

T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KAMU YÖNETİMİ ANA BİLİM DALI

**TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN
YAPILANMASINDA ÖZEL HASTAHANELERİN
HUKUKÎ AÇIDAN YERİ VE GEREKLİLİĞİ**

120572

MASTER TEZİ

Hazırlayan
Recai AKYEL

120572

**T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
DOKÜMANTASYON MERKEZİ**

Tez Danışmanı
Prof. Dr. Zehra ODYAKMAZ

Ankara - 2002

TC
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

Recai AKYEL'e ait "TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN YAPILANMASINDA ÖZEL HASTAHANELERİN HUKUKİ AÇIDAN YERİ VE GEREKLİLİĞİ" adlı çalışma, jürimiz tarafından YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Başkan : Prof Dr. Eyüp Günay İSPİR



Üye : Prof. Dr. Zehra OD YAKMAZ



**T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
DOKÜMANTASYON MERKEZİ**

Üye : Prof. Dr. Mehmet Ali BUMİN (olumsuz)



İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER.....	III
KISALTMALAR CETVELİ.....	VII
TABLolar CETVELİ.....	VIII
GİRİŞ.....	1

BİRİNCİ BÖLÜM

TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN YAPILANMASI

I.	TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN YAPILANMASININ HUKUKİ KAYNAKLARI	
1.	1982 Anayasası'nda Sağlık ile ilgili Düzenlemeler	6
2.	Sağlık Hizmetleri ile ilgili Yasal Düzenlemeler.....	10
3.	Sağlık Hizmetleri ile ilgili Yasa Gücünde Olan Kaynaklar.....	11
	A) Sağlık ile ilgili Uluslararası Andlaşmalar.....	12
	B) Sağlık Hizmetleri ile ilgili Kanun Hükmünde Kararnameler	17
4.	Sağlık Hizmetleri ile ilgili Düzenleyici İşlemler.....	18
	A) Sağlık Hizmetleri ile ilgili Tüzükler.....	18
	B) Sağlık Hizmetleri ile ilgili Yönetmelikler.....	19
5.	Sağlık Hizmetleri ile ilgili Diğer Hukukî Kaynaklar	19
6.	Uluslar arası Örgütlerin Sağlık Hizmetlerine Etkisi.....	20
	A) Avrupa Birliğinin Sağlık Hizmetlerine Etkisi.....	20
	B) Dünya Sağlık Örgütünün Sağlık Hizmetlerine Etkisi.....	22
II.	KAMU SAĞLIK HİZMETİNİN ÖZELLİKLERİ	
1.	Kamu Sağlık Hizmeti Aynı Zamanda Bir İdarî Faaliyettir.....	24
2.	Kamu Sağlık Hizmetlerini Etkileyen Anayasal İlkeler Vardır.....	25

A) Hukuk Devleti.....	25
B) Sosyal Hukuk Devleti.....	26
3. Kamu Sağlık Hizmetleri Türk Kamu Yönetiminin Özelliklerinden Etkilenmektedir.....	27
A) Sistem Yönünden.....	27
B) Örgüt Yönünden.....	28
C) Görev Yönünden.....	29
D) Kamu Görevlileri Yönünden.....	29
E) İşleyiş Yönünden.....	30
F) Yönetime Katılma Yönünden.....	31
4. Kamu Sağlık Hizmeti Yönetim Hukuku ile Bağlantılıdır.....	32
5. Kamu Sağlık Hizmeti Kamu Yönetiminin Kontrolündedir.....	33
6. Kamu Sağlık Hizmeti Aynı Zamanda Bir Kamu Hizmetidir.....	34
7. Kamu Sağlık Hizmeti Kamusal Yapının Bir Parçasıdır.....	35
8. Kamu Yönetimi Sağlık Hizmeti ile Özel Yönetim Sağlık Hizmeti Bazı Yönlerden Farklılık Gösterirler	36
III. TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN TEŞKİLÂTLANMASI İLE İLGİLİ YASAL DÜZENLEMELER	
1. Sağlık Hizmetlerinin Teşkilâtlanışının Genel Görünümü.....	37
A) Sağlık Hizmetlerinin Merkez Örgütü.....	38
B) Sağlık Hizmetlerinin Taşra Örgütü.....	38
2. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nın Teşkilât ve Görevleri Hakkında 181 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname	39
3. 1219 Sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun.....	41
4. 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun.....	41
5. 1593 Sayılı Umumî Hıfzısıhha Kanunu.....	43
6. 3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu.....	45
7. 3816 Sayılı Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanun.....	47

8. 2219 Sayılı Hususî Hastahaneler Kanunu	47
9. Kaza Sağlık İdareleri ve Sağlık Merkezleri Talimatnamesi	48
10. 4459 Sayılı Köy Ebeleri ve Köy Sağlık Memurları Teşkilâtı Yapılmasına ve 3017 Numaralı Sıhhat ve İctimaî Muavenet Vekaleti Teşkilât ve Memurin Kanunun Bazı Maddelerinin Değiştirilmesine Dair Kanun	49



İKİNCİ BÖLÜM

**ÖZEL HASTAHANELERİN
SAĞLIK HİZMETLERİNİN YAPILANMASINDA HUKUKİ
AÇIDAN YERİ VE GEREKLİLİĞİ**

I. ÖZEL HASTAHANELERİN HUKUKİ AÇIDAN YERİ

1. Özel Hastahane Kurulmasının Hukukî Dayanakları.....	50
A) 1982 Anayasası.....	50
B) 6023 Sayılı Türk Tabipleri Birliği Kanunu	51
C) 1219 Sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun.....	52
D) 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanunu.....	52
E) 3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu	53
F) Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının Teşkilât ve görevleri Hakkında 181 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname	53
G) 9283 Sayılı Hemşirelik Kanunu.....	54
H) Beş Yıllık Kalkınma Plânları.....	54
2. 2219 Sayılı Hususî Hastahaneler Kanunu.....	56
3. Hususî Hastahaneler Tüzüğü	58
4. Sağlık Sektöründe Özelleştirme.....	59
5. Türk Teşvik Sisteminde Sağlık Hizmetleri	61
A) Sistemin Yasal Dayanakları.....	61
B) 2001 Yılı Bakanlar Kurulu Kararı.....	62
6. Siyasi Partiler Bildirgelerinde Sağlık Hizmetleri	66

II. KAMU SAĞLIK HİZMETLERİNİN YETERSİZLİĞİ

1. Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Plânı.....	68
2. Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Plânı.....	73
3. Sağlık Reformu İle İlgili Kanun Tasarısı Taslakları ve Gerekçeleri	76

A) Genel Yaklaşım.....	76
B) Sağlık Mevzuatı.....	77
C) Sağlıkla İlgili Sistem Tercihi	79
D) Kamu Sağlığının Korunması.....	79
E) Sağlık Alanındaki Meslekler.....	80

III. ÖZEL HASTAHANELERİN YÖNETİM, VERİMLİLİK VE EKONOMİK AÇIDAN GEREKLİLİĞİ

1. Sağlık Hizmetlerine Ayrılan Kamu Kaynakları Kıttır.....	80
2. Kamu Sağlık Hizmetleri Yetersizdir.....	83
3. Kamu Sağlık Hizmetleri Statiktir.....	87
4. Kamu Sağlık Hizmetleri Merkeziyetçidir.....	88
5. Kamu Sağlık Personelinin Mevcut Sistemden Kaynaklanan Sorunları Vardır.....	88
6. Sağlık Hizmetlerinde Rekabet Ortamı Sağlanmalıdır	90
7. Özelleştirme Sağlık Hizmetlerinde Uygulanmalıdır.....	93
8. Sağlıkta Yeni Teknolojik Gelişmeler Takip Edilmelidir.....	94
9. Yurt Dışına Sağlık Amaçlı Döviz Çıkışı Engellenmelidir.....	94
10. Kaliteli Sağlık Hizmeti Sunulmalıdır.....	95
11. Mevcut Yetersiz Durum Düzeltilmelidir.....	96
12. Özel Sektörün Pozitif Unsurlarından Yararlanılmalıdır.....	97
A) Yaratıcılık ve Yenilik.....	97
B) Sağlık İletişimi.....	98
C) Toplam Kalite Yöntemi.....	99
D) Çağdaş Rekabetçi Yönetim.....	99

IV. EKSİKLİKLER VE YAPILMASI GEREKENLER

1. Sağlık Politikalarının Sürekliliği Sağlanmalıdır.....	101
2. Sağlık Hizmetlerinin Etkin Sunumu İçin Kamu Sektörü ile Özel Sektör Arasında İyi Diyalogun Olması Zorunludur.....	103

3. Koruyucu Sağlık Hizmetlerini Devletin (Kamu Sektörünün) Tedavi Edici Sağlık Hizmetlerini Özel Sektörün Üstlenmesi Gerekmemektedir.....	104
4. Sağlık Yatırımları Pahalıdır.....	106
5. Özel Sağlık Sektörü Türkiye’de Henüz Gelişmemiştir.....	107
6. Özel Sağlık Kuruluşlarının Ruhsatlandırılması ile ilgili Yeni Düzenlemeler Yapılmalıdır.....	109
7. Özel Sağlık Hizmetlerinde Kâr Marjı Düşüktür.....	111
8. Sağlık Bakanlığı Denetimleri Yetersizdir.....	113
9. Sağlık Güvencesinin Sağlanması Zorunluluk İçermektedir.....	114
A) Özel Sağlık Sigortaları Desteklenmelidir.....	114
B) Genel Sağlık Sigortası Uygulanmalıdır.....	118
10. Özel Sağlık Kuruluşları Devletçe Desteklenmeli ve Teşvik Edilmelidir.....	120
 SONUÇ.....	 122
TABLolar.....	133
KAYNAKÇA.....	146
ÖZET (Türkçe).....	155
ÖZET (İngilizce).....	157

KISALTMALAR CETVELİ

a.g.e.	: Adı Geçen Eser
a.g.m.	: Adı Geçen Makale
AB	: Avrupa Birliği
AT	: Avrupa Topluluğu
Bağ-Kur	: Esnaf ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu
Bkz	: Bakınız
BM	: Birleşmiş Milletler
C.	: Cilt
Çev.	: Çeviren
Der.	: Derleyen
ed.	: Editör
ES	: Emekli Sandığı
Haz.	: Hazırlayan
İTO	: İstanbul Ticaret Odası
KHK	: Kanun Hükmünde Kararname
No.	: Numara
RG	: Resmi Gazete
S.	: Sayı
s.	: Sayfa
SSK	: Sosyal Sigortalar Kurumu
SSYB	: Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı
TC	: Türkiye Cumhuriyeti
TKY	: Toplam Kalite Yönetimi
TTB	: Türk Tabipler Birliği
UA	: Uluslararası Andlaşmalar
UT	: Uluslararası Topluluklar
Vb	: Ve Benzerleri
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü

TABLolar CETVELİ**Tablo 1**

Özel Hastahanelerin İllere Göre Dağılımı, s.133.

Tablo 2

Sağlık Sektöründe Sabit Sermaye Yatırımları, s.135.

Tablo 3

Sabit Sermaye Yatırımları İçinde Sağlık Sektörünün Payı , s.136.

Tablo 4

Yıllara Göre Sağlık Bakanlığı ve Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Bütçesinin Dağılımı, s.137.

Tablo 5

Bazı OECD Ülkelerinde Sağlık Harcamalarının Dağılımı, s.138.

Tablo 6

Bazı OECD Ülkelerinde ve Türkiye’de 1000 Nüfusa Düşen Hekim ve Hastahane Sayıları ile Bir hastanın Ortalama Kalış Günü ve Ayakta Tedavi Sayıları, s.139.

Tablo 7

Bazı Ülkelerin 10.000 Nüfusa düşen Yatak Sayıları, s.140.

Tablo 8

Anket Formu, s.141.

Tablo 9

Anket Çözümü, s.142-143.

Tablo 10

Yataklı Tedavi Kurumlarının Kuruluşlara göre Dağılımı, s.144.

Tablo 11

Sağlık Sektörü Yatırım Teşvik Belgeleri, s.145.

GİRİŞ

Yüksek Lisans Tezi olarak, **“Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Yapılanmasında Özel Hastahanelerin Hukukî Açıdan Yeri ve Gerekliliği”** konusunun seçilmesinin nedeni, Türkiye’deki kamu sağlık hizmetlerinin aksak, eksik, yetersiz olduğunun aşikâr olmasıdır.

Türkiye’de çözülmesi gereken sorunlardan (belki de) en önemlisi sağlık hizmetleri ile ilgili olan sorundur. Sağlık sorununun çözümü ile ilgili fikirler üretirken, çağdaş dünyanın gelişimine uygun, sağlık hizmetinin özüne aykırı olmayan, ülke koşullarını göz önünde bulunduran alternatif düşüncelere yer verilmelidir.

Türkiye’de devletin sağlık hizmetlerine ayırdığı kamu kaynakları yetersizdir. Devletin sunduğu kamu sağlık hizmetleri eksiktir. Vatandaşların memnuniyetsizliği ve sağlık sektöründe çalışan personelin sorunlarının olduğu söz konusudur.

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin rekabet ortamı içerisinde daha memnun edici, daha verimli sunulabilmesine katkı sağlaması amacıyla özel hastahanelerin hukuken meşrû ve diğer bazı yönlerden gerekli ve zorunlu olduğu konusunda bir tez çalışması yapılmıştır.

Dünyanın çağdaş gelişimi, insanın yaşama hakkının ve sağlık hakkının varlığını kabul etme yönündedir. Uluslararası kuruluşlar ve ulusal devletler insan sağlığını korumayı görev kabul ederler.

Herkesin, gerek kendisi gerek ailesi için yiyecek, giyim, konut, tıbbî bakım ve gerekli sosyal hizmetler de dahil olmak üzere, sağlık ve refahını sağlayacak uygun bir yaşam düzeyine ve işsizlik, hastalık, sakatlık, dulluk, yaşlılık veya geçim olanaklarından kendi iradesi dışında yoksun bırakacak başka durumlarda güvence hakkı vardır (İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi, Madde 25).

Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Evrensel Bildirgesinin düzenlediği Yaşama ve Sağlık Haklarını 1982 Anayasası'nda benimsemiştir.

Herkes sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir.

Devlet, herkesin hayatını beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlar (1982 Anayasası Madde 56).

1982 Anayasasının benimsediği yaşama sağlık haklarının vatandaşlara sağlanmasında verilecek hizmetin somut sınırlarının neler olacağı da Anayasa da yer almıştır.

Devlet, sosyal ve ekonomik alanlarda Anayasa ile belirlenen görevlerini, ekonomik istikrarın korunmasını gözeterek, malî kaynakların yeterliliği ölçüsünde yerine getirir.(1982 Anayasası, Madde 65). Türkiye'de devletin sağlık hizmetlerine ayırdığı ekonomik kaynak, ihtiyacı karşılayamamaktadır. Kamu sağlık hizmetleri yetersiz kalıp kimseyi memnun edememektedir.

Bir tarafta insan sağlığının korunmasının gerekliliği, diğer taraftan kamu kaynaklarının kıtlığı ve kamu sağlık hizmetlerinin yetersizliği sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi hususunda arayışlara yol açmıştır. Özel sektörün sağlık hizmetlerinde rol almasını gerekli kılmıştır.

İnsan sağlığının korunması ve devletin sağlık hizmetleri sunumuna yardımcı olması için özel sağlık hizmetlerinin kabulü, desteklenmesi ve teşvik edilmesi zorunludur.

Tezin amacı, Türkiye'deki kamunun sunduğu sağlık hizmetlerinin yetersizliğini özel sektörün sağlık alanlarındaki destek ve katkılarıyla gidermeyi; özel sağlık hizmetlerinin hukuken meşrû olduğunu; özel sağlık hizmetlerinin yönetim, verimlilik, ekonomik nedenler gibi nedenlerle gerekli ve zorunlu olduğunu savunmaktır.

