



MEMUR-SEN KONFEDERASYONU  
**SAĞLIK-SEN** Ekim 2009  
Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası  
GENEL YETKİLİ SENDİKA *Dergisi*

# Sağlığın Korunması Hakkı ve Taşeronlaşma Çıkmazı



## GÜNDEM

Domuz Gribi Salgını Hakkında  
Bilinmesi Gerekenler

## ARAŞTIRMA-İNCELEME

Uluslararası Hukuk ve Kamu  
Çalışanlarının Sendikal Hakkı





MEMUR-SEN KONFEDERASYONU  
**SAĞLIK-SEN**

Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları  
Genel Yetkili Sendikası

EKİM 2009

**SAĞLIK-SEN ADINA  
İMTİYAZ SAHİBİ**  
Mahmut KAÇAR  
Genel Başkan

**GENEL YAYIN YÖNETMENİ**  
Semih DURMUŞ  
Genel Basın Yayın ve Dış İlişkiler Sekreteri

**YAYIN KURULU**  
Menderes TURBAY  
Metin MEMİŞ  
Mehmet Güner ERDOĞDU  
Mustafa KULLUK  
Mahfuz SUNAR

**EDİTÖR**  
Murat KALEM  
Genel Başkan Danışmanı



**Grafik Tasarım ve Uygulama**  
Sağlık-Sen Genel Merkezi

**BASKI**

Özkan Matbaacılık Gazetecilik ve Tic. Ltd. Şti.  
538. Sok No:62-64 İvedik Organize Sanayii/İVEDİK  
Tel: 0 312 395 48 91 Fax: 0 312 395 48 93

**SAĞLIK-SEN GENEL MERKEZİ**  
GMK Bulvarı Özveren Sok. No:9/3  
Demirtepe/ANKARA  
Tel: 0 312 444 19 95  
Faks: 0 312 230 83 65  
GSM: 0 506 397 92 92  
www.sagliksen.org.tr

Sağlık-Sen'in ücretsiz yayın organıdır.  
Yazıların sorumluluğu yazarına aittir.

# İçindekiler



**BAŞKANDAN**

**2** Anayasal Bir Hak Olan Sağlık Hizmeti Piyasa Koşullarına Terk Edilmemelidir



**GÜNDEM**

Domuz Gribi Salgını ile İlgili Bilinmesi Gerekenler

**4**



**DOSYA**

**10** Sağlığın Korunması Hakkı ve Taşeronlaşma Çıkmazı



**ARAŞTIRMA-İNCELEME**

Uluslararası Hukuk ve Kamu Çalışanlarının Sendikal Hakkı

**46**



**SAĞLIKLI İLETİŞİM**

**50** Stresi Enerjiye Dönüştürme Kılavuzu



## SAĞLIĞINIZ

54

Doğal Antibiyotikler



## BİLİŞİM

Sağlık Hizmetlerinde  
Bilişim Teknolojilerinin Kullanımı

56



## PORTRE

58

Dr. Refik SAYDAM (1881-1942)



## SAĞLIK TARİHİ

Birinci Dünya Savaşında  
Sağlık Ordusu

60



## AJANDA

65

Sağlık ve Sosyal Hizmet Kolunda  
Temmuz - Ekim 2009

İngiltere'nin İstanbul Büyükelçisi'nin eşi Lady Montagu Türkiye Mektupları adlı eserinde, bundan 300 yıl önce dönemin en çetin hastalığı olan çiçek için Osmanlı'nın bulduğu aşığı ülkesine götürme konusunda tereddüt yaşadığını anlatır. Çiçek hastalığının kırıp geçirdiği ülkesinde milletin imdadına yetişmek istediğini söyleyen Montagu, mektuplarında, bugünün ilaç tekellerine benzer bir statükonun varlığından bahseder ve onlar tarafından kendisine gelebilecek kötülükten korktuğu için bu işten vazgeçtiğini ifade eder.

Bundan 2300 yıl öncesinde ise Hipokrates meşhur yemininde, tıp ilmini insanların sağlığı dışında bir amaçla kullanmayacağına sözünü verirken, sağlık hizmeti sunumunun etik çerçevesini çizmektedir.

"İnsanların en hayırlısı insanlara faydalı olandır" Hadis-i Şerif'inin icra-i zemin bulabileceği en önemli alanın da, ticari rant beklentisiyle istismar edilmeye en müsait alanın da sağlık olduğu bir gerçektir.

Bir malın alıcısı ve satıcısının bulunduğu alan olarak tanımlanan piyasa kavramı ile sağlık hizmetleri arasında kurulan ilişki, sağlık hizmetlerinin sunumunun tarihsel gelişimi içinde insanlığın karşısına pek çok kötü örnek çıkarmıştır.

Sağlık hizmetini ticari bir faaliyetin ürünü olarak sunan yapı ile o ürüne ihtiyacı olup olmadığı konusunda hiçbir bilgiye sahip olmayan, sadece ve sadece güven esasına dayalı bir razı oluş sergileyen hasta arasında tam anlamıyla bir piyasa iradesinin oluşmasının mümkün olmadığı ortadadır.

Bu nedenle; sağlık hizmetlerinin; özel sektörün ticari bir faaliyet alanı olması veya sosyal devlet sorumluluğunu ortadan kaldıran bir kar-zarar muhasebesine konu olmasının getirdiği somut olumsuzluklara sıkça rastlanmaktadır.

Yakın zamanda İstanbul çevresinde çalışan bir kardiyoloji doktoru, "Kardiyoloji çalışma arkadaşı aranıyor" başlığıyla verdiği gazete ilanında "Bugün kaç tane anjiyo çıkardın, bypas çıkardın, ne kadar tetkik istedin sorusuna maruz kalmadan kardiyologluk yapmanın keyfini sürececek kardiyologlar aranıyor" diyerek dikkatleri üzerine çekmişti. Adını açıklamayan bu doktorun gazete ilanı ile ortaya koyduğu ironi, sağlık hizmetlerinin devletin sosyal sorumluluğu olarak ve hiçbir kar-zarar hesabına tabi tutulmadan varlığını sürdürmesi gerektiğini anlatan etik bir ders olmuştur.

Son günlerde bu konudaki tartışmaların yoğun bir biçimde gündemde yer almasından hareketle, Sağlık-Sen Dergimizin Ekim sayısında; "Sağlığın korunması hakkı ve taşeronlaşma çıkmazı" konu başlığıyla bir dosya hazırladık. Sağlık hizmetleri - piyasa ilişkisi içinde yaşanan sorunlar ve devletin sağlık alanındaki sorumluluğu konusunun farklı açılardan, sahanın uzmanları tarafından tartışıldığı dosyamızın yanı sıra Ekim sayımızın gündeminde Sağlık-Sen Bilimsel Danışma Kurulunca hazırlanan domuz gribi hakkındaki bilgilendirici makalemiz yer almaktadır.

Araştırma-İnceleme sayfamızda yer verdiğimiz, "Uluslar arası Hukuk ve Kamu Çalışanlarının Sendikal Hakkı" başlıklı makalemizde de toplu sözleşme ve grev hakkı mücadelesi veren kamu çalışanlarının uluslar arası hukuka dayanan hakları ile ilgili bilgiler sunulmaktadır.

Sağlıklı iletişim, portre, sağlık tarihi, bilişim gibi bölümlerimizle zengin bir içerikle okurlarımızın ilgisine sunduğumuz Sağlık-Sen Dergimizin Ekim sayısının faydalı olmasını diliyoruz...



## Anayasal Bir Hak Olan Sağlık Hizmeti Piyasa Koşullarına Terk Edilmemelidir



**Mahmut KAÇAR**  
Sağlık-Sen Genel Başkanı

**Özelleştirme ve taşeronlaşma politikalarının kamusal hizmetleri çepeçevre kuşattığı günümüz Türkiye'sinde, devletin asli görev ve sorumluluğu dahilinde bulunan sağlık hizmetlerinin de her geçen gün artan bir şekilde piyasa ekonomisi ve kültürü ile kuşatıldığı görülmektedir.**

Anayasamızın tarif ettiği sosyal devlet yapısı içinde sağlık hizmetleri önemli ve öncelikli bir kamu hizmeti olarak yerini almaktadır.

Özellikle domuz gribi salgınının tehdidi altında olduğumuz şu günlerde, Sağlık Bakanlığının, halkımızı salgına karşı koruma adına gösterdiği hassasiyet ve ortaya koyduğu mücadele, sosyal devletin önemini ve vazgeçilmezliğini bir kez daha görme ve anlama fırsatı vermiştir. Sağlık gibi hayati niteliğe haiz bir sahada, maliyet ve kar analizine kapılmadan hizmet üretebilecek yegane yapının sosyal devlet olduğu gerçeği bir kez daha ortaya çıkmıştır.

Ancak, özelleştirme ve taşeronlaşma politikalarının kamusal hizmetleri çepeçevre kuşattığı günümüz Türkiye'sinde, devletin asli görev ve sorumluluğu dahilinde bulunan sağlık hizmetlerinin de her geçen gün artan bir şekilde piyasa ekonomisi ve kültürü ile kuşatıldığı görülmektedir.

Sağlık hizmetlerinde özel sektörün rolü ve işlevi, Türkiye pratiğinde çok yönlü olarak sorgulanmakta ve yoğun eleştirilere maruz kalmaktadır. Sağlık sektörünün örgütlenme ve hizmet üretim sürecinde piyasa ekonomisinin ilkelerinin belirleyici bir etkiye sahip olduğu görülmektedir. Bu noktada gerek özel teşebbüs,

gerekse devletin sağlıkla ilgili mali plan ve hedeflerinde ortaya çıkan görüntü, sağlık hizmetini ve bu hizmeti sunan emeği güvence altına alan sosyal devletin ikincil plana itildiğidir. Sosyal devlet için ödev olan sağlık hizmeti sunumu, özel sektörde hedefi kar olan ekonomik bir faaliyete dönüşmektedir. Hastanın müşteri olarak kabul edildiği bu yapı; etik değerler ölçeğinde bir özdenetimin olmadığı veya kamu otoritesinin denetiminin yetersiz kaldığı durumlarda ciddi bir sorun haline dönüşmektedir.

Hükümetin uyguladığı sağlık politikalarında ekonomik kaygıların, zaman zaman devletin sosyal sorumluluğunun önüne geçtiği, bu

durumun, çoğu zaman hedeflenen hizmet kalitesi ve vatandaş memnuniyetinin önünde engel haline dönüştüğü bilinmektedir.

Hükümetin, gerek mali disiplini sağlamak adına; başta tedavi katılım payı olmak üzere sağlık harcamalarına ilişkin aldığı kararlar, gerekse sağlık hizmetlerinin sunumunda hizmet satın alma uygulamasını kapsamını genişleterek sürdürmesi, hizmet alanlar ve sunanlar açısından ciddi sorunlar doğurmaktadır.

Sosyal devleti tanımlayan etik ve evrensel değerler, rekabetçi piyasa koşulları içinde yıpratılmamalıdır. Sağlık hizmetinin rakamsal değerlerle ifade edildiği bir özel sektörde vicdanları denetleyecek bir mekanizma bulmak zor olacaktır. Zaten, kamuoyuna yansıyan skandal niteliğinde sayısız örnek bunu ispatlamaktadır.

Elbette teşebbüs hürriyeti sınırları içinde sağlık alanına yatırım yapan özel sektör olacaktır. Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de özel sağlık kurumları önemli bir potansiyele ulaşmıştır. Ancak özel sektör tabiatı gereği kurumsal geleceğini koruma ve güçlendirmeyi düşünmektedir. Bu nedenle ki, bugün politika belirleyiciler ile karşı karşıya gelmişlerdir. Kamu ile çalışıp çalışmama konusunu tartışmaktadırlar. Mevcut sistemin kendilerine hayat hakkı tanımadığından yakınmaktadırlar.

Öte yandan kamuya bağlı sağlık kurumları, üniversite hastaneleri de istihdam politikalarından mevzuata, nitel tabanlı performans ölçümlerinden, taşeronlaşma uygulamalarına kadar bir çok açıdan sağlık sisteminin ve uygulanan politikaların adaletsizliği beslediğinden şikayet etmektedirler.

Bu durum da gösteriyor ki, hedefine hizmet kalitesi ve vatandaş memnuniyetini koyan Hükümetin şahsında temayüz eden sosyal devlet kimliği; sağlık hizmetlerinin pazar haline dönüştüğü, rekabet için işgücünden, teknoloji transferine ve hizmet alımına kadar her alanda

**Hükümet, sağlık hizmetlerinde kaliteyi ve vatandaş memnuniyetini artırmaya dönük politikalarına dayanak yaptığı referans noktalarını yeniden gözden geçirmelidir. Bu noktada yakın zamanda bütçe açığıyla mücadele adına sağlık hizmetlerinden feragat edilemeyeceğini belirten Başbakan'ın bu sözünün sağlık planlamasında referans noktası alınması gerektiği ortadadır.**

maliyet ve kar-zarar hesaplarının yapıldığı mevcut tablo içinde giderek küçük bir nokta haline dönüşmektedir.

Öyle ise yapılacak şey, sağlık gibi kutsal bir hizmet sahasını, rekabetçi piyasa koşullarının soğuk iklimine terk etmemektir.

Hükümet, sağlık hizmetlerinde kaliteyi ve vatandaş memnuniyetini artırmaya dönük politikalarına dayanak yaptığı referans noktalarını yeniden gözden geçirmelidir.

Bu noktada yakın zamanda bütçe açığıyla mücadele adına sağlık hizmetlerinden feragat edilemeyeceğini belirten Başbakan'ın bu sözünün sağlık planlamasında referans noktası alınması gerektiği ortadadır.

Öte yandan Hükümetin başı olarak Başbakan'ın beyan ettiği bu yaklaşımla mevcut tablonun uyuşmadığı da bir gerçektir.

Sağlık hizmetinin etkin ve verimli sunumunun; hizmet satın almakla veya özel sektörü güçlendirerek devletin sağlık hizmetlerindeki payını küçültmekle mümkün olamayacağı ortadadır.

Devletin sağlık sisteminde sağlıkta dönüşüm programı adıyla gerçekleştirdiği yeniden yapılanma; taşeronlaşma uygulamaları ve geniş bir yelpazeye yayılan hizmet satın alma politikalarından arındırılmalıdır.

Devlet, sağlık hizmetlerinde kalite ve verimi artırmak için sosyal adalet ve eşitliğin gözetildiği bir çalışma düzenini tesis etmelidir. Emek üzerinden haksız kazanç sağlayan, işçisini, uzun süreli, iş güvencesinden yoksun ve düşük ücretle çalıştıran taşeron sistemine prim vermemelidir.

Sosyal devletin halkına eşit şartlarda ve kolay ulaşılabilir sağlık hizmeti sunma görevi olduğu gibi, sağlık hizmetini sunan emek kesiminin eşit ve adil çalışma hakkını güvence altına alma sorumluluğu da bulunmaktadır.



## Domuz Gribi Salgını İle İlgili Bilinmesi Gerekenler

Doç. Dr. Mustafa Kasım KARAHOCAGİL

*Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi,  
Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı*



### Genel Bilgiler

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 11 Haziran 2009 tarihinde dünya çapında pandemi alarm düzeyini 6. seviyeye çıkarmasından sonra, yaz aylarına girilmesi ile birlikte, hastalık kuzey yarımkürede hız keserken, güney yarımkürede yayılmaya devam etmiştir. Daha önce görülen pandemilerden gelen birikimiyle çok iyi bir moniterizasyon sistemi kuran DSÖ, tüm dünyadan alınan epidemiyolojik sonuçları kendi sitesinden rapor etmeye başlamıştır. Bu raporlara göre; beklenildiği üzere sonbahar aylarıyla birlikte ikinci dalga influenza aktivitesinin kuzey yarımkürede artmaya başladığı ve 11 Ekim 2009 itibarı ile 399.232 doğrulanmış H1N1 olgusu ve en az 4.735 ölüm görüldüğü rapor edilmiştir (%1.19). İzole edilen bütün influenza A suşlarının 2009 bahar ayından beri izole edilen suş ile aynı olduğu (A/California/7/2009-like pandemic virus) ve virüsün

önemli bir mutasyon geçirmediği gösterilmiştir. H1N1 domuz gribi virüsünün mevsimsel influenzadan daha bulaşıcı olduğu, klinik seyrinin mevsimsel gribe benzediği, hastalığın şiddeti ve etkenin yayılım özelliklerine göre önceki pandemilerle kıyaslandığında orta düzeyde kaldığı bildirilmektedir.



Şu andaki salgına neden olan H1N1 virüsü daha

önce insan veya hayvanlarda görülmemiş yeni bir influenza A suşudur. Bilim adamları, dünya çapında virüse karşı bağışıklığın düşük olduğunu veya hiç olmadığını ya da sadece yaşlı nüfusla sınırlı olduğunu bildirmektedirler. Bu nedenle dünya nüfusunun çok büyük bir kısmının bu yeni virüse duyarlı bulunması kısa bir zaman içinde çok fazla sayıda insanın hasta olmasına yol açarak, sağlık hizmetleri üzerinde aşırı yük oluşturacak ve sosyal ve ekonomik alanlarda yıkıcı etkilere neden olabilecektir. Önceki pandemilerden edinilen tecrübelerle göre; pandeminin genel şiddeti, tüm dünyayı etkisi altına alabilecek en az iki, bazen üç kez tekrarlanabilecek dalgalara bağlıdır. Birçok nedenden dolayı sonraki dalgaların şiddeti birçok ülkede belirgin şekilde farklılık gösterebilir. Bazı bilim adamları, salgınların erken dönemlerinde, hastalık daha

yaygın hale gelmeden virüsün neden olduğu hastalığa ait klinik özelliklerin değişebileceğini, daha hafif veya şiddetli bir forma dönüşebileceğini iddia etmektedirler.

Sağlık Bakanlığı ülkemizde 2006 yılı ilkbahar aylarında görülen kuş gribi salgınından itibaren DSÖ, Center for Disease Control and Prevention (CDC) ve European Center for Disease Prevention and Control (ECDC) ile ortak çalışmalar başlatmış ve ilk olarak ulusal pandemi planı hazırlanmıştır. Daha sonra domuz gribi salgını geçen bahar ayında Meksika'da görülmeye başlanınca Sağlık Bakanlığı ulusal pandemi planını enfeksiyon hastalıkları uzmanı ağırlıklı bilim adamlarından oluşan bir kurul oluşturarak güncellemiş ve il pandemi planları hatta kurum içi pandemi planlarına

varıncaya kadar yeterli planlama sağlanmıştır. Bu nedenle DSÖ yetkilileri yapılan bu hazırlıklardan övgü ile bahsetmektedir. Bu planın bir gereği olarak bilim kurulunun tavsiyeleri doğrultusunda riskli kişilerin aşılmasına yönelik aşı temini hususunda gerekli girişimler yapılmış görünmektedir.

Sağlık Bakanlığı yetkilileri tarafından 40 milyon doz aşı alınacağı ilk etapta 10 milyon kişinin aşılacağı, deneme ve ruhsatlandırma sonrası aşının sağlık çalışanları, yetişirse hacı adayları, anaokulları ve ilköğretim okul öğrencileri, diğer risk grupları ve kritik alanlardaki kamu görevlilerine yapılacağı belirtilmektedir. Bu sayede ülkemiz H1N1 aşısını en erken uygulayan ülkeler içerisinde yer alacak görünmektedir. Bu durum beklenen pandemi senaryoları



# Gündem

gerçekleşirse ülkemiz için oldukça değerli olacaktır. Bilindiği üzere en iyimser tahminlerde bile dünya genelinde 100 milyonun üzerinde ölümden bahsedilmektedir. Globalleşen dünyamızda ve geçmiş pandemilerin ışığında bu rakam abartılı görünmemektedir. Bunun yanında bu güne kadar hastalığın seyri ve sonbahar ayları ile birlikte görülmeye başlanan pandeminin ikinci dalgası tahminlerle uyumlu seyretmektedir. Ülkemizde son bahar ayları ile birlikte Ankara ve Diyarbakır'da görülen küçük çaplı salgınlar bakanlığın ve il sağlık müdürlüklerinin çalışmaları ile kontrol altına alınabilmiştir. SAncak önümüzdeki günlerde beklenen çapta bir salgının kontrol altında tutulması muhtemelen mümkün olmayabilir. Bu yüzden geniş risk gruplarının aşılmasında önem kazanmaktadır.

Bununla birlikte sağlık bakanının yaptığı bazı açıklamaları ve alınan aşının muhtemel yan etkileri ile ilgili bazı spekülasyonlar gündemdedir. Körfez savaşında kullanılan şarbon aşılarında yardımcı (adjuvan) olarak kullanılan skualen ile ilgili "körfez savaşı sendromu", pek çok aşıda koruyucu olarak kullanılan thimerosal ile ilişkili olduğu düşünülen "otizm" ve 1976 yılında uygulanan domuz gribi aşısı ile ilgili olduğu gösterilen ancak daha sonra mevsimsel grip aşısı ile ilişkisi gösterilemeyen "Gullian Bare Sendromu (GBS)" gibi bazı tablolar aşı ve içindeki bazı katkı maddeleri ile ilişkili olabilecek hastalıklar olarak belirtilmektedir.

Ancak skualenin körfez savaşı sendromu ve thimerosalın otizm ile ilişkisi CDC tarafından kabul edilmemekte, ECDC tarafından ise bu iki madde yapılan çalışmalara atıfta bulunularak güvenli kabul edildikleri ilan edilmektedir. Sadece 1976 yılında uygulanan domuz gribi aşılması sonrası GBS görülme riskinin arttığına dair istatistiksel anlamlı veriler elde edildiği, ancak daha sonra yapılan mevsimsel grip aşılama çalışmalarında bu artışın izlenmediği ve bu sebeple yapılması planlanan aşılama öncesinde GBS hikayesi olanlara aşının yapılmayabileceği, bununla birlikte aşı yan etkilerinin

**H1N1 aşısı şu anda Amerika, Avustralya ve Fransa'da uygulanmaya başlanmıştır.**

**Diğer Avrupa ülkeleri aşısı ruhsatlanma işlemlerinin tamamlanması ardından aşılama başlayacaklardır.**

sıkı bir şekilde takibinin şart olduğu bildirilmektedir.

Sağlık Bakanının ulusal pandemi senaryosunda bulunan bazı tahmini hasta ve ölüm rakamlarını açıklaması kuzey

yarım kürede influenzanın pik yapmasının beklendiği aralık-şubat aylarından önce konuya gerekli dikkatin çekilmesi açısından gereklidir. Sonuçta amaç toplumu paniğe sevk etmeden kişisel hijyen ve aşılamanın önemine vurgu yapmaktır. Bu halkın bilinçlendirilmesi ve aşılama teşvik edilmesi açısından faydalı olmuştur. Bu açıklamaların siyasetçiler tarafından eleştirilmesi konumuz dışı olmakla birlikte az sayıda bilim adamı tarafından yapılan bazı eleştirilerin toplumun aşılama olan inancını sarsacak şekilde yapılmaması uygun olacaktır. Aşı içeriğindeki maddeler ve bunlara ait ciddi yan etki beklentisinin çoğunlukla şüpheye dayandığı, kesin bilimsel kanıtlarla gösterilemediği iddia sahipleri tarafından da dile getirilmektedir. Bununla birlikte yurt dışında da bu ve benzeri tartışmaların devam ettiği de bir gerçektir.

H1N1 aşısı şu anda Amerika, Avustralya ve Fransa'da uygulanmaya başlanmıştır. Diğer Avrupa ülkeleri aşı ruhsatlanma işlemlerinin tamamlanmasından sonra aşılama başlayacaklardır. Avrupa ülkeleri için kullanılmasına onay verilen, muhtemelen ülkemizde de kullanılmak üzere ithal edilen, aşılamanın içerikleri ile ilgili Eurosurveillance dergisinde Johansen ve arkadaşları tarafından bir makale yayımlanmıştır. Bu makaleye göre Avrupa Birliği ülkelerinde 4 aşı kullanım aşamasındadır. Bunların ikisinde adjuvan madde olarak spekülasyona maruz kalan skualen maddesi



mevcuttur. Birinde alüminyum fosfat varken, dördüncü aşıda adjuvan kullanılmadığı belirtilmiştir. Johansen ve arkadaşları bu yazıda aşılarda içeriğinin güvenli olduğunu vurgulamaktadır. Özellikle cansız aşı diye tabir edilen inaktif aşılar adjuvan madde kullanımı aşılama sonrası yeterli immünolojik cevap oluşumuna yardımcı olması nedeniyle iyi bilinen bir ihtiyaçtır. Bu aşılarda monovalan domuz virusu gribi etkeninden hazırlanan, yumurta veya hücre kültürlerinde üretilen aşılar. Yumurta alerjisi veya aşı içeriğinde bulunan diğer maddelere (Thimerosal, skualen, alüminyum hidroksit vb) karşı alerjisi olduğu bilinenlerin bu aşıları kullanımı zaten kontrendikedir. Bunun dışında belirli bir kontrendikasyon sayılmamakta, adjuvan içeren aşıların içermeyenlere göre daha fazla lokal (kızarıklık, ağrı, rahatsızlık hissi, sertlik, şişlik vb) ve sistemik (ateş, baş ağrısı, kas ağrısı, bitkinlik, bulantı vb.) yan etki yaptığı belirtilmektedir.

Ancak bu çapta bir pandemi için aşılardan başka bir çare de gözükmemektedir. Kaldı ki %1.2 bile olsa ölüme sebebiyet veren oldukça bulaşıcı bir hastalık için kullanılan aşı veya ilaçların milyonda 1-2 olarak ifade edilen aşı yan etkilerine rağmen kullanılması tercih edilebilir bir durumdur. Bugün bile penisilin alerjik yan etkisine rağmen kullanılan bir antibiyotik olarak yerini korumaktadır. Hiçbir aşı veya ilaç yan etkisiz değildir. Ancak umulan fayda ve yan etkilere bağlı oluşacak zarar karşılaştırıldığında zararı ihmal edilebilir düzeyde olan pek

çok aşı ve ilaç halen kullanımdadır. En azından domuz gribi aşısının mevsimsel grip aşısı ile aynı yöntemlerle hazırladığı ve içerisinde kullanılan ilgili maddelerin uzun yıllardır pek çok aşıda bulunduğu, on yıllarca yüz milyonlarca doz bu aşılar kullanıldığı ve bu katkı maddeleri ile ilgili iddiaların kesin olarak ispatlanmadığı belirtilmektedir. Bu sebeple DSÖ kullanılması planlanan domuz gribi aşılarının mevsimsel grip aşıları kadar güvenli ve etkin olacağını bildirmektedir.

Bununla birlikte domuz gribinin mevsimsel grip kadar bile ölümcül görünmediği, pandemi sırasında virüsün mutasyona uğrama ihtimali nedeniyle aşının etkisiz kalma ihtimali, adjuvan olarak kullanılan ve Amerika'da kullanılacak aşılar bulunmasına izin verilmeyen "skualen" ile ilgili ciddi yan etki şüphesi ve aşının pandemi sezonundan önce yetiştirilmek için yeteri kadar denenmemiş olması iddiaları dikkate alınmalıdır. Sağlık

Bakanlığının oluşturduğu Bilimsel Komite bu konular hakkında kamuoyuna yeterli açıklama yaparak, kafalarda soru işareti bırakmamalıdır. Çünkü bu sayede ancak aşı uygulanmasına gerekli ve yeterli uyum sağlanabilecektir. Bunun yanında ithal edilen domuz gribi aşısının yan etkileri Sağlık Bakanlığı tarafından sıkı bir şekilde izlenmelidir.

### Aşılama Planlanan Risk Grupları

Aşılama gereken risk grupları, hamile kadınlar (özellikle 3. trimestirdeki), 6 ay - 24 yaş arası çocuk ve genç erişkinler, sıtma dahil kronik akciğer hastalığı olanlar, kanser tedavisi gören veya başka bir nedenle bağışıklık sistemi bozulmuş hastalar ilk aşamada aşılama planlanan risk gruplarıdır. Ek olarak diyabet, kalp hastalığı, böbrek hastalığı, nörolojik hastalık ve obezite risk faktörü olarak sayılmakta ve bu risk faktörlerini taşıyanlara yaşları

Semptomlar	Sayı ve Oran (%)
Öksürük	88 (68.7)
Ateş ( $\geq 38.0^{\circ}\text{C}$ )	80 (62.5)
Boğaz Ağrısı	62 (48.4)
Baş ağrısı	60 (46.8)
Burun akıntısı	59 (46.1)
Kas Ağrısı	56 (43.7)
Halsizlik	7 (5.5)
Pnömoni	3 (2.3)

Tablo 1: Ülkemizde Görülen 128 Olgunun Semptomları



**Aşılması gereken risk grupları, hamile kadınlar (özellikle 3. trimestirdeki), 6 ay - 24 yaş arası çocuk ve genç erişkinler, sıtma dahil kronik akciğer hastalığı olanlar, kanser tedavisi gören veya başka bir nedenle bağışıklık sistemi bozulmuş hastalar ilk aşamada aşılması planlanan risk gruplarıdır.**

ne olursa olsun aşı yapılması önerilmektedir. Bunun yanında hastalar ile yakından ilgilenmek zorunda kalacak sağlık personeli en önemli risk grubunu oluşturmaktadır. Bu yüzden sağlık çalışanlarına muhtemel bir pandemi sırasında sağlık sisteminin çökmemesi için, hem kendini, hem ailesini hem de

diğer hastalarını domuz gribinden korumak için aşı yapılması kaçınılmaz görünmektedir.

### Klinik Seyir

Domuz gribinin belirtileri, insanlarda görülen grip belirtilerine benzerdir. Bunlar: Ateş, öksürük,

boğaz ağrısı, yaygın vücut ağrısı, kas ağrısı, baş ağrısı, yorgunluk-bitkinlik ve üşüme-titrete gibi belirtileri içermektedir. Bazı vakalarda kusma ve ishal de görülebilmektedir. Hastaların çoğu 1 hafta içinde iyileşirken, bazı hastaların durumu ağırlaşmakta ve pnömoni veya diğer ciddi hastalık tabloları gelişmektedir. Ölüm genellikle yoğun bakım ihtiyacı oluşturan primer viral pnömoni, sekonder bakteriyel pnömoni, solunum yetmezliği, ciddi organ yetmezlikleri ile birlikte tedaviye dirençli şok nedeniyle oluşmaktadır. Tablo 1'de Eurosurveillance dergisinde yayımlanan Türkiye'de görülen H1N1 doğrulanmış 128 olguda görülen semptomlar ve oranları verilmiştir.

### Tedavi

Tedavide kullanılacak ilaçlar sporadik dirençli olgular bildirilmekle birlikte nöraminidaz inhibitörleri denilen ilaçlardır. Bunlardan, Oseltamivir (Tamiflu) 75 mg, 2X1, 5 gün ve Zanamivir (Relenza) 2 inhalasyon, 2x5 mg, 5 gün önerilmektedir. İlk grip semptomu başlamasından sonra 48 saatte başlanması halinde tedavi başarısı yüz güldürücüdür. Bu ilaçların ciddi hastalık kanıtı olan hamile kadınlarda ve çocuklarda da kullanılabileceği belirtilmektedir. Ancak yanlış uygulamaların önüne geçmek için grip bulguları gösteren hastaların bir sağlık kuruluşuna başvurmaları ve bu ilaçları doktor tavsiyesi altında almaları doğru olacaktır.

1. Öksürme ve hapşırma sırasında ağızınızı ve burnunuzu tek kullanımlık bir mendil ile kapatınız. Mendilinizi kullandıktan sonra çöp sepetine atınız.
2. Öksürdükten ve hapşırdıktan sonra ellerinizi bol sabun ve suyla en az 20 saniye yıkayınız.
3. Alkol içeren el antiseptikleri de uygun miktar ve sürede uygulanmak şartı ile kullanılabilir.
4. Kirli ellerinizle kendinizin veya bir başkasının gözlerine, burnuna ve ağızına dokunmayınız.
5. Domuz gribi belirtilerinin başlamasından 7 gün sonrasına ya da belirtilerin tamamen geçmesinden bir gün sonrasına kadar evde istirahat ediniz.
6. Hastalığın bulaşmaması için çevrenizdeki kişilerle yakın temas kurmayınız.
7. Grip belirtileri gösteren çocuklarınızı okula, kreşe ve dershaneye göndermeyiniz
8. Bulduğunuz mekânları sık sık havalandırınız.
9. Sık kullanılan eşya, yüzey ve araç-gereçleri sık sık deterjanlı su ile temizleyiniz.
10. Toplu kullanılan mekanlarda veya toplu taşıma araçlarında cerrahi maske kullanınız.
11. Cerrahi maske kullanılırken şu hususlara dikkat ediniz.
a. Maske ağız ve burnu tamamen kapatacak şekilde takılmalıdır.
b. Maske takılı iken maskeye dokunmaktan kaçınılmalıdır.
c. Kullanılmış bir maskeyle temas ettikten sonra eller mutlaka sabunlu suyla yıkanmalıdır.
d. Maske ıslandığında ya da nemlendiğinde yeni ve kuru bir maskeyle değiştirilmelidir.
e. Tek kullanımlık maskeler tekrar kullanılmamalı, derhal çöpe atılmalıdır.

