. AKBOLAT Mahmut. Öğr. Gör. Sağlık İşletmeleri Yönetimi. Nobel Yayın. Kasım 2009.
114. TOP Mehmet, GİDER Ömer, TAŞ Yunus, ÇİMEN Seher. Hekimlerin Tıbbi Hatalara Neden Olan Faktörlere İlişkin Değerlendirmeleri: Kocaeli İlinden Bir Alan Çalışması. Erişim Tarihi: 11.03.2014.
115. TOPRAK KIRGIN Duygu Uzm. Fzt.. ŞAHİN Bayram. Doç. Dr. Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi. 2012. 3. Sayı. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Sağlık Bakanlığı Hastanelerine Yapılan Hasta Şikayetlerinin Değerlendirilmesi
116. TURANLI Hüsnü. Yrd. Doç. Dr. Sağlık Hukuku Yüksek Lisansı Ders Notları. İzmir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
117. UYER, Gülten, Prof. Dr. Medimagazin. Görev Tanımları. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Emekli Öğretim Üyesi. 21 Nisan 2003.

- 118.** ÜNAN Samim, Dr. Iur. Zorunlu Hekim Sorumluluğu Sigortası (Genel Şartlar Şerhi). Sigorta Hukuku Türk Derneği. Kasım 2012. İstanbul.
- 119.** YILDIRIM, Özlem, Dr. Sağlık Kuruluşlarında İnsan Faktörü Mühendisliğinin Önemi ve Hasta Güvenliği Alanında Uygulama Örnekleri. Beta Basım A.Ş.1. Baskı – Mart 2012 – İstanbul.
- 120.** YILGÖR, Esat Prof. Dr. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanı. Türk Tabipleri Birliği Uzmanlık Dernekleri Eşgüdüm Kurulu XII. Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurultayı. Türk Tabipleri Birliği Yayınları.1. Baskı. Kasım. 2006.Ankara. Sağlıkta İnsan Gücü Planlaması Nasıl Yapılmalı?