Tezin amacı, özel hastahanelerin gerekliliğini savunmak olduğundan özel hastahanelerin olumsuz yönlerinin ifade edilmesi tez kapsamı dışındadır. Buna paralel olarak Kamu Sağlık hizmetlerinin başarılı ve pozitif yönlerinin ve özelliklerinin tespiti de yine tez kapsamı dışındadır. Tezin hiçbir şekilde kamu sağlık hizmetlerini kötülemek gibi bir amacı bulunmamaktadır. Eksikliklerin ve olumsuzlukların samimi bir tespiti yapılmıştır.

Teze atılan ilk adımdan itibaren sonuçlandırılıncaya kadar izlenecek bilimsel araştırma yöntemleri hususunda titiz davranılmıştır. Bir kısım yazılı dokümandan yöntem açısından istifade edilmiştir. Bilimsel eserler incelenmiştir.

Tez yazımı safhasında anket çalışması yapılmıştır. Özel hastahane başhekim ve üst yöneticilerine uygulanan ankete verilen cevapların çözümü ve analizi yapılarak tezin ilgili kısımlarında yer verilmiştir.

Tez yazımında hastahane kelimesinin yazılışında tereddüde düşülmüştür. Konuşma ve yazı dilinde bazen "hastane", bazen de "hastahane" sözcükleri kullanılmaktadır. Tez yazımında, Türk imlâ kılavuzunun benimsediği "hastahane" sözcüğü kullanılmıştır.

Tez, iki ana bölümden oluşmaktadır.

Türkiye'de sağlık hizmetlerinin yapılanması başlıklı birinci bölümde; sağlık hizmetlerinin hukukî kaynakları açıklanmış; kamu yönetimi ve sağlık hizmetleri ilişkileri irdelenmiş; Türkiye'de sağlık hizmetlerinin teşkilâtlanması ile ilgili yasal düzenlemelere yer verilmiştir. Söz konusu yasal düzenlemelerin tezimiz açısından değerlendirmeleri yapılmıştır.

Birinci bölümde, Türkiye'deki mevcut sağlık sisteminin nasıl olduğu hukukî kaynaklarıyla birlikte ortaya konulmuştur.

Mevcut yapının nasıl olduğu bilinmeden, kavranmadan, aynı yapının eksikliklerinin neler olduğu; bu eksikliklerin nasıl giderileceği hususunda iddiaların ileri sürülemeyeceği aşikârdır. Bu nedenle tezin birinci bölümü Türkiye'de sağlık hizmetlerinin yapılanması ve bu yapılanmanın hukukî kaynaklarını izah etmektedir. Bu genel anlayışla birlikte tezin savları ilgili nedeniyele yeri geldikçe yer almıştır.

Türkiye'deki sağlık hizmetlerinin hukukî kaynakları olarak; Anayasa, Yasalar, Yasa Gücünde Olan Kaynaklar (Uluslararası Andlaşmalar, Kanun Hükmünde Kararnameler), düzenleyici işlemler (tüzük, yönetmelik) ve diğer hukukî kaynaklar (Hipokrat Yemini) irdelenmiştir. Bu arada Avrupa Birliği ile Dünya Sağlık Örgütüne tez konusu yönünden yer verilmiştir.

Kamu sağlık hizmetlerinin Türk Kamu Yönetiminin taşıdığı özelliklerden etkilendiği aşikârdır. Bu nedenle, Türk Kamu Yönetimi ve sağlık

hizmetleri ilişkileri incelenmiştir. İdarî faaliyet olarak, yönetimi etkileyen anayasal ilkeler Türk Kamu Yönetiminin sistem, örgüt, görev, işleyiş, görevliler, yönetime katılma yönlerinden sağlık hizmetlerini nasıl etkiledikleri incelenmiştir.

Sağlık hizmetleriyle ilgili yönetsel yapının genel görünümü, Sağlık Bakanlığı'nın teşkilâtlanışı ve diğer yasalar incelendiğinde görüleceği üzere, sağlık ile geniş anlamda ilgili çok sayıda yasal düzenleme bulunmaktadır. Tezin bu bölümünde sağlık hizmetleriyle ilgili olan yasalar hakkında genel bilgiler verilmiştir. Bu yasaların yetersizliği birinci bölümde; aynı yasaların özel hastahaneler ile ilgili düzenlemelerine tezin ikinci bölümünde genel olarak yer verilmiştir.

Tezin birinci bölümünde Türk sağlık sisteminin genel hatlarıyla anlatımı amacıyla yer verilen yasalara, tezin ikinci kısmında özel hastahanelerin hukukî dayanakları açısından tekrar yer verilmiştir. Teze genel olarak göz gezdirildiğinde, tekrar gibi yanlış anlaşılmaya neden olabilirse de; dikkatle incelendiğinde gerekli bir yöntem olduğu kabul edilir. Aynı kanunların birinci ve ikinci bölümde farklı yönleri, farklı maddeleri değerlendirilmiştir.

Tezin özel hastahanelerin sağlık hizmetlerinin yapılanmasında hukukî açıdan yeri ve gerekliliği başlıklı ikinci bölümünde, özel hastahanelerin hukukî açıdan yeri ilgili yasal düzenlemeler, kalkınma plânları ve siyasi parti programlarına yer verilmiştir. Ayrıca kamu sağlık hizmetlerinin yetersizliği, özel hastahanelerin gerekliliği, eksiklikler ve yapılması gerekenler yer almıştır.

Özel hastahanelerin Türk Sağlık Sistemi içinde hukukî açıdan meşrû olduğu; özel hastahanelerin kurulmasının hukukî dayanakları bulunduğu; başta 1982 Anayasası olmak üzere, 2219 sayılı Hususî Hastahaneler Kanunu ve diğer bazı kanunların hususî hastahanelerin kurulmasına izin verdikleri, hatta teşvik ettikleri, destekledikleri izah edilmiştir.

Kamu geleneği ağır basan Türk toplum yapısında özel eğitime, özel sağlığa bakış açısının olumsuz olduğu varsayımıyla, özel hastahanelerin de kamu hastahaneleri kadar hukukî yönden meşrû ve normal olduğu tezini

vurgulamak için hukukî dayanaklara yer verilmiştir. Bu bölümde hususî hastahanelerin hukukî dayanakları olarak yer alan bazı yasalar, birinci bölümde de başka açıdan yer almışlardır.

Kamu sağlık hizmetlerinin yetersizliği, yine kamuya ait resmî rapor ve belgelere dayanılarak anlatılmıştır. Kamunun yetersizliğini yine kamunun itiraf eden raporlarıyla izah etmek tezin samimiyetini ve doğallığını göstermektedir. Kamu sağlık hizmetlerinin pozitif ve başarılı yönlerinin ifadesi ile özel sağlık hizmetlerinin negatif olumsuz yönlerinin ifadesi tezin kapsamı dışında bırakılmıştır.

Özel hastahanelerin yönetim, verimlilik, ekonomik nedenler gibi değişik nedenlerle gerekliliği izah edilmiştir. Kamu kaynaklarının kıtlığı, kamu sağlık hizmetlerinin yetersizliği, statik oluşu, merkeziyetçi oluşu, personelini memnun edememesi, rekabet ortamı sağlayamaması gibi olumsuzlukları özel hastahanelerin gerekliliği hususunda gerekçeler olarak sayılmıştır. Özelleştirme, tıbbî teknolojinin gelişiminin takibi, kaliteli sağlık hizmeti sunumu, özel sektörün pozitif unsurlarından yararlanma gibi gerekçelerle özel hastahanelerin desteklenmesi ve teşvik edilmesi gerektiği anlatılmıştır.

Türkiye’de daha verimli sağlık hizmeti için özel hastahanelerin yaygınlaşmasına engel eksikliklerin neler olduğu; bu hususta yapılması gerekenlere yer verilmiştir.

Sağlık politikalarının süreklilik gerektirdiği, daha verimli sağlık hizmeti sunumu için kamu kesimi ile özel kesim arasında diyalogun şart olduğu, özel sağlık yatırımlarına Devletin destek olması gerektiği, özel hastahanelerin ruhsatlandırma çalışmalarının yeniden gözden geçirilmesi gerektiği, Devletin özel sağlık hizmetine kaynak sağlaması gerektiği, gibi hususlar dile getirilmiştir.

Tezin sonuç bölümünde, çalışmanın genel olarak özeti yapılarak; Türkiye’de yeterli sağlık hizmetinin sağlanabilmesi için kamu sağlık hizmetlerinin yanı sıra özel sektör sağlık hizmetlerinin gerekli olduğu iddiasına yer verilmiş; ulaşılan sonuçlar ve çözüm önerileri sunulmuştur.

BİRİNCİ BÖLÜM

TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN YAPILANMASI

I. TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN YAPILANMASININ HUKUKİ KAYNAKLARI

Türkiye'de sağlık hizmetlerinin yapılanmasının (teşkilatlanmasının) hukukî kaynakları, hem sağlık hizmetlerinin nasıl yapılacağını düzenler; hem de hukuken meşrûluğunu sağlar. Sağlık hizmetlerinin uyulması zorunlu olan hukukî kaynakları yazılı olanlar ve yazılı olmayanlar diye ikiye ayrılır. Yazılı kaynaklar arasında, Anayasa, Yasa, Tüzük, Yönetmelik, Uluslararası Andlaşmalar gibi kaynaklar yer alır. Yazısız kaynaklar arasında en önemlisi, gelenek hukuku ve hukukun genel ilkeleridir.

Sağlık hizmetleri ile ilgili yazılı kaynaklar arasında sıralama yapılır. En üstte Anayasa olmak üzere aşağıya doğru yasalar, tüzükler, yönetmelikler yer alır. Bu sıralama hem geçerlilik, hem soyutluluk bakımından yapılmaktadır. Buna göre hiçbir kural, kendinden üstte bulunana aykırı olamaz.¹

Türkiye'de kamunun sunduğu sağlık hizmetleri aynı zamanda idarî bir faaliyet olduğundan; her idarî faaliyetin hukukî (yasal) dayanağı olması gerektiğinden; her idarî faaliyetin sınırlarının yasal düzenlemeler ile belirlendiğinden sağlıkla ilgili yasal düzenlemelere yer vermek zorunlu görülmüştür.

1. 1982 Anayasası'nda Sağlık ile İlgili Düzenlemeler :

Türkiye'de sağlık hizmetlerinin yapılanmasını düzenleyen temel hukuk kuralları gerek 1961 Anayasası'nda, gerekse 1982 Anayasasında yer almıştır.

¹ Gözübüyük, A.Şeref : Yönetim Hukuku, Ankara 2001, s.42.

Kamu sağlık hizmeti sunumunda Anayasanın çizmiş olduğu anayasal çerçeveye idarenin uyması zorunludur. Çünkü; Anayasa, kamu yönetimini etkileyecek ve kamu yönetimine yön verecek çeşitli ilkeler taşır. Türk kamu yönetimi için Anayasa önemli bir kaynaktır. Anayasa, temel kanun olup, hiçbir kanun anayasaya aykırı olamaz.²

1982 Anayasası³’nda sağlık ile ilgili düzenlemeleri iki ayrı kategoride inceleyebiliriz. Birincisi, Sağlık başlıklı, sağlık ile doğrudan ilgili düzenlemeler; ikincisi, sağlıkla dolaylı ilgili düzenlemelerdir. Anayasa incelendiğinde dolaylı olarak çok sayıda maddenin sağlıkla ilgili olduğu fark edilir.

1982 Anayasası’nın “Sosyal ve Ekonomik Haklar ve Ödevler” konusunu düzenleyen üçüncü bölümünde yer alan 56. maddesi sağlık hizmetleri ve çevrenin korunmasını düzenlemektedir.

Anayasanın söz konusu maddesi; herkesin, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahip olduğunu; çevreyi geliştirmeyi, çevre sağlığını korumayı ve çevre kirlenmesini önlemeyi devletin ve vatandaşların ödevi olarak saymıştır.

Anayasa ayrıca devletin, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamasını; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden plânlayıp hizmet vermesini ve düzenlemesini;

Devletin bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirmesini;

Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulmasını kabul etmiştir.

1982 Anayasası’nın değişik maddelerinde dolaylı da olsa sağlıkla ilgili düzenlemeler bulunmaktadır. Bu maddeler dikkatle incelendiğinde Anayasa’nın sağlığa önem verdiği anlaşılır.

² Gözübüyük, A. Şeref : a.g.e., s. 43.

³ 1982 Anayasası, 12 Eylül 1980’den sonra kurulan Anayasa Komisyonu tarafından hazırlanmış, 23 Eylül 1982’de Danışma Meclisi’nde kabul edilmiştir. Daha sonra Milli Güvenlik Konseyi’nde görüşülmüş, son şekli verilmiş ve 7 Kasım 1982 günü halkoyuna sunulup kabul edilmiştir. Yasa no:2709, Kabul Tarihi 7 Kasım 1982, Resmî Gazete’de Yayın Tarihi: 9 Kasım 1982, Resmî Gazete Sayısı:17863 Mükerrer.

a) Anayasanın başlangıç kısmının 8. paragrafında; 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 ve maddî ve manevî varlığını bu yönde geliştirme hak ve yetkisine doğuştan sahip olduğu vurgulanmıştır.

b) Anayasanın Birinci kısım, “Genel Esaslar” bölümünün “Cumhuriyetin nitelikleri” başlıklı 2. maddesi Türkiye Cumhuriyeti’ni sosyal bir hukuk devleti olarak nitelendirmiştir.

Kendisini sosyal bir hukuk devleti olarak nitelendiren bir Cumhuriyetin vatandaşlarının sağlık hizmetleri ile ilgilenmesi en başta gelen sorumluluklarındanıdır.

c) Anayasanın genel esaslarını düzenleyen birinci kısmında yer alan “Devletin Temel Amaç Ve Görevler”i başlıklı 5. maddesinin son cümlesinde; insanın maddî ve manevî varlığının gelişmesi için gerekli şartları hazırlamaya çalışmayı Devletin temel amaç ve görevleri arasında saymıştır.

d) Anayasanın “Gençliğin Korunması” başlığını düzenleyen 58. maddesinin ikinci paragrafında; Devletin, gençleri alkol düşkünlüğünden, uyuşturucu maddelerden, suçluluk, kumar ve benzeri kötü alışkanlıklardan ve cehaletten koruması için gerekli tedbirleri almasını zorunlu kılmıştır.

e) Anayasanın “Sporun Geliştirilmesi” başlığını düzenleyen 59. maddesinde; devletin, her yaştaki Türk vatandaşlarının beden ve ruh sağlığını geliştirecek tedbirler alacağı, sporu kitlelere yayacağı belirtilmiştir.

f) 1982 Anayasası’nın vatandaşlarının sağlığına önem verdiği ve kamu idaresini sağlık hizmetlerinin yerine getirilmesi hususunda talimatlandığı anlaşılmaktadır. Ancak Anayasa’nın bu soyut ve geniş hizmet sunumunu pratikte gerçekleştirmesinin nasıl olacağını ve sınırını yine anayasa çizmiştir.

Anayasanın “Sosyal ve Ekonomik Hakların Sınırı” başlıklı 65. maddesi; Devlet, sosyal ve ekonomik alanlarda Anayasa ile belirlenen görevlerini, ekonomik istikrarın korunmasını gözeterek, malî kaynakların yeterliliği ölçüsünde yerine getirir, şeklinde sınırlandırmıştır.

Anayasanın 65. maddesi İdare'nin Anayasal talimatları yerine getirmesi hususunda İdare'yi rahatlatıcı olmuştur. Kamu İdareleri sundukları Kamu hizmetlerinin eksikliklerini ülkenin ekonomik imkânsızlığına bağlamaktadırlar. Kamu sağlık hizmetleri için bütçelerden ayrılan payların gittikçe azalması ve %3'ü geçmemesi hem bir çelişkidir; hem de bir talihsizliktir.

g) Anayasanın "Tabiî Afet ve Ağır Ekonomik Bunalım Sebebiyle Olağanüstü Hal İlânı" başlıklı 119. maddesi; Tabiî afet, tehlikeli salgın hastalıklar veya ağır ekonomik bunalım hallerinde Cumhurbaşkanı başkanlığında toplanan Bakanlar Kurulunun, yurdun bir veya birden fazla bölgesinde veya bütününde süresi altı ayı geçmemek üzere olağan üstü hal ilân edebileceğini düzenlemiştir.