Tablo 2: Genel Korunma Önlemleri

## Genel Korunma Önlemleri

Grip virüsünün temel bulaşma yolu öksürme, hapşırma ya da konuşma sırasında ortama saçılan virüsü taşıyan damlacıklar aracılığı ile dir. Grip belirtileri olan bir kişiyle yakın temasta olan kişiler damlacıklarla taşınan bu virüsün solunum yoluyla alınması veya virüs ile kirlenmiş objelere el ile temas sonrası ağız-burun veya gözlere taşınması sonucunda bulaşır. Bu yüzden Tablo2'de sıralanan önlemleri alarak sadece gripten değil; grip gibi solunum yoluyla ve el teması yoluyla bulaşan hastalıklardan korunma sağlanabilir.

**Domuz Gribi belirtilerini gördüğünüzde en yakın sağlık kuruluşuna başvurunuz.**



## Dosya

# Sağlığın Korunması Hakkı ve Taşeronlaşma Çıkmazı

**Fatih SEYRAN**

*Sağlık İşletmeciliği Uzmanı*

*Genel Başkan Danışmanı*

*Dosya Editörü*

Sağlık hizmetlerinin türü ve gelişimi bireylerin talepleri, kurumsallaşma, kültür, ekonomik özellikler gibi pek çok etken tarafından belirlenmekte ve toplumdaki farklılıklarla birlikte değişmektedir. Başka bir deyişle, sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi için standart bir model oluşturmak mümkün olamamaktadır. Ancak unutmamak gerekir ki sağlık hizmetleri sunumu toplumsal bir özelliğe sahip olmakla birlikte tüm nüfusu ilgilendirmektedir.

Özellikle ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucuları olan hastanelerimizde çok çeşitli sağlık hizmetleri ve bu hizmetlere ait alt yapı gereksinimleri söz konusu olmaktadır. Birbirinden farklı; ancak bir o kadar da birbirine bağımlı olarak nitelendirilebileceğimiz bu hizmetleri yönetsel açıdan kontrol edebilmek, daha nitelikli hale getirebilmek ve

başarı ile sonuçlandırabilmek de kolay olmamaktadır.

Güvenlik, temizlik, tıbbi dokümantasyon, hastane bilgi yönetim sistemleri, radyoloji, laboratuvar gibi ihtiyaç duyulan hizmetler için personel istihdamı, demirbaş ve tıbbi cihaz konularında ciddi sıkıntılar yaşanmaktadır.

İşte tam da burada "Kamu Sağlık Kurum ve Kuruluşları" açısından kısaca "Hizmet Alımı" olarak tabir ettiğimiz hizmetlerin dışarıdan farklı yükleniciler eli ile gördürülmesi yoluna gidilmesini değerlendirmek istiyoruz.

Sağlık politikalarına ilişkin tartışmalarımızda; sağlık hizmetlerinin sunum şekli ve kalitesinin çeşitliliğinden bahsetmenin ve alternatif finans modelleri üretmenin

bile "İNCİTİCİ" olduğuna inananların yanı sıra "BUSINESS CLASS" ambulans hizmetlerini dahi müşteri çekme projesi olarak düşünenlerin var olduğunu da görmezden gelemeziz.

Sağlık hizmetlerinin şekli, erişilebilirliği ve niteliği açısından gerek hizmet sunucularının, gerek hastalarımızın ve gerekse kamuoyunun; kısacası tüm bileşenlerin durması gereken yeri tespit etmekte zorlanıyoruz.

Tartışmaların boyutlarını daha da netleştirmek için genel olarak şu sorularımıza cevap aramaktayız:

• Farklı yaşam koşullarına rağmen tüm bireyler her türlü sağlık hizmetinden faydalanmakta eşit haklara sahip midir?

•Yönetmelik rahatlık ve düşük maliyet gibi düşüncelerle yapılan dış kaynaklı hizmet alımlarının standartları nelerdir?

•Taşeron firmalar aracılığı ile yürütülen söz konusu hizmetlerin kontrolleri nasıl sağlanmaktadır?

•Hizmet alımı yolu ile gerçekleştirilen faaliyetlerde özellikle "İNSAN KAYNAKLARI YÖNETİMİ" ve "ÇALIŞMA KOŞULLARI" konularındaki çelişkiler nelerdir?

• Hizmetlerin gerek sağlık hukuku gerekse diğer yasal yükümlülükler açısından olası olumsuz sonuçlarının sorumluları kimlerdir?

İşte bu dosyamız kapsamında; birinci bölümde Prof. Dr. Selami Albayrak, kamuoyu tarafından sağlık hizmetlerinin piyasalaşması eleştirileri hakkında genel bir değerlendirme yapmaktadır. İkinci bölümde ise Prof. Dr. Nevzat Tarhan, sağlıkta kalıcı ve etik politikalar üzerine kaleme aldığı yazısında doktor, hasta ve sağlık sektörü arasındaki ilişkileri ortaya koymaktadır. Üçüncü bölümde Tabipler Odası Genel Sekreteri Dr. Eriş Bilaloğlu, taşeronlaşma ve özelleştirmenin sorunlarına değinmektedir. Hükümet tarafından uygulanan sağlık politikalarının özel ve kamu hastanelerinin sağlık hizmetleri sunumunda sosyal devlet anlayışı açısından ortaya çıkardığı sonuçları ise Zaman Gazetesi Ekonomi ve Çalışma Hayatı Muhabiri İsa Yazar dördüncü bölümde ele almaktadır. Beşinci bölümde sağlık

hizmetlerinin farklı özelliklerine, kamu hizmet ihalelerine ve hizmet alımlarının çalışanlar açısından ortaya çıkardığı hukuki risklere ilişkin değerlendirmeler ortaya konulmaktadır. Altıncı bölümde Yard. Doç. Dr. Hasan Hüseyin Yıldırım, sağlık hizmetlerinde devletin rolünü gerekçeleri ile anlatmaktadır. Son bölümde ise taşeronlaşma uygulamalarının ve devletin sağlık hizmeti sunumundaki sorumluluğunun hukuksal çerçevesi Av. Hüseyin Rahmi Akyüz tarafından değerlendirilmiştir.

Sağlıkta dönüşüm programı kapsamında hızlı bir değişime uğrayan sağlık hizmetlerini izlemeye ve yaşamaya devam ediyoruz. Alt yüklenici, üst yüklenici ve taşeron firma gibi terimler arasında boğulmaktan ziyade önemseydiğimiz; hastalarımızın ve çalışanlarımızın hakları, memnuniyetleri ve yaşadıklarıdır.



**Prof. Dr. Selami ALBAYRAK**  
Hekim Hakları Demeği Başkanı

**Prof. Dr. Nevzat TARHAN**  
NİSTANBUL Hastanesi Yönetim Kurulu ve  
İDER Vakfı Başkanı

**Dr. Eriş BİLALOĞLU**  
Türk Tabipler Birliği Merkez Konseyi  
Genel Sekreteri

**İsa YAZAR**  
Zaman Gazetesi  
Ekonomi ve Çalışma Hayatı Muhabiri

**Yard. Doç. Dr. H. Hüseyin YILDIRIM**  
Hacettepe Üniversitesi İBBF Sağlık İdaresi Bölümü  
Öğretim Üyesi ve ABSAM Başkanı

**Av. Hüseyin Rahmi AKYÜZ**  
Memur-Sen Hukuk Müşaviri



## Sağlık Hizmetinde Devlet Kontrolü Şarttır

**Prof. Dr. Selami ALBAYRAK**  
*Hekim Hakları Derneği Başkanı*

### **Sağlık hizmetlerinde özel sektörün payının artması, devletin kamusal sorumluluğu açısından doğru bir gelişme midir?**

Devletin kamusal sorumluluğu ifadesinden, planlama, kontrol, sonuçları değerlendirme ve yeniden yapılandırma kavramlarını bütünüyle içine alan 'süreç yönetimi' ni anlıyorum. Eğer devlet süreç yönetiminde zaafiyet göstermezse, sağlık hizmetlerinde özel sektör payının artmasında hizmet alıcılar açısından bir sakınca olmaması beklenir.

### **Devletin sağlık hizmetlerini taşeron firmalardan alma uygulaması sağlık hizmetlerinin piyasalaştırması anlamına gelir mi?**

Sağlık hizmetlerinin piyasalaştırılması ifadesini daha iyi anlamak için açmak isterim. Zira 'piyasalaştırmak' kelimesi

kendi içinde bir negatif çağrışıma neden oluyor. Ancak bu konular çağrışımlarla anlatılamayacak kadar önemlidir. Sağlık hizmeti bir lutf değildir. Bu hizmeti sunanların da hayır sever olması beklenmemelidir. Zira sağlık hizmeti, sunumu sürecinin bütünüyle devlet kontrolünde tutulması gereken önemli bir hizmet sektörüdür. Sunumda kalite, zamanlama ve sunum şartları rekabet şartları içinde mükemmelşmelidir. Devlet, ana-

yasanın kendisine yüklediği görevi en iyi şekilde yerine getirmelidir. Bu hizmeti kamu çalışanı eliyle veya özel sektör eliyle sunmuşluğunun önemi yoktur. Önemli olan halkına doğru, zamanında ve kaliteli sağlık hizmeti ulaştırabilmesidir. Eğer taşeron firmaların hizmeti üretimi sırasında emeği sömürebileceği endişesi varsa bu devletin 'çalışma hayatını düzenleme' hususundaki sorumluluklarının yeniden gözden geçirilmesi gerektiğini ortaya koyar.



## Devletin sosyal sorumluluğu içinde bulunan sağlık hizmetlerinin dışarıdan satın alınması uygulaması, emek politikaları açısından nasıl değerlendirilmelidir?

Devlet, çalışma hayatını iyi düzenleyerek, kutsal olan emeğin sömürülmesini önlemelidir. Bu, sadece sağlık sektöründeki emek için değil, her sektördeki tüm emek sahipleri için devletin asli görevidir. Devlet bu görevini, sadece kamuda çalışanları için değil özel sektör çalışanları için de en iyi bir şekilde yerine getirmelidir. Yanıdevletemeği korurken kamu çalışanı- özel sektör çalışanı ayırdetmeden, kapsayıcı olarak davranır. Böyle olunca, genelde hizmetlerin dışardan alınmasının, özeldde ise sağlık hizmetlerinin dışarıdan alınmasının emek koruma açısından bir farkı olmaması beklenir.

## Devletin sağlık hizmetlerini dışardan satın alma uygulamasının hizmet kalitesi ve sosyo-ekonomik boyutlarıyla ele alındığında getirdiği olumlu ve olumsuz katkılar nelerdir?

Emek, rekabetin olmadığı ortamlarda hakkını bulamaz. Zira emeği korumak, çok ve iyi çalışanla, az ve kötü çalışanı ayırdetmek anlamı taşır. Hakkaniyet olmadan emek korunamaz. Bu noktadan bakıldığında, geleneksel kamu çalışanı davranışı, işini koruma ya da kaybetme endişesi olmadığı için, kendi içinde adil olamayabilir. Bu sektörde işini iyi yapanlar işini



ihmal edenler tarafından sömürülür. Çünkü aktif rekabet yoktur. Yasalar çok çalışanı ödüllendirmekte, az çalışanı cezalandırmakta yetersizdir. Halbuki özel sektörde aynı hizmeti üreten emek sahipleri arasında gerek ücrete yansıyan ve gerekse pozisyon kazanma açısından farklılıklar olabilmektedir. Bu ise hizmet sektöründe kaliteyi getirir. Burada asıl olan, özel sektör çalışanları ile iş verenler arasındaki hukukun iyi tanzim edilmesidir. Devlet burada aktif rol oynamalıdır. Sendikaların bu noktada önemi çok fazladır. Eğer devlet çalışma hayatını düzenleyen yasaları ile aktif olursa, sendikalar üyelerinin haklarını işverenlere karşı iyi koruyabilirse, rekabet ortamının olduğu çalışma ortamlarında kalite ve verimlilik çok fazla olur.

## Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulamaya geçen yönleri itibariyle sağlık hizmetlerinin sunumunda, özelleştirme ve taşeronlaşma uygulamalarının destekleyen bir yapıya mı, yoksa kamusal ağırlığı

## önceleyen bir özelliğe mi sahiptir?

Sonuçlardan başa gelelim. Bugün hastaneler düne göre daha temiz... Düne göre hizmet kapasitesi daha fazla. Düne göre sağlık hizmetine ulaşım daha kolay... Bunlar sağlıkta dönüşüm programının somut sonuçları... Bu sonuçları elde edebilmek için bazı araçlarkullanılmıştır.Özelsektörden hizmet satın alma yöntemlerinin geliştirilmiş olması, sağlıkta dönüşüm programının iş hayatına yansıyan en önemli yönüdür. Kamusal iradeyi önceleyen ancak hizmet sunumunda özel sektörü de davet eden bu uygulama sağlıkta dönüşüm programını başarılı kılmıştır. Bu programın tek eksik bacağı kamu sağlık çalışanlarının hizmeti alanlar karşısında ihmal edilmiş olmalarıdır. Son beş yılda hizmet kapasitesinin 2-3 kat artırılmış olmasına karşılık hizmet üreten emek sahiplerinin özlük hakları noktasında iyileştirme yapılmamış olması, sağlıkta dönüşüm programının başarısının kalıcı olması karşısındaki en büyük engeldir.



## Sağlıkta Kalıcı ve Etik Politikalar Mümkün mü?

**Prof. Dr. Nevzat Tarhan**

*NPİSTANBUL Hastanesi Yönetim Kurulu ve İDER Vakfı Başkanı*

Sağlıkta yönetim etiğini 1983 yılında GATA'da (Gülhane Askeri Tıp Akademisi) yaşadığım bir tecrübeden sonra sorgulamaya başlamıştım. O tarihler devletin militarize olduğu dönemlerdi. GATA'dan hocalık ve hekimlik kalitesi yüksek 13 Profesör hocamız beklenmedik şekilde emekli edildiler. Gerekçe ise albaylıkta yaş hadlerinin değiştirilmesiydi. Onca yıllık tecrübe, birikim sosyal ve bilimsel sermaye göz ardı edilmişti. Bu adil değildi. İnsanın yaşına göre işleyen, üretimine ve liyakatına bakılmayan kelle hesabı bir uygulama yapılmıştı.

Albaylık rütbesi açısından eşitti ama iş verimliliği açısından adil değildi. Bu hocalarımızın çoğu daha sonra birçok üniversitede yıllarca aktif olarak çalıştılar.

Sağlıkta dönüşüm programları, sağlık hizmetlerinin piyasalaşması, devletin kamusal sorumluluğu, sağlık hizmetlerinin taşeron firmalardan satın alınması, özel sektörün kamu sektörü ile

rekabeti, özel sektörün sağlıkta payının artması, vatandaşın beklentilerinin karşılanabilmesi gibi konular sağlık politikalarında toplumsal etik tartışmalarını da beraberinde getirdi.







Sağlıkta yönetim etiğinin üç yönden bakışı vardır: Kamu sektörü, özel sektör ve hizmet alanlar...

### Hizmet alanlarda algı değişikliği

Sağlıkta hizmet alanlarda son yıllarda ciddi bakış açısı ve beklenti düzeyi değişiklikleri yaşandı. Devletçiliğin yükseldiği sosyalist yapılarda vatandaş eğitim ve sağlık konularında para harcamak istememektedir.

Mamafih Türkiye'de yakın zamana kadar hem özel okul hem de özel hastane açısından kendisine para harcamayı lüzumsuz ve gereksiz olarak gören vatandaş algısı çok belirgindi. Sermaye karşıtlığını ilerencilik olarak gören

ideolojinin 'Berlin Duvarı' ile birlikte yıkılışına şahit olduk. Ülkemizde halen sağlık alanında 'Berlin Duvarları'nın yaşadığını görüyoruz.

İnsanlar gözünü kırpmadan arabasını değiştiriyor, boğazda bir yemeğe dünyanın parasını veriyor ama eğitim ve sağlık alanında son derece cimri, devletçi düşünüyor ve herşeyi devletten bekliyor.

Bu bakış açısında Türkiye'nin 1980'li yıllarda dünyaya açılması ciddi paradigma dönüşümünü getirdi. Öncelikle özel okulların başarıları çığır açtı. İnsanlar çocukların eğitimi için bütçe ayırmanın iyi ve güzel sonuçlarını gördüler. Çocuğunun iyi eğitiminin iyi yatırım demek olması algı değişikliği idi. Vakıf üniversitelerinin

başarıları özel okulların yaygınlaşmasına neden oldu. Sağlıkta da yakınımızın iyi tedavisinin iyi bir yatırım olduğunu göz ardı edebilir miyiz?

### Kamu ve özel sektör yatırımı açısından 'iyi doktor, iyi teknoloji, iyi otelcilik hizmeti' denklemi

Bu denklemi Temel şöyle çözmüş; "Temel özel hastane açmış. Aynı ameliyatı hem 50 liraya hem de 500 liraya yaptığını duyurmuş. Arkadaşları nedir bu diye sorduklarında, '500 liralık ameliyat eski doktorlar yeni aletlerle yapılır, 50 liralık ameliyat yeni doktorlar eski aletlerle yapılır' demiş." Karadenizli Temel'in çözümü mizah içeriyor.

Sağlık sektöründe 'toplumsal talebe ve ihtiyaçlara' uygun

1-Kaliteli sağlık hizmeti,

2-Kaliteli otelcilik hizmeti,

3-Teknoloji yenilemede hızlı ve dinamik davranılabilmesi'nin birlikte yürütülebilme başarısı rekabet materyallerini oluşturuyor.

Kaliteli sağlık hizmetinde işini iyi yapan tecrübeli aynı hastalıktan binlercesinin tedavisini yapmış hasta memnuniyetini doruk noktada tutan hekimin rekabet gücü yani toplumsal arz talep dengesini göz önüne almayan politikalar yanlıştır.



# Dosya

Hekim talebi, özel sektörün hızlı gelişimini, kolay ulaşılabilirliği ve hasta konforunun önemini düşünmeden üretilen çözümler kalıcı olamaz.

## Hekimler doyumsuz mu?

Serbest hekimliğin kötü uygulamalarını muayenehanelerin hastane polikliniği gibi çalışmasını kimse etik bulamaz. Fakat yanlış muayenehanecilik sebep değil sonuçtur. Meslek etiğinin ve tıbbi etiğin çok önemli olduğu tıp alanında genelleme yaparak hekimler genellikle doyumsuz ve aç gözlüdür demek çok haksız bir yargıdır.

Ağır ve uzun bir eğitim, ev ve araba sahibi olabilme yaşının 35'li yaşları bulması hekimleri yoruyor. Hastaların çaresiz ısrarcılığı da

etik hassasiyeti zayıf olan hekimleri yanlış uygulamalara itmiştir. Tam gün uygulamaları başarılı olursa hekimlik onuru zedelenmekten kurtulacaktır.

Özellikle işini iyi yapmanın iyi parasal getiri için ön şart olduğunu göz önüne alan hekim anlayışının göz ardı edilmesi kötü zanları besliyor. Sağlıkta kolay kazanma peşinde olmak mesleğe ihanetle eşdeğerdir. Kaliteli sağlık hizmeti verenin alınterinin karşılığını beklemesi de hakkıdır.

Hastası için mücadele eden hekime aç gözlü ve doyumsuz demek hekimin çalışma motivasyonunun kırar. İşini iyi yaptığı için iyi kazanımı olan hekime para düşkünü ve tüccar demek kötü zanda bulunmaktır.

Zaman ve mekan kavramı

olmadan özel hayatını feda ederek çalışmak para kazanmadan fazla bir durumdur. Meslek ve hizmet aşkı olan kimse ile para aşkı olan kimseyi ayırt etmek için yakın gözlemlerde bulunmak gerekir.

## Sağlık sektöründe 'Gönüllü denetçilik'

İnsanın psikolojik doğasında "Kemale muhabbet" vardır. Bu fitri duygu herşeyde olduğu gibi sağlık hizmetinde de geçerlidir. Sağlık hizmetinin kalitesinden taviz vermeye neden olacak politikalar sorgulanmalıdır. Diğer taraftan halk arasında özel sağlık sektörü için söylenen 'Para tuzağı' söylemi bir kaygı ifadesi olarak ciddiye alınmalıdır. Mükemmel sağlık hizmeti vermenin bir bedeli vardır bu hizmeti almanın da bir karşılığı vardır.

Açıklık esaslı politikalarla güven ve rızaya dayalı bir sistem oturtulabilir. Batı dünyası hastanelerini gönüllü denetçilere açarak sorunu en aza indirebilmiştir.

Parası olana iyi hizmet parası olmayana kötü sağlık hizmeti etik değildir. Ancak parası olana ucuz sağlık hizmeti vermekte etik değildir. Parası olanın beklentilerine uygun iyi sağlık hizmeti verip parası olmayan ama ihtiyacı olana iyi sağlık hizmeti vermeyi hedeflemek ideal sağlık politikası olmalıdır.



## Özel Hastane mi Vakıf Hastanesi mi?

Sağlık hizmeti, kalitesinden taviz vermeden herkese ulaşabilmeyi 'Vakıf Hastaneleri Sistemi' ile başarabilir. Bugün, zamanında devlete yakın olmayı başarmış büyük hastane zinciri kurmuş bir yapılanmaya özel sektör demek mümkün mü? Kazandığını iyi sağlık sistemine geri döndüren paralelinde sosyal sorumluluk projesi olan hastanecilik anlayışı vakıf anlayışıdır, desteklenmelidir. Bunu yaparken serbest rekabeti hasta yararına kullanmayı da başarmak gerekmektedir.

Etik duyarlılığı olmayı gerektiren sağlık hizmeti menfaati bencilce sahiplenmeyi de reddeder. Hasta ve dertli insanların sırtından lüks yaşamak şık bir davranış değil. Özel hastane sahipleri sadece kaliteli sağlık hizmeti değil kaliteli bir sosyal hizmet verdiklerini unutmamalıdır.

## Kamu hastaneleri vakfa çevrilebilir mi?

Kamu hastaneleri içinde benzer durum söz konusudur. Kamu hastanelerinin yüksek bürokratların ve devlete yakın olanların bedel ödenmeyen özel hastaneleri gibi çalıştığını hepimiz görüyoruz. Hastanenin bulunduğu şehir seçkin insanların oluşturduğu mütevellî heyeti ile yönetilen devlet

**Etik duyarlılığı olmayı gerektiren sağlık hizmeti menfaati bencilce sahiplenmeyi reddeder. Hasta ve dertli insanların sırtından lüks yaşamak şık bir davranış değil. Özel hastane sahipleri sadece kaliteli sağlık hizmeti değil kaliteli bir sosyal hizmet verdiklerini unutmamalıdır.**

hastaneleri daha kaliteli ve menfaati adil paylaştıran bir sistem kurabilir.

## “Bizim hastanelerimiz ve özel hastaneler” çifte standardı

Sağlık Bakanının konuşurken “Bizim hastanelerimiz ve özel hastaneler” terminolojisini kullanması adil olmadığını gösterir. Sağlık Bakanlığı vergi mükelleflerinin ödediği gelir menfaatini adil paylaştıran makam olmalıdır. Bir hukukçu hem hakim hem de savcı olamaz. Bunun gibi bir bakanın özel sektör temsilcisinin oyu olmadan resmi karar vermesi adil ve hakça değildir.

Resmi makamda oturan kişinin devlet hastanelerine 'bizim' demesi özel hastaneleri üvey evlat gibi gördüğü anlamına gelir. Kamu hastanelerinde kaliteyi yükseltmemeyen devletin özel hastanelerde kaliteyi düşürmeyi amaçlaması çifte standardı gösterir. Sağlık Bakanlığının denetleme görevi vardır. Fakat bu özel hastanelere karşı çok titiz hatta

acımasızca uygulanırken devlet hastanelerine aynı hassasiyet gösterilmemektedir.

## Bağımsız denetçilik sistemi

Denetlemedeki çifte standardı gelişmiş ülkeler “bağımsız dış denetçilik sistemi” ile çözmüştür. Türkiye’de böyle bir çalışma yapıldığını duymadık. “FDA bizi bağlamaz” diyen, Uluslararası kalite belgesini resmi belge olarak kabul etmeyen sağlık sistemi kalıcı başarı gerçekleştiremez. Bugün sağlık sisteminde meydana gelen olumlu gelişmelerin kalıcı olması için bu konuları tartışmamız gerekmektedir.

Açgözlülüğün, bencilliğin ve çifte standardın olduğu yerde empati yoktur. Empati yapamayan sağlık yöneticiliğinde de etik değerlerden söz edilemez.

Etik değerler eğitimi Türkiye artık gündemine almalıdır. Meslek etiği ve tıp etiği olan ilk meslek olan hekimler etik değerler eğitiminin canlı örnekleri neden olmasınlar?



## Taşeronlaşma Sağlık Hizmetlerinin Özelleştirilmesi Uygulamasının Bir Şeklidir

**Dr. Eriş Bilaloğlu**

*Türk Tabipler Birliği Merkez Konseyi  
Genel Sekreteri*

**Sağlık hizmetlerine yönelik bir değerlendirme yapılırken sıklıkla duyulan saptamalardan biridir; “her yerde farklı farklı uygulamalar geçerlidir, tek bir doğru yoktur”. Elbette yapılan konuşmanın bağlamına göre cümlenin anlamı değişmekteyse de yine sıklıkla amaç bir şeyi gizlemektir: sağlık (hizmeti) doğuştan kazanılmış bir haktır ve bu doğru değişmemelidir.**

İnsanlığın evrensel bir kabulü olarak bütün insanlar eşit doğar ve sağlıklı yaşam hakkının güvencesi toplumsal organizasyon ya da bir diğer güncel ifade ile devlettir. Hiçbir

saik bu hakkın önüne geçemez, geçmemelidir.

Ne yazık ki kapitalizm de insan öncelikli değildir, adı üzerinde kapitaldir/sermayedir öncelikli olan. Tüm bunlara rağmen işçilerin mücadelesinin ve dünyada sosyalist sistemin varlığının da etkisiyle kapitalist toplumda “sosyal devlet” dönemi görece yurttaş haklarının var olduğu bir tarihsel dönem olarak yaşandı. Bu dönemde sağlık kamusal bir hizmet olarak görüldü, görülmek zorunda kaldı. 1970’lerin sonundan başlayarak 1980 ve 90’larla birlikte dünya ölçeğinde gerici dönemnin hakim olmasıyla birlikte yurttaş yerini müşteriye bıraktı. Artık hak denilen kavramın öznesi vatandaş değil müşteridir,

buna bağlı olarak bahsedilen de iyimser yorumla tüketici hakları gerçekte ise müşteri hakları olmaktadır.

Yukarıda kısaca tanımlanan ortamda sağlık hizmetleri “ister özel ister kamu tarafından verilsin kamusal bir faaliyettir” önermesi hayatta karşılığı olmayan bir iddia olarak kalmaktadır. Bu önerme ile söylenmek istenen “vatandaşları öldürmeyecek kadar ceplerinden para alınacak, herkes eşit olmayan nitelikte/kalitede bir sağlık hizmetine parası ölçüsünde” ulaşacaktır.

Özel sektör doğası gereği hizmet sunumuna kar amacıyla girer. Bu yaklaşım neoliberal politikalar altında kamu hizmet-



lerinin de bütünlüğünün yok edilerek parça parça halinde özelleştirilmesi şeklinde yaşanmaktadır. Bir başka ifade ile sağlık hizmetlerinin taşeronlaştırılması sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi uygulamasının bir şeklidir. Çünkü özelleştirmede yürütülen amaçlara paralel sonuçları sağlar.

Devletin sağlık hizmetlerini dışarıdan satın alması hizmetin ve eş zamanlı olarak çalışanların bölünerek hizmet ve çalışan hakları açısından nitelik kaybı sonucunu doğurur. Türkiye bu anlamda "Tuzla tersaneleri" gibi marka olmuş acı deneyimlere sahiptir. Uygulamaya çalışılan Sağlıkta Dönüşüm

Programı sağlık çalışanlarının iş güvencesiz bir ortamda daha uzun süre ve daha düşük ücretle çalıştırılmasını hedeflemektedir. Bunu sağlaya-bilecek en iyi yöntem de taşeronlaştırmadır. Dolayısıyla bütünüyle emek karşıtı, düşmanı bir uygulamadır.

Türkiye'de AKP hükümetlerinin "yürürlüğe" koyduğu Sağlıkta Dönüşüm Programı ne yazık ki hiçbir özgünlüğü olmayan, Dünya Bankası'nın önerdiği, onun emir komuta zinciri içerisinde sürdürülen ve 1990'lardan beri bildiğimiz bir çerçeveye sahiptir. Bu politikaların sonuçları da belli olup uluslar arası ölçekte bilimsel dergilerde

yayınlanmıştır. Topluma vaat edilen tıbbi yoksulluktur. Uluslar arası tıbbi endüstriyel kompleksler/tekellere ise daha çok para.

Temel yönelimin sağlığın ticarileştirilmesi olduğu bir ortamda etik değerlerin sağlık hakkını öncelemesini beklemek hayalcilik olur. Bundan yaklaşık on yıl önce etik değerlerde erezyondan yakınırken bugün performans sistemi vb. ile geline nokta dünü aratmaktadır. Yapmamız gereken sağlığın bir hak olduğu ve bunun kamucu bir yaklaşımla eşit, ücretsiz ve nitelikli sunulması gerektiğini ısrarla savunmaktır.



## Dosya

# Sağlıktaki Yolsuzluklar, Sınırsız Özelleşmenin Faturası mı?

İsa YAZAR

Zaman Gazetesi

Ekonomi ve Çalışma Hayatı Muhabiri

Türkiye, sağlık alanında son yıllarda çok büyük bir değişim yaşadı. Vatandaşın sağlık hizmetine ulaşması kolaylaşırken alınan hizmetin kalitesi de önceki yıllarla kıyaslanamayacak ölçüde arttı. SSK hastanelerinin Sağlık Bakanlığı'na devri ve serbest eczanelerden ilaç alınabilmesi ile başlayan süreç, 2007'de özel hastanelerin bütün hastalara açılmasıyla devam etti. Ancak bu durum, özellerin sağlık yatırımlarında büyük bir patlama yaşanmasına yol açtı.



Birkaç doktorun bir araya gelip kurduğu tıp merkezleri mantar gibi çoğaldı. Hızla artan özel sağlık kuruluşlarının daha çok kazanma hırsıyla akla ziyan yolsuzluk olaylarına imza atması, Türkiye'nin gündemine 'sağlıkta bu kadar hızlı özelleşme acaba doğru mu' sorusunu getirdi. Gelineen noktada yolsuzlukların önemli pay tuttuğu sağlık harcamalarının katlanarak artması, ülke ekonomisi için ciddi bir tehdit unsuru oluşturuyor. Bu nedenle Orta Vadeli Program başta olmak üzere birçok hükümet metninde, sağlık harcamalarındaki artışın önüne geçilmesi gerektiği belirtiliyor. Özel sağlık sektörü ise zamanında kendilerine ruhsat verilerek yatırıma teşvik edildiklerini belirtip devletin kendilerinden sağlık hizmeti satın almak zorunda olduğunu savunuyor.