Anayasanın ilgili maddesinden de anlaşıldığı üzere, "tehlikeli salgın hastalık" gibi sağlık konusu idarenin şeklini belirleyecek kadar önemli kabul edilmiştir.

h) Anayasanın "Milletlerarası Andlaşmaları Uygun Bulma" başlıklı 90. maddesinin 5. paragrafı, milletlerarası andlaşmaların iç hukukta geçerli olduğunu düzenlemiştir.

Anayasanın ilgili maddesiyle, Türkiye Cumhuriyeti'nin imza koyduğu uluslararası hukukun sağlıkla ilgili düzenlemeleri iç hukukumuzda hüküm ifade etmektedir, geçerlidir.

1982 Anayasası insan sağlığına ve toplum sağlığına önem vermekte ve sağlık hizmetlerini Devletin görevleri arasında saymaktadır. 1982 Anayasasını sağlık hizmetleri yönünden irdelediğimizde, sağlık hizmetlerinin yerine getirilmesinde altı özellik bulunduğu anlaşılmaktadır.

Birincisi; Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlar.

İkincisi; Devlet, insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden plânlayıp, hizmet vermesini düzenler.

Üçüncüsü; Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir.

Dördüncüsü; Devlet, sosyal ve ekonomik alanlarda Anayasa ile belirlenen görevlerini, ekonomik istikrarın korunmasını gözeterek, malî kaynaklarının yeterliği ölçüsünde yerine getirir.

Beşincisi; Usulüne göre yürürlüğe konulmuş (sağlıkla ilgili) milletlerarası andlaşmalar kanun hükmündedir.

Altıncısı; 1982 Anayasası'nın sağlık ve sağlık hizmetleri kavramlarını geniş anlamda kabullendiği anlaşılmaktadır.

1982 Anayasasından önceki Anayasalarda sağlık hakkına ve sağlık hizmetlerine yeterince yer verilmemiştir.

1921 Anayasası 23 madde olup, yasama ve yürütmeyi düzenlemiştir. Sağlık hakkı veya sağlık hizmetleri ile ilgili herhangi bir düzenlemede bulunmamıştır.

1924 Anayasası 15 maddeden ibarettir. Sağlık hakkı veya sağlık hizmetleri ile ilgili herhangi bir düzenlemede bulunmamıştır.

1961 Anayasası 49. maddesinde sağlık hakkının genel anlamda yer vermiştir. Devletin herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini ve tıbbî bakım görmesini sağlamakla ödevli olduğunu belirtmiştir.

2. Sağlık Hizmetleri İle İlgili Yasal Düzenlemeler

Türkiye'deki sağlık hizmetlerinin hukukî kaynaklarından birisi de yasalardır. Yasa, Anayasa'da yer alan sağlık ile ilgili temel hukuk kurallarının nasıl uygulanacağını geniş bir şekilde açıklar.

Kamu yönetimi alanında binlerce yasaya rastlanır. Hemen her kamu kuruluşu bir yasaya dayanır. Kuruluşun görevleri ve çoğu zaman işleyişi ve kamu kuruluşuna tanınan yetkiler yasalarla düzenlenmiştir.

Sağlık hizmetleri ile ilgili yasal düzenlemeler oldukça dağınıktır ve birbirinden kopuktur. Yürürlükteki sağlık yasaları eskimiştir. Günün ihtiyaçlarına cevap vermekten uzaktır. Bunlar dağınık ve düzensiz bir yapı arz ederler. Bazı yeni sağlık meslekleri (sözgelimi: fizyoterapistlik gibi) kanun

tanımlamamakta ve bunların çalışma şekillerine ilişkin tartışmalar tüm hızıyla sürmektedir.⁴

Sağlık ile ilgili yasal düzenlemelerin yazılım ve imlâ bakımından oldukça hatalı oldukları gözlenmiştir. Çoğu yasal düzenlemede hastane sözcüğü kullanılmıştır. Oysa Türk İmlâ Kılavuzuna göre hastahane sözcüğü kullanılmalıdır.⁵

Sağlıkla ilgili yasalar çok sayıdadır, dağınıktır. Sağlıkla ilgili yasal düzenlemelerden önemli olanları şunlardır:

1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun, 1593 sayılı Umûmî Hıfzısıhha Kanunu, 2219 sayılı Hususî Hastahaneler Kanunu, 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Genel Kanunu.⁶

Sağlık hizmetleri ile ilgili yasal düzenlemelerin yetersiz oluşu, kamunun sağlık hizmetlerini olumsuz yönden etkilemektedir. Çünkü kamu kuruluşları, eylem ve işlemlerini yasalara uygun olarak yürütmek zorundadırlar.⁷

3. Sağlık Hizmetleri İle İlgili Yasa Gücünde Olan Kaynaklar

Türkiye'deki sağlık hizmetlerinin hukukî kaynaklarından birisi de yasa gücünde olan kaynaklardır.

Yasa gücünde olan kaynaklardan uluslararası andlaşmalar ile Kanun Hükmünde Kararnâmeler(KHK) kamu yönetimini çok yakından ilgilendirir. Bu yüzden Uluslararası Andlaşmaların ve Kanun Hükmünde Kararnamelerin (KHK) sağlıkla ilgili düzenlemeleri bulunmaktadır.

⁴ Yerebakan, Metin : Özel Hastahaneler Araştırması, İstanbul 2000, s.151.

⁵ _____: Yazım Kılavuzu – İmlâ Kılavuzu, Sabah Yayıncılık, Eskişehir 2000, s.116.

⁶ Kodal, Mehmet – Salih Zeki Çapakçur: Yataklı Tedavi Kurumları Sağlık Mevzuatı, Ankara 1998, s.iv.

⁷ Gözübüyük, A.Şeref : a.g.e., s.47.

A. Sağlık ile İlgili Uluslararası Andlaşmalar

Türkiye Cumhuriyeti'nin altına imza koyduğu Uluslararası Andlaşmaların sağlık hizmetleri ile ilgili hükümleri iç hukukta bağlayıcı olduğundan söz konusu andlaşmaların ilgili hükümlerine yer verilmesi tezimiz açısından önemlidir.

Yürürlüğe konulan uluslararası andlaşmalar yasa gücündedir. Yönetim görevlerini yürütürken bunlara uymak zorundadır.⁸

Yürürlüğe konmuş andlaşmalar yasa gücündedir. Bunların Anayasaya aykırılığı ileri sürülemez ve iptali için Anayasa mahkemesine başvurulamaz. Bunun anlamı iç hukukun bir parçası olan andlaşmalar, Anayasaya aykırı olsalar bile uygulanacaktır.

1982 Anayasasının "Milletlerarası Andlaşmaların Uygun Bulma" başlıklı 90.maddesinin 5.paragrafı, milletlerarası andlaşmaların iç hukukta geçerli olduğunu düzenlemiştir.

Türkiye Cumhuriyeti'nin altına imza koyduğu ve iç hukukumuzda bağlayıcı olan Uluslararası Andlaşmaların sağlık ile ilgili hükümleri aşağıda olduğu gibidir.

a. Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi

Günümüz medeniyetinin en önemli manifestolarından birisi olan Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Evrensel Bildirgesinin sağlık ile ilgili düzenlemeleri Türkiye Cumhuriyeti kamu idaresini de bağlamaktadır.

BM Genel Kurulu'nun 10 Aralık 1948 günü ilân ettiği İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi başlangıç kısmı ve 30 maddeden ibarettir. Bildirgenin 25. maddesi iki paragraf halinde sağlık hakkını düzenlemiştir.

Herkesin , gerek kendisi, gerek ailesi için yiyecek, giyim, konut, tıbbî bakım ve gerekli sosyal hizmetler de dahil olmak üzere, sağlık ve refahını sağlayacak uygun bir yaşam düzeyine ve işsizlik, hastalık, sakatlık, dulluk,

⁸ Gözübüyük, A.Şeref : a.g.e., s.51.

yaşlılık veya geçim olanaklarından kendi iradesi dışında yoksun bırakacak başka durumlarda güvenliğe hakkı vardır.

Ana ve çocuk özel bakım ve yardım görme hakkına sahiptir. Bütün çocuklar, evlilik içi veya dışı doğmuş olmalarına bakılmaksızın aynı sosyal korunmadan yararlanırlar.⁹

Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi, kişilerin insan olarak doğduklarından her ortamda sağlık hakkına sahip olduklarını; Devletlerin ve benzer örgütlenmelerin vatandaşlarının ve bireylerin sağlık ihtiyaçlarını gidermelerini salık vermiştir.

b. 29 Sayılı Uluslararası Çalışma Örgütü Sözleşmesi

Uluslararası Çalışma Örgütü'nün 28 Haziran 1930 tarihli Cebri Çalıştırma hakkında 29 sayılı sözleşme sosyal içerikli geniş kapsamlı düzenlemeler içermektedir. Sözleşmenin 17. maddesi sağlıkla ilgilidir.¹⁰

Uluslararası Çalışma Örgütü'nün 29 sayılı sözleşmesi uzun süre insanların sosyal yaşam koşullarını ve sağlık durumlarını olumlu yönde etkilemiştir. Söz konusu sözleşmenin ilgili hükümleri şunlardır.¹¹

⁹ Sencer, Muzaffer: İnsan Hakları : Ana Kuruluşlar ve Belgeler, Ankara 1986, s.59.

¹⁰ Aktan, Coşkun Can (ed.) : Haklar ve Özgürlükler Antolojisi, Ankara 2000, s.129.

¹¹ İşçilerin uzun bir müddet işyerlerinde kalmalarını mecbur eden inşaat ve bakım işleri için cebri veya mecburi çalıştırmaya başvurulmasına müsaade etmeden önce yetkili makamlar aşağıdaki hususlardan emin olmalıdır;

1. İşçilerin sağlığının korunması ve onlara gerekli her türlü tıbbî bakımın deruhte edilmesi ve özellikle

Bu işçilerin işe başlamadan evvel ve çalışma süresince belirli aralıklarla doktor tetkikinden geçmesi,

Bütün ihtiyaçları karşılamak için gerekli materyal, hastahaneler, hasta bakıcılar, dispanserler ve yeterli sağlık personelinin varolması,

İşyerlerindeki sıhhi şartların, işçilerin su, yiyecek, içecek maddelerinin temin edilmesi ve işyerinin mutfak materyali ile teçhizinin iyi bir şekilde sağlanması ve gerektiğinde de lojman ve kıyafet yardımının tatminkar durumunda olması,

İşçilerin çalışma mahalline gidiş gelişleri yol masrafları ve sorumluluğu idare sağlamalıdır. İdare mevcut bütün nakliyat vasıtalarından mümkün olduğu kadar geniş ölçüde faydalanarak bu yolculukları kolaylaştırmalıdır.

3. Belirli bir süre iş göremezliğe sebebiyet veren iş kazası veya hastalık halinde işçinin kendi memleketine dönmesiyle ilgili masrafları idare tarafından karşılanmalıdır.

c. Avrupa Sosyal Şartı (Avrupa Sosyal Haklar Sözleşmesi)

18 Ekim 1961 yılında kabul edilen Avrupa Sosyal Haklar Sözleşmesinde sağlık ile ilgili hükümler bulunmaktadır.¹²

Sözleşmenin 3. maddesi güvenli ve sağlıklı çalışma koşulları hakkını içermektedir. Sözleşmenin 3. maddesi şöyle düzenlenmiştir.¹³

Sözleşmenin 11. maddesi Sağlığın Korunması Hakkını içermektedir. Sözleşmenin 11. maddesi şöyle düzenlenmiştir.¹⁴

Sözleşmenin 13. maddesi Sağlık ve Sosyal Yardım Hakkını içermektedir.¹⁵

d. Birleşmiş Milletler Her Çeşit Irk Ayrımcılığının Kaldırılmasına İlişkin Uluslararası Sözleşme

¹² Aktan, Coşkun Can (ed.) : a.g.e., s.259.

¹³ Sözleşmeci taraflar, güvenli ve sağlıklı çalışma koşulları hakkının etkin biçimde kullanılmasını sağlamak üzere:

1. Güvenlik ve sağlık alanında yasal düzenlemeler yapmayı;
2. Gözetim önlemleriyle bu düzenlemelerin uygulanmasını sağlamayı;
3. Gerektiğinde iş güvenliği ve sağlığını geliştirmeyi amaçlayan önlemler konusunda çalıştıranların ve çalışanların örgütlerine danışmayı; yükümlenirler.

¹⁴ Sözleşmeci taraflar, sağlığın korunması hakkının etkin biçimde kullanılmasını sağlamak üzere, ya doğrudan veya kamusal veya özel örgütlerle işbirliği içinde, diğer önlemlerin yanısıra,

1. Sağlığın bozulmasına yol açan nedenleri olabildiğince ortadan kaldırmak;
2. Sağlığı geliştirmek ve sağlık konularında kişisel sorumluluğu artırmak üzere eğitim ve danışma kolaylıkları sağlamak;
3. Salgın hastalıklarda yerleşik, bölgesel ve başka hastalıkları olabildiğince önlemek; üzere tasarlanmış uygun önlemler almayı yükümlenirler.

¹⁵ Sözleşmenin 13. maddesi şöyle düzenlenmiştir. Sözleşmeci Taraflar, sağlık ve sosyal yardım hakkının etkin biçimde kullanılmasını sağlamak için;

1. Yeterli olan ağı bulunmayan ve kendi çabasıyla veya başka kaynaklardan, özellikle bir sosyal güvenlik sisteminden yararlanarak böyle bir olanak sağlayamayan herkese yeterli yardımı sağlamayı ve hastalık halinde bunun gerektirdiği bakımı sunmayı;
2. Böyle bir yardım görenlerin bu nedenle siyasal ve sosyal haklarının kısıtlanmasını önlemeyi;
3. Herkesin, kişisel veya ailevi yoksulluklar halini önlemek, gidermek veya hafifletmek için gerekebilecek önerilerle kişisel yardımları uygun kamusal veya özel hizmetler eliyle alabilmesini sağlamayı;

Bu maddenin 1. 2 . ve 3. fıkralarında değinilen hükümleri, ülkelerinde yasal olarak bulunan başka sözleşmeci tarafların uyruklarını kendi uyruklarıyla eşit tutarak 11 Aralık 1953'de Paris'te imzalanmış olan Sosyal ve Tıbbî Yardım Avrupa Sözleşmesi'yle üstlendiği yükümlülükler uyarınca uygulamayı yükümlenirler.

Birleşmiş Milletlerin 21 Aralık 1965 yılında kabul ettiği her çeşit ırk ayrımcılığının kaldırılmasına ilişkin uluslararası sözleşmenin 5. maddesi sağlıkla ilgili hükümleri ifade etmektedir.

Bu sözleşmenin 2. maddesinde konmuş olan temel yükümlülükler uyarınca Taraf Devletler, ırk ayrımcılığını her biçimiyle yasaklamayı ve kaldırmayı ve ırk, renk yada ulusal yada etnik köken ayrımı yapmaksızın, herkes için yasa önünde eşitlik sağlamayı ve öncelikle aşağıdaki hakları güvence altına almayı yükümlenir.

Sözleşmenin aşağıdaki haklar olarak saydıkları arasında sağlık hakkı da bulunmaktadır. Halk sağlığı, tıbbî bakım, toplumsal güvenlik ve toplumsal hizmet hakkı, söz konusu haklar olarak sayılmıştır.¹⁶

e. Birleşmiş Milletler Ekonomik, Toplumsal ve Kültürel Haklar Uluslararası Sözleşmesi

Birleşmiş Milletlerin 16 Aralık 1966 tarihinde kabul ettiği ekonomik, toplumsal ve kültürel haklar uluslararası andlaşma sözleşmesinin 12. maddesinde sağlık ile ilgili düzenlemeler bulunmaktadır.¹⁷

Sözleşmenin sağlık ile ilgili maddeleri günümüz kamu idarelerine sağlık hizmetleri ile ilgili yol gösterici ve aynı zamanda bağlayıcı kurallar göstermiştir.¹⁸

¹⁶ Aktan, Coşkun Can (ed.) : a.g.e., s.280,282.