Peki sağlık alanının bu kadar özelleşmesinin doğuracağı sakıncaları önceden görülemedi mi? Eğitim, güvenlik, adalet ve sağlık devletin temel görevleri kabul edilirken sağlık hizmetlerinin ticarileştirmesi niye teşvik edildi. Bir yandan sağlık sektörü sınırsız denebilecek ölçüde liberalleşirken denetim görevini yapması gereken kurumlar neredeydi? Bu ve benzeri sorulara çoğaltmak mümkün. Soruların cevabı ise galiba bize özgü, "hele bir başlayalım, sorun çıkarsa bakarız, düzeltiriz" anlayışında gizli. Nitekim bu anlayışın en bariz yansıması denetim görevini yapması gereken Sosyal Güvenlik Kurumu'nun (SGK) yolsuzlukları önleyecek

**Gelineen noktada sahte rapor, sahte emeklilik, sahte sağlık karneleriyle yapılan yolsuzluklarda doktor, eczacı, ilaç şirketi ve hasta zinciri bir türlü kırılmıyor. Kamu hastanelerin de de yapılan bu tür yolsuzluk olayları, özelde bir hayli kolaylaşıyor. Sağlık harcamalarındaki astronomik artış da bu yargıyı güçlendirir nitelikte. Devletin 2002'de 10 milyar olan sağlık harcaması 2009'da 35 milyara dayandı. En fazla artış ise özel hastanelere ödenen kısımda yaşandı.**

en basit elektronik sisteme sahip olmadan özel hastaneleri vatandaşa açmasında gizli. 2007 yılında özel hastanelerin kapıları vatandaşa açılırken trajikomik yolsuzluk olayları peş peşe geldi. Örneğin bir sağlık kuruluşu aynı kadına yılda 10 kez doğum faturası kesip bu faturaların parasını tahsil etti. Oysaki elektronik sistem, rahatlıkla aynı TC kimliğine sahip bir insan için belli bir süreden önce doğum faturasına izin vermeyecek şekilde düzenlenebilirdi. SGK'nın bu tür yolsuzların önüne geçebilecek elektronik sistemi ancak 2009'da devreye girdi. Bu sürede hangi sağlık kuruluşuna ne kadar usulsüz ödeme yapıldığı bilinmiyor. Çok sayıda yolsuzluk olayı da ancak yaklaşık 400 milyondan faturadan alınan örneklerin incelenmesi sonucu tesadüfen ortaya çıktı. Bu ve benzeri olaylarda hiç şüphesiz yeni bir kurum olan SGK'nın sık sık başkan değiştirmesi nedeniyle bir türlü yönetim istikrarı yakalayamamasının da rolü oldukça fazla.

Sağlık alanındaki yolsuzluk örneklerini, bu alandaki sınırsız liberalleşmenin bir cezası olarak görmek de mümkün. Zira ciddi yatırımlara giren ve tek amaçları kar olan kuruluşlar, bekledikleri ölçüde para kazanama durumunda hemen yan yollara sapmaya başladılar. Tabii ki hırsız masumlaştırmak mümkün değil. Ancak yolsuzluğun tabiatı gereği çok kolay olduğu sağlık sektöründe risk faktörünü hesaplamayan karar vericiler, ortaya çıkan tablonun sorumluluğunu omuzlarında taşıyorlar. Yolsuzluk yapan özel sağlık kuruluşlarının suçlu olduğu kadar sistemi buna izin verir şekilde dizayn eden karar vericiler de suçlu.

Gelineen noktada sahte rapor, sahte emeklilik, sahte sağlık karneleriyle yapılan yolsuzluklarda doktor, eczacı, ilaç şirketi ve hasta zinciri bir türlü kırılmıyor. Kamu hastanelerin de de yapılan bu tür yolsuzluk olayları, özelde bir hayli kolaylaşıyor. Sağlık harcamalarındaki astronomik artış

**Sağlıkta bir yandan da taşeronlaşma dikkat çekiyor. Devlet hastanelerinde görevli memurların üçte biri kaddarda taşeron işçi çalıştırılıyor. 300 bin memurun görev yaptığı Sağlık Bakanlığı hastanelerinde 108 bin taşeron işçisi çalışıyor. Temizlik ve güvenlik hizmetlerinde başlayan taşeronlaşma bilgi işlem personeli ve yardımcı sağlık personelini de içine alarak büyüyor.**

Devlet hastanelerinde görevli memurların üçte biri kaddarda taşeron işçi çalıştırılıyor. 300 bin memurun görev yaptığı Sağlık Bakanlığı hastanelerinde 108 bin taşeron işçisi çalışıyor. Temizlik ve güvenlik hizmetlerinde başlayan taşeronlaşma bilgi işlem personeli ve yardımcı sağlık personelini de içine alarak büyüyor.

Sınırsız özelleşme politikaları sonucu artan sağlık harcamalarının önüne geçmek için hükümetin son başvurduğu yöntem global bütçe oldu. Buna göre halen devlet hastanelerinde uygulan sistem, tüm sağlık kuruluşlarına yaygınlaştırılacaktı. Devlet hastanelerinde uygulanan sisteme göre Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK), Sağlık Bakanlığı'na yıl boyunca yapacağı sağlık harcamaları için ortalama bir para veriyor.

Devlet hastanelerinin harcamaları verilen bu paranın üzerinde olsa bile SGK ek ödeme yapmıyor. Bütün tedavi hizmetleri yıl başında verilen bu paradan karşılanıyor. Hükümet, aynı sistemi özel hastaneler, üniversite hastaneleri ve ilaç üreticileri için uygulamak istedi. Ancak ilaç üreticilerinin global bütçeye razı olmaması, projeyi şimdilik uygulanır olmaktan çıkardı.

Sonuç itibarıyla herkesin şapkasını önüne koyup düşünme zamanı. Evet, liberal politikalar, özelleştirmeler son 50 yılda bütün dünyada kabul gören ekonomi politikaları olarak öne çıktı. Biz de aksini savunmuyoruz. Devletin ticari işletmelerden elini çekmesi, ekonomik faaliyetini denetleme göreviyle sınırlaması şart. Ancak bunun her sektör için bire bir ve aynıyla uygulanması mümkün değil. Özelleşmeyi her derde deva gören kolaycı anlayış, sağlık alanında milyarlarca doların yanı sıra çok önemli zaman kaybına mal

oldu. Artık sağlık hizmetinin salt ticari kaygılarla ele alınamayacağı, alınsa bile beklenenin aksi sonuçlar verdiği çok net görüldü.

Yeni dönemde Türkiye'nin sağlık sektörünü lokal olarak masaya yatırıp sosyalist, kapitalist veya liberal teorilerin dayattığı kalıplar dışında çözüm araması gerekiyor. Bu yeni bir model, nevi şahsına münhasır bir çözüm olabilir. Konuyu illa özelleşme taraftarlığı yada karşıtlığı bağlamında değerlendirmek zorunda değiliz.

Örneğin kamu özel ortaklığıyla çalıştırılan dev sağlık kompleksleri bir çözüm önerisi olabilir. Önemli olan Türkiye'nin en doğru sistemi bulup vatandaşına kalitesi en yüksek sağlık hizmetini sunması.







# Dosya

## Kamu Hizmeti ve Sağlık

*"Kamu Sağlık Sektöründe Dış Kaynak Kullanımı,  
Asıl İşveren-Alt İşveren İlişkisi" Başlıklı  
Yüksek Lisans Tezinden Derlenmiştir*

**Sağlık hizmetleri kendine özgü bazı özellikler taşımaktadır. Bu özellikler kısaca şu şekilde açıklanabilir.**

Sağlık hizmetlerinin toplumsal olması ve Sağlık hizmetlerinin kendisine özgü yapısından kaynaklanan kar amacından çok sosyal amaçta taşınması: Sağlık hizmetlerini elde etmenin maddi değer ile ölçülmemesi gerektiği düşüncesi nedeniyle hizmetlerin sosyal bir amaçla sunulması gerekmektedir. Sağlık sektöründe fayda, maliyet ve karlılık gibi piyasadaki temel kavramlar daha farklı bir açıyla düşünülmektedir.

Sağlık hizmetlerine yönelik talebin belirsizliği: Sağlık hizmetleri talebi devamlılık göstermediği gibi talebin ne zaman ortaya çıkacağı ve yoğunluğu konusunda öngörümde bulunulamaz. Böyle bir durumda hizmeti arz ve talep edenler için sorun teşkil edebilir. Özellikle talep edenler açısından hastalığın tedavisi için önceden kaynak yaratma gereği ortaya çıkar. Bu nedenle muhtemel belirsizlik durumlarında sorunları çözmek için sağlık sigortası sistemi geliştirilmiştir.



## Sağlık hizmetlerinin ikamesinin olmaması

Mal ikamesi kavramı normal bir pazarda, bir mal ya da hizmetin yerine aynı amaçla başka bir malın ya da hizmetin kullanılması özelliğidir. Ancak sağlık hizmetlerinde doktorun önerdiği sağlık hizmetinin ikamesi çoğu durumda ya yoktur ya da oldukça sınırlıdır ve tüketici bu hizmeti almak zorundadır(Tokat,2000).

Kamu hizmetlerinin sahip oldukları özellikler hizmetin türüne göre değişim gösterebilmektedir. Bu kapsamda bazı mal ve hizmetler kamu malı olarak görülebilmelerine rağmen, pazarlanmaları ve fiyat yolu ile tüketicinin faydasına sunulmaları mümkündür. Bununla birlikte, bu mallar tüketimden mahrum bırakılabilme özellikleri olması dolayısıyla özel mallara da yaklaşabilmektedir. Sağlık hizmetinin örnek oluşturduğu bu mal ve hizmet türünün önemli bir kısmı günümüzde pek çok ülkede kamu ekonomisi tarafından üretilmektedir. Üretimi kamu ekonomisi dışında kalan mal ve hizmetler ise, piyasada üretilseler dahi, kamu ekonomisinin üretim alanı içinde yer alırlar (Nadaroğlu,1998).

Sağlık hizmeti, sahip olduğu temel özellikler dolayısıyla kamu ekonomisinin üretim ve denetim alanına dahildir. Nitekim hastalıkların bulaşıcı niteliklere sahip olabilmesi, tedavi hizmetlerinin hastaya sağladığı özel yarar yanında toplumsal yararının da olduğunu ortaya koymaktadır. Sağlık hizmetinin kamu ekonomisi alanı içerisinde devlet tarafından sunulması, tedavi ve koruyucu hekimlik hizmetinin verilmesi ile

mümkün olur. Bununla birlikte, sağlık hizmetleri bireyin çalışma gücünü arttırdığından, üretim kapasitesini destekleyen bir yatırım niteliğine de sahiptir (Bulutoğlu,1981).

## Sağlık hizmetlerinin temel sunucusu devlettir

Sağlıklı bireylerin toplumsal faydası kuşkusuz çok yüksektir. Tersi durumda ise, ortaya çıkan zararların boyutları ve maliyetinin tahmini dahi çok zordur. Bu nedenle kamu ekonomisi tarafından toplumun sağlığını "korumaya" yönelik hizmetlerin üretilmesi kaçınılmazdır. Dolayısıyla toplumsal koruyucu sağlık hizmetlerinin temel sunucusunun devlet olduğunu söylemek yanlış olmayacaktır. Özel sektör ise bu alanda karlı olamayacağı için faaliyette bulunmak istemeyecektir. Bununla birlikte piyasa ekonomisi, kamu ekonomisi tarafından üretilen "bölünemeyen" ve "koruyucu" sağlık hizmetlerine yönelik mal ve hizmet tedarik süreçlerinde kamu ekonomisine hizmet verebilir. Ancak bu söz konusu hizmetin kamusal niteliğini değiştirmez. Özellikle yaygın ya da risk gruplarının yoğun olması gibi nedenlerle kitlesel ya da bölgesel aşılama faaliyetleri bu kapsamda görülen en önemli hizmetlerdir.

Sağlık hizmetleri piyasada alınıp satılabilen hizmetler olmasına karşın, yukarıda sözü edilendışsallık olgusu nedeniyle

kamu tarafından da üretimi zorunlu olan bir "kamu malı"dır. Özellikle "koruyucu sağlık hizmetleri" sağlıklı bir toplum olmanın en önemli aracıdır. Devlet, ayrıca "tedavi hizmetleri" alanında da faaliyet gösterir. Bundan amaç, bu hizmeti satın alamayanlara destek olunarak bireyin ve dışsal fayda nedeniyle toplumun sağlığına olumlu katkılarda bulunur(Altay,2006).

## Sağlık ve eğitim temel insan hakkıdır

Bunun yanında, günümüzde insan hakları tanımı kapsamında temel beşeri sermaye değişkenleri olan "sağlık" ve "eğitim" bir hak olarak kabul edilmektedir. Birleşmiş Milletler, her bireyin sağlıklı bir yaşam ile temel eğitim hakkı olduğunu kabul etmektedir. Birçok ülkede bireysel hak tanımı kapsamında sağlık bir temel hak olarak kabul edilmektedir. Daha önce de değinildiği gibi sağlık konusunda "hak", adalet ve eşitlik çerçevesinde bir bakış açısının geliştirilmesi "normatif yaklaşım" dahilinde gerçekleşmektedir. İnsanların sahip oldukları dil, din,





# Dosya

ırk, cinsiyet, gelir, servet, prestij ve statü gibi unsurlara bakılmaksızın eşitlik, adalet ve haklar bağlamında sağlık hizmetlerinden faydalanmaları konusunda genel bir kabul söz konusudur. Bununla birlikte, devletin tedavi hizmetleri sunumu sınırsız değildir. Ülkelere göre değişmekle birlikte, piyasa ekonomisine sahip her ülkede kamusal tedavi hizmetlerinin sınırsız olması mümkün değildir (Bulutoğlu, 1981). Genellikle bu konudaki tek sınırsız hizmet "bulaşıcı hastalıklar" kapsamında gerçekleşmektedir. Bu bağlamda devletin özellikle tedavi edici sağlık hizmetlerinin sunumunda toplumdaki risk gruplarını iyi

**Ekonomik gelişmesini belli bir düzeye getirebilmiş toplumlarda sağlık için ayrılan kaynaklar arttığı gibi, bireylerin sağlık bilinci de yükselmektedir. Bununla birlikte, sağlık düzeyinin gelişimi de artan verimlilik yoluyla ekonomik büyümeyi hızlandırmaktadır.**

belirlemesi gerekmektedir. Özellikle yoksullara devletin sınırsız tedavi hizmeti sağlaması sosyal bir sorumluluk ve görevdir.

Sağlık hizmetinin yukarıda ifade edilen nedenlere bağlı olarak etkinlikle sunulması güç olabilmesine rağmen, bu alanda kaynak dağılımı oldukça önemli bir konudur. Ekonomik analizler bu konuda etkinliği sağlamada yardımcı olabilmektedir. Diğer yandan, sağlık hizmetinin sunumu için yapılan sağlık harcamaları, genellikle savunma ve eğitim harcamalarından sonra üçüncü sırayı almaktadır. Devletin sağlık hizmetinin sunumu için yaptığı harcamalar ile birlikte; bu alanda yaptığı araştırma ve geliştirme harcamaları da önemli bir yere sahiptir. Dünyada artan nüfus ile birlikte, sağlık hizmetine olan talebin artması, bu alanda ortaya çıkan maliyet artışı ve devletin bu alanda artan harcamaları özellikle 1990'lı yıllardan itibaren sağlık hizmetini önemli sorunlarla karşı karşıya bırakmıştır ( Mutlu, 2006).

Sağlık hizmetlerinin yaratıkları olumlu dışsallıklar ve yetersiz sunum halinde ortaya çıkan negatif dışsallıklar dışında, belirsizlik altında seçim, asimetric bilgilenme, hastalık risklerinin ve talebinin önceden belirlenmesinin güçlükleri gibi talep yönlü ve hizmet sunucularının azlığı, piyasaya giriş sınırlamaları gibi arz yönlü özelliklere sahiptir(Mutlu, s. 199.).

Dikkate alınması gereken bu unsurlarla birlikte, yardım anlayışı kapsamında kaynakların özellikle gelişmekte olan ülkelere transferi ve transfer edilen kaynakların gerektiği gibi dağıtımı da önemli bir unsurdur (Akdemir ve Şahin,2006) .

Günümüzde tüm dünya ülkelerinde, beşeri sermayenin asıl kaynağını eğitim oluşturmakla

birlikte, toplumun sağlık düzeyi de beşeri sermayeyi besleyen diğer bir faktördür. Nitekim yapılan birçok ampirik çalışmanın da desteklediği gibi, toplumun sağlık düzeyi ile ekonomik gelişmişlik arasında yakın ve karşılıklı bir nedensellik ilişkisi vardır. Ekonomik gelişmesini belli bir düzeye getirebilmiş toplumlarda sağlık için ayrılan kaynaklar arttığı gibi, bireylerin sağlık bilinci de yükselmektedir. Bununla birlikte, sağlık düzeyinin gelişimi de artan verimlilik yoluyla ekonomik büyümeyi hızlandırmaktadır. (Taban,2006)

Sağlık hizmetinin ekonomik büyüme ve kalkınmanın sağlanmasında, yoksulluğun önlenmesinde, kaliteli yaşam düzeyinin sağlanmasında önemli bir yere sahip olması bu hizmetin etkinlikle sunumunda dikkate alınması gereken diğer unsurları oluşturmaktadır

Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Dönüşüm Programı olarak bilinen reform paketini yayınlamaya sektörde yeniden yapılanmaya gidileceğini ifade etmiştir. Bu program kapsamında önerilen reform paketinin temel amacı, sağlık hizmetlerinin organizasyon, finansman ve sunumunda etkililik, verimlilik ve eşitliğin sağlanması olarak tanımlanmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2003).

Sağlık hizmetlerinin etkin sunumu, toplumsal gelişmenin en temel öğelerinden birisini oluşturmaktadır. Hizmet sunumunda etkinliğin sağlanmasında öncelikle sağlık hizmetlerinin nitelik ve niceliğinin artırılması ve bu bağlamda devletin yarı kamusal mal niteliği olan bu hizmetlere önem vermesi bir zorunluluk olarak

karşımıza çıkmaktadır. Birçok ülkede sağlığın dışsal faydasının yüksek olmasının getirdiği bir sonuç olarak kamu sektöründe ağırlıklı bir yapılanma söz konusudur. Bunun yanında sağlık hizmetlerinin gerek sunumunda gerek finansmanında özel sektör de yer almaktadır (Altay,2006).

Son yıllarda artan nüfus yoğunluğu bir yandan sağlık harcamalarının artmasına neden olurken; diğer yandan da sağlık hizmetlerinin finansman yapısına ilişkin tartışmaların hem kamu kesiminde hem de özel kesimde artarak yaşanmasına neden olmuştur. Özellikle bütçe açıkları nedeniyle birçok kamu hizmetinin ve sağlık hizmetinin finansmanının ağırlaştığı ve sağlık alanında piyasaya dayalı uygulamaların artmaya başladığı görülmektedir. Bütçe açıklarının getirdiği finansman sorunlarının yanı sıra, özellikle son 20 yılda ortaya çıkan küresel gelişmeler de sağlık sektörünün piyasa yönlü açılımını hızlandırmaktadır.

Küreselleşme olgusunun temel hareket noktasını oluşturan liberal iktisadi yaklaşımlar, sağlık sektöründe gerek yerel gerek küresel piyasalar açısından ağırlıklı olarak özelleştirmeyi ortaya çıkarmaktadır. Bu bağlamda uluslararası kuruluşlar birçok ülkenin sağlık politikalarını etkilerken; sağlık alanında özelleştirme uygulamalarını da desteklemektedir. Özellikle piyasa ekonomisi sürecinde bir yandan etkinlik diğer yandan da hizmet kalitesinin artırılma çabaları özelleştirmenin sağlık alanındaki yoğunluğunu arttırmıştır (Altay,2006).

DPT IX. Beş Yıllık Kalkınma Planıyla (2007-2013) , sağlık hizmetlerinde temel hedef olarak sağlık sektöründe kamunun planlayıcı, düzenleyici ve denetleyici rolünün güçlendirilmesini ve hizmet sunumunda özel sektörün payının artırılmasını benimsemiştir.

Özelleştirme denilince akla genellikle mülkiyet devri gelir. Fakat aynı zamanda kamu ve özel sektöre ait olan kuruluşlardan, kamuya ait olanların zamanla özel lehine genişlemeye başlaması da özelleştirme kapsamına girer. Hizmet sözleşmeleri de bu tür bir özelleştirme yöntemidir. Kamu Sağlık Kurumlarının daha önce kendi imkanlarıyla yerine getirdikleri çamaşır yıkama, mutfak işletme ve yemek hizmetleri, temizlik gibi hizmetlerin özel sektöre devredilmesi, hizmet sözleşmeleri olarak adlandırılır. Hizmet sözleşmelerinde hizmeti özel sektör yapmakta, finansmanı devlet tarafından sağlanmaktadır.

### **Kamu Sağlık Kurumlarının Hizmet Sözleşmesi**

Aralarında ABD ve İngiltere olmak üzere birçok ülkede, Türkiye'de ve diğer gelişmekte olan ülkelerde, 1980 yılını izleyen dönemde, kamu kurum ve kuruluşlarının kendilerince sağladıkları bazı hizmetlerin özel sektör kuruluşlarına ihale yolu ile gördürülmesi gündeme gelmiş ve hemen her sektörde bu yöntemle sıklıkla başvurulmuştur. Bu uygulama sağlık sektöründe de uygulanmaya ve Türkiye'de birçok hastanede bazı ev idaresi hizmetlerinin özel sektör kişi ve kuruluşlarına gördürülmesine başlanmıştır. Ayrıca destek



hizmetlerinin yanı sıra sosyal güvenlik kurumları da sigorta kapsamına giren nüfusa çeşitli sağlık bakım hizmetlerini sağlamak üzere özel hastanelerden klinik hizmetlerini satın alma yoluna gitmektedirler.

Türkiye'de devlet ihaleleriyle ilgili 2886 sayılı Devlet İhale Kanunu (1983), 01.01.2003 tarihine kadar, genel bütçeli, katma bütçeli, il ve ilçe belediyeleri ve diğer yerel yönetimlerin her türlü ihale faaliyetlerini (tedarik, iş ve hizmet) kapsamıştır. Kamu iktisadi teşebbüsleri veya diğer bazı özerk idareler tarafından yapılan kamu hizmetleri bu yasanın hükümlerine tabi değildi, zira bu idarelerin birçok bakımdan Devlet İhale Kanunundan pek farklı olmayan kendi yönetmelikleri vardı. 2886 sayılı Devlet İhale Kanununun yürütülmesinde, ihtiyaçların en iyi şekilde, uygun şartlarla ve zamanında karşılanması ve ihalede açıklık ve rekabetin sağlanması esastır. T.C. Sağlık Bakanlığı hastaneleri de Hizmet İhalelerini ve diğer ihalelerini bu mevzuata göre yapmıştır.

04.01.2002 tarihinde kabul



# Dosya

edilen ve 24648 sayılı Resmî Gazetede yayımlanan ve 01.01.2003 tarihinde yürürlüğe giren Kamu İhale Kanunu (2002)'nin amacı, kamu hukukuna tâbi olan veya kamunun denetimi altında bulunan veyahut kamu kaynağı kullanan kamu kurum ve kuruluşlarının yapacakları ihalelerde uygulanacak esas ve usulleri belirlemektir. Bu kanun 2886 sayılı kanunun yerine getirilmiş ve kanun gereği Kamu İhale Kurumu kurulmuştur.

Kamunun her türlü mal ya da hizmet alımında esas alınacak usul ve esasları belirleyen bu kanun ve kanuna bağlı olarak çıkarılan yönetmeliklere göre, Kamu İhale Kurumu; saydamlığı, rekabeti, eşit muameleyi, güvenilirliği, gizliliği, kamuoyu denetimini, gereksinimlerin uygun koşullarla ve zamanında karşılanması ve kaynakların verimli kullanılmasını sağlamakla yükümlüdür.

Kamu İhale Kurumu kapsamında ihalelerle ilgili detayları

belirleyen yönetmeliğe göre, yeni dönemde ödeneği olmayan hiç bir iş ihaleye çıkarılmayacaktır. Ayrıca bu yasa ile birlikte, ihaleye katılacak isteklilerden, ekonomik ve mali yeterlilik ile mesleki ve teknik yeterliliklerin belirlenmesine ilişkin çeşitli bilgi ve belgeler istenmesi gibi birçok 2886 sayılı Devlet İhale Kanunu'nda yer almayan yeni hükümler getirilmiştir. Kamu İhale Kanununa göre yapılan ihalelere ilişkin sözleşmelerin düzenlenmesi ve uygulanması ile ilgili esas ve usuller 4735 sayılı Kamu İhale Sözleşmeleri Kanunu ile belirlenmiştir. Bu kanun ihaleler sonucunda düzenlenen sözleşmeleri kapsamaktadır (Ergin ve Şahin 2005:58).

## Kamu Sağlık Kuruluşlarının Hizmet İhaleleri Yapma Nedenleri

Küreselleşme ve teknolojideki hızlı gelişmelerin etkisiyle keskinleşen rekabet ortamında işletmeler, varlıklarını devam

ettirebilmek veya büyüebilmek için maliyetlerini düşürmek, kaliteyi yükseltmek, esneklik ve hız kazanmak zorundadırlar. Bu yüzden işletmeler, kaynaklarını etkin ve verimli olarak kullanabilmek amacıyla temel yeteneklerine odaklanarak, dış kaynak kullanımı uygulamalarına yönelmekte ve uzmanlaşmanın sağladığı avantajlardan yararlanmaktadırlar. Uzmanlaşmanın oldukça yüksek olduğu sağlık sektörü, içinde yüzlerce hizmeti barındıran geniş çaplı bir hizmet sektörüdür.

Kamu Sağlık kurumları kaliteli bir sağlık hizmeti sunmak, diğer sağlık işletmelerine göre avantaj sağlamak, maliyetleri düşürmek, etkinlik ve karlılıklarını artırmak, kalite hedeflerine ulaşmak ve daha esnek ve dinamik bir yapıya kavuşmak amacıyla çeşitli arayışlar içerisine girmişlerdir. Bu arayış içerisinde destek hizmetlerde dış kaynak kullanımı uygulaması yaygın bir şekilde kabul görmüş ve son yılların en güncel uygulaması haline almıştır. (Karaca 2006: 156)

## Maliyet Kaynaklı Nedenler

Çok düşük maliyet yapısına sahip bir dış tedarikçiye ulaşmak, dış kaynak kullanımının en çekici ve kısa vadeli yararlarından birisidir. Eğer işletmenin gereksinim duyduğu girdilerin maliyeti çok daha düşük ise, bu durumda dış kaynaklardan yararlanma imkanı ortaya çıkmaktadır. Outsourcing Enstitüsü tarafından 2003 yılında yapılan bir araştırmada, şirketlerin dış kaynak kullanımı vasıtasıyla maliyetlerinde ortalama olarak %9'luk bir düşüş olduğu belirtilmiştir. Ayrıca dış kaynak kullanımının en önemli



## **Kaliteli mal ve hizmetlerin düşük maliyetle sunumu rakiplere karşı avantaj sağlarken, işletmelerin mevcut konumlarını güçlendirmelerini ve karlılıklarını artırmalarını sağlamaktadır. Maliyet, işletmelerin içinde bulunduğu rekabet ortamında önemli bir güç unsurudur.**

nedenlerinden biri de maliyetlerin ölçülebilirliğini iyileştirme ve sabit maliyetleri değişken maliyetlere dönüştürmektir. Ayrıca işletme yeni bir yatırım yaparak belli bir maliyete katlanmak yerine gerçekleştirmek istediği faaliyeti taşeron firmaya yaptırmak suretiyle maliyetler açısından önemli bir avantaj sağlayacaktır. ( Çakıcı, 2006: 33)

Kaliteli mal ve hizmetlerin düşük maliyetle sunumu rakiplere karşı avantaj sağlarken, işletmelerin mevcut konumlarını güçlendirmelerini ve karlılıklarını artırmalarını sağlamaktadır. Maliyet, işletmelerin içinde bulunduğu rekabet ortamında önemli bir güç unsurudur (Kaygusuz, 2003 )

Maliyet açısından etkin olan işletmeler, pazarda önemli bir güç elde etmektedirler. Hastaneler tıbbi fonksiyonlarının dışındaki faaliyetlerini dış kaynağa aktararak gereksiz maliyetlerden kurtulmakta ve daha düşük risk alarak, daha esnek bir yapıya kavuşmakta, böylece hasta ihtiyaçlarına daha düşük maliyetle cevap verebilmektedirler. Sağlık hizmetlerine talep sabit değildir. Bu dalgalanmalar ve talepteki değişiklikler, hastanelerin yüksek yatırımlardan kaçmasına neden olmakta, sabit maliyetlerini en aza indirmeyezorlamaktadır. Hastaneler tahmin edemedikleri gelecek için

yatırım yapmaktansa, dış kaynak sağlayıcısı işletmenin kaynaklarını kullanıp, kullandığı kadar ödeme yaparak maliyetlerini değiştirmeye hedeflemektedirler Ancak yine de DKK kararı alınırken yönetim çok titiz davranmalıdır. Karar ekonomik olmalı ve ölçülebilir bir fayda sağlamalıdır ( Karaca, 2006 :84 ).

### **Temel Yeteneği Geliştirmek**

Kamu kuruluşları için temel yetenek; kamu kuruluşlarının en iyi bildikleri işleri yapmayı, bu hizmetlere odaklanmayı, bu hizmetler dışında yapılması gereken tüm işleri dış kaynaklardan yararlanılarak taşeron firmalara yaptırmayı gerektirir. Kamu kuruluşları böylece hizmet kalitesini artırarak vatandaş ve çalışan personelin tatmininin artmasını sağlayabilirler. Böylece kamu kuruluşlarında karmaşık olan organizasyon yapısı yalınlaşacak, organizasyon kademeleri azalacak ve kamu yönetimi temel yeteneklerine odaklanma fırsatı sağlayacaktır. Örneğin, devlet hastanelerinin temel yeteneği olan tedavi hizmetlerine odaklanıp, temizlik, güvenlik, yiyecek ve içecek hizmetlerinde dış kaynaklardan yararlanması kamu yönetiminde dış kaynaklardan yararlanmanın iyi bir uygulamasıdır (Durman ve Çakırer 2003).

## **Finans Kaynaklı Nedenler**

Ülkemizde sağlık için bütçeden ayrılan pay oldukça düşüktür. Buna karşılık sermaye, sağlık hizmetlerinin üretilmesinde önemli bir yer tutmaktadır. Sağlık hizmetleri emek yoğun olduğu kadar aynı zamanda sermaye yoğun hizmetlerdir. İnsan gücü istihdam edilmesi, teşhis, tedavi, hasta bakım hizmetlerinin üretilebilmesi için gerekli araç ve gereçlerin alınması, fiziki koşulların sağlanması, vb. için yüksek sermayeye ihtiyaç duyulması kaçınılmazdır. Sermayenin miktarı, diğer üretim unsurlarının sağlanması ve hastane yöneticilerinin sağlıklı ilgili yeni planlar hazırlayabilmesi için çok önemlidir. Ülkemizdeki hastanelerde sermaye açısından birçok zorluklar yaşanmaktadır. Kamu hastanelerinde finansman tedariki kaynakları genel veya katma bütçe, döner sermaye, fon, hastane derneği, hastane vakfı, dernek veya vakıfların ekonomik işletmeleridir. Günümüzde bu kuruluşlar, maddi olanakların yetersizliği nedeniyle hızlı gelişen teknolojiyi izleyememekte ve sağlık hizmetlerinin verimliliğini arttırmada yetersiz kalmaktadırlar. Bu yüzden finansal kaynakların etkin bir şekilde kullanımı şarttır.

Sağlık Bakanlığı'na bağlı kurumlarda döner sermaye uygulamasına ilk olarak 1961 yılında yasalaşan 209 Sayılı Yasa ile başlandı. Ardından bu Yasa'da 1975 yılında, 1983'te ve 2001'de, bugün Sağlık Bakanlığı'na bağlı hemen her birimde döner sermaye uygulamasına olanak veren temel değişiklikler yapılarak Sağlık Bakanlığı finansmanı ve harcamaları için yeni bir kaynak yaratılmıştır.



# Dosya

Kamu sağlık kurumlarının merkezi bütçeden destek almaması sonucu bugün bu kurumlar kendi döner sermaye gelirleri ile ayakta durur olmuşlar ve gerekli iyileştirmeleri de bu yoldan yapmaya çalışmaktadırlar.

Destek hizmetlerde DKK yoluyla finansal açıdan darboğazda olan sağlık kuruluşları, bazı sabit maliyetleri değiştürerek finansal açıdan etkinlik sağlamaktadırlar. Bazı durumlarda da verilmesi düşünülen sağlık hizmeti için potansiyel tam olarak öngörülemede veya piyasada rakipler daha önceden Pazar payını kapmış olabilmektedir. Bu gibi durumlarda DKK, bu alanlarda yatırım riskini dağıtmaktadır. Sağlık kurumları aldığı hizmet kadar, belli ödeme dönemlerinde, önceden belirlenmiş fiyatlar üzerinden ödeme yaptığından ve ödemelerini bu duruma göre ayarladığından dolayı kurumlar ödeme güçlüğü içine girmekten kurtulmaktadır. (Karaca 2006: 85 )

## İnsan Kaynaklarına Dayalı Nedenler

İnsan kaynakları açısından işletmeleri DKK'na yönlendiren nedenler; artan maliyetler, yasal zorunluluklar, işgücü çeşitliliği, görünmeyen işgücünün artması, verimliliği artırma olarak sıralanabilmektedir.

DKK'nın getirilerinden biri de özellikle kamuda yaşanan personel sıkıntısını biraz olsun hafifletmesidir. Dış kaynak sağlayıcılarına devredilen birtakım hizmetlerle organizasyon yükü azalırken, personel ihtiyacının hafiflemesiyle mevcut sistem içinde bir rahatlama

sağlanmaktadır. Bu amaçla, kamu hastanelerinde yasalarla kısıtlanan personel alımlarına karşılık hastaneler, personel ihtiyaçlarını gidermek üzere birtakım hizmetleri dışarıdaki işletmelere ihale ederek işgücü ihtiyaçlarını gidermektedirler. Bu bağlamda sağlık kuruluşları bilgisayar operatörlüğü, otomasyon gibi teknik hizmetleri ihale ederek, bu personeli resmi işlemler, kat sekreterliği gibi idari işlemlerin yürütüldüğü alanlarda istihdam etmektedirler. Bazı durumlarda personel sıkıntısının giderilebilmesi amacı ile temizlik ve yemekhane hizmetleri gibi hizmet alımlarında da bu işler için gerekli olandan fazla personel öngörülerek, bu personellerin de hastane hizmetlerinde kullanılması söz konusu olabilmektedir. Hatta 05.05.2004 tarih ve 25453 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren "Sağlık ve yardımcı sağlık personeli tarafından yerine getirilmesi gereken hizmetlerin satın alma yoluyla gördürülmesine ilişkin esas ve usuller" ile sağlıkla ilgili olarak eczane, hemşirelik, odyometri, teknisyenlik gibi birtakım kadrolara eleman alınması öngörülmüş, ancak Danıştay 5.Daire'nin 22.11.2004 tarih ve E.2004/4439 sayılı kararı ile bu yürütmenin durdurulmasına karar verilmiş olup Sağlık Bakanlığı'nın 13.01.2005 tarihli tebliği ile bu alımlar durdurulmuştur (Karaca 2006: 86 ).

Sağlık Bakanlığı Kurumlarında Hizmet İhalesi yapma kararını etkileyen kurumsal gerekçelere bakıldığında ilk sırada personelin sayısal yetersizliği yer almaktadır. Kaliteli, verimli hizmet sağlamak amacından daha önce gelen personelyetersizliğini Hizmet İhalesi

**Sağlık Bakanlığı'na bağlı kurumlarda döner sermaye uygulamasına ilk olarak 1961 yılında yasalaşan 209 Sayılı Yasa ile başlandı. Ardından bu Yasa'da 1975 yılında, 1983'te ve 2001'de, bugün Sağlık Bakanlığı'na bağlı hemen her birimde döner sermaye uygulamasına olanak veren temel değişiklikler yapılarak Sağlık Bakanlığı finansmanı ve harcamaları için yeni bir kaynak yaratılmıştır.**

yöntemi ile gidermekteki amaç, Hizmet İhaleleri ile sağlanacak sözleşmeli personelin daha ucuz olması ve az personel çalıştırıp, daha çok iş yaptırabilme isteğidir (Ergin ve Şahin 2005:67).

## Teknolojik Nedenler

Son yıllarda gelişen teknolojiye bağlı olarak işletmelerin iş yapma anlayışlarında büyük değişikliğin ortaya çıktığı ve teknolojinin iş yapma süreçlerine uygulanması ile daha kaliteli ve etkin-verimli üretim yapılabildiği söylenebilmektedir.

Teknolojinin oldukça yoğun olarak kullanıldığı sağlık sektöründe de gelişmelere paralel olarak sunulan hizmetin kalitesi, etkinliği ve verimliliği değişmiştir. Kullandığı teknolojiyi sürekli olarak yenileyebilen hastanelerin rakiplerine göre daha avantajlı bir konuma gelebileceği düşünülmektedir. Tüm bu olumlu durumlara karşın, teknolojinin işletmeye alınması ve sürekli güncellenmesi ciddi bir maliyet oluşturmakta ve bu amaç doğrultusunda yapılacak yatırımlar sonucunda diğer bazı yatırım alanlarından çekilmek ya da vazgeçilmek zorunda kalınacağı varsayılabilmektedir.

Özellikle hastaneler gibi yüksek teknoloji kullanan işletmeler için dış kaynaklardan yararlanma uygulamaları çok önemli bir yere sahiptir, çünkü bu tür işletmeler rekabet gücünü sürdürebilmek amacıyla, geri kalmış teknolojisini hızla yenilemek zorundadır.

Dış kaynaklardan yararlanma yoluyla teknoloji yatırımı yapılmasına gerek kalmamakta, büyük yatırımlara ayrılacak kaynak başka

alanlara kaydırılabilmektedir. Bu şekilde işletmelerin teknolojik yenilikleri takip etmesi de kolaylaşmakta, tedarikçi firmaların araştırma-geliştirme bölümlerinden yararlanarak daha düşük maliyetle bu işi gerçekleştirmesi mümkün olmaktadır. Öte yandan dış kaynaklardan yararlanma, yapılacak yeni yatırımları ve bu yolla ortaya çıkacak riski azaltmaktadır.

Hastanelerin bilgi-işlem, bakım onarım, laboratuvar ve görüntüleme hizmetleri yüksek teknolojinin kullanıldığı alanlarda sözü geçen durumlar ortaya çıkmaktadır. Hastane işletmeleri bu alandaki hizmetin kalitesini yüksek tutmak ve sürekli güncelliğini sağlamak amacıyla yatırım yapmaktadırlar. Ancak son yıllarda bu yatırım maliyeti ve alternatif maliyetinden kurtulmak amacıyla dış kaynaklardan yararlanma yoluna gittikleri söylenebilmektedir (İşçi: 2008).

### Yasal Zorunluluklara Dayalı Nedenler

Sağlık işletmeleri sahip oldukları binanın iç düzeni, yatak sayısı, poliklinik hizmetleri, çalışan idari ve tıbbi kadro, hizmet sunumunda gerekli sarf malzeme, tıbbi cihaz gibi ihtiyaçlar, resmi prosedürler ve daha pek çok idari, mali, finansal zorunluluklar çerçevesinde mali ve finansal nedenlerle Maliye Bakanlığı; insan kaynakları ve hastalar nedeniyle Sosyal Sigortalar Kurumu, Emekli Sandığı, Bağ-

Kur; sunulan hizmetin sağlık olması nedeniyle Sağlık Bakanlığı; kamuya bağlı olmaları halinde ihtiyaçların temini nedeniyle Kamu İhale Kurumu; üniversite hastanesi olmaları halinde Yüksek Öğretim Kurumu; demek, vakıf, vb.ne bağlı olmaları halinde bağlı oldukları kuruluşünçüzünün getirdiği yasal zorunluluklar altında faaliyetlerini gerçekleştirmektedirler. Bu çerçevede, sağlık kuruluşlarına tanınmış olan haklar bellidir ve bu haklar oldukça kısıtlıdır. Sağlık işletmeleri hem emek yoğun, hem de teknoloji yoğun kuruluşlardır. Ancak, sağlık hizmetinin yerine getirilebilmesi için işletme, yasaların ona sağladığından daha fazla işgücüne ve tıbbi desteğe ihtiyaç duymaktadır. Katma bütçe veya döner sermaye bütçesinden karşılanması finansal açıdan sıkıntı yaratan, yüksek yatırım gerektiren tıbbi ihtiyaçların temini için hastaneler DKK yolu ile bu ihtiyaçlarını kapatmaktadırlar. DKK'nın asıl kullanıldığı alan insan kaynakları konusundadır. Devletin hastaneye sağladığı işgücü sınırlıdır. DKK sayesinde hastaneler, gerek idari, gerek teknik ve gerek tıbbi kadrolarda görev almak üzere insan kaynaklarındaki açığını giderme imkânını elde etmektedirler.

Kamu Sağlık Kurumlarının destek hizmetlerinin ardından radyoloji, ameliyathane, yoğun bakım, biyokimya gibi bölümlerini ihaleye çıkararak taşeron şirketlere devredilmeye çalışılmaktadır. 01.06.2007 tarihinde kabul edilen "Kamu İhale Kanunu ve Kamu İhale Sözleşmeleri Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun"un ek 2. maddesinde "sağlık hizmeti sunan idareler bu kanunda öngörülen temel ihale usullerini uygulamak kaydıyla







# Dosya

sürekli biçimde ihtiyaç duydukları mal ve hizmet alımlarına ilişkin çerçeve sözleşmeler yapabilir ve bu çerçeve sözleşmelere istinaden alım ihaleleri düzenleyebilir" denmektedir. Bu düzenleme ile sağlık hizmetleri de hizmet satın alımı yolu yasal çerçeveye oturtulmuştur.

## Kamu Sağlık Kuruluşlarında Destek Hizmetlerde Hizmet İhaleleriyle Personel İhtiyacını Karşılamada Yaşanan Sorunlar

### Mevzuattan Kaynaklanan Sorunlar

Son yıllarda kamu kurum ve kuruluşlarında temizlik, güvenlik ve yemek işleri taşeron (alt işveren) firmalara ihale edilmektedir. 4734 sayılı Kamu İhale Kanununa tabi olanlar ihale ile olmayanlar ise sözleşme ile "Temizlik, Güvenlik ve Yemek" gibi benzeri hizmet işlerini satın almaktadır.

Taban ücret (asgari ücret) ile uzun süre kurum/kuruluş bünyesinde değişik taşeronlara (alt işveren) tabi olarak çalışan işçilerin ihbar, kıdem tazminatı, yıllık izin, fazla çalışma ücreti vb. haklarını, hangi işverenden ve nasıl alacakları büyük bir sorundur. Bu sorun tabiri caizce "kangren" haline gelmiştir (Özdemir, 2008).

Kamu İhale Mevzuatı, 4857 Sayılı İş Kanunu ile 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ve ilgili alt mevzuatlarında,

yüklenici (esas işveren) ile alt yüklenicinin (alt işveren, aracı, taşeron), Sosyal Güvenlik Kurumu ile Çalışma Bölge Müdürlüğüne karşı birlikte (müteselsilen) sorumlu oldukları görülecektir. Fakat ülkemizde dışardan alınan bu hizmetlerde özellikle müteahhit ve taşeronların değişmesine rağmen işçilerin aynı iş yerinde çalışmaya devam ediyor olusundan dolayı asıl işveren, işçilerin (yüklenici) kıdem tazminatından sorumludur. Temizlik firması işçisinin ihbar ve kıdem tazminatı ile yıllık ücretli izin parası gibi işçilik haklarından doğan bir yükümlülük altına girmesine yasal olanak yoktur.

Birçok hastane yönetiminin belirlediği tahmini bedelde, işçilerin ücretleri asgari ücret üzerinden hesaplanmaktadır (tıbbi personel talebi halinde bu ücretlere cüz'i bir fark ekleniyor). İhale 1 yıl süreyle yapıldığından, herhangi bir kıdem tazminatı veya kıdeme bağlı diğer haklar için bedel öngörülmemekte ve fazla mesai, bayram izni, ikramiye gibi hiçbir sosyal hak da bu hesaplama dahil edilmemektedir (Akdeniz Günay, 2009: 49).



Kamu İhale Genel Tebliğinin; İlgili (b-Hizmet Alımı İhalelerinde) bölümünde: "hizmet alımı ihalelerinden; temizlik, özel güvenlik, sayaç okuma ve kesme-açma, hasta ve ziyaretçi yönlendirme, tıbbi sekreterlik, veri işleme ve otomasyon sisteminin işletimi hizmetleri ile sınırlı olmak üzere, verilmiş olan tekliflerin değerlendirilmesinde ihale ve sözleşmeye ilişkin damga vergileri, Kamu İhale Kurumu payı, noter masrafları gibi sözleşme giderleri ile amortisman, iş yeri hekimliği, ihbar ve kıdem tazminatına ilişkin genel giderleri karşılamak üzere asgari işçilik maliyeti üzerinden % 3 oranında sözleşme ve genel giderler hesaplanacaktır. Ayrıca bu hizmetlerde amortisman, iş yeri hekimliği, ihbar ve kıdem tazminatı ile ilgili giderlerin sözleşme ve genel giderler içinde yer alacağı kabul edileceği için aşırı düşük teklif sorgulamasında bu giderler, önemli teklif bileşeni olarak belirtilmeyecek ve isteklilerden aşırı düşük teklif sorgulamasına verdikleri cevaplarında bu giderler için bir bedel öngörmeleri istenmeyecektir" şeklinde belirtilmiştir. Uygulamada Kamu İhale Kurumu payı, noter masrafları gibi sözleşme giderleri ile amortisman, iş yeri hekimliği, ihbar ve kıdem tazminatına ilişkin genel giderler %3 oranından fazla tutmaktadır. Diğer bir ifadeyle taşeron (ait işveren) firma kıdem ve ihbar tazminatlarına karşılık %3 oranı üzerine çıkmadığından, işçilere de bu ödemeyi yapmamak için yasal olmayan yolları seçebilmektedir.

İhalelerde ciddi sıkıntılar yaşanmaktadır. Kamu kurum ve kuruluşlarında hizmet ihalesi alabilmek alt işverenler için oldukça çekici hale gelmiştir. Kendilerine yapılan ödemeler ufak tefek gecikmeler dışında garantili ödemelerdir. Kamu kurum ve kuruluşlarında özellikle temizlik ve özel güvenlik ihalelerinin yaygın olduğu görülmektedir. Ödemelerin garantili olması yanında, ihaleyi aldıktan sonra işçiler kamu kurum ve kuruluşlarının sevk ve idaresine, denetimine bırakıldığından, alt işverenler çalışanların yönetimi açısından hemen hemen hiçbir sıkıntı ve sorumluluk yaşamamaktadırlar. Kamu kurum ve kuruluşlarından hizmet alım ihalesi kazanmanın bu tür avantajları nedeniyle, ihaleleri kazanamayanlar itirazlarda bulunmakta ve sık sık iptaller yaşanmaktadır. İhaleyi kazanmak için başvuran kişi ve grupların kendi aralarındaki mücadeleler bazen tehdit ölçüsüne varmakta ve bu durum doğrudan kendileriyle ilgili olmasa da kamu kurum ve kuruluşlarını tedirgin etmektedir. Kamu inşaat ihalelerinde şikayet konusu olan ihale çetelerinin, hizmet alım ihalelerinde de sıkça rastlanan bir durum haline gelmesi sürpriz olamayacaktır. Bir hizmet alım ihalesinin iptali çeşitli sıkıntılara yol açmaktadır. Yeni bir ihalenin ne zaman tamamlanabileceği ve yeni bir iptal riskinin ortaya çıkıp çıkmayacağı belirsiz olmaktadır. Hizmet alım ihalesinin konusu olan işler aksamakta, bu nedenle kamu kurum ve kuruluşları ciddi sıkıntılar yaşamakta ve işçiler ortada kalmaktadır. Zorunlu olarak bir yıldan kısa süreli pazarlık usulü anlaşmalar yapılarak hizmetlerin aksamamasına çalışılmaktadır. Ancak özellikle temizlik ve güvenlik

hizmetlerinin, sağlık hizmeti ve eğitim hizmeti veren kamu kurum ve kuruluşlarında aksaması hiç arzu edilmeyen durumlardır (Gerek; 2007:90).

### **Alt İşverenin İşçilerinin Hakları İle İlgili Sorunlar**

Kamu kurum ve kuruluşlarında hizmet alım ihaleleri kapsamında çalıştırılan alt işveren işçilerinin önemli sorunları vardır. Uygulamada gerçek anlamda bir alt işveren ilişkisi görülmemekte ve işçilerin sevk ve idaresi ve denetimleri alt işverenler tarafından değil, kamu kurum ve kuruluşlarının yöneticiler tarafından yapılmaktadır. Hizmet alım ihalelerinin yıllık yapılması zorunluluğu, her yıl ihale sıkıntılarını yaşanmasına, iptallere, hizmetlerin aksamasına ve çalışan işçilerin mağdur olmasına neden olmaktadır. 5538 Sayılı Kanun ile 4857 Sayılı Kanunun 2. maddesine eklenen VIII. Ve IX. fıkralar kamu kurum ve kuruluşlarında zaten sadece görünürde alt işverenler yanında çalıştırılan işçilerin

durumunu daha da zorlaştıracak niteliktedir (Gerek;2007:90).

Kamu kurumlarının, yüklenici ile yapacağı sözleşmeye hüküm koyarak kendi sorumluluğunu ortadan kaldırmak istemektedir. Sözleşmede tüm sorumluluk taşeronu aittir ifadesi geçse bile bu hüküm işçiyi bağlamaz. İşçiyi koruma amacı taşıyan ve asıl işveren ile alt işveren arasında birlikte sorumluluk bağı öngören İşK.2/6 hükmünün aksini kararlaştırılabilmesi mümkün değildir. Nitekim Yargıtay bir kararında, asıl işveren ile alt işveren arasında imzalanmış bulunan teknik şartnamede, her türlü sorumluluğun işi yapan firmaya (alt işverene) ait olacağını kararlaştırılması halinde, bu hükmün işçiyi bağlamayacağı, İşK.1/son hükmünün kamu düzenine ilişkin olduğu ve işçinin aleyhine değiştirilmesinin de mümkün olamayacağı gerekçeleriyle, alt işverenin işçisinin uğradığı is kazası nedeniyle, işçinin asıl işvereni de söz konusu kazadan birlikte sorumlu tutabileceğini kabul etmiştir (Bostancı 2009).





## Dosya

### Hizmet Sözleşmelerinin Çalışma İlişkileri Açısından Ortaya Çıkardığı Riskler

Yaşanan yaygın işsizlik ortamında ortaya çıkan taşeron uygulamalar taşeron firma işçilerinin iş güvencesinin azalması ve işini kaybetmek korkusu ile yasal birtakım haklarını da aramama yönünde bir durum ortaya çıkarmaktadır.

1980 ve 1990'lı yıllar boyunca giderek yaygınlaşan taşeronlaşma gibi a-tipik istihdam biçimlerinin gereksinimlerine, tam gün çalışan işçilerin örgütlü yapıları olan sendikaların yanıt vermede yetersiz kalması; işsizliğin yaygın olduğu bir ortamda, sendikaların taşeronluk gibi a-tipik istihdam biçimleri ile mücadele etmek ve/veya bu tür işlerde çalışan işçileri sendikal çatı altında toplamak çabalarında pazarlık güçlerinin kırılması, özelleştirme uygulamaları ve iş güvencesinin olmaması gibi nedenler, küresel çapta sendikalaşma oranlarının düşmesine neden olmaktadır.

Taşeronlaşmanın sendikalaşma oranını azaltması, beraberinde başta ücretler olmak üzere çalışma standartlarında düşmeyi getirmektedir. Genel olarak hizmetlerin özel firmalar aracılığıyla yerine getirilmesinin önemli tasarruflar sağladığı kabul edilmekle beraber bu maliyet düşüşlerinin çalışanların iş kaybı, daha düşük ücretler, çalışma koşullarının kötüleşmesi ve iş güdeleyicilerinin azalması gibi nedenlerden dolayı ortaya çıkması eleştirilmektedir. Söz konusu uygulamaların ortaya çıktığı ülkelerde asgari ücret düzeyi korunsunsa bile, çalışma sürelerinin, ikramiyelerin, yıllık

izin ve hastalık yardımlarının azaltılması işgücü maliyetlerinde önemli bir düşme yaratmaktadır. Üretim maliyetlerindeki azalmada, bunların yanı sıra part-time, geçici çalışma gibi esnek istihdam biçimlerinin yaygın olması da etkili olmaktadır (ILO, 2001:74).

Dolayısıyla, taşeronlaşma, başta ücretler olmak üzere, sosyal haklar, sosyal güvence, çalışma süreleri gibi temel çalışma koşullarındaki standartların azalması anlamında önemli riskler barındırmaktadır.

### Sonuç

Sağlık hizmetlerinin sunumu, sağlık hizmetlerine olan ihtiyaçların artmasına paralel olarak artmakta ve değişim göstermektedir. Küresel gelişmelerin piyasa ekonomisinin alanını genişletip; kamu ekonomisi alanının daraltması, sağlık hizmetlerinin sunumunda da bazı piyasa yönlü değişimleri ortaya çıkarmaktadır. Nitekim, birçok ülkede olduğu gibi ülkemizde de sağlık hizmetlerinin sunumunda piyasa yönlü bir gelişme süreci yaşanmaktadır. Gerek artan nüfus ve artan sağlık ihtiyaçları ve gerekse artan küresel eğilimler, sağlık hizmetlerinin sunumunda da özelleştirmeyi hızlandırmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin sunumunda kamu ve özel sektöre ait olan kuruluşlardan, kamuya ait olanların zamanla özel lehine genişlemeye başlaması da özelleştirme kapsamına girmektedir. Hizmet sözleşmeleri de bu tür bir özelleştirme yöntemidir.

Kamu sağlık kuruluşları, 1980'den bu yana, özellikle de 1990'lı yıllarda, bir yandan personel yetersizliği, diğer yandan bütçe kısıntısı nedeniyle, öncelikle destek hizmetlerini, kamu personeli dışında yaptırmaya başlamış, giderek bu hizmetler; temizlik, mutfak-yemek, çamaşır, bakım onarım, bilgi işlem, telefon, güvenlik, bahçe bakım, otopark, ısıtma, teknik hizmetler, halkla ilişkiler, vb; önemli ölçüde kamu dışı ellere geçmiştir.

Hizmet sözleşmeleri ile personel hizmetlerinde dışarıdan hizmet satın almanın sakıncası



Tıp eğitimi ve etiğinde yetişmemiş pek çok kişi şu anda hastanelerde hizmet satın alımı şeklinde hizmet görmektedir. Bu hizmet satın alımlarının sağlık hizmetinin sunumunda yaratacağı aksaklıklar dışında bu kişiler taşeron firmalar elinde iş güvencesiz düşük ücretle çalışmaya mahkum edilmektedir.

Ülkemiz gibi meslek öncesi ve meslek içi eğitimin yetersiz olduğu ülkelerde ise kalifiye eleman açığı bulunmaktadır. Bu nedenle taşeron firmalar kendilerinden önceki taşeronun işçisiyle iş sözleşmesi yaparak bu kalifikasyonu en az zaman emek ve para harcayarak sağ-lamaktadır. Ancak bu durumda taşeronlar değiştiği halde işçiler aynı kaldığından muvazaa iddialarıyla karşılaşmakta ve mahkemelerce alt işverenler değiştiği halde işçilerin aynı kalması muvazaanın varlığı için yeterli görülürken, işverenin işi taşeronlara verirken buna hangi hakka dayanarak en-gel olacağı hususu düşünülmemektedir. Kamu Kuruluşlarında Hizmet alım ihaleleri kapsamında çalıştırılan alt işveren işçiler ile ilgili sorunlar, kamu hastanelerinde işin devamlılığı üstüne önemli bir tehdit oluşturmaktadır.

Mevcut uygulamalardan, kamu kurum ve kuruluşları yaşadıkları sıkıntılardan ötürü memnun değildir. Bu kapsamda çalışan işçiler

çeşitli mağduriyetlerinden ötürü memnun değildir. Sadece hizmet alım ihalelerinde ihaleyi kazanan alt işverenler sistemden memnun görünmektedir. Çaresiz insanları, kıdem tazminatlarından, yıllık ücretli izin haklarından, sendikal haklarından, sürekli çalışma olanağından yoksun bırakarak kamudaki işgücü maliyetini düşürmeye çalışmak, sağlıklı bir sosyal politika yaklaşımı değildir. Bunun yerine kamuda istikrarlı bir personel politikası izlenmelidir.

### Kaynakça

- Dinamikleri Bağlamında Tasnif AKDEMİR Ali – ŞAHİN Mehmet (2006), "Küresel Kamusal Malların Üretim ve Yönetim Edilmesi", 21. Türkiye Maliye Sempozyumu: Kamu Maliyesinde Güncel Gelişmeler, Antalya, 10-14 Mayıs 2006, s. 139.
- AKDENİZ GÜNAY, Sabiha (2009), "Hizmet Alımlarında (Taşeron) Dikkat Edilmesi Gereken Noktalar" 6. Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi – 2009 s.49
- ALTAY, Asuman(2006) • Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi SAYIŞTAY DERGİSİ SAYI: 64)
- BOSTANCI, Yalçın (2009), "İş Mevzuatı Açısından Asıl İşveren-Alt İşveren (Taşeron) İlişkisi" <http://www.memleket.com.tr/sitesi> 16.02.2009
- BULUTOĞLU, Kenan (1981), Kamu Ekonomisine Giriş, Filiz Kitapevi, İstanbul.)
- ÇAKICI, Ahmet Burhan(2006), "Modern Yönetim Teknikleri Ve Dış Kaynak (Outsourcing) Kullanımı: Bir Sağlık Kuruluşunda Uygulama" Örneği Yüksek Lisans Tezi 2006 <http://tez2.yok.gov.tr/tez.htm>
- Aralık, 380, 2003,paribus.tr.googlepages.com/cakirer.doc s.3, 13.06 2009.
- DURMAN, Mustafa ve ÇAKIRER Mehmet Akif (2003), "Kalkınma Sürecinde Kamu Finansman Sorununun Çözümüyle İlgili Bir Yöntem: Dış Kaynaklardan Yararlanma (Outsourcing) ", Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, Sayı: 8, 69-79, 2003 <http://sbe.dpu.edu.tr/8/69.pdf> e.t:13.06.2009

ERGIN, Gülperembe ve SAHİN, İsmet (2005), " Dış Kaynaklardan Yararlanma Aracı Olarak Hizmet İhaleleri; T.C. Sağlık Bakanlığı Hastanelerinin Değerlendirmeleri Üzerine Bir Çalışma "Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt:8, Sayı:1 2005

GEREK, Nüvit (2007), "Kamu Kuruluşlarında Hizmet Alım İhaleleri kapsamında Çalıştırılan Alt İşveren İşçileri İle İlgili Sorunlar" Çalışma ve Toplum Dergisi, sayı 15 2007/4 s.90

İŞÇİ, Emre (2008); " Hastanelerde Teknoloji Yönetimi Açısından Dış kaynak Kullanımının Önemi Yönetim Düşünceleri " – Sağlık Yönetimi 2008

KARACA, Ayşe (2006), "Sağlık Hizmetleri Pazarlamasında Dış Kaynak Kullanımı Ve Sağlık İşletmelerinde Dış Kaynak Kullanımına Yönelik Bir Uygulama" Yüksek Lisans Tezi 2006 <http://tez2.yok.gov.tr/tez.htm>

KAYGUSUZ, Sait. (2003, Eylül-Ekim). "Stratejik Maliyet Yönetim Aracı: Hedef Maliyetleme" Active Dergisi, No:32 e.t. 14.06.2009 [http://www.makalem.com/Search/ArticleDetails.asp?nARTICLE\\_id=2680](http://www.makalem.com/Search/ArticleDetails.asp?nARTICLE_id=2680)

MUTLU, Ayşegül (2006), "Küresel Kamusal Mallar Bağlamında Sağlık Hizmetleri ve Çevre Kirlenmesi: Üretim, Finansman ve Yönetim Sorunları", 21. Türkiye Maliye Sempozyumu: Kamu Maliyesinde Güncel Gelişmeler, Antalya, 10-14 Mayıs 2006, s. 199.

NADAROĞLU, Halil (1998), Kamu Maliyesi Teorisi, Onuncu Baskı, Beta Basım Yayım Dağıtım, Yayın No: 337, İstanbul, 1998, s:54)

ÖZDEMİR, Cumhur Sinan (2008), " Bakanlıklar, Belediyeler, Hastaneler, Üniversiteler, Bankalar Ve Benzeri Kurum Ve Kuruluşlarda İş Yapan Temizlik, Güvenlik Ve Yemek Firmalarında Çalışan İşçiler Kıdem Tazminatını İş Yaptıkları Kurum Ve Kuruluşlardan Alabilirler(Mi)? " 07 Şubat 2008 [http://www.alomaliye.com/2008/cumhur\\_sinan\\_bakanliklar.htm](http://www.alomaliye.com/2008/cumhur_sinan_bakanliklar.htm) e.t 01.07.2009

TABAN, Sami(2006), " Türkiye'de Sağlık ve Ekonomik Büyüme Arasındaki Nedensellik İlişkisi ",Sosyo Ekonomi, Temmuz – Aralık 2006 - 2, s. 43.30

TOKAT, Mehmet(2000), " Sağlık Ekonomisi", A. Ü. AÖF. Ya.No.1033/568, Eskişehir 2000, s.3-77.



## Sağlık Hizmetlerinde Devletin Rolü ve Gerekçeleri

**Yard.Doç. Dr. Hasan Hüseyin YILDIRIM**  
*Hacettepe Üniversitesi İİBF Sağlık İdaresi Bölümü*  
*Öğretim Üyesi ve ABSAM Başkanı*

### 1. Giriş

Devletin ekonomik ve sosyal sektörlerdeki rolü ile ilgili tartışmalar 1980'lerden bu yana gündemi işgal eden konuların başında gelmektedir (Birdsall 1994). Hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde son dönemlerde global bir endemik haline gelen sağlıkta reform sürecinde devletin rolünün ciddi bir şekilde sorgulandığı görülmektedir. Bu sorgulamalarda ağırlıklı olarak; sağlık hizmetlerinin etkililiği, özel sektörün sağlıktaki rolünün artması ve/veya artırılması, sunulan sağlık hizmetlerinin maliyeti ve maliyet sınırlama, özel ve kamu sektörü arasındaki dengenin nasıl sağlanacağı ve bunun nasıl sürdürüleceği gibi politik konular gündemi işgal etmeye başlamıştır (Walt 1994). Ancak toplum hayatında öyle alanlar vardır ki devletin müdahil olması, söz konusu alanların doğasından kaynaklanan

nedenlerden dolayı kaçınılmaz bir gerçekliktir. Bu alanların başında da "sağlık" gelmektedir. Sağlık alanında devletin rolünü sıgılaştırmak orta ve uzun vadede onarılması güç sonuçlara yol açabilecektir. Bu yazıda sağlık hizmetlerinde devletin rolü ve gerekçeleri kısaca ortaya konulmaktadır.

### 2. Devlet Neden Müdahale Eder?

Devlet temelde iki nedenden dolayı sağlık hizmetleri piyasası veya ortamına müdahale eder. Birincisi piyasa başarısızlıkları, ikincisi ise hakkaniyettir (Stiglitz 1988; Birdsall 1994).



## 2.1. Piyasa Başarısızlıkları: Sağlık Ortamı ve Piyasa

Malve hizmetler tahsisatının en genel yöntemi "piyasa"dır (Normand 1991; Stiglitz 1988). Piyasalar tüketicilerin oluşturduğu talep kanadı ile üreticilerin oluşturduğu arz kanadı tarafından oluşturulan bir mekanizmadır (Donaldson ve Gerard 1994). Kaynakların kıt olması ve buna karşılık insanların isteklerinin sonsuz olması ekonomide arz ve talep kavramlarının temelini oluşturmaktadır(14). Arz-talep teorisi ekonomistler tarafından bir ürünün fiyatı ile bu ürünün satın alınacak miktarı arasındaki ilişkiyi tanımlamak için kullanılmaktadır (Stoline ve Weiner 1988). Bir piyasa basit bir şekilde, tüketiciler ve üreticiler arasında kamu müdahalesine ihtiyaç duyulmadan mal ve hizmetlerin değişimine fiyat aracını kullanarak izin veren bir mekanizma olarak tanımlanabilir. Tüketicilerden üreticilere ve üreticilerden de tüketicilere doğru çift yönlü olarak işleyen "piyasa sinyalleri (market signals)" (miktar, kalite ve fiyat bağlamında) piyasa dengesinin oluşmasını sağlamaktadır. Piyasanın, tarafların faydalarını maksimize edecek şekilde işlemesini sağlayan "görünmez el"dir (Donaldson ve Gerard 1994; Roberts 1998).

Piyasanın merkezi özelliği "fiyat" mekanizmasıdır. Talep kanadında fiyat, bir mal veya hizmetin elde edilmesi için gelirin nasıl kullanılması gerektiğini belirler. Arz kanadında ise,

fiyatlar üreticilerin tüketicilerin bu isteklerini karşılamaını belirler. Fiyat, üreticinin hangi malları satışa sunacağını, hem verimlilik hem de malın alternatif maliyeti açısından yansıtır. Piyasada fiyatın serbest bir şekilde işlemesi sonucu dağıtımın ve değişimin optimal olacağı varsayılır. Çünkü fiyat mekanizmasının işlediği piyasada, bu fiyat, tüketicilerin tercihlerini/ önceliklerini, kaynak maliyetlerini, kaynak kısıtlılığını, verimlilik ve üretimin alternatif maliyeti hakkında bilgi verecektir. Fiyat üreticileri toplumdaki en istendik mal ve hizmetleri üretmede teşvik edecek ve üreticilerin bu üretimi en verimli bir tarzda gerçekleştirmelerini sağlayacaktır.