¹⁷ Aktan, Coşkun Can (ed.) : a.g.e., s.319.

¹⁸ Söz konusu Andlaşmanın 12. maddesinin düzenlemesi şöyledir;

1. Bu sözleşmeye Taraf Devletler, herkesin erişilebilir en yüksek bedensel ve ruhsal sağlık standartlarından yararlanma hakkını tanır.

2. Bu sözleşmeye Taraf Devletlerce bu hakkı tam olarak gerçekleştirmek üzere yapılacak girişimler;

a) Ölüm doğum oranı ve çocuk ölümlerinin azaltılması ve çocuğun sağlıklı gelişmesi için önlemler alınması;

b) Çevre ve endüstri sağlığının her bakımdan iyileştirilmesi;

c) Salgın ve yöresel hastalıklarla, meslek hastalıkları ve öteki hastalıkların önlenmesi, bakımı ve denetlenmesi;

d) Hastalık durumunda herkese tıbbî hizmet ve bakım sağlayacak koşulların yaratılması için gerekli olan önlemleri içerir.

f. Birleşmiş Milletler, Toplumsal Gelişme ve Kalkınma Bildirisi

Birleşmiş Milletlerin 6-12 Aralık 1969 tarihleri arasındaki toplantı sonucu kabul etmiş olduğu Toplumsal Gelişme ve Kalkınma Bildirisinin 19. maddesinde sağlıkla ilgili hususlara yer verilmiştir.¹⁹

g. Birleşmiş Milletler Kopenhag Sosyal Kalkınma Deklarasyonu

Birleşmiş Milletler üyesi ülke temsilcilerinin 6-12 Mart 1995 tarihleri arasında yaptıkları toplantılar sonucunda yayınladıkları Kopenhag Sosyal Kalkınma Deklarasyonunun 6'ncı taahhüdünde sağlıkla ilgili ilkelere yer vermişlerdir.²⁰

¹⁹1. Tüm halka ücretsiz sağlık hizmetlerinin ve herkese koruyucu sağlık yardımlarının sağlanması;

2. Kapsayıcı toplumsal güvenlik sistemleri ve toplumsal yardım hizmet programları uygulanması ve verilen hizmetlerin iyileştirilmesi ve eşgüdümlemesi amacıyla yasal önlemler alınması ve yönetsel düzenlemelerin yapılması;

3 .Uluslararası Çalışma Örgütünün 97 nolu Sözleşmesinin ve göçmen işçilere ilişkin uluslar arası belgelerin hükümleri uyarınca göçmen işçilere ve ailelerine toplumsal yardım hizmetlerinin sağlanması için önlemlerin alınması;

4. Zihinsel yada bedensel olarak özürli kimselerin, özellikle çocukların ve gençlerin, olabildiğince tam yararlı toplum üyeleri olabilmelerine olanak verecek biçimde topluma kazandırılmaları için uygun önlemlerin alınması ve bu önlemlerin teknik uyarılama, eğitim, mesleki ve toplumsal kılavuzluk ve uygun yerleştirme ve öteki gerekli yardımları içermesi ve özürliülerin özürlerinden ötürü ayrımcılık konusu olmayacağı toplumsal bir sorumluluktur.

²⁰ Evrensel ve eşit fırsatlı nitelikli eğitim hedef için çaba sarfederek bu hedefe ulaşmak, bedensel ve ruhsal sağlık alanında mümkün olan en yüksek standarda ulaşmak, herkes için hizmetlerini gerçekleştirmek, toplumsal koşullarla ilgili eşitsizlikleri düzeltmek ve bu alanda ırk, ulusal köken, cinsiyet farklılığı yaşı yada sakat olup olmama gibi uluslara dayalı bir ayrımcılık yapmamak, ortak ve özel kültürlerimizin geliştirilmesi ve bunlara saygı göstermek, kalkınmada kültürün rolünü güçlendirmeye çalışmak, insanı merkez alan sürdürülebilir kalkınmanın temel ilkelerini koymak, insan kaynaklarını tam manasıyla geliştirmek ve toplumsal kalkınmanın iletilmesine katkıda bulunmak konularında taahhütte bulunuyoruz. Bu etkinliklerin amacı, tam ve üretken istihdamı geliştirmek ve toplumsal bütünleşmeye destek olmaktır.

Bunun için ulusal düzeyde yapacaklarımız aşağıda belirtilmiştir:

a)Çocuk Hakları Sözleşmesi'nin (13) hükümlerine bağlı olarak, çocukların, özellikle kız çocuklarının haklarını kullanabilmelerini ve bu hakların geliştirilmesini, eğitim, yeterli beslenmeyi ve temel sağlık hizmetlerinden yararlanmayı herkes için olanaklı kılarak ve ebeveynlerin ve çocuklardan yasal bakımdan sorumlu başka kişilerin hak, görev ve sorumluluklarını kabul ederek sağlayacağız;

b)Kız çocukları ve kadınların eğitim olanaklarından tam ve eşit biçimde yararlanmalarını sağlayacağız; kadının eğitime yatırım yapmanın, toplumsal eşitlik, yüksek üretkenlik ve sağlık koşullarının iyileşmesi, çocuk ölüm oranlarının ve doğurganlık oranlarının düşürülmesi gibi alanlarda toplumsal kazanımların elde edilmesi bakımından son derece önemli olduğunu kabul ediyoruz;

h. Avrupa Konseyi İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi

Avrupa Konseyi'nin Kasım 1996 tarihinde kabul ettiği İnsan Hakları ve Biyotıp sözleşmesi bir nevi hasta hakları niteliğindedir. Kişinin onayı ve rızası olmadan, herhangi bir gerekçe ile O'nun vücudu üzerinde müdahalede bulunulamayacağını düzenlemiştir.

Sözleşme biyoloji ve tıbbî uygulamalarda ayırım gözetmeden insan hakları ve temel özgürlükler temel alınarak bütün bireylerin onur ve kişilik özelliklerinin garanti altına alınmasını;

Bilimin ilgi alanının insanların iyiliğinin önüne geçemeyeceğini vurgulamıştır.

Sözleşmeyi imzalayan Taraflar, sağlık gereksinmelerini ve kaynakları göz önüne alarak yeterli kalitede bir sağlık hizmetlerine erişmede eşitliği sağlamaya çalışmalıdır.

Sözleşme Sağlık alanındaki araştırmalar dahil her girişim için meslekî standartların oluşturulmasını salık vermiştir.

B. Sağlık Hizmetleri İle İlgili Kanun Hükmünde Karamnâmeler

Türkiye'de sağlık hizmetlerinin yapılanmasının hukukî kaynaklarından olan sağlık ile ilgili önemli Kanun Hükmünde Karamnâmeler şunlardır: Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının Görevleri Hakkında

c) Yerli toplulukların, özel gereksinmelerine, isteklerine ve kültürlerine uygun tarzda eğitim alma haklarını kabul ediyoruz ve bu toplulukların sağlık hizmetlerinden tam anlamıyla yararlanmalarını sağlayacağız;

d) Toplumsal kalkınmanın ön koşullarından biri olarak çocuklar, gençler ve yetişkinler için okulda ve topluluk içindeki sağlık eğitimi programları oluşturacağız ve bu çalışmayı destekleyeceğiz; çocuklardan yasal olarak sorumlu olan ebeveynlerin ve başka sorumlu kişilerin haklarını, görevlerini ve sorumluluklarını Çocuk Hakları Sözleşmesi'ne uygun olarak dikkate alacağız;

e) Alma Ata Temel Sağlık Hizmetleri Deklarasyonu'ndaki açıklamalara uygun olarak ve eşit ve toplumsal adaletin gerçekleştirilmesi ilkesini temel alarak, ülkeler düzeyinde Herkes İçin Sağlık Stratejileri'nin hedeflerine ulaştırılması amacıyla derhal şu doğrultularda çaba harcamaya başlayacağız: Sağlıklı içme suyu temini, insan sağlığının korunması ve beslenme eğitimi ve önleyici sağlık programlarını teşvik edeceğiz, ülkeler düzeyinde genel, ayrımcılığı dışlayan temel sağlık hizmetleri plânları yada programlarının geliştirilmesine yada güncelleştirilmesine başlayacağız.

13.12.1983 gün ve 181 nolu Kanun Hükmünde Kararname²¹, Gıdaların üretimi, Tüketimi ve Denetlenmesine Dair 27.06.1995 gün ve 560 nolu Kanun Hükmünde Kararname.²²

Türkiye'deki sağlık hizmetlerinin asıl sahibi olan Sağlık Bakanlığı'nın teşkilâtlanması ve görevlerini içeren düzenlemenin Kanun Hükmünde Kararname ile yapılması toplumsal konsensüsü sağlamadığından olumsuz bir olgu olarak kabul edilmelidir. Toplumsal uzlaşmanın yeri olan Türkiye Büyük Millet Meclisinde böyle önemli konuların yasa ile düzenlemesi daha uygun olacaktır.

4. Sağlık Hizmetleri İle İlgili Düzenleyici İşlemler

Türkiye'deki sağlık hizmetlerinin yapılanmasının hukukî kaynaklarından birisi de idarenin düzenleyici işlemleridir.

Kamu yönetimi, düzenleyici işlemleri ile hukukun oluşmasına katkıda bulunur. Düzenleyici işlemler, kamu hizmetlerinin düzenli bir biçimde yürütülmesini sağlar. Düzenleyici işlemler, hem yönetilenleri, hem de düzenleyici işlemi yapanları bağlar. Düzenleyici işlemlerin üst hukuk kurallarına aykırı olmaması gerekir. Üst kurallara aykırı olan işlemler yargı yerlerince iptal edilirler.²³

Tüzük, yönetmelik gibi düzenleyici işlemlerin düzenlenmesi ve çıkarılması kolay ve basit olduğundan genellikle bunlara başvurulur. Oysa ihtiyaç olduğunda yasal düzenlemelere de gidilmelidir.

A. Sağlık Hizmetleri İle İlgili Tüzükler

Sağlıkla ilgili önemli tüzükler şunlardır: 28.02.1982 Tarih ve 8/5747 nolu Özel Hastahaneler Tüzüğü²⁴, 27.12.1972 tarih ve 7/5578 nolu Uluslararası Sağlık Tüzüğü.²⁵

²¹ 14 Aralık 1983 gün ve 18251 sayılı RG.

²² 28 Haziran 1995 gün ve 22327 sayılı RG.

²³ Gözübüyük, A.Şeref : a.g.e., s.58.

²⁴ 10 Ocak 1983 gün ve 17924 sayılı RG.

²⁵ 25 Nisan 1973 gün ve 14517 sayılı RG.

Anayasaya göre Tüzükler, ya yasaların uygulanmasını göstermek ya da yasaların emrettiği durumları düzenlemek için çıkarılır. Tüzükler, yasaların boşluklarını doldurmak için çıkarılamaz. Yasalarla soyut olarak verilen görevler, tüzüklerle daha somut bir biçime sokulur. Tüzüklerin her zaman yasaya dayanması gerekir. Tüzükler yasaya aykırı olamaz.²⁶

B. Sağlık İle İlgili Yönetmelikler

Türkiye'deki sağlık hizmetlerinin yapılanmasının hukukî kaynaklarından birisi olan Yönetmelik, Devlet örgütü içinde bulunan çeşitli kurum ve kuruluşların daha çok kendi iç bünyelerini ilgilendirilen, çalışma yöntemlerini düzenleyen kurallar bütünüdür.²⁷

Kamu kuruluşları, kendi görev alanlarına giren konuları çıkaracakları Yönetmeliklerle düzenlerler. Sağlık Bakanlığı da ülkedeki sağlık hizmetleriyle ilgili olarak çok sayıda yönetmelik çıkarmıştır.

Sağlıkla ilgili önemli yönetmelikler şunlardır: Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık İşletmelerinin Yönetimi ile Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik, Kaza Sağlık İdareleri ve Sağlık merkezleri Yönetmeliği, Köy Sağlık memurları Yönetmeliği, Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetin Yürütülmesi Hakkında Yönetmelik, Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, Vilayet Sıhhat Müdür ve Hükümet Tabipleri ile Belediye Sağlık İşleri Müdür ve Belediye Tabiplerine Ait Vazife Yönetmeliği.

5. Sağlık ile ilgili Diğer Hukukî Kaynaklar

Türkiye'deki sağlık hizmetlerinin yapılanmasının hukukî kaynaklarından diğerleri kategorisinde gelenek hukukunu, içtihat hukukunu ve öğretiyi sayabiliriz.

²⁶ Gözübüyük, A.Şeref : a.g.e., s.59.

²⁷ Yılmaz, Ejder: a.g.e., s.801.

Tıp ilminin ve sağlık faaliyetlerinin uluslararası nitelikteki yeminlerini, kural ve kaidelerini bu anlamda kabul etmek gerekir. Hipokrat Yemininin önemi büyüktür.

Tıpta yemin denilince akla ilk gelen "Hipokrat Andı" dır.²⁸ Hipokrat (M.Ö.460 – 370) yaklaşık 2500 yıl önce tıbbın özellik arzeden bir sanat olduğu fikrini benimseyerek, bu sanatı yapacak olanları belli bir yemin etrafında birleştirmek ve sanatın kutsallığını ifade edebilmek amacı ile böyle bir metni gelecek kuşak hekimlerine miras bırakmıştır.

Tıpta yemin Hipokrat'tan sonra Galen, Laennec, Hufeland gibi ünlü isimlerin ilgi odağı olmuş ve bu hekimler de kendi oluşturdukları metinleri tıp dünyasına armağan etmişlerdir. Ancak yeminlerin sadece isimleri değişmiş, anlam ise "Hipokrat Andı"nda olduğu şekilde kalmıştır.²⁹

6. Uluslararası Örgütlerin Sağlık Hizmetlerine Etkisi

a. Avrupa Birliği'nin Sağlık Hizmetlerine Etkisi

Türkiye'nin sağlık hizmetleri açısından çok fazla etkileşimde bulunduğu etkenlerden birisi de Avrupa Birliği'dir. Türkiye'nin diğer konularda

²⁸ www.e-kolay.net:5214/saglik/ilkyardim/index/hipokrat.asp.

²⁹ Hipokrat Yemini:

Hekim Apollon Aesculapions, hygia panacea ve bütün tanrı ve tanrıçalar adına And içerim. Onları tanık ve şahit tutarım ki, bu andımı ve verdiğim sözü gücüm kuvvetim yettiği kadar yerine getireceğim. Bu sanatta hocamı, babam gibi tanıyacağım, rızkımı onunla paylaşacağım. Paraya ihtiyacı olursa kesemi onunla bölüşeceğim. Öğrenmek istedikleri takdirde onun çocuklarına bu sanatı bir ücret veya senet almaksızın öğreteceğim. Reçetelerin örneklerini, ağızdan bilgileri şifahi malumatı ve başka dersleri evlatlarıma, hocamın çocuklarına ve hekim andı içenlere öğreteceğim. Bunlardan başka bir kimseye öğretmeyeceğim. Gücüm yettiği kadar tedavimi hiçbir vakit kötülük için değil yardım için kullanacağım. Benden ağrı (zehir) isteyene onu vermeyeceğim gibi, böyle bir hareket tarzını bile tavsiye etmeyeceğim. Bunun gibi bir gebe kadına çocuk düşürmesi için vermeyeceğim. Fakat hayatımı, sanatımı tertemiz bir şekilde kullanacağım. Bıçağımı mesanesinde taş olan muzdariplerde bile kullanmayacağım. Bunun için yerimi ehline terk edeceğim. Hangi eve girersem gireyim, hastaya yardım için gireceğim. Kasıtlı olan bütün kötülüklerden kaçınacağım. İster hür ister köle olsun erkek ve kadınların vücudunu kötüye kullanmaktan, mazaratan sakınacağım. Gerek sanatımın icrası sırasında, gerek sanatımın dışında insanlarla münasebette iken etrafımda olup bitenleri, görüp işittiklerimi bir sır olarak saklayacağım ve kimseye açmayacağım. Vegrorum arcana visa, audita intellecta nemo eliminet.

olduğu gibi sağlık hizmetleri açısından da uzun zamandır içersinde yer almaya çalıştığı Avrupa Birliği'nden olumlu fayda sağlamaktadır.