**Tam rekabet piyasası koşullarının hiçbirisi sağlık alanı söz konusu olduğunda geçerliliğini tam olarak koruyamamaktadır. Çünkü sağlık alanı nevi şahsına münhasır özellikler sergileyen bir alandır.**

Fiyatlar, toplumda kimlerin hangi mal ve hizmetleri satın alacağını belirler. Diğer bir ifade ile fiyatlar, toplumun ne istediğinin, ne kadar istediğinin ve bu isteklerinin kaynak veya alternatif maliyetleri açısından değerinin ne olduğu konusunda bilgi verecektir. Böylece "tahsisat verimliliği" sağlanmış olacaktır. Fiyat mekanizmasının tam işlemesi

durumunda operasyonel düzeyde de verimliliğin sağlanacağı; başka bir ifade ile belirli maliyet düzeyinde en yüksek çıktıyı elde etme veya belli bir çıktı/üretim seviyesini en düşük maliyetle sağlama olanağı doğacaktır. Kısacası fiyat mekanizmasının hakim olduğu bir piyasada hangi mal ve hizmetlerin, nasıl, ne zaman, nerede ve kim için üretileceğini belirleyen temel faktör "fiyat" olmaktadır.

Fiyat mekanizmasının tam olarak işleyebilmesi teorik bazda idealize edilen ve tam rekabet koşulları olarak bilinen ortamın varlığına bağlıdır (Donaldson ve Gerard 1994; Mills ve Gilson 1988). Tam rekabet piyasası ortamı genel olarak şu koşulların varlığı ile nitelendirilmektedir:

1. Bilgi asimetrisi yoktur.
2. Piyasa şeffaftır, risk ve belirsizlik yoktur.
3. Dışsallıklar yoktur, mallar kamu malı niteliğinde değildir.
4. Tüketici rasyoneldir ve tüketici egemenliği söz konusudur.
5. Rekabet söz konusudur ve piyasaya giriş çıkış serbestisi vardır.
6. Ölçek ekonomisi ve tekelleşme yoktur.
7. Devlet müdahalesi gerekmez.

Yukarıda çok genel olarak belirtilen tam rekabet piyasası koşullarının hiçbirisi sağlık alanı söz konusu olduğunda geçerliliğini tam olarak koruyamamaktadır. Çünkü sağlık alanı nevi şahsına münhasır özellikler sergileyen bir alandır. Yani; sağlık hizmetleri talebinin



# Dosya

düzensiz ve belirsiz olması; sağlık hizmetlerinin hem tüketim hem de yatırım unsuruna sahip olması, gelirle ilişkilendirildiğinde sağlık hizmet maliyetlerinin yüksek olması, kötü sağlığın para kazanma kapasitesini olumsuz yönde etkilemesi, hastaların sağlık hizmetlerinin tüketiminde olduğu kadar sağlık hizmetlerinin üretim sürecine de doğrudan katılması ve sağlık hizmetinin yaşam ve ölümlerle ilgili bir olgu olması nedeniyle diğer mal ve hizmetlerden farklılaştığını belirtmek olanaklıdır (Glaser 1993; Maynard 1991; Mills ve Gilson 1988; Pauly 1993). Bu farklılaşma nedeniyledir ki; sağlık alanında; bilgi asimetrisi vardır; piyasa şeffaf değildir, sağlık alanında risk ve belirsizlikler söz konusudur (kimin ne zaman hastalanacağı belli değildir); tüketiciler enformasyon asimetrisinden dolayı rasyonel davranmamaktadırlar, dolayısıyla egemen bir konumda da değillerdir; rekabet ve piyasaya giriş çıkış sınırlı olabilmektedir; tekelcilik durumları ve ölçek ekonomisi söz konusu olabilmektedir ve bütün bunların sonucu olarak devlet müdahalesi kaçınılmaz olmaktadır.

Özetlemek gerekirse, devletin sağlık hizmetlerindeki rolü konusundaki tartışmaların dayandırıldığı temellerden birisi de piyasa başarısızlıklarıdır (Stiglitz 1988). Sağlık hizmetlerinin kendine has özelliklerinden dolayı piyasa başarısızlıklarıyla karşılaşılabilen ve tüketiciler mağdur olabilmektedir (Birdsall 1994). Bu mağduriyeti önlemek için

**Devletin sağlık hizmetlerindeki rolü konusundaki tartışmaların dayandırıldığı temellerden birisi de piyasa başarısızlıklarıdır. Sağlık hizmetlerinin kendine has özelliklerinden dolayı piyasa başarısızlıklarıyla karşılaşılabilen ve tüketiciler mağdur olabilmektedir. Bu mağduriyeti önlemek için devlet sağlık hizmetleri piyasasına müdahale edebilmektedir.**

devlet sağlık hizmetleri piyasasına müdahale edebilmektedir.

## 2.2. Hakkaniyet (fairness/ equity)

Devletin piyasalara müdahalesinin temelinde yatan nedenlerden birisi de toplumdaki hakkaniyetsizlikleri en aza indirmektir. Bunun için devlet başta gelir dağılımı ve sosyal sigorta önlemleri olmak üzere çeşitli önlemler yoluyla bunu gerçekleştirmeye çalışır. Örneğin kamu yardım programları ve sosyal sigortalar gibi. Piyasa başarısızlıklarının olmadığı varsayılsa bile, gelir dağılımının adil hale getirilmesi için ve devletin bireyi paternalistik bir duyguyla korumasına dayalı olarak da bir devletin piyasaya müdahalesi olabilmektedir (Stiglitz 1988).

Devletin sağlık hizmetleri piyasasına müdahale etmesinin altında yatan tartışmaların başında gelirdeki ve bu gelirin dağılımındaki hakkaniyetsizlikler gelmektedir. Çünkü sağlığın hiç kimsenin finansal gücüne bakılmaksızın herkesin temel hakları arasında olduğu gün geçtikçe daha fazla taraftar bulan bir düşüncedir. Sağlık hizmetleri temel

haklar arasında yer almasından dolayı piyasaya bırakılmamakta ve devletin müdahalesine maruz kalmaktadır. Bu noktada sağlığa bakış açısı olarak üç temel görüşün varlığını burada not etmekte fayda vardır. Birinci görüşe göre sağlık, bir haktır. İkinci görüşe göre sağlık, herhangi bir mal gibi piyasada piyasa dinamiklerine göre muamele görür. Üçüncü görüşe göre ise belirli temel hizmetlere herkesin ulaşabilmesi bir hak olarak görülmektedir (Stiglitz 1988). Hizmetlere hakkaniyetli bir şekilde erişilebilirlik, ihtiyacı oranında ödeme gücüne bakılmaksızın yararlanabilmek demektir. Yani, ödeme gücüne bakılmaksızın herkesin ihtiyacına göre hizmetlerden yararlanması hizmetlere erişimde hakkaniyet anlamına gelir (Birdsall 1994).

## 3. Devlet Nasıl Müdahale Eder?

Devlet temelde yukarıda sözü edilen iki nedene dayalı olarak sosyal sektörlerdeki kimi mal ve hizmet (örneğin sağlık hizmetleri) piyasalarına; sunucu, finansör ve/veya düzenleyici olarak müdahale edebilmektedir (Stiglitz 1988; Birdsall 1994; Reich 1994; Walt 1994).

Mal ve hizmet üretiminde; devlet bizzat kendisi mal ve hizmet üretimi yaparak, üretimi teşvik ederek, vergi indirimi sağlayarak müdahale eder. Örneğin devletin hastane işletmesi gibi.

Piyasaları düzenleyici (regülatör) olarak devlet; tüketicileri, çalışanları, çevreyi, suçu ve haksız rekabeti önleyici amaçlarla piyasalarda düzenleyici bir faktör olarak devreye girer. Sağlıkla ilgili mevzuat yapma gibi.

Finansör olarak devlet; mal ve hizmetleri finanse ederek piyasalara müdahale edebilir. Devlet çeşitli enstrümanlarla (örneğin Türkiye'de devlet; GSS'ye doğrudan katkı yaparak, yeşil kartı finanse ederek, aktif memur sigorta primlerinin belli bir kısmını işveren katkısı olarak ödeyerek vs) finansör olarak devreye girebilir.

#### 4. Sonuç

Sağlık ve sağlık hizmetlerinin doğasından kaynaklanan nedenlerden dolayı piyasa enstrümanlarının sağlık hizmetleri ile uyumlu bir şekilde kullanılarak hakkaniyetli sağlık hizmetlerinin üretiminin sağlanamayacağı belirtilebilir. Dolayısıyla sağlık alanında devletin müdahalesi kaçınılmaz olmaktadır. Türkiye de sosyal devlet olmanın bir gereği olarak sağlık ekonomisi ve politikası alanındaki bilimsel bilgi birikiminin işaret ettiği üzere ve çerçevede; sağlık alanında doğru zamanda, doğru yerde ve doğru araçlarla müdahale etmek durumundadır.

#### Kaynaklar

- Birdsall N (1994). Pragmatism, Robin Hood, and Other Themes: Good Government and Social Well-Being in Developing Countries. In: Chen A vd. (eds). Health and Social Change in International Perspective. Harvard University Press.
- Donaldson C ve Gerard K (1994). Economics of Health Care Financing: The Visible Hand. The Macmillan Press Ltd
- Glaser WA (1993). The Competition Vouge and its Outcomes. The Lancet. March 27 1993. Vol. 341: 805-812.
- Maynard A (1991). Developing the Health Care Market. The Economic Journal. Vol. 101: 1277-1286.
- Mills A (ed). (1985). The Economics of Health in Developing Countries. Oxford University Press. Reprinted.
- Mills A ve Gilson L (1988). Health Economics for Developing Countries: A Survival Kit. EPC Publication Number: 17, Series Editor: Walt G. Evolution and Planning Centre for Health Care, London School of Hygiene and Tropical Medicine. London.
- Normand C (1991). Economics, Health and Economics of Health. BMJ, Vol. 303.
- Pauly MV (1993). Fairness and Feasibility in National Health Care Systems. In: King A, vd. (eds.). North American Health Care Policy in the 1990s. Wiley, New York.
- Reich MR. (1994). The Political Economy of Health Transitions in the Third World. In: Chen A, Kleinman A, Ware NC (eds). Health and Social Change in International Perspective. Harvard University Press.
- Roberts J (1998). Primary Care in an Imperfect Market. BMJ. 18 July 1998, Vol. 317: 186.
- Stiglitz JE (1988). Economics of the Public Sector. Norton, New York.
- Stoline A ve Weiner JP (1988). The Mew Meical Marketplace: A Physician's Guide to the Health Care Revolution. The Jhons Hopkins University Press.
- Walt G (1994). Health Policy: An Introduction to Process and Power. Zed Books.
- Yıldırım HH (1999). Piyasa, Sağlık Bakımı ve Piyasa Başarısızlıkları. Amme İdaresi Dergisi. Mart 1999; 32/1: 123-134







## Dosya

# “Sağlıkta Taşeronlaşma” İddia mı Vaka mı?

Av. Hüseyin Rahmi AKYÜZ  
Memur-Sen Hukuk Müşaviri

İnsan için sağlığın öneminin hükümdar diliyle ifade edildiği coğrafyada kurulu bir Devlettten, sağlık hizmetlerinin sunumu konusunda üst düzey bir hassasiyet beklenmesi doğal karşılanması gereken bir vatandaş talebi olmak gerekir. Gerçekten de,

**“Halk içinde muteber bir nesne yok Devlet gibi,  
Olmaya Devlet cihanda bir nefes sıhhat gibi”**

sözyle Sultan Selim, sağlığın değerini; dönemin insanları açısından son derece önemli olan Devlet algısıyla (hükmetme gücü-egemen güç kavramlarıyla) kıyaslamak suretiyle tescil etmiştir. Bu tescil iradesinin gereklerini yerine getirmek noktasında Devlete ait yetki ve sorumluluklarının yerine getirilip getirilmediğine, bu çerçevedeki uygulama tercihlerine ve yöntemlerine ilişkin genel nitelikli

bir tartışma oldukça geniş bir zemin ve zaman gerektiriyor. Bu yazının konusunu ise, Devletin aktif olarak sorumluluk almaktan kaçınmasının mümkün olmadığı “sağlığın korunması hakkı” açısından, son dönemin en çok konuşulan konularından birisini oluşturan ve kamuoyu gündeminde “sağlıkta taşeronlaşma” başlığıyla kendisine yer edinen uygulama ve yöntemler oluşturuyor.

Bu kapsamda, sağlığa ilişkin Anayasal hükümler, hukuk devleti ve sosyal devlet ilkeleri ekseninde sağlık hizmetinin organizasyonu ve sunumu, kamu hizmetine ilişkin sosyal algı ve kamu görevlilerinin Anayasal hak ve sorumlulukları gibi kavramları araç edinerek, sağlık hizmetinin hizmet satın alınmak suretiyle sunumuna ilişkin normatif ve uygulama verilerini değerlendireceğiz.

### Sağlık Hizmeti Sunumuna İlişkin Anayasal Hükümler

Anayasamızın başlangıç bölümünde; “Her Türk vatandaşının bu Anayasadaki temel hak ve hürriyetlerden eşitlik ve sosyal adalet gereklerince yararlanarak millî kültür, medeniyet ve hukuk düzeni içinde onurlu bir hayat sürdürme, maddî ve manevî varlığını bu yönde geliştirme hak ve yetkisine doğuştan sahip olduğu” ifade edilerek vatandaş açısından, maddi ve manevi varlığını geliştirme hak ve yetkisi noktasında oldukça iddialı bir hak alanı oluşturulmuş, Devlet açısından da sağlığın korunması hakkı noktasında oldukça kapsamlı bir görev ve sorumluluk alanına kapı aralanmıştır.

Anayasanın Devletin görevlerinin belirlendiği 5’nci maddesinde de, “Devletin temel

amaç ve görevleri, Türk Milletinin bağımsızlığını ve bütünlüğünü, ülkenin bölünmezliğini, Cumhuriyeti ve demokrasiyi korumak, kişilerin ve toplumun refah, huzur ve mutluluğunu sağlamak; kişinin temel hak ve hürriyetlerini, sosyal hukuk devleti ve adalet ilkeleriyle bağdaşmayacak surette sınırlayan siyasal, ekonomik ve sosyal engelleri kaldırmaya, insanın maddî ve manevî varlığının gelişmesi için gerekli şartları hazırlamaya çalışmaktır.” hükmüne yer verilmiştir. Başlangıç bölümünde; genel ve birey odaklı olarak tanımlanan hakkın çerçevesi belirginleştirilerek devletin temel amacı ve görevi sayılmıştır. Bu iki hükmün bir arada değerlendirilmesinden, “Bireylere ait maddî ve manevî varlığını geliştirme hakkının somut kullanımına ait gereklerin aktif sorumluluk ve görev algısı içerisinde Devlet tarafından yerine getirileceği lafzi ve ruhi olarak Anayasada ifade edilmiştir” sonucuna ulaşabiliriz. Sözün kısası, Devlet sağlığın korunmasında, esenliğin sağlanmasında, maddî ve manevî varlığın geliştirilmesinde asli ve sürekli hizmet sunucu konumunda olmak zorundadır. İster bireysel isterse toplumsal olsun sağlık hizmeti alanında öznenin insan olması, bu hükümlerden başka sonuçlar çıkartmayı mümkün kılmıyor.

Diğer taraftan, Anayasanın 56 ncı maddesinde; “ Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir.

... 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 sağlığın korunmasında, esenliğin sağlanmasında, maddî ve manevî varlığın geliştirilmesinde asli ve sürekli hizmet sunucu konumunda olmak zorundadır. İster bireysel isterse toplumsal olsun sağlık hizmeti alanında öznenin insan olması, bu hükümlerden başka sonuçlar çıkartmayı mümkün kılmıyor.**

Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir.” hükmüne yer verilerek, sağlık hizmetinin planlanmasında, teşkilatlanmasında, sunumunda ve denetlenmesinde Devlet, asli yetkili ve sorumlu kılınmakla birlikte, kamuya ait sağlık kurum ve kuruluşlarının sağlık hizmetinin sunumuna yönelik olarak gerek sağlık hizmetleri gerekse yardımcı sağlık hizmetleri sınıfına dahil personel tarafından görülmesi gerekli sağlık hizmetlerini hizmet satın alınması yoluyla gördürülebileceği şeklinde bir yetkiye yer verilmiş değildir. Anayasanın yukarıda yer verilen 56 ncı maddesi, sağlığın korunması ve sağlık hizmetinin sunumu konusunda Devlete ait yetki, görev ve sorumlulukların kapsamında,

sağlık hizmetleri ve yardımcı sağlık hizmetleri personeli tarafından sunulan hizmetlerin bir bölümünün hizmet satın alınması yoluyla gerçekleştirilmesi gibi sağlık hizmetinin asli ve sürekli nitelikte bir kamu hizmeti gerçeğiyle örtüşmeyen bir yönetime izin vermemektedir.

Diğer taraftan, kamu görevlilerine ilişkin Anayasal hükümlere bakıldığında, sağlık hizmetlerinin hizmet satın alınması suretiyle sunumu şeklindeki yönetime ilişkin yeni ve geniş kapsamlı sorgulamaların da yapılması gerekmektedir. Anayasanın 128 ncı maddesindeki; “Devletin, kamu iktisadî teşebbüsleri ve diğer kamu tüzel kişilerinin genel idare esaslarına göre yürütmekle yükümlü oldukları kamu hizmetlerinin gerektirdiği asli ve sürekli görevler, memurlar ve diğer kamu görevlileri eliyle görülür.” hükmü karşısında sağlık hizmetleri ve yardımcı sağlık hizmetleri sınıfı kapsamındaki personel tarafından görülmesi gereken hizmetlerin hizmet satın almak suretiyle temini uygulamasının Anayasal uygunluğu, ayrı ve daha kapsamlı bir makalenin konusudur. Ancak, bu noktada söylenmesi gereken temel ve iki yönlü tespit; sağlık hizmeti asli ve sürekli nitelikte bir kamu hizmeti ise bu hizmetin kamuya ait sağlık kurum ve kuruluşlarında hizmet satın alınması suretiyle sunumu Anayasal değildir. Sağlık hizmeti asli ve sürekli nitelikte bir kamu hizmeti değilse; hizmet satın almak suretiyle bazı sağlık hizmetlerinin sunumuna ilişkin yetki hükmüne bir kanun içeriğinde yer verilmesi ve bu yetkiye dayalı olarak da Sağlık Bakanlığınca idari düzenleyici işlem niteliğinde bir düzenleme yapılması gereksiz ve anlamsızdır. Bu noktada, belirlenmesi gereken husus sağlık hizmetlerinin hizmetten



# Dosya

**Anayasanın 56 ncı maddesi, sağlığın korunması ve sağlık hizmetinin sunumu konusunda Devlete ait yetki, görev ve sorumluluklar kapsamında, sağlık hizmetleri ve yardımcı sağlık hizmetleri personeli tarafından sunulan hizmetlerin bir bölümünün hizmet satın alınması yoluyla gerçekleştirilmesi gibi sağlık hizmetinin asli ve sürekli nitelikte bir kamu hizmeti gerçeğiyle örtüşmeyen bir yöntem izin vermemektedir.**

yararlanacak bireyler açısından asli ve sürekli nitelikte bir kamu hizmeti olup olmadığı hususudur.

## **Sağlık Hizmeti Sürekli ve Asli Nitelikte Kamu Hizmeti midir?**

Esasen tartışılması gereken ve sağlık hizmetlerinin sunumunda taşeronlara başvurulmasının hizmetin özünü çelişip çelişmediği açısından varılacak kararda belirleyici olan sağlık hizmetinin asli ve sürekli nitelikte bir kamu hizmeti olup olmadığı hususudur. Anayasanın 56 ncı maddesindeki ve Sağlık Bakanlığının teşkilat ve görevlerini düzenleyen KHK'deki normatif kurgu yanında sağlık hizmetini yürütümünde görev alacak personele ilişkin yeterliklerin belirlenmesine ilişkin uygulama verileri ile özellikle özel sağlık kurum ve kuruluşlarının sağlık hizmetleri sınıfı kapsamındaki personel istihdamına ilişkin sınırlama hükümleri göstermektedir ki; sağlık hizmeti Devlet tarafından da birinci elden sunulması zorunlu olan asli ve sürekli nitelikte bir kamu hizmetidir. Daha net bir ifadeyle, Devletin sağlık hizmetlerinde sadece koordine etmek şeklinde pasif bir görev eri olarak düşünülmemiş, sağlık hizmetini kendisine ait teşkilat yapısına dahil sağlık kurum ve kuruluşları ve bu kuruluşları kurmak ve bunlar aracılığıyla

verilecek sağlık hizmetlerini görmek amacıyla sağlık hizmetleri personeli istihdam etmek gibi aktif, öncül ve sürekli bir görev-yetki sahibi öznesi haline getirilmiştir. Aksi değerlendirme, doğrudan Sağlık Bakanlığına bağlı resmi Sağlık kurum ve kuruluşlarının varlığına hukuki gerekçe üretmeyi imkansız hale getirirdi. Bu bakımdan, sağlık hizmetinin asli, sürekli, vazgeçilmez ve bütünüyle devredilemez nitelikte bir kamu hizmeti olduğu dışındaki değerlendirme ve tespitler kabul edilebilir değildir.

## **Sağlık Hizmetinin Satın Alınmasında Kanunilik ve Hukukilik Sorunu**

Asli, sürekli ve vazgeçilmez nitelikte bir kamu hizmeti olduğu tartışmasız olan sağlık hizmetlerinin kamu kurum ve kuruluşlarınca sunumunda, yaygın hale geldiğini söylemenin yanlış olmadığı hizmet satın alınması suretiyle hizmetlerin görülmesinin sağlanması uygulamasının yasal dayanağının belirlenmesi konuyla ilgili yapılacak değerlendirmeler açısından önemlidir. Bu çerçevede, sağlık hizmetlerinin planlanması ve yürütülmesi görevini Devlet sorumluluğu kapsamında yürüten Sağlık Bakanlığının kuruluş ve görevlerinin düzenlendiği "Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri

Hakkında 181 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname'nin "Amaç" başlıklı birinci maddesi ile "Görev" başlıklı ikinci maddesinde, sağlık hizmeti sunacak kamu kurum ve kuruluşlarının sunacakları sağlık hizmetlerinin bir bölümünün hizmet satın alınması yoluyla sağlamak şeklinde bir yetki hükmüne yer verilmemiştir. Diğer bir ifadeyle, resmi sağlık kurum ve kuruluşlarının sağlık ve yardımcı sağlık hizmetleri sınıfı kapsamındaki personel tarafından verilecek sağlık hizmetlerini hizmet satın almak suretiyle sağlamalarının kanuni dayanağı 181 sayılı KHK değildir.

2003 yılından itibaren uygulamada kendine yer edinen sağlık ve yardımcı sağlık hizmetleri personeli tarafından görülmesi gereken hizmetlerin hizmet satın alınması suretiyle temini uygulamasının kanuni dayanağını, 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'nun 36 ncı maddesinin 4924 sayılı Kanunla değişik "Sağlık Hizmetleri ve Yardımcı Sağlık Hizmetleri" bölümünün ikinci fıkrasında yer alan "Bu sınıfa dahil personel tarafından yerine getirilmesi gereken hizmetler, lüzumu halinde bedeli döner sermaye gelirlerinden ödenmek kaydıyla, Bakanlıkça tespit edilecek esas ve usullere göre hizmet satın alınması yoluyla gördürülebilir" hükmü oluşturmaktadır. Sağlık hizmetleri ve Yardımcı Sağlık Hizmetleri Personeli'nin yürüteceği hizmetlerin hizmet satın alınması yoluyla gördürülmesine ilişkin hükmün, kamu görevlilerinin hizmet şartlarını, atanma ve niteliklerini, hak ve sorumluluklarını düzenleyen 657 sayılı Kanun kapsamında yer alması oldukça manidar olmak yanında mevzuat usul ve tekniği açısından da sıkıntılıdır. Gerçektende, 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'nun

amacı, kanunun içeriğinde "Bu Kanun, Devlet memurlarının hizmet şartlarını, niteliklerini, atanma ve yetiştirilmelerini, ilerleme ve yükselmelerini, ödev, hak, yüküm ve sorumluluklarını, aylıklarını ve ödeneklerini ve diğer özlük işlerini düzenler." şeklinde ifade edilmiş, hükmün devamında ise "Bu Kanunun uygulanmasını göstermek veya emrettiği hususları belirtmek üzere tüzükler çıkarılır. Bu Kanunda öngörülen yönetmelikler Bakanlar Kurulu Kararı ile yürürlüğe konulur." hükmüne yer verilmiştir. Bu bakımdan, sağlık ve yardımcı sağlık hizmetleri personelinin görmesi gereken hizmetlerin hizmet satın alınması yoluyla temini, kanuni dayanağa sahip olsa dahi hukuka uygunluk yönüyle çok yönlü tartışmalar oluşturabilecek bir uygulama olarak değerlendirilebilir. Devlet Memurları Kanunu, asli ve sürekli nitelikteki kamu hizmetlerini görmekle sorumlu ve yetkili kılınmış "memur" statüsündeki kamu görevlilerine ilişkin hükümleri barındırırken sağlık ve yardımcı sağlık hizmetleri sınıfı personelinin görülen hizmetlerin, hizmet satın alınması suretiyle teminine ilişkin yetki hükmünün bu Kanun kapsamında yer alması çelişkiden öte anlam ve sonuçlar içermektedir.

657 sayılı Kanun asli ve sürekli nitelikte kamu hizmetlerinin hangi yöntemlerle gerçekleştirileceğine yönelik yetki ve takdir kullanımına ilişkin hususları değil, asli ve sürekli nitelikteki kamu hizmetlerini görme sorumluluk ve yetkisini tekeli bir nitelikte elinde bulunduran memur statüsündeki kamu görevlilerine ilişkin özlük hususları düzenlemektedir. Bu nedenle, Kanunun hizmetsınıflarıyla ilgili hükmünün içeriğinde yer alan "Sağlık Hizmetleri ve Yardımcı

Sağlık Hizmetleri Sınıfı" bölümünün ikinci fıkrasında "Bu sınıfa dahil personel tarafından yerine getirilmesi gereken hizmetler, lüzumu halinde bedeli döner sermaye gelirlerinden ödenmek kaydıyla, Bakanlıkça tespit edilecek esas ve usullere göre hizmet satın alınması yoluyla gördürülebilir" hükmüne yer verilmesi, Kanunun kapsamı ve amacıyla örtüşmediği gibi lafzi açıdan da sıkıntılıdır. Hüküm içeriğinde yer alan "Bakanlıkça" ibaresinin Sağlık Bakanlığı şeklinde algılanmasını gerektirecek bir ayrıntıya fıkra içerisinde yer verilmediği gibi Kanunun bir başka bölümünde de bu algıyı gerektirecek bir kayıt bulunmamaktadır.

Diğer taraftan, sağlık hizmetleri ve yardımcı sağlık hizmetleri personeli tarafından görülecek hizmetlerin hizmet satın alınması suretiyle teminine ilişkin olarak hüküm içeriğinde, sayı, süre ve maliyet yönlü bir sınırlama yapılmamış olması karşısında bu hizmet sınıfı kapsamında memur statüsünde personel istihdamı yerine bütünüyle hizmet satın almak suretiyle bu personel tarafından görülecek hizmetlerin görülmesi yönteminin gerçekleştirilebileceği

gibi bir sonucun da gerçekleştirilmesini mümkün ve muhtemel kılmaktadır. Daha açık bir ifadeyle, sağlık hizmetinin, kamuya personel istihdamı ve personel kaynaklı sorumluluk yüklenmeksizin yürütülmesi gibi sağlık hizmeti birey-Devlet ilişkisi bakımından hukuk devleti ve sosyal devlet ilkeleriyle bağdaştırılması çok da mümkün olmayan bir yöntemle sunulması ve sürdürülmesinin önünü açabilecek bir düzenleme ve uygulamanın hayata geçirildiğini söylemek yanlış olmayacaktır.

### **Taşeronlaşma Sağlık Hizmetini Sağlıkta Hezimete Dönüştürür mü?**

Sağlık hizmetleri ve yardımcı sağlık hizmetleri sınıfına tabi personel tarafından görülmesi gereken hizmetlerin hizmet satın alınması suretiyle teminine kapı aralayan 657 sayılı Kanunun yukarıda yer verilen hükmünde belirtilen usul ve esaslar Sağlık Bakanlığınca hazırlanmış ve 05/05/2004 tarihli ve 25453 sayılı Resmi Gazete'de "Sağlık ve Yardımcı Sağlık Personeli Tarafından Yerine Getirilmesi Gereken Hizmetlerin Satın Alma Yoluyla Gördürülmesine İlişkin Esas ve Usûller" adıyla





## Dosya

yürürlüğe konulmuştur. Yürürlüğe girdiği tarihten itibaren "Sağlıkta Taşeronlaşma" adıyla kamuoyu gündeminde yer bulan bu düzenleme ve ortaya çıkardığı uygulama için "taşeronlaşma" kavramını kullanmayı bütünüyle doğru bulmamakla birlikte uygulamaya bu ismi uygun gören kamuoyunun bu yöndeki baskısına boyun eğmekte bir mahzur olmamak gerekir.

Sağlık hizmetinin sunumunda taşeronlaşmanın temel uygulama yöntemlerinden biri olarak hayata geçirilmesi; kurum kültürü, mesleki sorumluluk, aidiyet duygusu, görev başında eğitim, hizmet görelere arası ilişkiler, çalışanların örgütlülük durumu ve tercihleri gibi sağlık hizmetleri açısından temel bileşen sayılabilecek birçok konuyu doğrudan ve olumsuz etkileyebilecek riskler içermediğini söylemek mümkün değildir. Daha kestirme bir ifadeyle, sağlık hizmetinin taşeronlardan temini hiç şüphesiz ki ak kağıt üzerindeki düzenlemede öngörülmesi mümkün olmayan uygulama sorunları ve sıkıntıları oluşturacaktır. Yaşanması kesine yakın muhtemellik içeren bu sorun ve sıkıntılar sadece hizmetten yararlananlar açısından değil hizmetin sunumunda ve planlamasında görev ve yetki sahibi olan birey ve organizasyonlar açısından da geçerlidir.

Bu çerçevede, bütün kamu hizmetleri gibi sağlık hizmetinin sunumunda da kurum-çalışan arasındaki ilişki türü hiç şüphesiz etkinlik ve verimlilik açısından temel belirleyicilerden biridir. Hatta sağlık hizmeti açısından bu durumun daha belirleyici olduğunu söylemek abartılı olmayacaktır. İster koruyucu isterse tedaviçi sağlık hizmetleri olsun doğrudan bireye yönelik sağlık hizmetinin sunumu sırasında kurum

ve kuruluş bünyesindeki farklı bölümlerin ve farklı branşlardaki hekim personelin kollektif hizmet algısı içerisinde olması gerektiği açıktır. Konsültasyon uygulaması bunun en somut örneklerinden biridir. Hizmet sunma yetki ve görevinin elde edilmesine esas istihdam ve çalışma şekli bakımından işbirliği içerisindeki kişi ve birimlerin farklı türde istihdam ve çalışma şekillerine sahip olması ortak bir kurumsal dilin, misyon ve vizyon algısının gelişmesine engel olmak yanında var olanların da ortak kararla gerçekleştirilmesine de engel olacaktır. Kollektif iş üretimi için kaçınılmaz olan işbirliği ilişkisinin sağlıklı gelişmesine de engel olacak böyle bir sürecin ihtimali aşan bir nitelikte olabileceğini söylemek için birden fazla sebep bulunabilir. Hizmet satma düşüncesindeki gerçek veya tüzel kişinin emek-ücret dengesine ilişkin farklı belirlemeleri, çalışma ve izin süreleri gibi hususlar, hizmeti sunmak için istihdam edeceği personele sağlayacağı mali haklarla sosyal hak ve yardımlar, çalışma ve dinlenme süreleri, istihdam süresi ve istihdama ilişkin sirkülasyon verileri gibi bir çok neden hizmet satın alınmak suretiyle sağlanan sağlık hizmetini sunacak sağlık personeli ile kamu tarafından istihdam edilen sağlık personeli arasında hizmette etkinlik ve verimlilik açısından esas olan işbirliği ve dayanışmanın oluşumuna da engelleyecek türden çalışma huzur ve barışını bozacak türden bir sonuç doğurabilecektir.

Niteliği gereği sağlık hizmetinde işbirliği ve dayanışma tercihten ziyade zorunlu bir uygulamadır. Bu bakımdan, hizmetin sunan personel arasındaki istihdam edilme şekli farklılıkları, kurumsal mensubiyet ve aidiyet yanında kurumsal süreklilik

ve kurum kültürünün oluşumu açısından da istenmedik durumların oluşumuna kaynaklık edebilecektir. Bu nedenle, sağlık hizmetlerinin bir bölümünün hizmet satın alınması suretiyle temini uygulaması, sağlık hizmetinde aksama oluşmasından daha da büyük sorunların oluşmasına neden olabilecek ve kolayca bertaraf edilemeyecek bir risk oluşturabilecektir.

Yukarıda açıklamaların bütününde, hizmet satın almak suretiyle sağlık hizmeti sunumunun



sağlık kurum ve kuruluşları ile sağlık personeli açısından oluşturabileceği olumsuzluklara ilişkin sınırlı sayıda örnek vermekle yetindik. Ancak, konunun bir diğer taraf da hiç şüphesiz sağlık hizmetinin sunulduğu diğer bir ifadeyle sağlık hizmetinden yararlanan insan topluluğudur. Sağlık hizmetleri ve yardımcı sağlık hizmetleri personeli tarafından görülecek hizmetlerin hizmetsatınalmaksuretiyle teminine ilişkin mevcut ve genişlemekte olan uygulamanın sürecinden ve sonuçlarından birinci derecede



etkilenecek olan bu topluluğun, kendisine hizmet sunacak olan sağlık personelinin hizmet sunma yetkisinin kaynağından bihaber olarak bu hizmetten faydalandırılması her şeyden önce hasta ve/veya hasta yakını olarak sahip kılınması zorunlu olan –hasta hakları olarak bilenen- hakların bir kısmına ilişkin olarak hizmetin başlangıcında ihlal riskiyle karşı karşıya bırakılmasıdır. Koruyucu sağlık hizmetleri dahil olmak üzere özellikle teşhis ve tedavi sürecinin birbiriyle ayrılmaz bağlantısı karşısında, teşhis sürecinde hizmetinden yararlandığı bir hekimin tedavi sürecinde –hizmetin satın alınmasına esas ihalenin süresinin dolması nedeniyle- hizmet sunamaması gibi –engellenebilecek veya yok edilebilecek- bir riskle karşı karşıya kalması hiçbir birey tarafından makul ve mazur görülebilecek bir sonuç değildir. Bu değerlendirme ışığında, sağlık hizmetlerinin bir bölümünün hizmet satın alınması suretiyle teminine ilişkin mevcut düzenleme ve uygulamanın devam edip etmemesi gerektiğine ilişkin tespitin gerek tıp bilimi gerekse hak ve hukuk algıları yönüyle yeniden değerlendirilmesi ve evet veya hayır cevabının da konuyla ilgili taraflar başta olmak üzere kamuoyunu tatmin olacağı gerekçelere dayandırılması yerine olacaktır. Aksi halde, sağlık hizmetini satın almak suretiyle temin etmek uygulaması, kamu maliyesi kaynakları kullanılmak suretiyle sağlık hizmetinin sağlıkta hezimete dönüşmesine neden olabilecektir.

## SONUÇ

Sağlık hizmetleri ve yardımcı sağlık hizmetleri sınıfına dahil personel tarafından sunulan hizmetlerin belirli şartlara bağlanmak suretiyle hizmetsatınalmaksuretiyle

temini ve sunulması (genel kabul gören adıyla sağlık hizmetinde taşeronlaşma) uygulamasına ilişkin hukuki bir değerlendirme yapmak gerekçesiyle kaleme alınan bu yazının içeriğinde uygulamanın idari düzenleyici işlem niteliğindeki dayanağını oluşturan “Sağlık ve Yardımcı Sağlık Personeli Tarafından Yerine Getirilmesi Gereken Hizmetlerin Satın Alma Yoluyla Gördürülmesine İlişkin Esas ve Usûller” düzenlemesi hakkında bilinçli olarak değerlendirme eleştiri yapılmamıştır. Zira, tartışmak ve dikkat çekmek istediğimiz konu uygulamanın sonuçları değil kendisidir. Bu nedenle, uygulamanın sonuçlarının oluşmasına aracılık eden düzenleme yerine, uygulamanın kanuniliği ve hukukiliği kapsamlı bir tartışma alanı oluşturacak şekilde daha üst normlar eksenli bir değerlendirme çerçevesi benimsenmiştir.

Bu tartışmanın sonunda söylenebilecek en anlamlı söz herhalde, hizmet sunmak amacıyla hizmet satın alınmanın doğruluğu ya da yanlışlığını tartışırken temel ilkenin “sağlığı satın almak suretiyle temin edilemeyeceği”dir. Bu gerçekten hareketle, sağlık hizmetinin asli ve sürekli nitelikteki kamu hizmeti olduğunu ve sağlığın korunması hakkı temel hak ve özgürlüklerden biri olduğu gerçeğini göz ardı eden her tür düzenleme ve uygulama, –uygulama sonuçları ne kadar olumlu olursa olsun- birey ve toplum sağlığı açısından hak edilen ve muhtaç olunan sağlık hizmetinin telafisi güç ve imkansız zararlara kaynaklık etme riski oluşturabilecektir.

Yüce Yaradanın, akıl, beden ve ruh sağlığını Şafi sıfatıyla her daim koruması dileğiyle ...



# Araştırma-İnceleme

## Uluslararası Hukuk ve Kamu Çalışanlarının Sendikal Hakkı

**Doç. Dr. Aydın BAŞBUĞ**  
*Gazi Üniversitesi Öğretim Üyesi*

Uluslararası hukuk, milli devletler hukukunun üzerinde ve kural olarak herhangi bir siyasal otoritenin egemenliği dışında oluşan hukuktur. Bu hukuk devletlerarası ilişkilerden doğduğu gibi devletler dışında devlet niteliğindeki örgütlenmeler ve sivil toplum örgütlerinin katılımıyla meydana gelmektedir. Sivil toplum örgütlerinin katılımının önemi gün geçtikçe artmakta ve bu örgütler giderek devletlerin oynadığı rolü üstlenebilmektedirler.

Uluslararası hukuk, özellikle siyasal aktör olarak devletlerin dışında ortaya çıktığı hallerde daha ideal ve evrensel nitelik kazanmaktadır. Birleşmiş Milletlerin bir yan kuruluşu olan Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO), devletlerin siyasal tercihlerinin dışında; işçi, işveren ve devlet temsilcilerinin, teknik danışman ve gözlemcilerinin katılımıyla ideal olanı gerçekleştirme amacıyla uluslararası hukuk standartlarını



belirlemeye çalışmaktadır. Burada gerçekleştirilen hukuk kuralları, birçok ülke için umut kaynağı olmaktadır. Özellikle az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler için burada elde edilecek bir sonuç veya katkı, ülkeleri için ciddi derecede etkili sonuç doğurmaktadır. Uluslararası çalışma standartları sadece gelişmekte olan ülkeler için değil, gelişmiş ülkeler için de öneme haiz ve tatbik kabiliyeti yüksek, iç hukuklarını zorlayan ve iç hukuka yol göstererek onu değiştiren bir kaynaktır. Bu ülkelerde artık uluslararası hukuk, katkısı kimden gelirse gelsin, iç hukukun üzerindedir.

Anayasamızın 90. maddesine göre uluslararası hukuk içi hukukun bir parçası olarak değerlendirilmiştir. Buna göre "Türkiye Cumhuriyeti adına yabancı devletlerle ve milletlerarası kuruluşlarla yapılacak anlaşmaların onaylanması, Türkiye Büyük Millet Meclisinin onaylamayı bir kanunla uygun bulmasına bağlıdır." Uluslararası anlaşmanın bir kanun ile uygun bulunması öngörülmüştür. Dolayısıyla bir meclis iradesinin varlığı söz konusudur. Anayasanın 90. maddesinin son fıkrasında, "Usulüne göre yürürlüğe konulmuş milletlerarası anlaşmalar kanun hükmünde" olduğu kabul edilmiştir. Demek ki bir uluslararası anlaşma kabul edildikten sonra artık kanun gibi geçerli ve iç hukukumuzun bir parçası olmuştur. Anayasanın 90. maddesinin üçüncü fıkrası hükmü "Türk kanunlarına değişiklik getiren her türlü anlaşmaların yapılmasında birinci fıkra hükmü uygulanır" biçimindeki düzenlemesi ile bir anlaşmanın kanunlarımızı

değiştirmesini dahi kabul etmiş bulunmaktadır.

Anayasanın hükmü gayet açıktır. Buna göre, TBMM tarafından onaylanan uluslar arası antlaşma kanun hükmündedir, Türk kanunlarında değişiklik yapabilir ve iç hukuktaki bu gücünü meclis iradesinden alır.

Uluslararası antlaşmaların iç hukukumuzda normlar hiyerarşisi içerisindeki yeri, yani bir hukuki ihtilafta öncelik sırası tartışmalıdır. Bu konudaki bir görüşe göre antlaşma, TBMM tarafından bir kanunla onaylandığı ve arkasında bir meclis iradesi bulunduğu için kanun gücündedir. Zaten Anayasanın 90. maddesi bu hususu düzenlemiş ve usulüne uygun olarak onaylanan uluslar arası antlaşmayı, kanun hükmünde kabul etmiştir. Bu görüş karşısında bir başka görüşe göre uluslararası antlaşma kanundan daha üst seviyededir. Çünkü bir kanunun Anayasaya aykırılığı

nedeniyle Anayasa Mahkemesinde iptal davası açılması ya da yargılama aşamasında itiraz yoluyla Anayasa Mahkemesine götürülerek Anayasaya uygunluk denetiminin yapılması mümkündür.

Yargılama sonucunda kanunun Anayasaya aykırı olduğu sonucuna varan Anayasa Mahkemesinin, kanunu kısmen ya da tamamen iptal etmesi mümkündür. Oysa uluslararası antlaşmaların Anayasaya aykırılığı ileri sürülemez. Anayasanın 90. maddesinin son fıkrası, "Usulüne göre yürürlüğe konulmuş milletlerarası andlaşmalar kanun hükmündedir. Bunlar hakkında Anayasaya aykırılık iddiası ile Anayasa Mahkemesine başvurulamaz" hükmü ile uluslararası antlaşmanın kanundan daha üst derecede bir hukuk kuralı olduğunu kabul etmiştir. İşte bu gerekçelerle Türkiye tarafından onaylanmış bir uluslararası antlaşma kanundan daha üst

seviyededir. Bu hususta ileri sürülen son bir görüşe göre, uluslararası antlaşmalar Anayasadan da üst derecede bir hukuk kuralıdır. Ülkeler anayasalarını uluslararası antlaşmalara uygun olarak değiştirmek zorundadır.

Usulüne uygun olarak kabul edilen bir uluslararası antlaşmanın iç hukukta yürürlükte olan bir hukukla çatışması durumunda hangisinin onaylanacağı konusu da tartışmalıdır.

**Bu soruna çözüm getirmek amacıyla başlıca üç görüşün hakim olduğu görülmektedir. Bunlar;**

1) Uluslararası antlaşma ile iç hukuk çatışırsa öncelikli olarak iç hukuk uygulanır. Her ne kadar usulüne uygun olarak onaylanmış uluslararası antlaşma kanun hükmünde ve hatta normlar hiyerarşisinde kanundan üst seviyede de olsa uygulanabilirliği için kanunlarda değişiklik yapılması gereklidir. Bu görüşe göre, bir hakkın Anayasada yer alması halinde de aynı durum söz konusudur. Yani bir hakkın Anayasada verilmesi o hakkın doğrudan doğruya uygulanacağı anlamına gelmemelidir. Bu hakkın uygulanabilmesi için kanun çıkarılması gereklidir. Uluslararası antlaşma iç hukukun bir parçası olsa dahi uygulanabilmesi için kanun çıkarılmalıdır. Türk hukukunda da uzun süre hakim olan bu görüş nedeniyle 1961 Anayasasında tanınan grev hakkı ancak 275 sayılı eski Toplu İş Sözleşmesi Grev ve Lokavt Kanununun çıkması ile uygulanabilmiştir. Bu Kanun çıkıncaya kadar bu hakkın sadece Anayasaya dayanarak







# Araştırma-İnceleme

kullanılmayacağı sonucuna varılmıştır. Ancak bu arada belirtmek gerekir ki Almanya gibi birçok ülkede Sendikalar Kanunu ya da Grev Kanunu olmadığı halde bu hakkın sırf Anayasaya uygun olarak kullanılması mümkündür.

2) Uluslararası antlaşma ile kanunlar çatıştığı zaman öncelikli olarak uluslararası antlaşmanın uygulanacağını kabul eden ikinci görüş, yukarıda değindiğimiz birinci görüşe nazaran uluslar arası hukuka daha çok önem vermektedir. Anayasamızın 90. maddesine 07.05.2004 yılında eklenen son cümlesinde "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" hükmü ile sadece insan hakları yönünden bu çözüm kabul edilmiştir.

3) Uluslararası antlaşmanın iç hukuka etkisi bakımından yukarıdaki iki görüşten farklı olarak kabul edilen üçüncü görüşe göre uluslararası antlaşmanın içeriğine bakılması gereklidir. Eğer onaylanan antlaşma çerçeve hüküm niteliğinde ise yani, maddi hukuk kuralı getirmemiş, genel ilkeleri belirlemiş ve alternatif ihtimaller sunmuşsa iç hukukta uygulanabilmesi için kanunlarda değişiklik yapılması gereklidir. Buna karşılık maddi hukuk kuralı bir konuyu açık bir şekilde düzenleyen uluslararası antlaşma iç hukukta doğrudan doğruya uygulanır. Artık bu antlaşmaya aykırı kanunların uygulanması mümkün değildir. Bu görüş uluslararası hukukta ve Avrupa Birliğinde hakim olan görüştür. Giderek daha çok taraftar



bulmaktadır. İşte bu görüşün kabulü nedeniyle Avrupa Birliği ülkelerinde yaşayan Türk vatandaşlarının Avrupa ülkelerinde ikamet ve çalışma hakları elde edilebilmiştir. Eğer Avrupa Birliğinde Türkiye'de olduğu gibi birinci görüş hakim olsaydı, bugün Avrupa ülkelerinde yaşayan birçok Türk vatandaşının sınır dışı edilerek Türkiye'ye geri gönderilmesi gerekecekti.

Uluslararası hukukun memurların örgütlenme hakkına etkisi bakımından belirtilmesi gereken bir başka ön bilgi, uluslararası antlaşmaların/sözleşmelerin yorumlanmasıdır. Uluslararası Çalışma Örgütü'nün (ILO) hazırlanmış olduğu bir sözleşmeyi onaylayan bir ülkenin, bu sözleşme kendi hukukunun bir parçası olsa dahi, ILO'nun yorumlarına göre uygulanması gereklidir. Örneğin 87 sayılı Örgütlenme Özgürlüğü'nün Korunmasına İlişkin sözleşme, çalışanlara örgütlenme hakkını vermektedir. Bu sözleşmenin nasıl yorumlanması gerektiği ve bu haktan kimlerin yararlanacağı sözleşmede açık değildir.

ILO, çalışan kavramı ile kamu hukuku statüsüne göre çalışan memurların, emeklilerin, işsizlerin ve ev hanımlarının da anlaşılması gerektiği sonucuna varmıştır. Artık bu yorumdan sonra bu sözleşmeyi uygulayacak olan ülkelerin de bu yorum ile bağlı kalması gerekmektedir. Aynı sonuç Avrupa Birliği hukuku için de geçerlidir. Bir Avrupa Birliği direktifi ya da yönergelerinin birliğe üye ülkelerce serbest bir şekilde yorumlanması mümkün değildir. Hatta bir direktif ya da yönergeye uygun olarak bir kanun çıkarılsa bile bu kanunun da yorumu milli mahkemelere ait değildir. Bu durumda yorum yapma yetkisi Adalet Divanı'na ait olup, ülkeler bu kuruluşun yorumunu tatbik etmek durumundadır.

Uluslararası hukuk açısından memurların örgütlenme özgürlüğünün iki hukuki temeli bulunmaktadır. Bunlar 87 sayılı Sendika Özgürlüğü ve Örgütlenme Hakkının Korunmasına İlişkin sözleşme (1948) ve 151 sayılı Kamu Hizmetinde Örgütlenme Hakkının Korunması ve İstihdam Koşullarının



## Stresi Enerjiye Dönüştürme Kılavuzu

**Muhammed ALPKENT**

*Kişisel Gelişim Uzmanı ve Endüstri Mühendisi*

### İnsan Neden Strese Girer?

Hayatımızda sevindirici şeyler olduğu gibi, üzücü şeyler de vardır. Rahat olduğumuz zamanları gördüğümüz şu dünyada, kendimizi baskı ya da gerilim altında hissettiğimiz zamanlar da oldu. İşte böyle baskı veya gerilim yaşadığımız düşündüğümüz zamanlarda içine girdiğimiz ruh haline "stres" diyoruz.

İnsan, pek çok nedenle bu durumu yaşayabilir. Bazen üzücü gelişmeler, bazen yetiştirilmesi gereken işlerin birikmesi, bazen zaman darlığı, bazen mekân darlığı, insanı strese



sokabilir. İnsanlarda en çok stres oluşturan nedenlerden biri de, önemli bir işle yüzleşmektir. Evlenmek, boşanmak, bir yakınımızın kaybı, bir topluluk önünde konuşma yapmak, ÖSS'ye girmek, mülakata alınmak gibi olaylar, hayatımızın seyrini etkileyebilecek niteliklerinden dolayı bizce önemli kabul edilirler. Dolayısıyla, çoğu zaman beraberlerinde stres de getirirler.

Bunların dışında, insanlarla yaşadığımız iletişim çatışmaları, kendimizden yüksek

beklentilere sahip olmak, gerçek yüzle sosyal yüz arasında fark oluşması ve uyku düzensizliği gibi birçok faktör de strese yol açabilir.

## Streste Saklı Riskler ve Kazançlar

Stres, elbette yanı başında bazı riskler getirir. Stres altındayken insan gerginlikle telaşa kapılır, iyi yapabileceği işlerde hatalar yapmaya başlar. Kısa zamanda çok iş yapayım derken, ortaya kalitesiz işler çıkar. Baskı ve gerilim, zihinsel performansımızı da etkiler. Düşünce akışının bloke olmasıyla, insan bildiği birçok şeyi unutabilir. "Sınava girdiğimde sanki aklım kuş oldu, uçtu!" diyen ya da "Konuşmaya başladığımda terden sınırlıklam oldum ve şimdi sadece saçmaladığımı hatırlıyorum." diye yakınan insanlar, streslerini kontrol edememiş olmaktan şikâyet ediyorlardır.

Tüm bunlarla birlikte, stresin bizim için yararlı olan birçok yönü de vardır. Bilinçaltımızın bizi strese sokması, bizim iyiliğimiz içindir. Stresin en temel iki fonksiyonu, insanı tehlikelerden korumak ve onun harekete geçmesini sağlamaktır. Bu yüzden stres hem bir koruyucu kalkan, hem de güçlü bir enerjidir. Sağlıklı olan yaklaşım, stresi yok saymak değil onu kontrol edip enerjiye çevirebilmektir. Bunu başarabilenler, stresleriyle kaybetmek yerine, enerjileriyle sürekli kazanacaklardır.

Stresin enerjiye dönüş-

türülmesi, insanın hayatında birçok şeyi değiştirir. Aile huzuru, iş doyumu, pozitif yaşayabilme yeteneği, önemli görüşmelerden zaferle ayrılmak, kritik sınavlardan yüksek puanlar alabilmek ve en önemlisi, zihinsel ve duygusal yorgunluktan kurtulabilmek, bu kazançlar arasında sayılabilir. Peki stresi enerjiye dönüştürebilmek nasıl mümkün olur? Bunu gerçekleştirebilmek için, neler yapmak gerekir? Bunların cevabını sunduğumuz formüllerde bulacaksınız.

## Stresi Enerjiye Dönüştürme Formülleri

### 1) Yapılacak işleri önem sırasına koyun

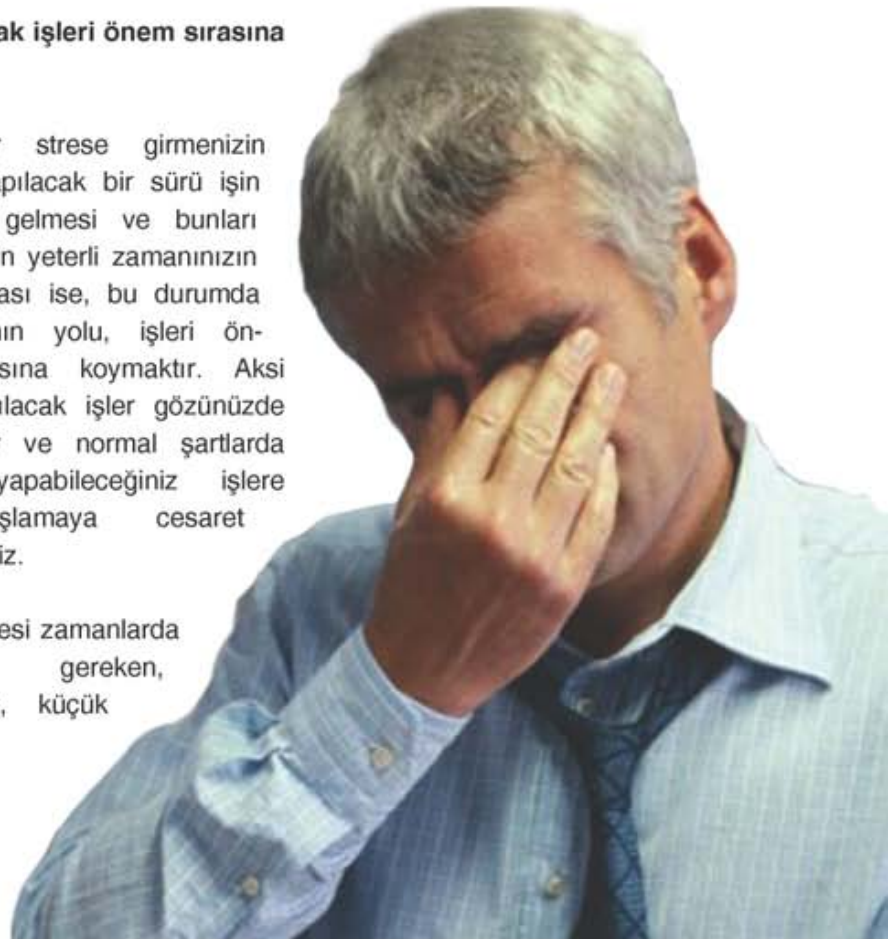
Eğer strese girmenizin nedeni, yapılacak bir sürü işin üst üste gelmesi ve bunları yapmak için yeterli zamanınızın da olmaması ise, bu durumda rahatlamamanın yolu, işleri öncelik sırasına koymaktır. Aksi halde yapılacak işler gözünüzde çok büyür ve normal şartlarda basitçe yapabileceğiniz işlere bile başlamaya cesaret edemezsiniz.

Böylesi zamanlarda yapmanız gereken, tüm işleri, küçük

büyük demeden listelemek ve bunları önem/aciliyet sıralamasına koymaktır. Böylece bugün yapılması gerekenleri, bir saat içinde en azından başlamanız gerekenleri zihninizde netleştirebilirsiniz. Bu netlik sonucu, zihninize tüm işlerin yükünü değil sadece o an için yapmanız gerekenlerin yükünü almış olursunuz. Bir anlamda, işlerinizi tamamlayabilmek için "böl-parçala-yut" yaklaşımını kullanıyorsunuz.

### 2) Maskesizce "kendiniz" olun

Olduğumuzla görüldüğümüz arasındaki fark açıldıkça, bir





# Sağlıklı İletişim

başka deyişle gerçek yüzümüzle sosyal yüzümüz birbirini tutmadıkça, stres yaşarız. Bu stresten kurtulmak ve hayatta rahat nefesler alabilmek için, Hz.Mevlânâ'ya kulak vererek “**ya olduğumuz gibi görünmeli, ya da görüldüğümüz gibi olmalıyız.**”

**M a s k e s i z** iletişim kurmak ve olduğumuz gibi davranmak, kendimizi her şeyden önce bir insan olarak kabul etmemize bağlıdır. İnsan oluşumuz, hayattaki tüm rol ve unvanlarımızdan önce gelir. Bu bilinci içselleştirmek için, her sosyal düzeydeki her türlü insanla iletişim kurmayı deneyebilirsiniz. Her seviyeden hayat standardını yansıtan sofralarda bulunmak, herkesle ortak olan insani yönlerimizi fark edebilmek, bizi “kendimiz olmaya” daha çok yaklaştıracaktır.

### 3) Vücudunuzu kontrollü olarak gevşetin

Stres bedensel olarak da gerginliğe yol açar. Dolayısıyla bedeninizin kontrollü olarak gevşetilmesi, stresin kontrolünü sağlar. Vücudunuzun gevşetilmesi, sakin biçimde oturmanız veya uzanmanızla başlayan bir süreçtir. Bununardındanderin nefesler almalı,



nefesinizin ılıkliğini hissetmelisiniz. Daha sonra zihninizden tüm kaslarınıza tek tek komut vererek hepsinin sırayla gevşiyor olduğunu fark edebilirsiniz.

Başınızın en üst noktasından başlayıp, yüz kaslarınıza, omuzlarınıza, kollarınıza, ellerinize, el parmaklarınıza, göğüs kafesinize, karın kafesinize, bacaklarınıza, dizlerinize, ayaklarınıza ve son olarak ayak parmaklarınıza, sırayla gevşeme komutu verip beklediğinizde hepsi teker teker gevşeyecektir.

### 4) Hayalde canlandırma tekniğini uygulayın

Bilinçli gevşeme için, bilinçaltı da devreye katılmalıdır. Bunun için hayalden destek alabilirsiniz. NLP yöntemleri arasında yer alan

birine göre şu adımları takip etmelisiniz: “Önce stresle ilgili duygunuzu kendinize hayalen görsel olarak tanıtırın.”

Bu duyguyu vücudunuzun neresinde hissediyorsunuz? Eğer bir şekli olsa neye benzerdi? Bu şekil size hareketli gibi mi geliyor, durağan mı? Bir rengi olsa hangi renk olur? Bunlara benzer sorularla bilinçaltınızın stresi iyice tanımasını sağlayın. Sonra stresle ilgili tanımladığınız bu sembolik şekli hayalinizde oradan alıp,

uzaklara fırlatın. Nasıl bir rahatlama yaşadığınızı hissettiğinizde şaşıracaksınız.

### 5) Beklentilerinizde dengeyi gözetin

Yaşadığımız çağda, beklentilerimizin yükselmesi de bizde genel bir strese neden oluyor. Televizyondan izlediğimiz sahte hayatlarda insanların çalışmadan çok zengin ve rahat olabilmeleri, karakterler arasında eksiksiz tiplerin yer alması, hayattan, kendimizden veya yaşamı paylaştığımız insanlardan beklentilerimizi yükseltiyor.

Daha rahat olabilmek ve yüksek beklentilerden kaynaklanan stresten uzaklaşabilmek için, ayaklarımızı yere basmalı ve gerçekçi düşünebilmeliyiz. Ne çok iyimser,

ne çok karamsar olarak, dengeli biçimde kendimizi konumlandırmalı, yapabileceklerimiz konusunda makul hedefler edinmeliyiz.

## 6) Tüm sonuçları kabullenin

Önemli olayların gerginliğe yol açtığından bahsetmiştik. Aslında stres kaynağı olan, bu olayların kendileri değil, bunların sonuçları ile ilgili endişelerimizdir. "Ya sınavda istediğim yeri kazanamazsam?.. Ya mülakat sonucu işe kabul edilmezsem?.. Ya bundan sonra işler ters giderse?.." Dikkat edilirse, bu soruların tamamen sonuçla ilgili endişeleri yansıttığı görülür. Hiç biri süreçle ilgili değildir.

Esnek ve rahat insanların ortak özelliği, sonuca değil sürece odaklı yaklaşımlarıdır. Sonuçları etkileyen birçok etken vardır. Size düşen sadece yapmanız gerekeni yapıp, sonuçlarıyla karşılaşmayı beklemektir. Sorumluluğunuz, sonuçları değil yapmanız gerekenleri yapıp yapmadığınızı kapsar. Bu bilince erişmek için, önemli olayların daha başından en iyi sonuçları da, en kötü sonuçları da göze almalı, kendinizi bunlara hazırlamalısınız.

## 7) Biyo-ritmik düzeninizi sağlayın

Birçok insan, bedeni ve beyni için en uygun olan biyo-ritmik düzenden habersiz yaşar. Bu da maalesef bir stres kaynağıdır. Beyniniz ve bedensel enerjiniz için en yüksek performans, uyku ve beslenme düzeninize bağlıdır.

Araştırmalar, güneş doğduktan hemen sonraki bir saat içinde uyuyor olmanın zekâ ve moralinizi olumsuz etkilediğini tespit etmiştir. Ayrıca güneşin tam tepede olduğu zamandan (öğle vaktinden) az sonraki 15-30 dakikalık bir uykunun da gece uykusuna dört kat fayda sağladığı belirlenmiştir. Beslenme düzensizliği, alkol ve sigara kullanımı gibi faktörlerin de stres ürettiği bilinmektedir.

## 8) İnsanlarla sağlıklı iletişime özen gösterin

İnsanlarla iletişim, çoğu zaman mutluluk kaynağımızdır. Bazı durumlarda ise iletişim çatışmalarıyla strese gireriz. Bunun çözümü iletişimin daha açık hale getirilerek çatışmalara karşı önlem

almaktır. Karşımızdaki insana önem vererek onu dinlemeli, kendisini dinliyor olduğumuzu ona da hissettirmeliyiz. Olası çatışmaların önüne geçmek için en güçlü tedbir, dinlerken ve konuşurken gülümsemektir.

Yukarıda paylaştığımız 8 yöntemle stresi enerjiye dönüştürme konusunda çok önemli avantajlar yakalamış olursunuz. Her şeye rağmen, hayatta her zaman stresin yine de yaşanacağını, bunun bize sunulan bir renk olduğunu hiçbir zaman unutmadan, dolu dolu hayatlara imza atmak için kendinizi hemen harekete geçirin.

Huzurlu çalışmalar...





# Sağlığınız

## Doğal Antibiyotikler



**Dünya bir yandan domuz gripine karşı önlemleri tartışırken, bir yandan da vatandaşlara hijyen noktasında öneriler sunuluyor. Ancak önlemler noktasında alternatif tıbbın esamesi bile yok. Grip aşısının yan etkileri tartışılırken, doğal antibiyotik konumunda olan soğan ve sarımsağın önemi bir kez daha ortaya çıktı.**

Domuz gripinin yaygınlaşması ve maalesef Türkiye'de bu hastalıktan dolayı ölümlerin gerçekleşmesi tedirginliği daha da artırdı. Ancak grip aşısıyla ilgili ortaya atılan iddialar, tereddütleri beraberinde getiriyor. Bir yandan korunmak için aşının gerektiği inancı, diğer tarafta ise aşının ne gibi yan etkilerinin olacağı sorusu?

Sağlık Bakanlığı konu ile ilgili olarak aşının yan etkilerinin olmadığını söylese de özellikle hamile bayanlar için yeni aşı gelecek açıklamaları, vatandaşın bir anlamda endişelerinin olmasındaki haklılığını gösteriyor.

Nitekim aşıları kullanmamayı tavsiye eden ülkeler de yok değil. Bazı uzmanlar gribe karşı aşığı önerirken, virüsün olması durumunda gribe karşı vitamin takviyesi ve geçmişte kullanılan

ilaçların çözüm olduğunu öne sürenler de var.

Peki aşıların yan etkilerinin olduğu varsayımına karşı vatandaş ne yapacak? Uzmanlar gribe karşı gerçekten ne öneriyor? Bu ve benzeri sorular artarken, yaşamımızdaki birçok önemli hastalığın bitkilerle tedavi yolları, bitkilerin bilmediğimiz yönleri, bitkileri bir şifa kaynağı olduğu bir kez daha hatırlandı. Bilim adamlarının sağlıklı yaşam konusunda son dönemlerde yaptıkları araştırmalar gösteriyor ki, dünya hızla tamamlayıcı tıp olan doğal (bitkisel) yöntemlere yöneliyor. Bitkisel yöntemlerin uzmanların kontrolü ile yaptığında son derece şifalı sonuçlar verdiği kanıtlanmıştır.