Türkiye Cumhuriyeti'nin 1959 yılında başlayan Avrupa Topluluğuna katılım sürecinde sağlık hizmetlerinin niteliğini etkileyecek örgütlenmelere gidilmiştir.

Avrupa Topluluğu'na üye olan yeni ülkeler, üyelikten önce idarî yapıda, önemli yapı değişikliği için uzun süreli hazırlık yapmışlardır. Avrupa Topluluğuna katılmayı millî bir politika haline getiren Türkiye'nin Toplulukla uyum konusunda idarî yapıda gerekli çalışmalara girmesi zarureti hasıl olmuştur.³⁰

14.4.1989 gün ve 367 nolu Bakanlıklarda ve Bağlı Kuruluşlarda Avrupa Topluluğuyla İlgili Birimler Kurulması ve 190 sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin Eki Cetvellerde Değişiklik Yapılmasına dair Kanun Hükmünde Kararnâme yayınlanmıştır.³¹

367 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile Bakanlıklarda ve Bağlı Kuruluşlarda AT ile ilgili birimler kurulması kararlaştırıldı. Böylece, Bakanlıklarda, Kamu Kurum ve Kuruluşlarda teşkilât kanununa dayanan ve kadrolu AT birimleri kuruldu. Bakanlıklardaki AT ile ilgili çalışmalar çerçevesinde Sağlık Bakanlığı Avrupa Birliği Koordinasyon Dairesi Başkanlığı Kuruldu.³²

Türkiye'nin AB ile ilişkilerini düzenleyen ulusal program, bakanlar kurulunda 19.03.2001 günü onaylandı. Aynı gün Bakanlar Kurulu, Hükümetin Helsinki Zirvesi sonrasında adaylık sürecinin hızlı ve kararlı bir biçimde yürütülmesi ve en kısa zamanda sonuçlandırılması için gerekli önlemleri aldığını; Ulusal programın Türkiye'nin siyasi, ekonomik, sosyal ve kurumsal yapısında reform niteliğinde değişiklikler öngördüğünü; Türkiye'nin bu dönüşümü gerçekleştirerek, hem Avrupa Birliğine tam üyelik hedefine

³⁰ Akyel, Recai: Türk İdari Yapısında Avrupa Topluluğuna Uyum Çalışmaları, yayınlanmamış kaymakamlık tezi, s.10.

³¹ 4 Mayıs 1989 gün ve 20158 sayılı RG.

³² Akyel, Recai: Türk İdari Yapısında Avrupa Topluluğuna Uyum Çalışmaları, a.g.e. s.57.

ulaşacağını, hem de uluslararası plânda daha güçlü ve etkin bir konuma geleceğini belirtmiştir.³³

Avrupa Birliği, ülkemizdeki sağlık hizmetlerinin daha kaliteli ve daha verimli olmasını teşvik etmektedir. Bu pozitif etki sık sık fark edilmektedir. Sağlık Bakanlığı Avrupa Birliği Koordinasyon Dairesi Başkanlığı, Sağlık Bakanlığına bağlı hastahanelerin AB'ne uyum çalışmaları sonunda hastahanelerde oluşan kuyrukların sona ereceğini; hekim hatalarının da azalacağını düşünmektedir.³⁴

B) Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) Sağlık Hizmetlerine Etkisi

Dünya Sağlık Örgütü 22 Temmuz 1946 yılında kuruldu. Uluslararası Kamu Sağlık Koruma Ofisinin ve Milletler Cemiyeti Sağlık Koruma Örgütü'nün yerini almıştır. Merkezi Cenevre'dedir. Amacı; bütün ulusların en büyük sağlık düzeyine ulaşmasını sağlamaktır.³⁵

Kalkınma yolunda büyük ekonomik problemleri aşmaya uğraşan gelişmekte olan ülkelerde sağlık sisteminin eldeki kıt beşeri ve finansal kaynaklar çerçevesinde revize edilmesi sağlık hizmetlerinin sürdürülebilmesi ve etkinliğinin sağlanması açısından önem kazanmaktadır. Bu nedenle ülkelerin geleceğe yönelik olarak kaynaklarını yeniden değerlendirmeleri gündeme gelmektedir.

Bu amaçla 1981 yılında Dünya Sağlık Örgütü tarafından ülkelerin sağlık bakanlarına hitaben kullanmaları mümkün tüm kaynaklarını gözden geçirdikten sonra bütün finansal kaynakların kullanımı için bir malî master plân yapmalarını öngören "2000 yılında herkes için sağlık" isimli bir strateji yayınlanmıştır. Bu strateji ile ülkeler ülke kaynaklarından faydalanma analizi olarak isimlendirdiğimiz analizin bir parçası olarak kendi sağlık malîyetlerini plânlamaya teşvik edilmiştir.³⁶

³³ Türkiye Gazetesi, 20.03.2001 günlü nüsha.

³⁴ Dünya Ekonomi-Politika, 08.03.2001 günlü nüsha.

³⁵ Yazım Kurulu: Thema Larousse, Tematik Ansiklopedi, İstanbul 1993-1994, C.4, s.238.

³⁶ Kurtulmuş, Sevgi: Sağlık Ekonomisi ve Hastahane Yönetimi, İstanbul 1998, s.124.

Dünya Sağlık Örgütü 21. yüzyıla girerken 2000 yılında herkese sağlık sloganını kullanmıştır. Bu 2000 yılında tüm dünya bireylerinin sağlıklı olma isteği ve temennisi idi. Ottawa'da 1986 da yapılan toplantıda sağlığı yükseltme politikası böylece iki kelime içerisinde özetlenmiştir: "herkese sağlık".³⁷

Çağdaş halk sağlığı anlayışının günümüzdeki içeriği son derece geniştir. Bunu iyi kavrayabilmek için "toplumsal iyilik" kavramını açmak gereklidir. Bu terim günümüzde toplum hekimliği olarak da tanınan anlayışın temel ilkesini oluşturmaktadır. Bu anlayış 1978 yılında yayınlanan ve WHO ya üye olan tüm ülkelerce onaylanmış bulunan Temel Sağlık Hizmetleri Bildirisi (Alma-Ata Bildirgesi) ile doruk noktasına ulaşmış ve ayrıntılı bir biçimde tanımlanmıştır.

Alma – Ata Bildirgesinin başlıca önemli noktaları şunlardır: Sağlık hizmetlerinde, 1- Toplumsal eşitlik, 2- çevreyle bütünlük, 3- yaşamın bütünlüğü, 4- toplumsal etmenler, 5- hizmetin boyutu, 6- korumaya öncelik, 7-risk gruplarına öncelik, 8- önemli hastalıklara öncelik, 9- entegre hizmet, 10- iyi yetişmiş sağlık personeli, 11- sağlık-kalkınma arasında çift yönlü etkileşim, 12- öz sorumluluk, 13- halkın katılımı, 14- evrensellik, 15- koşullara uygunluk ilkelerine uymak.³⁸

Türkiye Cumhuriyeti Hükümetleri'nin Uluslararası Andlaşmaların uygulanması ile ilgili iç hukuktaki düzenlemeleri en kısa zamanda yapmaları, Uluslararası Toplulukların zorunlu kıldığı şartlara uyumlu yasal düzenlemelerde bulunmaları Türkiye'deki sağlık hizmetlerinin verimini artıracaktır.

Türkiye Cumhuriyeti'nin üyesi bulunduğu uluslararası organizasyonların sağlık ile ilgili düzenlemelerinin ve yönlendirmelerinin kamu sağlık hizmetlerini olumlu yönde etkilemiştir.

³⁷ Kaypmaz, Ayşe: Halk Sağlığı Ders Notları-1, İstanbul 2001, s.1.

³⁸ Bertan, Münevver- Çağatay Güler: Halk Sağlığı Temel Bilgisi, Ankara 1997, s.9-10.

II. KAMU SAĞLIK HİZMETİNİN ÖZELLİKLERİ

1. Kamu Sağlık Hizmeti Aynı Zamanda Bir İdarî Faaliyettir:

Kamunun verdiği sağlık hizmetlerinin iki yönü göze çarpmaktadır. Birincisi; idarî faaliyet oluşudur. İkincisi; kamu hizmeti niteliği taşımasıdır.

Vatandaşlara Devlet tarafından sunulan sağlık hizmetleri aynı zamanda idarenin bir faaliyetidir. Türk İdare Hukukunda idarî faaliyetlerin belirli nitelikleri vardır. Bu nitelikler aynı zamanda kamunun verdiği sağlık hizmetlerini de nitelendirmektedir.

Genel olarak idarî faaliyetler, yasama ve yargı faaliyetlerinin dışında kalan faaliyetler olarak tanımlanır. İdarî faaliyetler, yasama ve yürütmenin saptadığı yönde, hukuk sınırları içinde toplumun yaşamını sürdürmesi için yürütülen kurumsal etkinliklerdir. Bunların özelliklerinden bazıları şöyle sıralanabilir:

a) Yönetmel işlevlerin amacı, kamu yasasının sağlanmasıdır. Yönetmel işlevin ulaşmak istediğı amaç, yasama ve yürütme organı tarafından saptanır.

b) Yönetmel işlevlerin konusu, toplumun gereksinmelerini karşılayabilmek, toplumun yaşamını sürdürebilmek için yürütülen kamu hizmetleridir.

c) Yönetmel işlevler, ya hukuksal işlem olarak, ya da eylem olarak yapılır.

d) Yönetmel işlevler ve bunları yürüten görevliler sürekli'dir. Yürütme yada yasamanın değışmesi ile yönetmel işlevleri yürüten görevliler değışmez.

a) Yönetmel işlevler hukuka uygun olarak yürütölür.

b) Yönetmel işlevler, bir istekle bağılı olmaksızın, yönetmel kuruluşlarca kendiliğinden yürütölür; uygulamaları da kural olarak , yönetmel kuruluşlarca yapılır; başka bir kamu kuruluşunun; yada kişilerin aracılığına

gerek duymaz. Yönetimin aldığı kararların çoğu etkili kararlardır; kural olarak kendiliğinden hukuksal sonuç doğururlar.³⁹

İdare etkinliklerini çoğunlukla tek yanlı tasarruflarıyla yürütür.⁴⁰

İdareye tanınan bu üstünlük ya kanunlarda yer alan bir hükme yada kamu hukukunun ilkelerine dayanır.⁴¹

İdari faaliyet olarak sağlık hizmetlerinin vatandaş açısından olumlu yönlerinin yanısıra; olumsuz yönleri de bulunmaktadır. İdarenin tek yanlı olarak düzenlediği kamu hizmeti kurallarının vatandaşları yoran, üzen kısımları da bulunmaktadır. Vatandaşın sağlık hizmetlerinin nitelik ve nicelik yönünden değiştirilmesi talepleri idare tarafından hemen karşılanmamaktadır. Aslında "idarî faaliyet" kavramı sağlık hizmetinin ruhuna uygun düşmemektedir.

2. Kamu Sağlık Hizmetlerini Etkileyen Anayasal İlkeler Vardır:

Türk kamu yönetimini etkileyen anayasal ilkelerden bazıları kamunun sunduğu sağlık hizmetlerini de etkilemektedir. Anayasal ilkelerden Hukuk Devleti ve Sosyal Hukuk Devleti ilkeleri kamu sağlık hizmetlerini pozitif yönde etkilemektedir.

A. Hukuk Devleti

Hukuk Devleti ilkesi kamunun sağlık hizmetlerini yeterince sunmasını sağlamak için vatandaşlara tanınan yaşama ve sağlık haklarının korunmasını ve aranmasını gerektirmektedir.

Bilindiği gibi Hukuk Devleti deyimi, yönetilenlere hukuk güvenliği sağlayan Devlet düzenini anlatır. Hukuk Devletinde, devlet yalnız hukuk kuralları koyan bir varlık değil, koyduğu hukuk kurallarına uyan, onlara kendini bağlı sayan bir varlıktır.

³⁹ Gözübüyük, A.Şeref : a.g.e., s.6.

⁴⁰ Odyakmaz, Zehra: "İdarenin Sözleşmeleri" , Gazi Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, Prof. Dr.İhsan Tarakçıoğlu'na Armağan, C.II, Sayı 1-2, 1998, s.143.

⁴¹ Odyakmaz, Zehra: a.g.m., s.150.

Toplumda kişinin hak ve özgürlüklerinin yalnız kişiler arasında, birbirine karşı korunması yeterli değildir; yönetimin hukuka aykırı davranışlarına karşı korunması da gerekir.⁴²

B. Sosyal Hukuk Devleti

Kamunun sunduğu sağlık hizmetlerinin anayasal temellerinden birisi de Sosyal Hukuk Devleti ilkesidir.

1961 Anayasası gibi 1982 Anayasası da, ikinci maddesinde Cumhuriyetimizi yalnız bir hukuk Devleti olarak değil, sosyal hukuk Devleti olarak nitelendirmiştir.

Sosyal Hukuk Devleti kavramından genel olarak kişilerin sosyal durumlarını iyileştirmeyi, onlara insanca bir yaşayış düzeyi sağlamayı, onları sosyal güvenliğe kavuşturmayı kendisi için ödev bilen Devlet anlaşılır.⁴³

Anayasaya göre, Türkiye Cumhuriyeti demokratik ve sosyal bir hukuk devletidir. Sosyal devlet, sosyal adalet, yani ulusal gelirden herkesin belirli bir düzeyin altına düşmeyecek şekilde uygun pay alması esasına göre kurulmuş bir devlettir.

Devlet, vatandaşların iktisadi ve sosyal durumlarını geliştirmek için sosyal sigortalar ve başka sosyal yardımlar şeklinde görülen sosyal güvenlik önlemleri almayı ödev bilmiş ve refah devleti yaratmayı amaç edinmiştir. Bu amacın ülkemizde gerçekleştirilebilmesi için, Anayasanın "Sosyal ve Ekonomik Haklar ve Ödevler" bölümünde kanun koyucuya yapacağı düzenlemenin esasları gösterilmektedir.⁴⁴

Sosyal Hukuk Devleti kavramı vatandaşların sağlık hizmetleri yönünden koruyucusu olmaktadır.

⁴² Gözübüyük, A.Şeref : Yönetmelik Yargısı, Ankara 2001, s.1-2.

⁴³ Gözübüyük, A.Şeref : Yönetim Hukuku, a.g.e., s.31.

⁴⁴ Çelik, Nuri: İş Hukuku Dersleri, İstanbul 2000, s.18.

3. Kamu Sağlık Hizmetleri Türk Kamu Yönetiminin Özelliklerinden Etkilenmektedir:

Kamunun sunduğu sağlık hizmetlerini Türk Kamu Yönetiminin özelliklerinin etkilemesi normaldir. Türk kamu Yönetimi taşıdığı özellikleriyle, vermiş olduğu sağlık hizmetlerini de etkilemektedir.

Türk kamu yönetiminin taşıdığı özelliklerinin sağlık hizmetine etkileri çeşitli açılardan ele alınabilir. Burada Türk kamu yönetiminin özelliklerine, sistem, örgüt, görev, işleyiş, kamu görevlileri ve yönetime katılma yönlerinden değinilecektir.