### İslam ve Sağlık

Bugün sahip olduğumuz en

büyük zenginlik hiç şüphesiz ki sağlıklıdır. Allah'ın bizlere sunduğu eşsiz nimettir. İnsanlar hayatı sağlıklı bir şekilde sürdürdükleri müddetçe huzurlu olurlar. Hayatın tadı ortaya çıkar. Çünkü sağlıklı insan, sağlıklı düşünür ve kendisine verilen nimetlerin farkında olur. Dinimizin önem verdiği sağlık, ibadetlerin rahat yapılması için de öne çıkıyor. Nitekim yaşlılıktan başka her derdin devası olduğu bizlere bildiriliyor.

Peygamberimiz (S.A.V.) "Allah, şifası olmayan hiçbir hastalık yaratmamıştır." "İhtiyarlık hariç her hastalığın çaresi ve ilacı vardır" diye buyurmaktadır. Bu nedendir ki dinimiz, insan sağlığına çok önem vermiştir. Kur'an-ı Kerim'de ve Peygamberimizin sünnetinde hayatın ve sağlığın Cenab-ı Allah'ın en büyük emanet ve nimeti olduğu belirtilerek bunların korunması emredilmiştir. Kur'an-ı Kerim'de adı geçen birçok bitki bulunmaktadır. Hekimler ve bilim adamları yıllardır, bu bitkilerin bazılarının şifalı yönleri üzerine araştırma yapmaktadır.

Arapça'da nebat-ât, bitkiler anlamında bir kelimedir. İnsan da bir yönüyle nebati bir varlıktır. Zira; hastalığı sebebiyle komaya girmiş bir insana "artık bitkisel hayat yaşıyor" denilmesi bunu tescil etmektedir. İbn-i Haldun, Mukaddime'sinde iklim ve bitki örtüsünün insan üzerinde önemli bir etken olduğunu belirtmiştir. Ona göre Cenab-ı Hakk, dağına göre kış yaratmıştır. Öyleyse sağlıklı yaşamayı isteyen her insan, bulunduğu coğrafyada, yaşadığı iklimle üretilebilen sebze ve meyvelerle beslenmelidir. Kur'an-ı Kerim'de "Bitkilerin her birinde düşünen bir insan ve toplum için ibretler vardır." (Şuara / 7-9)

denilmektedir. Bakara Suresi 61'inci ayette de: "Hani bir zamanlar, "Ey Musa, biz tek çeşit yemeğe asla katlanamayacağız, yeter artık bizim için Rabbine dua et de bize yerin yetiştirdiği şeylerden; sebzesinden, acurundan, sarmısağından, mercimeğinden ve soğanından çıkarsın." dediniz. O da size "O üstün olanı daha aşağı olanla değiştirmek mi istiyorsunuz? Bir kasabaya konaklayın o vakit istediğiniz elbette olacaktır." dedi. Üzerlerine zillet ve meskenet damgası vuruldu ve nihayet Allah'dan bir gazaba uğradılar. Evet öyle oldu, çünkü Allah'ın âyetlerini inkâr ediyorlar ve haksız yere peygamberleri öldürüyorlardı. Evet öyle oldu, çünkü isyana dalıyorlar ve aşırı gidiyorlardı."

Kuran-ı Kerim'de ismi zikredilen bazı meyveler ise şunlardır: Üzüm, incir, kiraz ağacı, reyhan, soğan, zeytin, sarımsak, hurma, nar, taze hurma, muz, mercimek, acur, kabak, hardal, zencefil, başak, ılgın.

### Şifa Doğada

Dünyada salgın hastalıklar tarihin her döneminde var olmuştur. Tıp biliminde ilerlemeler bazı hastalıkların önüne geçse de ortaya çıkan yeni virüsler de yine tehlike oluşturuyor. Domuz gribi de bunlardan biri. Bütün ülkeler hastalığın salgın olmaması için adeta seferberlik ilan etti.

Türkiye de konuyla ilgili yoğun güvenlik önlemleri alan ülkelerin başında geliyor. Sağlık Bakanlığı salgının önüne geçmek için bir yandan halkı bilinçlendirirken diğer yandan da aşı için kampanyalar düzenliyor. Ancak bazı uzmanların

aşıların yan etkileri olduğu yönündeki açıklamaları tereddütleri atırıyor.

Değeri yeni yeni anlaşılın ve ve alternatif tıp olarak lanse edilen bitkisel tedavilerin önemi bir kez daha ortaya çıkıyor.

### Doğal Antibiyotikler Nelerdir?

Hastalıkların geçmesinde önemi olan antibiyotiklerin yan etkilerinin olduğu bilinen bir gerçek. Ancak doğal antibiyotik olarak kabul edilen soğan ve sarımsağın hiçbir yan etkisi olmadığı halde, vücut direncini virüslere karşı artırdığı araştırmalardan ortaya çıkıyor. Bilim adamları C vitaminin üzerinde dururken, özellikle soğan ve sarımsağın altını çiziyor. Kuran'da da ismi geçen bitkilerin hem maliyetinin çok az olması hem de zararsız oluşu, önem derecesini artırıyor.

Sarımsak ve soğan doğal antibiyotiktir. Bunları çok fazla tüketmek gerekir. Yarım litre kaynatılmış ve soğutulmuş suya, kabukları soyulmuş bir baş sarımsağı ve yarım limon kabuğunu dilim dilim doğrayıp içine atın. Kapağını kapatıp (alüminyum folyoyla sararak ışık almasını engelleyebilirsiniz) karanlık bir ortamda 4 gün bekletin. Sonra içinden posasını alın.

Kışa girerken ya da kış aylarında bu doğal antibiyotiği yemeklerden önce 1 yemek kaşığı tüketmeniz önerilir. Dışarıdan gelen mikrop ve virüslere karşı etkilidir. Hiç bir yan etkisi de yoktur.

**Not:** Verilen doğal antibiyotik tarifi www.maranki.com'dan alınmıştır.



## Sağlık Hizmetlerinde Bilişim Teknolojilerinin Kullanımı



Bilişim Teknolojileri uygulamalarının sağlık sektöründe kullanımı tüm dünyada olduğu kadar yaygın olmasa da ülkemizde de yaygındır. Ancak bu yaygınlık, büyük oranda tedavi edici hizmetlerde ve bunun içinde de özel sektör kuruluşlarındadır. Devlet hastaneleri, üniversite hastaneleri gibi kamu hastanelerinde bu uygulamalar genellikle kişi ve toplum sağlığına doğrudan katkısı olmayan, döner sermaye, muhasebe gibi finans alanında uygulamalar olarak karşımıza çıkmaktadır.

**Bilişim teknolojileri sağlık sektöründe şu alanlarda kullanılmaktadır:**

- Hasta kayıtları
- Teletıp
- Karar destek sistemleri
- Uzman sistemler
- Tıbbi görüntüleme ve görüntü işleme
- Laboratuvar otomasyonu
- Bilimsel veritabanları (Medline vb.)
- Elektronik ticaret
- CRM (Müşteri ilişkileri yönetimi)



- Veri iletimi
- İstatistiklerin elde edilmesi, işlenmesi ve yorumlanması
- Biyoteknoloji
- Tıbbi araştırmalar
- Eğitim
- Sanal gerçeklik uygulamaları
- Robotik cerrahi

## Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Bilişim Teknolojileri Kullanımı:

### Hasta Kayıtları:

Hasta kayıtlarının elektronik ortamda tutulması birinci basamak sağlık kurumlarında mecburiyet arz etmektedir. Hasta kayıtlarından kasıt; sadece hasta olanların değil, bölge nüfusunun tamamının bir envanterinin sağlık kurumunun kayıtlarında görünür olması ve bu kayıtların mümkün olan en güncel halde tutulması gerekmektedir.

Tüm kayıtların tek bir veritabanında ve istenildiği zaman yetkili kişiler tarafından erişilebilir olması, çeşitli şekillerde sorgulanabilir olması, hizmetlerin yapılabilirliği ve kalitesi bakımından önemlidir.

### Aşılama:

Aşılama hizmetlerinde BT kullanımının doğrudan değil dolaylı faydaları vardır. Belirlenen aşılama politikası çerçevesinde, aşılama gereken çocukların listeleri aşılama zamanında doğrudan elde edilebilir ve bu aşılama sonuçlarının tekrar ilgili yerlere kaydedilmesi ile çok

hızlı bir şekilde aşılama istatistikleri elde edilebilir.

Ayrıca uzun vadede aşılama sonuçları ile hastalıkların ortaya çıkması arasında ilişkiler doğrudan ortaya çıkabilir.

### ETF :

Ev halkı tespit fişlerinin elektronik ortamda tutulması demek istenildiği anda anlık her türlü nüfus ve sağlık bilgilerine ayrıntılı olarak ulaşabilmek demektir. Bu sayede nüfus sayımlarına bile gerek kalmayabilir.

### Bebek-Çocuk Takibi :

Bebek ve çocukların büyüme ve gelişiminin izlenmesiyle bunların standartlara uygunluğu muhtemel olumsuz gelişmelerin ve hastalıkların erken teşhisinde faydalıdır. Bu yüzden koruyucu sağlık hizmeti verilen kurumlarda bu bilgilerin takibi ve tutulması zorunludur. Bunun için kullanılacak bir karar destek sistemi bu verilere ihtiyaç duyar.



### Gebe-Lohusa Takibi :

Ülkelerin sağlık düzeylerinin en önemli göstergelerinden biri de anne sağlığı ile ilgili verilerdir. Bunlar yine zorunlu olarak koruyucu sağlık hizmeti verilen kurumlarda tutulmaktadır. Bunları veritabanında tutulması ve karar destek sistemleriyle birlikte kullanılabilmesi bu önemli sağlık göstergelerinde olumlu etkiler ortaya koyacaktır.

### Sağlık Taramaları :

Halk sağlığının korunmasında en önemli özellik gittikçe yaygınlaşan ve spesifikleşen sağlık taramalarının yapılmasıdır. Tarama sırasında ve sonucunda kayıtları dijital ortamlarda tutulup sorgulanabilirliği zaman ve işgücü kayıplarına engel olduğu gibi verimliliğinde artmasına neden olacaktır.

### Çevre Sağlığı Hizmetleri:

Çevrenin korunması toplum sağlığının korunmasının en önemli basamaklarından. Çevre ile ilgili tüm kayıtların veri tabanında tutulması çevre ile ilgili problem kaynaklarının tespiti ve çözümlerin daha radikal ve çabuk olmasını sağlayacaktır.

### İstatistiklerin Hazırlanması :

İstatistikler en küçük birimden başlamak üzere tüm ülkenin sağlık düzeyi ölçütlerini verdiğinden hayati önem taşımaktadır. Bunların kısa sürede elde edilmesi ve değerlendirilmesi sağlık politikalarına yön verecektir.

Kaynak: www.ab.org.tr



# Portre

## Dr. Refik SAYDAM (1881-1942)



Dr. Refik Saydam, Eylül 1881'de İstanbul Fatih'te doğmuş, 1905 yılında asker-i tıbbiye'yi bitirerek doktor olmuş, 1919'da Atatürk Samsun'a çıkarken onun ekibinde Sağlık Bakan Yardımcısı olarak yer almış, ilk meclise Doğubeyazıt mebusu olarak girmiş, 1928'de Hıfzıssıhha'mızın kuruculuğunu, 1925 - 1937 tarihleri

arasında Türkiye Cumhuriyeti'nin Sağlık Bakanlığı'nı yapmış, aynı zamanda bakanlığımızın idarî yapılanmasının mimarı, 1939 - 1942 yıllarında ülkemizi başbakanlık makamında idare etmiş mümtaz bir şahsiyettir.

Sağlık sektöründe yürürlükte olan mevzuatların tamamına

yakınına hazırlayan kişi Dr. Refik Saydam'dır. Hıfzıssıhha'nın kurulduğu tarihte ülkemiz bir dünya savaşı ve Kurtuluş Savaşı'ndan yeni çıkmış, kendini toparlamaya çalışan yeni bir Cumhuriyet'tir. İnsanları fakr-u zaruret içinde, harap ve bitap düşmüştür. Bu zor şartlar altında, Dr. Refik Saydam, geceli gündüzlü, bitmek bilmez bir enerjile çalışarak

insanlarımızın sağlığını iyileştirmek için inanılmaz çalışmalara imza atmıştır. Bugün Hıfzısıhha, bütün birimleriyle varlığını bu değerli şahsiyete borçludur.

Dr. Refik Saydam, İkinci Dünya Savaşı yıllarında İstanbul'un problemlerini çözmek için yakından incelemeler yapmak üzere 3 Temmuz 1942 tarihinde İstanbul'a gitmiş, bu yoğun tempo içerisinde 7 Temmuz'u 8 Temmuz'a bağlayan gece, geçirdiği bir kalp krizi sonucu hayata gözlerini yummuştur. Yapılan bir devlet töreninin ardından aziz naaşı Ankara'ya getirilmiş, 10 Temmuz günü buradaki mekanına defnedilmiştir.

Türkiye Cumhuriyeti'ne (Başbakanlık dahil olmak üzere) yaptığı hizmetler ve devletimizin en büyük sağlık kuruluşlarından birisi olan Hıfzısıhha Enstitüsü'ne katkıları büyük olan Refik Saydam'ın kendi

el yazısı ile Bakanlık Çalışma Programı'nın ana hatları şöyle tespit edilmiştir:

1. Devletin sağlık teşkilatını kurmak,
2. Fazla sayıda hekim yetiştirmek,
3. Numune Hastaneleri açmak,
4. Ebe ve sağlık memuru yetiştirmek,
5. Verem Sanatoryumu açmak,
6. Sıtma, frengi, trahom ve diğer sosyal hastalıklarla mücadele etmek,
7. Sağlık ve Sosyal Yardım Teşkilâtını köylere kadar götürmek,
8. Sağlık ve sosyal kanunları çıkarmak,

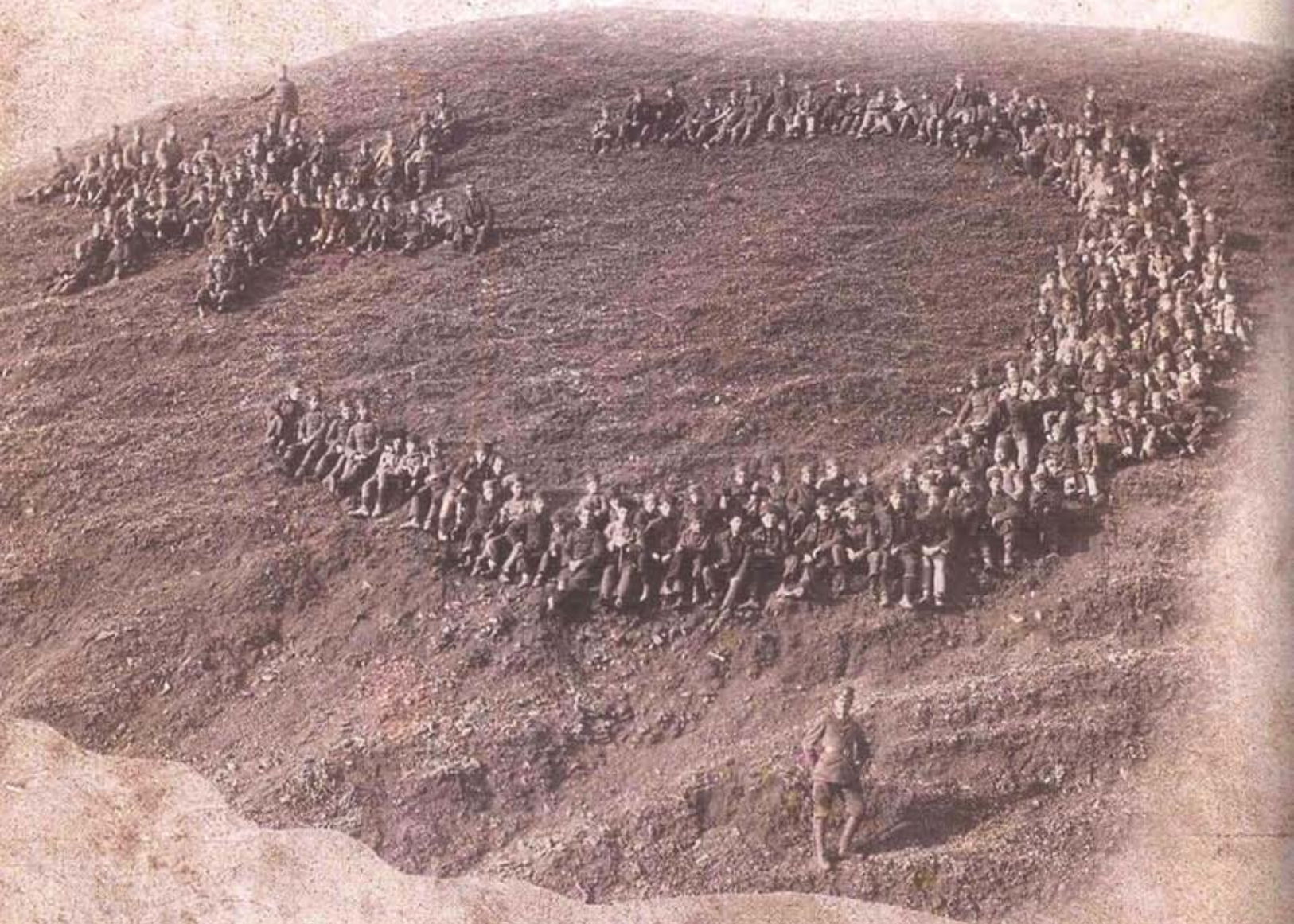
9. Merkez Hıfzısıhha Müessesesini ve Hıfzısıhha Okulunu kurmak.

1923'ün Devlet Sağlık Teşkilatı, Merkezde; 3 daire (Sağlık Dairesi, Sicil Dairesi, Muhasebe ve Evrak kalem) taşrada; sağlık müdürlükleri, hükümet, belediye ve karantina tabiplikleri ile küçük sıhhiye memurluklarından ibaret idi. Eldeki personel kadrosu: 554 hekim, 560 sağlık memuru, 136 ebe, 69 hastabakıcı hemşire, 4 eczacı şeklindedir.

Bu personel kadrosu ile teşkilâtı genişletmek, salgın hastalıklarla mücadele etmek, hizmeti köylere kadar götürmek imkansızdır. İmkansızlıklar ve yokluklara rağmen büyük işler başarılmıştır.



Bir Destan Yazıldı  
Binlerce Can Pahasına



1917 tarihinde Şişli'de çekilmiş bir fotoğraf. Fotoğrafta binlerce asker, bir tepede diz çökmüş halde durmaktadır. Bu fotoğraf, Milli Mücadele'nin zorlu süreçlerinden birini göstermektedir.

## Birinci Dünya Savaşı'nda Sağlık Ordusu

**Osmanlı İmparatorluğu'nun son ölüm-kalım savaşında, asker-sivil doktorlar, hemşireler ve diğer sağlık görevlileri büyük özveri ile hizmet ettiler.**

İstanbul kapılarından başlayarak Kafkas dağlarına, oradan kızgın çöllere ve Avrupa cephelerine kadar uzanan bir coğrafyada yaralı ve hastaların tedavi edilerek savaş gücünün zayıflatılmaması büyük önem kazanmıştı. Seferberliğin ilan edilmesinden sonra savaşta sağlık hizmetlerini yürütme amacıyla Sahra Sıhhiye Müfettiş-i Umumiye teşkilatı yeniden yapılandırıldı. Bu kuruluşun başına Süleyman Numan Paşa, yardımcılığına ise Alman Profesör Mayer getirilmişti.

Savaşa girilmesinden sonra ülkedeki tüm hastaneler, buldukları bölgelerde görevli olan Kolorduların emrine girdiler. Genel olarak çekilen sıkıntı ise yeterli sağlık personelinin bulunmamasıydı. Yürürlüğe giren Mükellefiyet-i Etlbba yasası ile askerî hekimlerin yanında sivil doktorların da cephelerde görev almaları zorunluluğu getirildi. 20 ila 45 yaş arasındaki tüm sivil hekim, diş hekimleri ve eczacılar göreve çağırıldılar. Silâh altına alınan bu personel, Gülhane Tıp Mektebi'nde ve Seririyatı Hastanesi'nde eğitim gördüler. Savaş süresince tıbbiye mezunları, staj yapmadan cepheye sevk edileceklerdi. Gülhane, ayrıca

Çanakkale cephesinden gelen yaralıların bakımı ve kurulan yeni diş üniteleri ile savaş hizmetlerini başlatmış oldu.

Ateş, İstanbul kapılarına dayanmış, düşman Çanakkale'yi zorluyordu. Bu dönemde devreye giren kadın kuruluşları, gönüllü hemşire temin ederek sağlık ordusuna yardımcı oldular. Çanakkale Savaşı'nın başlamasıyla tüm tıp öğrencileri, klinik şefleri ve asistanlar silâh altına alındılar. 1915 yılında 3, 4 ve 5. sınıf tıp öğrencilerinden bir kısmı Reşit Paşa Vapuru ile Çanakkale'ye sevk edilerek cephedeki hastanelerde görevlendirildiler.

Bir kader savaşı olan Çanakkale cephesinde ağır bom-

bardıman ve zorlu koşullarda Dr. Murat Cankat, Dr. Kemal Keskiner, Dr. Ömer Vasfı Aybar ve Dr. Nevres Kuyuş gece-gündüz dinlenmeden büyük özveri ile hizmetlerde bulunup, bir çok kahramanı hayata döndürdüler. İstanbul'a gönderilen Çanakkale yaralıları ise hastanelerin yetersiz olmasıyla hastane haline dönüştürülen resmi binalar ve okullarda tedavi altına alınıyorlardı. Hocalar ve öğrencilerin birlikte görev almaları nedeniyle de Haydarpaşa Tıp Fakültesi bir yıl kapalı kalmıştı. Yaralı hastanesi olarak hizmet veren ve koridorları bile acılı kahramanlarla dolup taşan Haydarpaşa'nın başhekimisi ise Dr. Ziya Nuri Birgi'ydi.

Anadolu ise salgın hastalıklar ve doğu cephesinden gelen





# Sağlık Tarihi



yaralıları yardım beklemekteydi. Numan Paşa, çok güvendiği ve öğrencisi olan Tefvik Salim Bey'i Şark Ordular Grubu Sağlık Müfettişi olarak tayin etti.

Doğu cephesinde askerler, donanımsız ve hijyenik olmayan koşullarda savaşmaktaydılar. 26 Ağustos 1915 tarihli bir raporda 3. Ordu bünyesinde hastalanan 15.845 askerden 3000 kadarının tifo, lekeli tifo, tifüs, dönek, humma ve yılançık hastalıklarında yaşamını kaybettikleri belirtilmişti. Erzurum'da bir sel gibi gelen yaralı hasta tedavisiyle ilgilenen doktor sayısı ise yalnızca 29'du. Sarıkamış yenilgisinden sonra Pasinler, Tortum ve Erzurum yöresindeki köylere sığınan askerler beraberlerinde tifusu getirmişlerdi. Bu dönemde Süleyman Numan Paşa başta olmak üzere birçok doktor ve eczacı tifusa yakalanarak tedavi görmüş,

bir kısmı da yaşamını kaybetmişti.

Bu hastalığın önlenmesi için bit imhası çalışmaları yanında Dr. Tefvik Salim, Dr. Haydar Draman, Dr. Yusuf Ziya, Dr. Tefvik İsmail Gökçe, Dr. Server Kamil Tokgöz ve Dr. Fikri Tüzer'in üstün çalışmalarıyla, hasta kanlarından alınan örneklerle aşı uygulamaları başlatılmıştı. İlk aşılarda doktorlarda denendikten sonra uygulama yaygınlaştırılarak canlar kurtarıldı. Yokluk ve olanaksızlıklarla savaşan 3. Ordu doktorları savaşta en büyük sıkıntıları çeken tıp kahramanları olmuşlardır.

Suriye cephesinde Cemal Paşa'nın karargâh başhekimliğine getirilen ve sonraki yıllarda ülkemizdeki modern ortopedinin kurucusu olan Dr. Akif Şakir Sakar Bey, Sina Çölünde cerrahlik yapıyor ve salgın hastalıklarla

mücadele ediyordu. Bu kahraman doktorumuzun kaderinde ise Kudüs'te İngilizler tarafından tutsak alınmak vardı. Ancak Akif Bey, daha önce tedavi ettiği yaralı düşman esirlerinden Lord Balwin'in yeğeni aracılığı ile serbest bırakılacaktı.

Bu cephede yaralı ve hastalar, yerli askerlerden teşkil edilen sıhhiye birlikleri tarafından sargı yerleri ve hastanelere taşınmaktaydılar. Kudüs'te görev alan dâhiliye hocası Dr. Neşet Ömer İrdelp, Moskofiyeye Hastanesi'nde çalışmalarını yürütüyordu. Neşet Bey'in yakın yardımcısı Dr. Hulusi Fuat Tugay ise stajını tamamlamak için İstanbul'a dönecek, bir süre sonra da Avusturya-Macaristan hastaneleri müfettişi olarak Viyana ya gönderilecekti. Suriye cephesinde ayrıca Hint Müslümanlarının bağışladıkları hastanede de görev yapmıştı.

Irak cephesinde görevli olan Dr. Abdulkadir Noyan yakalandığı tifus hastalığını atlattıktan sonra bir ilke imza attı. Dr. Reşat Rıza Korun, Balkan Savaşı sırasında uyguladığı aşı (yüksek ateş evresinde alınan uluslu kanın, defibrine edilerek 60 derecede benmari usulü ile bir saat inaktive edilmesi) yöntemini geliştirerek, elde ettiği aşığı önce Kazım Karabekir Paşa üzerinde deneyerek başarılı olmuştu. Bir Türk doktoru tarafından bulunan ve tıp literatürüne geçmemiş olan bu aşığı güvenemeyen Goldz Paşa, tifus nedeniyle yaşamını yitirmişti

## Çanakkale Cephesinde Sağlık Ordusu

Çanakkale önlerine Kasım 1914 tarihinde gelen İngiliz donanması, tarihin en kanlı savaşlarından birini başlattı. Gelibolu Yarımadası'nda Türk askerleri, İngiliz, Fransız, Avustralya, Yeni Zelanda, Kanada, Senegal ve diğer müstemele askerleriyle vuruştular. Çanakkale'de görev alan doktorlar ve sağlık personeli ise en amansız, en kıyıcı düşman karşısında mücadele vereceklerdi. Onların düşmanı, gemi toplarıyla, mermilerle, süngülerle ve hastalıklarla gelen ölümdü.

## Doktorlar, Mehmetçikleri Ölümün Elinden Almak İçin Savaşılar...

Çanakkale Savaşı başlarken Müstahkem Mevkii Komutası altında: Çanakkale merkez, 400 varaklı Gelibolu ve bölgede görevli birlik hastaneleri bulunmaktaydı. Kara savaşlarının başladığı Nisan ayında Arıburnu cephesinde düşmanı karşılayan 19. ve 5. tümenlerin sıhhiye bölükleri Kurucadere ve Bigalı bölgelerinde

7. tümenin sargı yeri kitre civarında, 9. tümen sıhhiye bölüğü ise Şerafım çiftliğinde konuşlanmışlardı. Savaş süresince yapılan pek çok hastane ve ileri sargı yeri ile yaralı ve hastanelerde tedavi altına alındılar. Bunlar içerisinde el konularak hizmete giren ve 200 yatağıyla göreve başlayan Gelibolu Fransız ve yine 200 yataklı Bandırma hastaneleri yaralılarımıza şifa elini ilk uzatan kuruluşlar oldular.

Savaşın özellikle amfibi harekât sonrası yoğunlaşması sonucu yarımada'daki sağlık kuruluşları yeterli olmamış, İstanbul'daki hastaneler bile yaralılara az gelmeye başlamıştı. Başta Galatasaray olmak üzere birçok okul, cepheden sürekli akan yaralılar için hastaneye dönüştürüldü.

Osmanlı'nın başkenti İstanbul tehlikede idi. Hilal-i Ahmer'in çağrısına koşan gönüllü hanımlar kısa süren kurslardan sonra hastanelerde hemşire olarak

görevlendirildiler. Öğrencileri cepheye gönderilen Tıp Fakültesi ve Gülhane, eğitim çalışmalarına ara vererek yardımcı birer harp hastanesine dönüştürülmüşlerdi. Ağır yaralı hastaneleri adı verilen bu kurumlar, Ziya Nuri (Birgi) Paşa'nın komutası altında Çanakkale yaralılarının bakımlarını üstlendiler.

Çanakkale Savaşı, Mayıs 1915 tarihinden itibaren en kanlı dönemlerine girmişti. Düşman donanmasının üstün ateş gücü zaman zaman hastaneleri de hedef alıyor, bombardımanlarda sağlık personeli de kayıplar veriyordu. Maydos Kasabası ve hastanesi tahrip edilmiş, bu bombardımanda ölen ve yöre halkı tarafından çok sevilen başhekimin eşine köylüler anıt mezar yapmışlardı.

Çanakkale cephesindeki hastanelerde görev alan, askerî ve hizmete alınan sivil kökenli doktorlar içerisinde 5. Ordu Sıhhiye Reisi Albay Mustafa Talat Bey (Özkan), Sağlık Müşaviri Alman





# Sağlık Tarihi



Prof. Mayer, Dr. Niyazi İsmet Bey (Gözcü), Operatör Dr. Nevres Bey, Binbaşı İhsan Bey (Tepegöz), Dr. İpokrat Kasapoğlu, orduda ilk harp madalyasını alan doktor olan Tatar lakaplı Dr. İsmet Bey, Dr. Hüseyin Ragıp Bey (Saydam) yaralılara olağanüstü özveri ile tedavi uygulamışlardı. Kıtalarda görevli ve ateşin içinde yaşayan pek çok doktor ise, Mehmetçiklerin kaderini paylaşarak onlarla birlikte şehit oldular. Temmuz ayı itibariyle yarımada gönderilen ikinci ordunun başhekimliğine Operatör Alb. İbrahim Tali (Uzgören) Bey atanmıştı.

Günde 1500 yaralı sayısına ulaşılan Çanakkale savaşında, diğer cephelerde çok ağır kayıplara neden olan salgın hastalıklar fazla

yayılmadı. Alınan sıhhi önlemler ve sağlıklı işleyen menzil hatları bu sonuca erkin olmuştu. Özellikle bitlerle verilen mücadelede başarılı olunmuş, açıkta bulunan cesetler nedeniyle sürüler halinde üremiş olan sivrisineklerin neden olduğu sıtma grafiğinde ise 116.985 sıtmalıdan büyük çoğunluk kurtarılmış, 6.661 kayıp verilmişti. Tifo aşısının uygulanması sonucu yarımada 149 tifo olayı görülmüş ve bu hastalardan 36'sı kaybedilmişti.

Akın halinde gelen Çanakkale yaralılarının bakımları için İstanbul'da görev alan tıbbi öğrencileri, sisli bir Nisan sabahı Reşit Paşa Vapuru'na bindirilerek Gelibolu'ya sevk edildiler. Onların Gayret-i Vataniye Muhribi'nin korunması altında tamamladıkları

yolculuk, Çanakkale'de birliklere dağıtılmalarıyla son buldu. Gelibolu'nun kanla yoğrulmuş topraklarına tüm umutları ve bilgileriyle gömüldüler.

Birinci Dünya Savaşı'nda cephelerde görev alarak özveri ile çalışan tıp öğrencilerinden çoğu bu cephelerde şehit oldular. Bu genç kahramanların kimlikleri belirlenebilenlerin sayısı ne yazık ki çok azdır. Savaş ortamında ölüm kayıtları tutulmadığı için Tıbbiye şehitlerine ancak hala tasnif edilememiş olan İstanbul Üniversitesi arşivlerinin açılması ve kayıtlı mezuniyet defterlerinin incelenmesiyle ulaşabileceğiz.

**Kaynak:** Sağlık Ordusu, Ekim 2008, İstanbul, Ajansfa Bas. Yay. Org.





## Sağlık ve Sosyal Hizmet Kolunda Temmuz - Ekim 2009

### 3 Temmuz 2009 – Başbakanın Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Talimat

Başbakan Recep Tayyip Erdoğan, yayımladığı genelge ile 2008 Yılı Toplu Görüşme sürecinde konfederasyonlarla yapılan mutabakata kamu kurum ve kuruluşlarının uymasını istedi.

### 7 Temmuz 2009 – Yetkimiz Tescillendi

Çalışma Bakanlığı'nın üye sayılarına ilişkin Temmuz 2009 istatistikleri Resmi Gazete'de yayımlandı. Sağlık-Sen, 93 bin 705 üyesiyle Sağlık ve Sosyal Hizmet Kolunun tek yetkili sendikası olurken, konfederasyonumuz Memur-Sen de 376 bin 355 üye sayısıyla yetkiye ulaştı.

### 16 Temmuz 2009 - Başbakanlıktan "Sigara Yasağı" Genelgesi

Başbakanlık, sigara yasağı kapsamının 19 Temmuz'dan itibaren genişletilmesi nedeniyle uygulama birliğinin sağlanması ve herhangi bir aksaklık yaşanmaması için genelge yayımladı.

### 19 Temmuz 2009 – Sigara Yasağı Genişledi

İkinci büyük sigara yasağı başladı. Bu kapsamda restoran, gece kulübü ve eğlence mekanları ile kahvehaneler gibi tüm kapalı alanlara da sigara yasağı geldi. Yalnız sigara içenlere hizmet verecek bar, restoran, kafe gibi yerler açılmayacak, bu yerlerde sigara içmek isteyenler için özel bölümler oluşturulamayacak.

### 20 Temmuz 2009 – Tıp ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi

Tıp ve diş hekimliğinde uzmanlık eğitimi alacakları ilgilendiren yönetmelik yayımlandı. Askerlik ve eş durumu ile ilgili önemli düzenlemeler içeren yeni yönetmeliğe göre, bir çok ana dalda eğitim süreleri kısılırken, asistanların aldıkları eğitim "Uzmanlık öğrencisi kanaati" adı altında değerlendirilecek.

### 22 Temmuz 2009 – 4924'lülerin Beklediği Yönetmelik Çıktı

4924 kapsamında çalışanların eş ve sağlık durumundan dolayı yer değiştirmelerini öngören

yönetmelik yayımlandı. Sağlık Bakanlığı tarafından çıkarılan yönetmeliğe göre; 4924'lünün eş durumundan dolayı nakil isteyebilmesi için; pozisyonunun vizeli olduğu birimin bulunduğu ilde fiilen en az bir yıl görev yapması ve kamu personeli olan eşinin; kurum içi görev yeri değişikliği mümkün olmayan veya mevzuatı uyarınca zorunlu yer değiştirmeye tabi tutulan bir görevde olması gerekmektedir.

### 23 Temmuz 2009 – Laborantlar İçin Önemli Hukuk Zaferi

Sendikamız, acile de hizmet vermelerine karşın acil farkı alamayan laboratuvar çalışanlarını mutlu edecek bir hukuk zaferi elde etti. Laborantlar, riskli birimlerde çalışarak ve nöbet tutarak yaptığı görevlere ilişkin döner sermaye ek ödemesinden faydalanacak.

### 24 Temmuz 2009 – Anayasa Mahkemesi'nden Tartışmalı Karar

Anayasa Mahkemesi, sözleşmeli personelle ilgili tartışmalı bir karara imza attı. Mahkeme, Sağlık Bakanlığı eğitim ve araştırma



# Ajanda

hastanelerindeki sözleşmeli personelin, "Çalıştığı hizmet biriminde gereği halinde başhekim, başhekim yardımcısı ve başhemşire olarak görevlendirilebilmesine ve bu görevleri sırasında kendilerine bu görevlerine istinaden başka bir ücret ödenmemesine" ilişkin yasa hükmünü iptal etti.

## 5 Ağustos 2009 – Lisans Tamamlama İçin Ön Başvurular Başladı

Ebelik, Hemşirelik, Sağlık Memurluğu ve Sağlık Eğitim Enstitüsü mezunlarına yönelik düzenlenen lisans tamamlama programlarına başvurular başladı. Sağlık Bakanlığı'nın hazırladığı genelgede, lisans tamamlama programlarına katılmak isteyen tüm resmi kurum ve kuruluşlar ile özel kuruluşlarda çalışan adaylar, kesin kayıt listelerinin oluşturulmasına esas olacak ön başvurularını yaptılar.

## 12 Ağustos 2009 – 4/B'li Sözleşmeli Personelin Karşılıklı Yer Değişikliği

Sağlık Bakanlığı, Sendikamızın talebi doğrultusunda 4/B'lilerin yıllardır beklediği becayişleri açıkladı. Personel Genel Müdürü Hikmet Çolak imzasıyla yayımlanan genelde, becayişin şartları ve başvuru yapılacak tarihler açıklandı.

## 13 Ağustos 2009 – Sağlık-Sen Toplu Görüşmeler Öncesi Taleplerini Açıkladı

Sağlık ve sosyal hizmet çalışanlarının yetkili sendikası olarak 2009 toplu görüşmelerine katılacak olan Sendikamız taleplerini açıkladı. Ankara Abdi İpekçi Parkı'ndaki 'Şıngıralı-Tabletli' kitlesel basın açıklamasında, yüzlerce sağlık çalışanı başta döner sermaye adaletsizliğinin giderilmesi, söz-

leşmeli personele kadro, toplu sözleşme, yoksulluk sınırı üzerinde ücret gibi toplu görüşme taleplerini dile getirdi.

## 14 Ağustos 2009 – Eylül 2009 Kurum İçi Naklen Atama

Sağlık Bakanlığı Müsteşarı Prof. Dr. Nihat Tosun imzasıyla valiliklere gönderilen genelge ile Atama ve Nakil Yönetmeliği'nin 16'ncı maddesine göre Eylül 2009 dönemi kurum içi naklen atama şartlarını belirledi.

## 15 Ağustos 2009 – Toplu Görüşmeler Başladı

Kamu çalışanlarının 2010 yılı haklarının görüşüleceği Toplu Görüşme süreci başladı. Sağlık ve sosyal hizmet kolunda Sağlık-Sen'in yetkili sendika olarak katıldığı görüşmelere, yetkili konfederasyon olarak ise bütün kamu çalışanları adına Memur-Sen katıldı.

## 17 Ağustos 2009 – Danıştay Kararı: Sözleşmeli Mevzuatı Çağdı

Sendikamızın döner sermaye gelirinin yetersiz kalması halinde sözleşmeli personelin hizmet sözleşmesini feshetme yetkisi veren düzenlemenin iptali için açtığı davayı değerlendiren Danıştay, kamuda sözleşmeli personel çalıştırılmasına dair kuralların, sözleşmeli personelin haklarını çağdaş koşullarda korumaktan uzak olduğu görüşünü açıkladı.

## 20 Ağustos 2009 – Toplu Görüşmelerde Hizmet Kollarımıza İlişkin Sorunlar Görüldü

Toplu görüşmelerin üçüncü turunda, yetkili sendikalar kendi hizmet kollarında yaşanan sorunları ve taleplerini dile getirdiler. Sendikamız Genel Başkanı Mahmut Kaçar, sağlık ve sosyal hizmet

çalışanlarının temel sorunları ve sendika taleplerini slayt sunumu eşliğinde gerçekleştirdi.

## 28 Ağustos 2009 – Acil Bakım Hemşireliği

Sağlık Bakanlığı, yayımladığı genelge ile Bakanlığa bağlı yataklı tedavi kurumları acil bakım ünitelerinde çalışan hemşire, sağlık memuru (Toplum Sağlığı Bölümü) ve 6283 sayılı Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanunun geçici 2. maddesi uyarınca hemşirelik yetkisi almış ebelerin sertifikalandırılması amacıyla dönemler halinde Acil Bakım Hemşireliği Kursları düzenleneceğini duyurdu.

## 29 Ağustos 2009 – Toplu Görüşmeler Uzlaşmazlıkla Sonuçlandı

Hükümetin yüzde 2,5 artı 2,5 zam önerisi ve diğer mali haklardaki taleplerimizi reddetmesi nedeniyle toplu görüşmelerde uzlaşma sağlanamadı. Kamu İşveren Kurulu ile Memur-Sen'in başkanlığında kamu çalışanları sendikaları arasında yapılan 7 oturum sonunda, Hükümetkamu çalışanlarına Merkez Bankası'nın enflasyon hedefinin altında bir teklifte bulundu ve 2009 Toplu Görüşmeleri uzlaşmazlıkla sonuçlandı.

## 1 Eylül 2009 – Mali Haklar İçin Uzlaştırma Kurulu'na Başvurduk

Memur-Sen Genel Sekreteri ve Sendikamızın Genel Başkanı Mahmut Kaçar'ın başkanlık ettiği Memur-Sen heyeti, toplu görüşmelerin uyuşmazlıkla sonuçlanması nedeniyle Uzlaştırma Kurulu'na başvurdu.

## 2 Eylül 2009 – Enfeksiyon Kontrol Hemşireliği Kursu

Sağlık Bakanlığı, yataklı tedavi kurumlarında, sağlık

hizmetleri ile ilişkili olarak gelişen enfeksiyon hastalıklarının önlenmesi ve kontrol altına alınması amacıyla yürütülen çalışmalar kapsamında Enfeksiyon Kontrol Hemşirelerinin Eğitimine ve Sertifikalandırılmalarına Dair Tebliğ gereği Bakanlığımızca dönemler halinde Enfeksiyon Kontrol Hemşireliği Eğitimi düzenleneceğini duyurdu.

### **03 Eylül 2009 – Organ Nakli Koordinatörlük Kursu**

Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü yayımladığı genelge ile organ ve doku nakli hizmetlerinin istenilen düzeye ulaşması için ülke genelinde çalışan eğitimli organ nakli koordinatörü sayısını arttırmak amacıyla, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Organ Nakli Koordinatörlüğü Eğitim Merkezinde 19-23 Ekim 2009 tarihleri arasında Organ ve Doku Nakli Koordinatörlüğü eğitimi yapılacağını ilan etti.

### **7 Eylül 2009 – Uzlaştırma Kurulu'ndan Teklifimize Destek**

Konfederasyonumuz Memur-Sen'in toplu görüşmelerde ısrarla dile getirdiği ve Uzlaştırma Kurulu'na da taşıdığı memur maaşlarına yüzde 4+4 zam önerisine Uzlaştırma Kurulu da destek verdi. Kurul, memur maaşlarına gelecek yılın birinci altı ayında yüzde 4, ikinci altı ayında yüzde 4 zam yapılmasını önerdi.

### **9 Eylül 2009 – Sendikamızın Yetki Farkı**

Genel Başkanımız Mahmut Kaçar ve Yönetim Kurulumuz Sağlık Bakanı Prof. Dr. Recep Akdağ ile görüştü. Görüşmede sözleşmeli personelin eş durumu tayini, nakil hakkı, görevde yükselme sınavı

konularında ayrıntılar netleştirildi.

### **14 Eylül 2009 – Ek Ödemede Aylık Mahsuplaşma Mutabakat Metninde**

Toplu görüşmelerde gündeme getirdiğimiz sağlık çalışanlarının döner sermayelerinin düşük olduğu durumlar ile izin ve raporlu dönemlerde ek ödmeden yararlanması konusundaki sendika talebimiz mutabakat metninde yer aldı.

### **25 Eylül 2009 – Unvan Değişikliği Sınavı**

Sağlık Bakanlığı, çalışanların yıllardır beklediği Unvan Değişikliği Sınavı ile ilgili duyuruyu yaptı. Duyuruya göre 5 Aralık 2009 tarihinde Unvan Değişikliği Sınavı gerçekleştirilecek.

### **27 Eylül 2009 – Katılım Paylarının İptali İçin Dava Açtık**

Maliye Bakanlığı'nın tedavi katılım payı adı altında kamu çalışanlarından ve vatandaşlardan kesinti yapılması ile ilgili yayımladığı genelge ve tebliğin iptali için Danıştay'a dava açtık.

### **5 Ekim 2009 – Döner Sermayede Üretilen Katkı Esas Alınmalı**

Sendikamızın açtığı davada, yargı, görevlendirmeye idari makamlara atananların, döner sermaye ek ödemesinin, fiilen yürüttüğü göreve ilişkin kadro-unvan katsayısından hesaplanması gerektiğine karar verdi.

### **5 Ekim 2009 – Lisans Tamamlamada Kesin Kayıtlar Başladı**

Lisans tamamlama hakkından yararlanan ebe, hemşire, sağlık memuru ve sağlık eğitim enstitüsü mezunları ön kaydını yaptıkları lisans tamamlamada

kesin kayıtlarını 05-27 Ekim tarihleri arasında gerçekleştirdi.

### **16 Ekim 2009 – Yataklı Sağlık Tesisleri Tebliği**

Sağlık Bakanlığı Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul Ve Esasları Hakkında Tebliğ Resmi Gazete'de yayımlandı.

### **19 Ekim 2009 – Sağlık Teknikerlerine Lisans Tamamlama Hakkı**

Sendikamız Sağlık Teknikerliği bölümünden mezun olanların lisans tamamlama hakkından yararlanması için YÖK ve Sağlık Bakanlığı'na yazı gönderdi.

### **22 Ekim 2009 – Atama ve Nakil Yönetmeliği**

Sağlık Bakanlığı'nın 4/B'li personelin eş durumu tayin başvurularını almak için Atama ve Nakil Yönetmeliğinde beklediği değişiklik Resmi Gazete'de yayımlandı.

### **22 Ekim 2009 – SHÇEK KİK Toplantısı**

Sendikamız yetkili sendika olarak katıldığı 2009 toplu görüşmelerinden sonra SHÇEK Kurum İdari Kurul toplantısına da katıldı. Toplantıda, toplu görüşmelerde sosyal hizmet çalışanları adına gündeme getirdiğimiz konular görüşüldü.

### **23 Ekim 2009 – Sağlık Bakanlığı Yönergesi**

4/B'li personelin eş durumu tayin başvurularının başlaması için Atama ve Nakil Yönetmeliğinde beklenen değişikliğin Resmi Gazete'de yayımlanmasının hemen ardından yönerge değişikliğini gerçekleştiren Sağlık Bakanlığı eş durumu tayin başvurularını başlattı.



# Basında Biz

## Memur-Sen Genel Sekreteri Mahmut Kaçar: Hükümet, attığı imzaya sahip çıkmalı

**ALAN KESİMLERİ - ANKARA**  
Memur-Sen Genel Sekreteri Mahmut Kaçar, hükümetin sağlık çalışanlarına yönelik aldığı kararın imzaya sahip çıkması gerektiğini söyledi. Kaçar, hükümetin sağlık çalışanlarına yönelik aldığı kararın imzaya sahip çıkması gerektiğini söyledi. Kaçar, hükümetin sağlık çalışanlarına yönelik aldığı kararın imzaya sahip çıkması gerektiğini söyledi.



Mahmut Kaçar, hükümetin sağlık çalışanlarına yönelik aldığı kararın imzaya sahip çıkması gerektiğini söyledi. Kaçar, hükümetin sağlık çalışanlarına yönelik aldığı kararın imzaya sahip çıkması gerektiğini söyledi. Kaçar, hükümetin sağlık çalışanlarına yönelik aldığı kararın imzaya sahip çıkması gerektiğini söyledi.

## Tedavi katılım payı davalık oldu

**S**ağlık-Sen tedavi katılım payı adıyla memurun cebine elini atan Maliye Bakanlığı aleyhine Danıştay'a dava açtı.

katılım payı kesintilerini 4 Eylül tarihli genelgesi ve 18 Eylül tarihli tebliğ ile bir kez daha uygulamaya koyduğu vurgulanan açıklamada, miktarların da 2, 8, 15 TL'ye yükseltildiği kaydedildi.

Başkanı Mahmut Kaçar, hükümetin çalışmaya zev gördüğü yüzde 2,5 + 2,5'lük zaman arından tedavi katılım payını iki kat arttırmasını kabul edilemez olduğunu söyledi.

Sağlık-Sen tarafından yapılan açıklamada, kamu çalışanlarının tedavi katılım uygulamasının yargı kararına rağmen yeniden gündeme getirildiği belirtilerek, ilk olarak 2008'de Sosyal Güvenlik Kurulu tebliği ile tedavi katılım payı adı altında 2, 4, 6, 10 TL olarak yapılan kesintilerin, Danıştay 10. Dairesi tarafından durdurulduğu hatırlatıldı. Maliye Bakanlığı'nın Anayasa'ya göre kanunla düzenlenmesi gereken tedavi

### KABUL EDİLEMEZ

Maliye Bakanlığı'nın yargı kararlarına ve Anayasa'ya aykırı davrandığını ileri sürülen açıklamada, Sağlık-Sen'in, ilgili genelge ve tebliğün iptali için Danıştay'a dava açtığı bildirildi. Sağlık-Sen

Bu arada, İTO Başkanı Murat Yalçın, 1 Ekim'den itibaren vatandaşın özel hastanelere ödediği muayene katılım payının 2 TL'den 15 TL'ye çıkarılmasını, hem hastaları hem de özel sağlık kuruluşlarını edeceğini kaydedildi.



**SAĞLIK-SEN: HAK KAYBI ÖNLENDİ**  
Laborantın riskli birimler de çalışarak ve nöbet tutarak dildi. "Söz konusu yasada eşitlik ve

2009 toplu görüşmeleri ücret zammı konusunda uzlaşmazlıkla sonuçlanırken ücret dışındaki 40 konuda mutabakat sağlandı. 300 bin sağlık çalışanı, döner sermaye dışındaki durumlarda, yıllık izin ve rapor dönemlerinde ek ödeme alacak.



**SAĞLIK-SEN: HAK KAYBI ÖNLENDİ**  
Laborantın riskli birimler de çalışarak ve nöbet tutarak dildi. "Söz konusu yasada eşitlik ve

**SAĞLIKÇILARA ŞİDDET OLAYLARINA KARŞI TEDBİR ALINMALI**  
ANKARA (İHA) - Sağlık çalışanlarına şiddet ciddi sorun haline döndü. Son olarak önceki gün Balıkesir Devlet Hastanesi acil servisinde çalışan iki personel hasta yakınlarının saldırıları sonucu ağır yaralandı.

**SAĞLIK-SEN: HAK KAYBI ÖNLENDİ**  
Laborantın riskli birimler de çalışarak ve nöbet tutarak dildi. "Söz konusu yasada eşitlik ve

**SAĞLIK ÇALIŞANLARINA MÜJDE!**  
Yıllık izin ve rapor dönemlerinde de döner sermayeden ödeme alacaklar  
14 Eylül 2009 Pazartesi, 10:22

**SAĞLIKÇILARA ŞİDDET OLAYLARINA KARŞI TEDBİR ALINMALI**  
ANKARA (İHA) - Sağlık çalışanlarına şiddet ciddi sorun haline döndü. Son olarak önceki gün Balıkesir Devlet Hastanesi acil servisinde çalışan iki personel hasta yakınlarının saldırıları sonucu ağır yaralandı.

# Sağlıkçıya ek ödeme

**Toplu görüşmede yapılan düzenlemeyle 150 bin sağlık çalışanı yıllık izin ve rapor döneminde ek ödeme alabilecek**

**Sağlıkçılardan şıngırgalı eylem**

**Sağlık çalışanlarına ek ödeme**

**DOŞUK ALANLAR**  
Toplu görüşmelerde Sağlık-Sen, döner sermayelerini almayan, eksik alan veya döner sermaye geliri düşük olan yaklaşık 150 bin sağlık çalışanı için ek ödemelerin düzenlenmesini istedi. Talebi doğrultusunda, hükümetin eşi ile eşit ödemesi...

Sağlık ve sosyal hizmet çalışanlarını 2009 toplu görüşmelerinde temsil edecek olan Sağlık-Sen, Sağlık Bakanlığı önünde toplu görüşme taleplerini açıkladı. Sağlık ve sosyal hizmet çalışanlarının Abdül İpecki Parkı'nda gerçekleştirdiği basın açıklaması renkli görüntülere sahne oldu. Sağlık çalışanları, başta döner sermayede adil dağılım, sözleşmeli personele kadro, toplu sözleşme gibi taleplerini attıkları sloganlar ve tasdiklı dövizlerle dile getirdiler. Toplu görüşme taleplerini açıklayan Sağlık-Sen Başkanı Mahmut Kaçar, temel taleplerinden hiçbir şartta taviz vermeyeceklerini söyledi.

**SAĞLIK-SEN GENEL BAŞKANI MAHUT KAÇAR: "DÜZENLEME YÜRÜRLÜĞÜ GİRDİĞİNDE SAĞLIK ÇALIŞANLARI, DÖNER SERMAYE GELİRLERİ DÜŞÜK OLSA DAHI HER AY EK ÖDEME TUTARI OLAN 308 TL'Yİ MAASLARILYLA BİRLİKTE ALABİLECEK."**

# Sözleşmelilere tayin ve nakil müjdesi

**Sağlık Bakanı Recep Akdağ ile görüşen Sağlık-Sen Genel Başkanı Mahmut Kaçar, becaşis ve sağlık mazereti tayininden sonra 2010 Haziran ayında yapılması öngörülen iş durumu tayini başvurularında bu ay içinde alınmasını sağladıklarını söyledi.**

**2009 toplu görüşmeleri ücret zammı konusunda uzlaşmazlıkla sonuçlanırken ücret dışındaki 40 konuda mutabakat sağlandı. 300 bin sağlık çalışanı, döner sermaye dışındaki durumlarda, yıllık izin ve rapor dönemlerinde ek ödeme alacak.**

**2009 toplu görüşmeleri ücret zammı konusunda uzlaşmazlıkla sonuçlanırken ücret dışındaki 40 konuda mutabakat sağlandı. 300 bin sağlık çalışanı, döner sermaye dışındaki durumlarda, yıllık izin ve rapor dönemlerinde ek ödeme alacak.**



# 'Kurul'a ikinci başvuru

Türkiye Kamu-Sen'in ardından Memur-Sen de, toplu görüşmelerin uyuşmazlığında sonuçlanmaması nedeniyle Uzlaştırma Kurulu'na başvurdu. Memur-Sen Genel Sekreteri Mahmut Kaçar ve beraberindeki konfederasyon yöneticileri, başvuru dilekçesini Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'ndaki Uzlaştırma Kurulu'na verdi.

Kaçar, daha sonra yaptığı açıklamada, toplu görüşmelerde insan onuruna yarasız bir ücret talebi ile masaya oturduklarını ve Türkiye gerçeklerine uygun, makul ve kabul edilebilir talepler sunduklarını belirtti.



toplu görüşme priminin 20 TL'ye çıkarılması TL'den 100 leplerinin reddedildi

Kaçar, memur maaşlarına gelecek yıl yüzde 4 artı 4 zam yapılması, 30 artı 30 TL denge tazminatı verilmesi, sendika üyesi memurlara 10 TL olarak verilen

**HÜKÜMET NE ÖNERMİŞTİ:** Hükümetin memur maaşlarına gelecek yıl yüzde 2,5 artı 2,5 oranındaki 'zam dayatmasını' kabul etmemeleri nedeniyle görüşmelerin uyuşmazlığa sonuçlandığını dile getiren Kaçar, bu nedenle Uzlaştırma Kurulu'na başvurduklarını, mali hakların yanında sözleşmeli personel uygulamalarında yaşanan sorunları da Kurul'a taşıdıklarını bildirdi. Mahmut Kaçar, makul

# Sağlık çalışanlarına müjde



İlkamla uyguladığı ek ödemesinde, döner sermaye aldatları için yararlanılmayan sağlık çalışanlarına da döner sermaye yöneticilerinin maaşlarının katıydığı her ay ek ödeme yapılması kararlaştırıldı. Düzlemeye yürüdüğü gündünde sağlık çalışanları, döner sermaye gelirleri düşük olsa dahi her ay ek ödeme tutarı olan 308 TL'yi maaşlarıyla birlikte alabilecek. Ayrıca yıllık izin, puş izni ve rapor dönemlerinde döner sermaye alanlar için tüm sağlık çalışanları da ek ödeme alacak. Komisyon ügüli devlet hastanelerinde bulunan Sağlık-Sen Genel Başkanı Mahmut Kaçar, birçok il ve ilçede sağlık ocakları ve devlet hastanelerinde çalışan personelin 70-200 TL arasında döner sermaye almadığı, çoğu kurumda ise hasta maaşlarının yüzde 50'üne kadar döner sermaye alınmayan çok sayıda sağlık çalışanının olduğunu belirtti. Teşkilat görüşme istişarathıyla ilgili alınan alınan bu konu çerçevesinde, Milyarlık hükümetin de de ilgili görüşmelerin görüşmelerinin ilde olan Kaçar, "Düzlemeye yürüdüğü gündünde, sağlık çalışanları her ay ek ödeme alabilecek olurlar, ne kadar alacakları gibi bir konu icinde konuşulacaktır. Her ay maaş ve ek ödemeleri garanti gelir olarak alabileceklerdir" dedi.

2009 toplu görüşmeleri ücret zammında kullanılan, ücret dışındaki 40 komada mutabakat sağlandı. Mutabakata varılan konulardan birisi de, sağlık çalışanlarının her ay 308 TL'lik ek ödeme sağlanması oldu. Teşkilat görüşmelerinde sağlık ve sosyal hizmet çalışanları adına masaya oturmuş Sağlık-Sen, döner sermayelerinin alınması, ek ödemeler ve rapor dönemlerinde sağlık çalışanlarının maaşlarının yüzde 50'üne kadar döner sermaye alınmaması gibi bir konu icinde konuşulacaktır. Her ay maaş ve ek ödemeleri garanti gelir olarak alabileceklerdir" dedi.



# "Sözleşmeli personel mevzuatı çağdı"

**DANIŞTAY**, kamuda sözleşmeli personel çalıştırılmasına dair kuralları, sözleşmeli personelin haklarını çağdaş koşullarda olduğu görüşünü açıkladı. Sağlık personeli hizmet sözleşmelerinin delerini hukuk devleti ilkeleriyle rekabetsiz açtığı davada yürüten karar veren Danıştay 12. Dairesi, sözleşmeli personel uygulamaları hakkında görüşler ortaya koydu. Daire, sözleşmelerin, çalışanı strese soktuğu tehdidi altında bırakacağı, bir yıl ve güvenini ortadan kaldırıcı getirdi, bu konudaki mevzuatı



# Sağlık Sen'den eylem

**ANKARA-** Sağlık-Sen, hükümetle yapacakları toplu görüşmeler öncesindeki taleplerini düzenledikleri eyleme açıkladı. Abdi İpekçi Parkı'nda toplanan yaklaşık 200 kişilik grup, hükümetle yapacakları görüşmeler öncesindeki taleplerini enjeksiyon ve ilaç tableti ile açıkladı. Grup adına bir basın açıklaması yapan Sağlık-Sen Genel Başkanı Mahmut Kaçar, toplu görüşme masasına götüreceikleri en önemli talebin

toplulu sözleşme ve grev hakkı olduğunu söyledi. Kaçar, 4688 sayılı yasanın da bir an önce değiştirilerek kamu çalışanları ile ilgili alınan kararlarla sendikaların söz sahibi kılınması, demokratik ve çağdaş bir sendika yasası haline dönüştürülmesi çağrısında bulundu. Kaçar, toplu görüşmelerde üzerinde önemle duracakları bir diğer konunun da sözleşmeli personel uygulaması olduğunu ifade etti.



# Sözleşmelilere tayin ve nakil müjdesi

Sağlık-Sen, eş durumu talepleriyle tayin bekleyen 4/B'lilerin başvurularının sonuçlandırılması için önemli adımları atacağını duyurdu. Sağlık Bakanı Recep Akdağ ile görüşen Sağlık-Sen Genel Başkanı Mahmut Kaçar, beçerç ve sağlık mazereti taşıyanların 2010 Haziran ayında yapacağı başvuru için durumu tayin başvurularında bu ay içinde alınması sağladıklarını söyledi. Kaçar, sözleşmeli personelin kadro konusundaki kararında önemli çalışmalar da yürüttüklerini kaydetti. Kaçar, eş durumu talepleriyle bekleyen 4/B'lilerin başvurularının Eylül ayı içinde, 4924 kapsamındaki çalışanların eş ve mazeret tayini başvurularının ise 2010 Ocak ayı içinde alınacağını açıkladı. Bakan Akdağ'a, Bakanlıkta personelin ücretlerinde değişiklikler yapılması talebiyle görüşmelerini sürdürdüğünü belirten Kaçar, "Bu talebinizi üzerinde Sağlık Bakanlığı ve Devlet Personel Başkanlığı çalışmaktadır. Nakil haklarını özlükleri her ayı emel beklemeyecektir. Bakanlıkta destek verdiği nakil haklarını gerçekleştirme halinde sözleşmeli personelin çakılı kadro konusundaki kararlarına destek önemi bir adımı atacağı olacaktır" dedi. Sağlık-Sen olarak sözleşmeli kadroları ayrtınan ortadan kaldırma müddetlerini verdiklerini altın çam Kaçar, "Sözleşmeli personelin sorunları toplu görüşme masasında da, hukukla ilerde de, etkinleştirilecek şekilde konuşulmaktadır. Sözleşmeli personel mevzuatının tek çam altında toplanan ve kadrolarında aynı hakları içeren yeni teklifi de inşaatçılarında ve yakın zamanda sonuç



# Memurlar zammı 'uzlaştırılmaya' taşıdı

**MEMUR-SEN**, toplu görüşmelerin uyuşmaz sonuçlanmaması nedeniyle Uzlaştırma Kurulu'na başvurdu. Memur-Sen Genel Sekreteri Mahmut Kaçar ve beraberindeki konfederasyon yöneticileri, başvuru dilekçesini Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'ndaki Uzlaştırma Kurulu'na verdi. Kaçar, daha sonra yaptığı açıklamada, toplu görüşmelerde insan onuruna yarasız bir ücret talebi ile masaya oturduklarını ve Türkiye gerçeklerine uygun, makul ve kabul edilebilir talepler sunduklarını belirtti.

# Sağlıkçılar için lisans fırsatı

**ANKARA (DHA)** Sağlık-Sen, emeklilikte yaş istisnası tamamlama programına başlayacak olan ebe, hemşire, sağlık memuru ve sağlık eğitimcilerinin mezunlarının başvurularını Akademiye sonuna kadar alacağını bildirdi. Yapılan açıklamada, Sağlık Bakanlığı ile YÖK arasında imzalanan protokol çerçevesinde on lisans mezunu hemşire ve sağlık memurları için 19 Mayıs Üniversitesi'nde, ebelekler için Atatürk Üniversitesi'nde, Sağlık Eğitim Enstitüsü mezunları için ise İnönü Üniversitesi'nde lisans tamamlama programı açılacağı belirtildi. Başvurular için ise [www.saglik.gov.tr](http://www.saglik.gov.tr) adresine yapılabılır. 07.05.2009

# Sağlık çalışanlarına müjde

Sağlık çalışanları, döner sermayesi düştüğü durumlarda, yıllık izin ve rapor dönemlerinde de maaşlarıyla birlikte 308 lira ek ödeme alacak

2009 toplu görüşmeleri ücret zammında kullanılan, ücret dışındaki 40 komada mutabakat sağlandı. 300 bin sağlık çalışanı, döner sermayesi düştüğü durumlarda, yıllık izin ve rapor dönemlerinde her ay 308 lira ek ödeme alacak. Toplu



Talep doğrultusunda her ay ek ödeme yapılması kararlaştırıldı. Düzlemeye yürüdüğü gündünde sağlık çalışanları, döner sermaye gelirleri düşük olsa dahi her ay ek ödeme tutarı olan 308 TL'yi maaşlarıyla birlikte alabilecek. Ayrıca yıllık izin, puş izni ve rapor dönemlerinde döner sermaye alanlar için tüm sağlık çalışanları da ek ödeme alacak. Komisyon ügüli devlet hastanelerinde bulunan Sağlık-Sen Genel Başkanı Mahmut Kaçar, birçok il ve ilçede sağlık ocakları ve devlet hastanelerinde çalışan personelin 70-200 TL arasında döner sermaye almadığı, çoğu kurumda ise hasta maaşlarının yüzde 50'üne kadar döner sermaye alınmayan çok sayıda sağlık çalışanının olduğunu belirtti. Teşkilat görüşme istişarathıyla ilgili alınan alınan bu konu çerçevesinde, Milyarlık hükümetin de de ilgili görüşmelerin görüşmelerinin ilde olan Kaçar, "Düzlemeye yürüdüğü gündünde, sağlık çalışanları her ay ek ödeme alabilecek olurlar, ne kadar alacakları gibi bir konu icinde konuşulacaktır. Her ay maaş ve ek ödemeleri garanti gelir olarak alabileceklerdir" dedi.

# Sözleşmelilere tayin müjdesi

• Sağlık Bakanlığı, sözleşmeli personelin eş durumu tayin taleplerini Eylül ayı içinde alacak. Sağlık Bakanı Recep Akdağ ile görüşen SağlıkSen yöneticileri, eş durumu nedeniyle tayin bekleyen 4/B'lilerin başvurularının önümüzdeki günlerde alınmaya başlanacağını duyurdu.



**SAĞLIK-SEN**

# Emeğimiz ve Alın Terimiz Milletimizin Sağlığı İçin...