A. Sistem Yönünden

Türk kamu yönetimi sistemi, Fransız yönetiminin etkileri ile idarî rejim olarak nitelendirilmektedir. Bu sistemde, kamu yönetimine uygulanan kamu yönetim hukuku denen ayrı bir hukuk dalı, yönetsel yargı denen ayrı bir yargı düzeni vardır. Yine bu sistemde, kamu yönetimi tek yanlı olarak bağlayıcı kararlar alabilir; aldığı kararları, belli koşullarda, kendisi uygulayabilir.⁴⁵

Kamu sağlık hizmetlerinde çalışan personel, kamu personeli ve devlet memuru sayılmaktadır. 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'nun 36. maddesi sağlık hizmetleri ve yardımcı sağlık hizmetleri sınıfına yer vermiştir. Bu sınıf, sağlık hizmetlerinde (hayvan sağlığı dahil) meslekî eğitim görerek yetişmiş olan tabip, diş tabibi, eczacı, veteriner hekim gibi memurlar ile bu hizmet sahasında çalışan yüksek öğrenim görmüş fizyoterapist, tıp teknolojü, ebe, hemşire, sağlık memuru, sosyal hizmetler mütehassısı, biyolog, psikolog, diyetçi, sağlık mühendisi, sağlık fizikçisi, sağlık idarecisi ile ebe ve hemşire, hemşire yardımcısı, (fizik tedavi, laboratuvar, eczacı, diş anestezi, röntgen teknisyenleri ve yardımcıları, çevre sağlığı ve toplum

⁴⁵ Gözübüyük, A.Şeref : Yönetim Hukuku, a.g.e., s.9.

sağlığı teknisyenleri dahil) sağlık savaş memuru, hayvan sağlık memuru ve benzeri sağlık personelinin kapsar.⁴⁶

Kamu sağlık hizmetlerinde istihdam edilenlerin kamu personeli ve devlet memuru sayılmaları, kamu yönetimi hukuku içerisinde görev yapmaları iki olumsuzluğu birlikte taşımaktadır:

1. Hasta hakları açısından: Dikkatsizliği, tecrübesizliği, ilgisizliği nedeniyle hastalara zarara veren sağlık personeli kamunun koruması altındadır. Devlet memuruna hakaretten dolayı vatandaş aleyhine kamu davası açılabilir. Sağlık personeli aleyhine dava açabilmek için idari izin alınması zorunluluğu bulunmaktadır.

Hastaların aleyhine işleyen bu sistem yüzünden Hasta ve Hasta Yakınları Hakları Dernekleri kurulmuştur.

2. Liyakat açısından : kamu sağlık kurumlarında görevlendirilen sağlık personeli siyasi kayırmacılığın baskısı altındadır. Görevlendirmelerde liyakate önem verilmemektedir. Liyakat dışında bazı subjektif değerlendirmeler yapılmaktadır.

B. Örgüt Yönünden

Osmanlı İmparatorluğu yıkıldıktan sonra kurulan cumhuriyet pek çok alanda olduğu gibi, Osmanlı İmparatorluğunun bürokratik mirasını da devralmıştır. Nitekim, son Osmanlı kabinesinde bulunan 11 bakanlık, Türkiye Cumhuriyeti'nin ilk hükümetinde de aynen yer almış olup, diğer pek çok kamu kuruluşunun örgüt yapısı ve işleyişi değişikliğe uğramadan devam etmiştir.⁴⁷

Bugünkü kamu yönetiminin örgütsel yapısı, kalın çizgileri ile, imparatorluk dönemindeki yapıya benzemektedir. 23 Nisan 1920'de İstanbul'daki bakanlıklar örnek alınarak merkez örgütü kurulmuş ve merkezin taşra örgütü ile yerel yönetim kuruluşları bazı ufak değişikliklerle olduğu gibi benimsenmiştir.

⁴⁶ 23 Temmuz 1965 gün ve 12056 sayılı R.G.

⁴⁷ Aykaç, Burhan: Kamu Bürokrasisi ve Türk Kamu Personel Yönetiminde Bürokratik Eğilimler, Ankara 1997, s.161.

Türkiye’de kamu kuruluşları belli ilkelere dayanarak gelişmemekte, kimi zamanlarda kamu yönetiminin ana kuralları dışına kaçma eğilimi, yönetimde bir karmaşa yaratmaktadır.⁴⁸

Örgüt yönünden Türk Kamu Yönetiminin özellikleri, kamu sağlık hizmetlerini olumsuz yönden etkilemektedir.

C. Görev Yönünden

Kamu kuruluşlarında görev ve sayısal yönden büyüme eğilimi ve bu büyümenin belli ilkelere dayanmadan gerçekleştirilmesi, kamu yönetimini olumsuz yönde etkilemiştir. Kamu kuruluşları, hem yapı hem de görev yönünden karmaşık bir duruma gelmiştir. Bu durum, kamu kuruluşları arasında görev karışımına neden olmakta ve eşgüdümü güçleştirmektedir.⁴⁹

Ülkemizdeki sağlık sektörüne, özellikle de tedavi edici hizmet veren kurumlar ile hastahanelerin dağılımına bakıldığında dikkati çeken en çarpıcı durum çok çeşitli kesimlerin sağlık hizmeti sunuyor olmasıdır. Sağlık Bakanlığı, Milli Savunma Bakanlığı, SSK, Üniversiteler, Milli Eğitim Bakanlığı, İçişleri Bakanlığı, PTT, Demiryolları, gibi birbirlerinden farklı ve asli görevi sağlık hizmeti ile hiçbir ilişkisi olmayan kamu kurum ve kuruluşlarının sağlık hizmeti sunduğu, hastahane işlettiği görülmektedir.⁵⁰

Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı dışında çok sayıda kamu idaresinin kendi kurum hastahanelerini kurmaları çoğu zaman tepki çekmektedir. Tepkilerin çoğunluğu Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı kaynaklıdır. Bakanlık yetkilileri bu çarpık durumun biran önce sona erdirilmesini istemektedirler.⁵¹

D. Kamu Görevlileri Yönünden

Kamu yönetiminin örgütsel yapısındaki karışıklık, kamu görevlileri alanında da görülmektedir. Personel politikasının bir sistemden yoksun

⁴⁸ Gözübüyük, A.Şeref : Yönetim Hukuku, a.g.e., s.10.

⁴⁹ Gözübüyük, A.Şeref : Yönetim Hukuku, a.g.e., s.11.

⁵⁰ Yerebakan, Metin : a.g.e., s.62.

⁵¹ Dünya Ekonomi-Politika, 05.12.2001, günlü nüsha.

olarak geliştirilmesi, sayıca kabarık, verimsiz bir memur kadrosu meydana getirmiştir. Memur hukuku karmaşık bir duruma gelmiş, hiyerarşi ve kariyer sistemi büyük ölçüde bozulmuştur.⁵²

Kamu kurumlarında, bu arada sağlık kurumlarında üst düzey yöneticiliği görevlerine atamalarda siyasal eğilim yanında "hemşehricilik", "ekip oluşturma", "akrabalık", ve "çeşitli kliklere mensup olma" gibi unsurlarda önemli ölçüde etkili olmaktadır.⁵³ Bu yüzden sağlık hizmetlerindeki görevlendirmelerde Liyakat ölçüsüne dikkat edilmemektedir.

Kamu sağlık personelinin dağılımında düzensizlik ve ölçüsüzlük mevcuttur. Bu durum yapısaldir. Uzun süredir devam etmektedir. Bazı bölgelerde sağlık personeli yetersizliği varken; bazı bölgelerde yığılmalar söz konusudur. Bu olumsuz durum idare üzerindeki politik ve siyasî baskının ürünüdür. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı yetkilileri mevcut durumdan muzdariptir.⁵⁴

E. İşleyiş Yönünden

Türk Kamu Yönetimi sıkı bir merkeziyetçilik sistemine dayanmaktadır. Genel yönetimin, yerel ve hizmet yönünden yerinden yönetim kuruluşları üzerindeki denetimi oldukça ağırdır. Bunlar hizmetin gerektirdiği ölçüde özelliğe kavuşturulamamıştır. Yöneticiler arasında yaygın olan kamu hizmeti anlayışı, hizmetlerin malîyeti ve verimliliği gibi sorunlara eğilmeye engel olmaktadır. Kamu yönetimi tarafından uygulanan yöntemlerde, hizmetlerin gelişmesine uygun bir biçime sokulmamıştır.⁵⁵

Türk kamu yönetiminin en belirgin özelliklerden biri olarak kabul edilen merkeziyetçilik kamu personel sistemini de önemli ölçüde etkilemektedir.⁵⁶

⁵² Gözübüyük, A.Şeref : Yönetim Hukuku, a.g.e., s.12.

⁵³ Aykaç, Burhan: a.g.e., s.214.

⁵⁴ Dünya Ekonomi-Politika, 06.11.2001 günlü nüsha.

⁵⁵ Gözübüyük, A.Şeref : Yönetim Hukuku, a.g.e., s.12.

⁵⁶ Aykaç, Burhan: a.g.e., s.177.

Merkezden yönetim, merkez memurlarının daha geniş yetkilere sahip olduğu ve alt kademelerin yetkilerinin ve takdir haklarının azaldığı bir yönetim biçimidir. Merkezden yönetim katı biçimde uygulandığı takdirde bütün kararların üst yöneticiler tarafından alınması ve alt kademedeki memurların her şeyi üstlerine danışarak yürütmeleri gerekir. Bu tür katı merkezîyetçiliğin önemli sakıncaları vardır. İşler gecikir ve hizmetlerin malîyetleri artar.⁵⁷

Katı merkezîyetçiliğin egemen olduğu Türk Kamu Yönetiminin sunmuş olduğu kamu sağlık hizmetleri verimsiz, başarısız ve malîyeti yüksek olmaktadır.

F. Yönetime Katılma Yönünden

Türk Kamu Yönetiminde yöneten ve yönetilenler ayrımı ağır bir biçimde kendini hissettirmektedir. Bireyler, esas olarak kamu hizmetlerinden yararlananlar durumundadır. Demokrasinin geliştiği ülkelerde, bireylerin yalnız kamu hizmetlerinden yararlanması yeterli görülmemekte, bireyin yönetime katılması da istenmektedir.⁵⁸

Vatandaşların kararlara katılma ve hizmetin veriliş şekline müdahale imkanı olmayan Türk Kamu Yönetimi sisteminin bir parçası olan kamu sağlık kuruluşlarının sunduğu sağlık hizmetleri vatandaşları memnun etmemektedir. Kamu sağlık kuruluşları personeli mevcut kuralların uygulanmasına çalışmaktalar; vatandaşların bu kurallara uyması zorlanmaktadır. Oysa işleyen kurallar vatandaşa verimli sağlık hizmeti sağlamaktan uzaktır.

Oysa Yeni Demokratik Devlet, kamu yönetiminde yalnız kamu ilişkilerini değil aynı zamanda beşeri ilişkileri de sağlamakla görevlidir. Beşeri ilişkilerin özünü insan oluşturmaktadır.⁵⁹

Vatandaşların kamu sağlık hizmetlerinden nasıl istifade edebilecekleri konusunda bilgi eksikliği bulunmaktadır. Türkiye’de hasta olan

⁵⁷ Tortop, Nuri – Eyüp Günay İsbir: Yönetim Bilimi, Ankara 1982, s.97.

⁵⁸ Gözübüyük, A.Şeref : Yönetim Hukuku, a.g.e., s.12.

⁵⁹ Tortop, Nuri : Personel Yönetimi, Ankara 1994, s.264.

birinin kime gitmesi gerektiğini ona bilimsel ve güncel veriler çerçevesinde söyleyecek kişi ya da kuruluş bulunmamaktadır. Bu tür bilgi ve ilgi eksikliğinin olduğu ortamda vatandaşın kamu sağlık hizmetlerinde yönetime katılımı pratikte mümkün değildir.⁶⁰

4. Kamu Sağlık Hizmeti Yönetim Hukuku İle Bağlantılıdır:

Yönetim Hukuku, Kamu Yönetimine özgü hukuk kurallarının oluşturduğu bir hukuk dalıdır. Yönetim Hukuku, Kamu Yönetimine özgü kuruluşları, bu kuruluşların işleyişlerini, kişilerle olan ilişkilerini ve sorumluluklarını inceler. Kamu kuruluşlarının yargısal denetimi de, yönetim hukukunun konusu içine girer.⁶¹

Kamu sağlık hizmeti Yönetim Hukukunun şemsiyesi altında yapılır.

Kamu yönetimine özgü bir hukuk dalı olan Yönetim Hukukunun özellikleri şunlardır:

a) Yönetim hukuku alanında, hukuksal durumlar kuralsaldır: Kamu Yönetimi alanında hukuksal durumlar yani hukuksal yetkiler ve ödevler genellikle kuralsaldır; önceden düzenlenmiştir.

Kamu sağlık hizmeti önceden düzenlendiği yasal çerçevesinde gerçekleştirilir. Bu yasal çerçevenin dışına çıkılamaz. Sağlık hizmeti talebinde bulunan vatandaşlar, kanunun koyduğu kurallara uymak zorundadır.

Taraflar hukuksal bir ilişki içinde bulunup bulunmamakta serbest olmakla birlikte, yarattıkları hukuksal durumun içeriğini saptamakta serbest değildirler. Buna karşılık, özel hukuk alanında genellikle hukuksal durumlar iradidir; taraflar hukuksal durumun içeriğini de saptayabilirler. Özel sağlık kuruluşları vatandaşların talep ve isteklerine duyarlılık göstererek; daha esnek düzenlemelere gidebilmektedir.

b) Yönetim Hukukunda taraflar arasında eşitsizlik vardır: Kamu yönetimi alanında hukuksal durumlarda taraflar arasında eşitsizlik vardır.

⁶⁰ Dizdar, Yavuz: " Hastaların Temel Hakkı, Bilgi", Dünya Ekonomi-Politika 10.11.2001 günlü nüsha, s.10.

⁶¹ Gözübüyük, A.Şeref : Yönetim Hukuku, a.g.e., s.14-16.

Kamu yönetimi alanındaki hukuksal işlemlerin çoğu tek yanlıdır. Yönetim Hukukunda, taraflardan yönetimin çıkarı, bireyin çıkarına üstün sayılır. Buna karşılık, özel hukuk alanında, taraflar arasında eşitlik vardır, birinin çıkarı diğerine üstün tutulmaz.

c) *Yönetim hukukundan doğan anlaşmazlıklara yönetsel yargı düzeninde bakılır:* Özel hukuk alanındaki anlaşmazlıklar adalet mahkemelerinde giderilir. Buna karşılık, yönetim hukuku alanındaki uyuşmazlıkları gidermek, yönetsel yargı yerlerinin görevi içindedir. Ülkemizde yönetsel yargı bir bütünlük göstermez.

Kamu sağlık hizmetlerinin sunumu sürecinde, hizmetten istifade eden vatandaş ile hizmeti sunan Kamu Personeli arasında ihtilaf söz konusu olduğunda; Kamu Personeli Kanunun koruması altındadır.

5. Kamu Sağlık Hizmeti Kamu Yönetiminin Kontrolündedir:

Kamu yönetimi gerek kuruluş, gerek işleyiş yönünden hukuka bağlıdır. Yönetimin hukuka bağlı olması, çoğu kez hukuk Devleti kavramı ile anlatılmak istenir.

Hukuk yalnız kamu yönetiminin ve yöneticilerinin davranışlarını düzenlemek ve yöneticilere güven sağlamakla kalmaz. Yönetimin eylem ve işlemlerine nesnellik ve etkinlik de kazandırabilir. Hukuk kuralları, kamu yönetiminin toplumsal gereksinmelerinin etkin ve verimli bir biçimde karşılanması olanaklarını sağlayabilir.

Kamu kuruluşları görevlerini yerine getirirken hukuka uygun hareket etmek ve hukukun çizdiği sınırlar içinde kalmak zorundadırlar. Bu kimi kez kamusal hizmetlerin yürütülmesini güçleştirebilir; konmuş olan hukuk kuralları, yönetimin gereksinmelerine cevap vermeyebilir. Bu gibi durumlarda kamu kuruluşlarının hukuka aykırı davranışta bulunma yerine, hukuk ile gereksinmeler arasındaki dengeyi sağlamaları, gerekirse hukuk kurallarında değişiklik yapılması yoluna gitmeleri gerekir. Unutmamak gerekir ki, kamu kuruluşları, topluma hizmet için kurulmuşlardır. Kamu kuruluşlarının bilerek ve isteyerek hukuka aykırı davranışta bulunmaları, Devlet anlayışı ile

bağdaşmaz. Kamu Yönetiminin hukuka uygun hareket etmesinin sağlanmasında, yargı denetimi etkin bir araç olmaktadır.⁶²

6. Kamu Sağlık Hizmeti Aynı Zamanda Bir Kamu Hizmetidir:

Kamu yönetiminin temel kavramlarından olan kamu hizmeti, kamu yönetiminin uğraş alanının belirlenmesinde yardımcı olan bir kavramdır.⁶³

Dar anlamda kamu hizmeti; kamu kurumu veya kuruluşunun İdare Hukuku yöntem ve kurallarına, bu hukuktan doğan yetkilere ve kudrete dayanarak yaptığı etkinlikler ve hizmetlerdir. Genel hizmetler; bir kamu kurum veya kuruluşu tarafından doğrudan veya gözetimi altında genel ihtiyaç ve menfaatleri karşılamak amacıyla yapılan veya yaptırılan girişimler ve etkinliklerdir.

Görüldüğü gibi dar anlamda kamu hizmeti, idarenin faaliyetleri ile yaptığı hizmetleri, geniş anlamda kamu hizmeti veya idarî yargılama usulü kanununun deyimi ile “genel hizmetler”, idarenin kendi faaliyetleri ile yaptığı hizmetlerden başka, gözetimi altında, başkalarına yaptırdığı girişimleri ve etkinlikleri de ifade etmektedir.⁶⁴

Kamu hizmeti genel olarak öğretide bir kamu kurumunun ya kendisi tarafından, yada yakın gözetimi altında, özel girişim eliyle kamuya sağlanan hizmetler olarak tanımlanır. Kamu hizmeti kavramı, hem kamu yönetiminin uğraş alanının hem de yönetsel yargının görev alanının belirlenmesinde yardımcı olan bir kavramdır. Bu nedenle kamu yönetimini çok yakından ilgilendirir.⁶⁵

Kamu sağlık kuruluşlarının verdiği sağlık hizmetlerini kamu hizmeti olarak; Sağlık Bakanlığının kontrolünde ve izniyle özel sağlık kuruluşlarının verdiği sağlık hizmetlerini genel hizmet olarak nitelendirebiliriz.

⁶² Gözübüyük, A.Şeref : Yönetim Hukuku, a.g.e., s.12-13.

⁶³ Gözübüyük, A.Şeref : Yönetim Hukuku, a.g.e., s.7.

⁶⁴ Odyakmaz, Zehra: a.g.m., s.174.

⁶⁵ Gözübüyük, A.Şeref : Yönetim Hukuku, a.g.e., s.8.

Kamu İdarelerinin benimsemiş oldukları politikalar zaman içerisinde değıştikçe kamu hizmeti, genel hizmet, özel hizmet tanımlamalarının içine girebilecek olan hizmet kalemleri de değışmektedir.

Türkiye’de Cumhuriyetin ilânından bugüne kadar kamu hizmeti içerisinde telâkki edilen hizmetlerde çok değışiklik olmuştur. Sağlık hizmeti de ilk başlarda kamu hizmeti olarak kabul edilmiş; daha sonra genel hizmet vasfına bürünmüş; günümüzde de özelleşme ve liberalleşme akımları sonucu özel hizmet anlayışına yaklaşmıştır.

Sağlık hizmetinin bir kamu hizmeti olarak kabul edildiğini 1930 tarihli 1593 sayılı Umûmî Hıfzısıhha Kanununda görmekteyiz. Kanun, sağlık hizmetlerini umûmî devlet hizmetlerinden saymıştır.

24 Ocak 1980 kararlarıyla başlayan liberalleşme akımları sağlık hizmetleri içinde kabul edilmiş ve 1982 Anayasası’nda da yer almıştır. Türk Anayasalarında ilk kez sağlık alanında özel kesimden 1982 Anayasası’yla yer almıştır. Böylece kamu hizmeti anlayışında bir değışme ve dönüşüm olduğu gözlenmiştir. Bu değışim 1982 Anayasasında yapılan 13.08.1999 tarihli özelleştirme ile ilgili düzenleme ile yeni ve farklı bir aşamaya gelmiştir.

Kamu hizmeti anlayışındaki gelişme ve değışmeler özel sağlık kuruluşlarının gelişmesini hızlandırmıştır.

7. Kamu Sağlık Hizmeti, Kamusal Yapının Bir Parçasıdır:

Yapısal anlamda kamu yönetimi, yasama ve yargı organları dışında kalan tüm Devlet kuruluşlarını içine alır. Bunlar çeşitli biçimde örgütlenmişlerdir.

Kamu yönetimini oluşturan kuruluşlarla, kuruluşların yüklendikleri görevler arasında sıkı bir ilişki vardır. Kamu kuruluşlarından beklenen görevler arttıkça, kamusal örgütlerde genişleme ve yayılma olmaktadır. Yeni görevler, yeni örgütlerin kurulmalarını gerektirmekte, kamu yönetimi karmaşık bir duruma gelmektedir.

1982 Anayasasının 56. maddesine göre ülkedeki sağlık hizmetlerinin tekelden koordine edilme görevi her ne kadar Sağlık Bakanlığına verilmiş ise

de, gözlenen dağınıklık bakanlığın bu işlevini yerine getiremediğini göstermektedir.

Kamu tarafından sunulan tedavi edici hizmetlerin bile dağınıklık gösterdiği, birbirinden farklı ve asli görevi sağlık hizmeti ile hiç ilişkisi olmayan kamu kurum ve kuruluşlarının sağlık hizmeti sunduğu, hastahane işlettiği görülmektedir.⁶⁶

8. Kamu Yönetimi Sağlık Hizmeti İle Özel Yönetim Sağlık Hizmeti Bazı Yönlerden Farklılık Gösterirler:

Geleneksel olarak özel kesim yönetimi ile kamu yönetimi arasında ayırım yapılır. Kamu yönetimine göre, özel yönetim, verimli bir yönetim olarak gösterilir. Kamu yönetiminin kırtasiyeciliğe boğulduğu, kamu yönetimine politikanın karıştığı, kamu kuruluşlarında sorumsuz bir yönetimin egemen olduğu söylenir.

a) Kamu yönetiminin amacı kamu yararıdır. Özel yönetimin amacı özel yarardır, kısaca kâr etmedir. Bununla birlikte özel yönetimin etkinlikleri ile kamuya yararlı olabilir. Örneğin dolmuş işletilmesi gibi. Dolmuş işletmenin amacı kamuya yararlı olma değil, yaşamını kazanmadır. Buna karşılık belediye otobüs işletmesinin amacı, bir kamu hizmetini yürütme, kamuya yararlı olmalıdır.

b) Özel kişiler arasındaki ilişkiler, hukuksal eşitlik ilkesine, başka bir deyişle karşılıklı anlaşmaya dayanır; karşı tarafın istemediği bir şeyi yaptırma olanağı yoktur. Buna karşılık kamu yönetimi, amacını gerçekleştirmek için kamu gücünden yararlanır. Yönetim, özel kişilerle karşılaştığında, aralarında eşitlik ilkesi yoktur; eşitlik yönetim yararına bozulmuştur. Yönetime, kamu yararı için ayrıcalıklar tanınmıştır. Yönetim, karşı tarafla anlaşmadan tek yanlı, yerine getirilmesi zorunlu kararlar alabilir.

c) Kamu yönetiminin kuruluşu, örgütlenmesi, görev ve yetkileri; kamu görevlilerinin hizmete alınmaları, hak ve yükümlülükleri, çalışma

⁶⁶ Yerebakan, Metin : a.g.e., s.53-54.

koşulları; kamu kuruluşlarının hizmet ve malzeme sağlama yol ve yöntemleri, yasalarla düzenlenmiştir. Buna karşın, özel kesim yöneticisinin bu olanlarda daha serbestçe hareket etme, örgütünün gereksinmelerine uygun çözüm yolları bulma olanağı vardır.⁶⁷

Kamu ve özel kuruluşların sahip olmaları gereken niteliklerde bir çok ortak yönler bulunmaktadır. Genel ilkeler ve usuller birbirine yakınlık göstermektedir. Ancak kamu ve özel kuruluşların kendilerine özgü bazı özellikleri bulunduğundan, bu özelliklere ağırlık veren ve her iki kesim için ayrı nitelikte bir öğrenim usulüne öncelik verilmektedir.

Özel ve kamu kuruluşlarının birbirinden ayrı özellikleri vardır. Her iki kuruluşun karşılaştıkları sorunların özelliklerine göre, getirdikleri çözüm yolları değişik olabilir.⁶⁸

III. TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN TEŞKİLATLANMASI İLE İLGİLİ YASAL DÜZENLEMELER

1. Sağlık Hizmetlerinin Teşkilâtlanışının Genel Görünümü:

Türkiye’de herkesin hayatının beden ve ruh sağlığı içinde devamını sağlamak, ülkenin sağlık şartlarını düzenlemek fertlerin ve cemiyetin sağlığına zarar veren amillerle mücadele etmek ve halka sağlık ve sosyal yardım hizmetlerini ulaştırmak, sağlık kuruluşlarını tek elden plânlayıp hizmet vermelerini temin etmek devletin yetki ve sorumluluğu altındadır.

Devlet bu sorumluluğunu yerine getirmek için yurt sathında gerekli teşkilâtlanmayı gerçekleştirmiştir. Kamu sağlık hizmetlerinin teşkilâtlanması idare hukuku açısından yönetsel örgütler gibidir.

Yönetsel örgütler, Anayasa kurallarına göre, ya yasa ile ya da yasanın verdiği yetkiye dayanılarak yönetsel bir işlemle kurulur. Yönetsel kuruluşların tüzel kişilik kazanmaları da, ya yasa ile ya da yasanın verdiği

⁶⁷ Gözübüyük, A.Şeref : Yönetim Hukuku, a.g.e., s.9.

⁶⁸ Tortop, Nuri – Eyüp G.İsbir – Burhan Aykaç: Yönetim Bilimi, Ankara 1999, s.46.

yetkiye dayanılarak yönetsel kararlarla olur. Bir kamu kuruluşunun ortaya çıkabilmesi, her zaman, yasal bir dayanağa gerek gösterir.⁶⁹

Türkiye’de kamu sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi merkez örgütü ve taşra örgütü şeklindedir.

A. Sağlık Hizmetlerinin Merkez Örgütü:

Kamu sağlık hizmetleri ile ilgili politikaların üretilmesi, bu politikaların uygulanması Başkentte Cumhurbaşkanı, Başbakan, Bakanlar Kurulu ve Sağlık Bakanlığı silsilesi ile yürütülür. Sağlık Bakanlığı devlet adına sağlık hizmetlerini yürütür.

1982 Anayasasının 113. Maddesi ile Bakanlıkların kurulması, kaldırılması, görevleri, yetkileri ve teşkilâtı kanunla düzenleneceği belirtilmiştir. Bu amaçla 27.09.1984 gün ve 3046 sayılı Bakanlıkların Kuruluş ve Görev Esasları Hakkında 174 ve 202 sayılı Kanun Hükmünde Kararnâmelerin değiştirilerek kabulü hakkında kanun yayınlanmıştır. Bu kanun ile Bakanlıkların kurulmasına örgütlenmesine, görev ve yetkilerine ilişkin kurallar getirilmiştir.⁷⁰ Söz konusu kanuna istinâden Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının teşkilât ve görevleri hakkında 181 sayılı Kanun Hükmünde Kararnâme yayınlanmıştır.

B. Sağlık Hizmetlerinin Taşra Örgütü

1. Sağlık hizmetlerinin taşrada teşkilâtlanması ve yürütülmesi ile ilgili düzenlemeler birden fazla değişik yasalarda yer almıştır. Sağlık hizmetlerinin taşrada örgütlenmesinin anlaşılabilmesi için birbirinden kopuk ve ayrı zaman diliminde çıkarılan bu düzenlemelerin bir araya getirilmesi gerekmektedir.

2. Genel yönetimin taşra örgütü, iki ana kümede toplânabilir. Bunlardan biri, Mülki Yönetim Bölümleri, diğeri bölge kuruluşlarıdır. Mülki

⁶⁹ Gözübüyük, A.Şeref : Yönetim Hukuku, a.g.e., s.67.

⁷⁰ —————: Devlet Memurları El Kitabı, TODAİ, Ankara 1986, s.22.

Yönetim Bölümleri, İl İdaresi Kanunu ile düzenlenmiştir. Buna göre ülke, illere; iller ilçelere ayrılmıştır. Her birinin başına genel yönetimin bir görevlisi olan Mülki İdare Amiri denen bir yönetici bulunur. İl Yönetiminin başı olan vali, ilde Devletin, Hükümetin ve ayrı ayrı her Bakanlığın temsilcisidir. İlçe Yönetiminin başı olan Kaymakam, ilçe içinde yasaların uygulanmasından sorumludur.⁷¹

3. Genel yönetim üzerine aldığı hizmetleri, hizmetin gereklerine, ekonomik ve toplumsal koşullara, ülkenin coğrafi durumuna göre yürümek, hizmetleri halka götürmek için taşrada örgütlenmiştir. Bu örgütler, merkezdeki genel yönetimin taşraya bir uzantısıdır; genel olarak, ülkeye yayılmıştır.

2. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının Teşkilât ve Görevleri Hakkında 181 Sayılı Kanun Hükmünde Kararnâme⁷²

181 sayılı Kanun Hükmünde Kararnâme'nin 1. maddesi SSYB'nın kuruluş amacını açıklamıştır.

Bu Kanun Hükmünde Kararnâme'nin amacı, herkesin hayatının beden ve ruh sağlığı içinde devamını sağlamak, ülkenin sağlık şartlarını düzenlemek, fertlerin ve cemiyetin sağlığına zarar veren amillerle mücadele etmek ve halka sağlık ve sosyal yardım hizmetlerini ulaştırmak, sağlık kuruluşlarını tek elden plânlayıp hizmet vermelerini temin etmek için Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının kurulmasına, teşkilât ve görevlerine ilişkin esasları düzenlemektir.

Kanun Hükmünde Kararnâme'nin görev başlıklı 2. maddesi SSYB'nın görevlerinin neler olduğunu sayma yoluyla sıralamıştır.⁷³

⁷¹ Gözübüyük, A.Şeref : Yönetim Hukuku, a.g.e., s.96-110.

⁷² 14.Aralık 1983 gün ve 18251 sayılı RG.

⁷³ Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının görevleri şunlardır:

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

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

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

Kanun Hükmünde Kararnâme'nin 3. maddesi SSYB'nın teşkilâtlanmasını düzenlemiştir.

Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı teşkilâtı, merkez teşkilâtı ve taşra teşkilâtı ve bağlı kuruluşlardan meydana gelir.

Kanun Hükmünde Kararnâme'nin 4. maddesi SSYB'nın merkez teşkilâtını içermiştir.

Bakanlık merkez teşkilâtı ana hizmet birimleri ile danışma ve denetim birimleri ve yardımcı birimlerden meydana gelir.⁷⁴

Kanun Hükmünde Kararnâme'nin 38. maddesi SSYB'nın taşra teşkilâtını düzenlemiştir.

Bakanlık, Bakanlıkların Kuruluş ve Görev Esasları, Bölge Valiliği, Genel Kadro ve Usulü Hakkında kanun Hükmünde Kararnâmeler ve İl İdaresi Kanunu hükümlerine uygun olarak taşra teşkilâtı kurmaya yetkilidir.⁷⁵

d)İlaç, uyuşturucu ve psikotrop maddelerin üretim ve tüketimini her safhada kontrol ve denetlemek; farmasötik ve tıbbî madde ve müstahzar üreten yerlerin, dağıtım yerlerinin açılış ve çalışmalarını esaslara bağlamak, denetlemek,
e)Gerekli aşı, serum ve kan ürünleri ve ilaçların üretimini yapmak ve gerekirse ithalini sağlamak,
f)Temel sorumluluk Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığına ait olmak üzere Tarım Orman ve Köy İşleri Bakanlığı ve mahalli idarelerle işbirliği suretiyle gıda maddelerinin ve bunları üreten yerlerin sağlık açısından kontrol hizmetlerini yürütmek,
g)Mahalli idareler ve ilgili diğer kuruluşlarla işbirliği suretiyle çevre sağlığını ilgilendiren gerekli tedbirleri almak ve aldirmek,
h)Bulaşıcı, salgın insan hastalıklarına karşı kara hudut kapıları, deniz ve hava limanlarında koruyucu sağlık tedbirlerini almak,
i)Korunmaya, yardıma ve bakıma muhtaç çocuk, sakat ve yaşlıların korunması, bakımını, yetiştirilmesi ve rehabilitasyonlarını, çalışan ana ve babaların çocuklarının bakımını sağlamak üzere gerekli hizmetleri yürütmek, yoksulluk içinde bulunan kişi ve ailelere imkanlar ölçüsünde yardımda bulunmak,
j)Kanser, verem ve sıtma ile savaş hizmetlerini yürütmek ve bu alanda hizmet veren kurum ve kuruluşların koordinasyonunu ve denetimini sağlamak,
k)Bu görevlerin yerine getirilmesi için gerekli tesisleri kurmak ve işletmek, meslek personelini yetiştirmek,
Sağlık hizmetleriyle ilgili olarak milletlerarası ve yurt içindeki kurum ve kuruluşlarla işbirliğinde bulunmak.

⁷⁴ Bakanlık merkez teşkilâtı aşağıdaki cetvelde gösterilmiştir.

<u>Müsteşar</u>	<u>Müsteşar Yardımcısı</u>	<u>Ana Hizmet Birimleri</u>	<u>Danışma ve Denetim Birimleri</u>	<u>Yardımcı Birimleri</u>
Müsteşar	Müsteşar Yardımcısı	1.Temel Sağlık Hızın.Gn.Md.	1.Teftiş Kurulu Başkanlığı	1.Personel Genel Müdürlüğü
	Müsteşar Yardımcısı	2.Tedavi Hizmet Gn.Md.	2.A.P.K. Kurulu Başkanlığı	2.İdari ve Mali İş.Dai.Bşk.
	Müsteşar Yardımcısı	3.İlaç ve Eczacılık Gn.Md.	3.Hukuk Müşavirliği	3.Savunma Sekreterliği
		4.Sağlık Eğitimi Gn.Md.	4.Bakanlık Müşavirleri	4.Özel Kalem Müdürlüğü
		5.Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Gn.Md.	5.Basın ve Halkla İlişkiler Müşavirliği	
		6.Sıtma Savaş D.Başkanlığı		
		7.Verem Savaş D.Başkanlığı		
		8.Kanserle Savaş D.Başkanlığı		
		9.Dış İlişkiler D.Başkanlığı		

1983 tarihli 181 sayılı Kanun Hükmünde Kararnâme toplam 50 maddeden ibarettir. Vatandaşların sağlık hizmetleri ile ilgili tek sorumlu ve yetkili bir bakanlığın kuruluşunun Kanun Hükmünde Kararnâme ile olması yadırganması gereken bir durumdur. Oysa, toplumsal uzlaşmaya dayalı, milletin temsilcilerinden oluşan TBMM tarafından kabul edilen bir yasal düzenleme ile kurulmalıydı.

3. 1219 Sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun⁷⁶

Türkiye Cumhuriyeti dahilinde tababet icra ve herhangi suretle olursa olsun hasta tedavi edebilmek için tabiplerin, diş tabipleri ve dişçilerin, ebelerin, sünnetçilerin, hasta bakıcı hemşirelerin taşınması gereken vasıflar sayılmaktadır.

1928 tarihli Kanun 82 maddeden ibaret olup; daha sonraki tarihlerde yeni maddeler eklenmiş; bir kısım madde de iptal edilmiştir. Kanunun dili oldukça eskidir. Günümüz ihtiyaçlarına cevap verememektedir. Günümüzde mevcut bulunan 22 tıp mesleğine bu kanunda yer verilmemiştir. Kanunun taşıdığı maddeler ile diğer kanun maddeleri arasında çelişkiler bulunmaktadır.

Kanunun aksayan yönlerini giderici yeni düzenlemelere ihtiyaç duyulmaktadır.

4. 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun⁷⁷

1965 tarihli 224 sayılı kanun toplam otuzbeş maddeden ibarettir. Yayın tarihinden sonra bazı maddeleri iptal edilmiş; yerine yeni bir kısım maddeler eklenmiştir.

⁷⁵ Sağlık Bakanlığı hakkında daha fazla bilgi için bkz. www.saglik.gov.tr.

⁷⁶ 14 Nisan 1928 gün ve 863 sayılı RG.

⁷⁷ 12 Ocak 1961 gün ve 10705 sayılı RG.

A. Kanunun birinci maddesi, kanunun gayesini, amacını düzenlemiştir;

İnsan Hakları Evrensel Beyannamesinde bir hak olarak tanınan sağlık hizmetlerinden faydalanmanın sosyal adalete uygun bir şekilde ifasını sağlamak maksadıyla tababet ve tababetle ilgili hizmetler bu kanun çerçevesinde hazırlanarak bir program dahilinde sosyalleştirilecektir.

Kanunun dokuzuncu maddesi, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmiş olduğu bölgedeki sağlık teşkilâtının kuruluş ve vazifelerini sayma yoluyla sıralamıştır.⁷⁸

Kanunun bazı terimleri açıkladığı ikinci maddesine göre sosyalleştirme;Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi vatandaşların sağlık hizmetleri için ödedikleri prim ile amme sektörüne ait müesseselerin bütçelerinden ayrılan tahsilat karşılığı her çeşit sağlık hizmetlerinden ücretsiz veya kendisine yapılan masrafın bir kısmına iştirak suretiyle eşit şekilde faydalanmalarıdır.

Kanunun sekizinci maddesi ülkedeki kamu sağlık kuruluşlarının SSYB tarafından yürütüleceğini düzenlemiştir. Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği bölgelerde, Millî Savunma Bakanlığına bağlı teşekküller hariç Amme sektörü dahil kurumlara ait sağlık hizmetleri ile Bakanlıklarca müştereken hazırlanacak tüzükte gösterilen esaslar dairesinde Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı tarafından yürütülür.

⁷⁸ Sosyalleştirilmiş sağlık hizmeti teşkilâtı:

- 1.Sağlık Evleri,
- 2.Sağlık ocakları,
- 3.Sağlık merkezleri,
- 4.Hastahaneler,
- 5.Çeşitli koruyucu hekimlik teşekkülleri,
- 6.Sağlık hizmeti hususiyet arz eden yerler için kurulmuş sağlık teşekkülleri,
- 7.Sağlık müdürlükleri,
- 8.Bölge Hastahaneleri,
- 9.Bölge laboratuvarları,
- 10.Sağlık personeli yetiştiren eğitim müesseseleri,
- 11.Sağlık ve Yardım Bakanlığı Merkez Teşkilâtı,
- 12.Diğer Bakanlık ve kurumlarda SSYB ile işbirliği yapmak üzere kurulmuş olan daireler, den teşekkül eder.

Kanunun yirminci maddesi sağlık hizmetlerinin bütün yurt sathında sosyalleştirilmesinin en geç 1992 yılı sonuna kadar gerçekleşeceğini plânlamaktadır.

224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanunun kurduğu sistemin bel kemiğini sağlık ocağı oluşturmaktadır. Sağlık evleri daha uç birimler, sağlık grup başkanlığı ise üst birimdir. Sağlık grup Başkanlığı bazı yerler hariç hiç fonksiyon yapamamıştır.

Sağlık ocakları; merkezi köylerde, ilçelerde ve illerde sağlık hizmeti veren kurumlardır. Sağlık ocakları dar bölgede geniş hizmet esasına göre görev yapar. Yani sosyal ve bulaşıcı hastalıklar dahil tüm sağlık hizmetleri bu ocak tarafından yerine getirilir.

Ana-çocuk sağlığı, aile plânlaması, bulaşıcı hastalıklarla mücadele, aşılama, sağlık eğitimi, erken tanı, evde tedavi, ilk yardım, teşhis ve tedavi, okul sağlığı, çevre sağlığı, adli hekimlik, gıda-işyeri denetimi gibi alanlarda hizmet sunar.⁷⁹

İlçelerdeki sağlık sorunu türk sağlık politikasının yetersizliğinin bir yansımasıdır. Mevcut yapılaşma ve uygulamalar toplum yapısına uygun düşmemiştir. Sağlık ocakları hem personel hem araç yönünden yetersizdir. Yeni mezun pratisyen doktor her olaya müdahale edememekte ve il devlet hastahanelerine havale etmektedir. Bu nedenle vatandaşın psikolojik yönden sağlık ocağında çalışan pratisyen hekime güveni kalmamakta; birinci kademeyi atlayarak direk il sağlık kuruluşuna gitmektedir.⁸⁰

İlçelerde bulunan sağlık evleri sürekli ebesiz bulunmaktadır. Köy sağlık evleri sistemi ülkemizde başarılı olamamıştır ve istikbali de yoktur.⁸¹

5. 1593 Sayılı Umûmî Hıfzısıhha Kanunu⁸²

⁷⁹ Sözen, Cemil: Sağlık Hizmetlerinde Yönetim Ders Kitabı, Konya 1997, s.80-81.

⁸⁰ Akyel, Recai: İscehisar'ın Kalkınması, Afyon 1992, s.26-27.

⁸¹ Akyel, Recai: Çamoluk'un Kalkınması, Giresun 1995, s.29.

⁸² 6 Mayıs 1930 gün ve 1489 sayılı RG.

1930 tarihinde kabul edilen 1593 sayılı kanun 309 maddeden ibarettir. Türk Hukuk Sisteminin sağlıkla ilgili en fazla maddesi bulunan kanunudur. Kanunun kullandığı dil eskidir.

Kanunun kurduğu çoğu örgütlenmenin günümüzde hiçbir fonksiyonu kalmamıştır. Ayrıca yeni sorunlarla ilgili düzenlemeler de bulunmamaktadır.

Kanunun birinci maddesi, sağlık hizmetlerini Devletin asli görevi olarak kabul etmiş olup; devletin sağlık hizmeti ve sağlık kuruluşlarını düzenlemektedir.

Memleketin sıhhi şartlarını ıslah ve milletin sıhhatine zarar veren bütün hastalıklar veya sair muzır amillerle mücadele etmek ve müstakbel neslin sıhhatli olarak yetişmesini temin ve halkı tıbbî ve içtimai muavenete mazhar eylemek umûmî Devlet hizmetlerindendir.

Kanunun 2. maddesi sağlık hizmetleriyle ilgili kuruluşları belirtmiştir. Umûmî sıhhat ve içtimai muavenet hizmetlerine ait Devlet vezaifi sıhhat ve içtimai muavenet vekaleti tarafından ifa ve hususî idarelerle belediyelere ve sair mahalli idarelere bırakılan hizmetlerin sureti icrası murakabe olunur. Milli Müdafa teşkilâtına ait sıhhi işler müstesna olmak üzere bütün sıhhat ve içtimai muavenet işlerinin mercii ve murakıbu bu vekalettir.

Kanunun 5. maddesi Sıhhat ve İçtimai Muavenet Teşkilâtını düzenlemiştir. Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekaleti 3. maddede zikredilen hizmetleri ifa için hususî teşkilât kanununa tevfi kan teşkil edilmiş fenni ve idarî şubelerden mürekkeptir. Kanunu Mahsusuna tevfi kan mülhak bütçe ile idare olunan Hudutlar ve Sahiller Sıhhat Umum Müdürlüğü, Sıhhat ve Umûmî Muavenet Vekaletine merbut olarak ifayı vazife eyler.

Kanunun 6. ve 7. maddeleri il teşkilâtlanmasını düzenlemiştir. Her vilayette Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekaletine merbut olmak üzere bir sıhhat ve içtimai Muavenet Müdürü bulunur. Sıhhat müdürleri bulundukları vilayetlerde vekaletin en büyük memuru olmakla beraber Valilerin sıhhi müşaviridirler. Valiler mevcut kanun, nizam ve talimatlara tevfi kan sıhhiye müdürlerini istihdam ederler ve sıhhi hususlarda onların rey ve mütalalarını alırlar.

Sihhat ve İçtimai Muavenet Müdürleri bulundukları vilayetin umur ve muamelelerinden vali ile beraber mesul olup bütün sıhhi kanun, nizam, talimat ve emirlerin iyi tatbikine nezaretle mükelleftir.

Kanunun 8. maddesi kazalardaki teşkilâtlanmayı düzenlemiştir. Her kazada ve icabı takdirinde nahiye merkezlerinde bir veya müteaddit Hükümet tabibleri istihdam olunur. Hükümet tabibleri doğrudan doğruya Vilayet Sıhhiye Müdürünün emri altında olup memur oldukları mahallerin sıhhi umur ve muamelelerinden mesuldür ve Kaymakamın sıhhi hususatta sıhhi müşaviridir. Hükümet tabiblerinin maiyetlerinde sıhhi işlerde kendilerine muavenette bulunmak üzere küçük sıhhat memurları istihdam edilir.

Kanunun 27. maddesi Umûmî Hıfzısıhha Meclislerini düzenlemiştir. Umûmî Hıfzısıhha Meclisleri mahallin sıhhi ahvalini daima nazarı dikkat önünde bulundurarak şehir ve kasaba ve köyler sıhhi vaziyetin ıslahına ve mevcut mahzarların izalesine yarayan tedbirleri alırlar. Sari ve salgın hastalıklar hakkında istihbaratı tanzim, sari ve içtimai hastalıklardan korumak çareleri ve sıhhi hayatın faideleri hakkında halkı tenvir ve bir sari hastalık zuhurunda hastalığın izalesi için alınan tedbirlerin ifasına muavenet eyler.

6. 3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu⁸³

1987 tarihinde çıkarılan 3359 sayılı kanun 12 maddeden ibarettir. Az sayıdaki maddeleriyle genel hükümleri düzenlemiştir. Yayımindan hemen sonra bazı maddelerinin Anayasa Mahkemesince iptal edilmesi kanunun uygulama hızını kesmiştir. Yeni olmasına rağmen beklenen uygulama yapılamamıştır.

Kanunun 1. maddesi kanunun amacını düzenlemiştir;

Bu kanunun macı; Sağlık Hizmetleriyle ilgili temel esasları düzenlemektir.

⁸³ 14 Mayıs 1987 gün ve 19461 sayılı RG.

Kanunun 2. maddesi, kanunun kapsamını düzenlemiştir. Bu kanun Mili Savunma Bakanlığı hariç, bütün kamu kurum ve kuruluşları ile özel Hukuk tüzel kişilerini kapsar.

Kanunun 3. maddesi kanunun öngördüğü temel esasları düzenlemiştir.⁸⁴

⁸⁴ Kanunun 3. maddesine göre Sağlık hizmetleriyle ilgili temel esaslar şunlardır:

a)Sağlık kurum ve kuruluşları yurt sathında eşit, kaliteli ve verimli hizmet sunacak şekilde
b)Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığınca, diğer ilgili bakanlıkların da görüşü alınarak plânlanır, koordine edilir, malî yönden desteklenir ve geliştirilir.

Koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilmek suretiyle kamu ve özel bütün sağlık kurum ve kuruluşlarının kurulması ve işletilmesinde kaynak israfı ve atıl kapasiteye yol açmaksızın gerektiğinde hizmet satın alınarak kaliteli hizmet arzı ve verimliliği esas alınır. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı ilgili Bakanlığın muvafakatını alarak, kamu ve özel bütün sağlık kurum ve kuruluşlarına koruyucu sağlık hizmeti verir ve kurum ve kuruluşların bütün sağlık hizmetlerini denetler.

c)Bütün sağlık kurum ve kuruluşları ile sağlık personelinin ülke sathında dengeli dağılımı ve yaygınlaştırılması esastır. Sağlık kurum ve kuruluşlarının kurulması ve işletilmesi bu esas içerisinde Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığınca düzenlenir. Bu düzenleme ilgili bakanlığın görüşü alınarak yapılır. Gerek görüldüğünde özel sağlık kuruluşlarının her türlü ücret tarifeleri Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığınca onaylanır. Kamu kurum ve kuruluşlarına ait sağlık kuruluşları veya sağlık işletmelerinde verilen her türlü hizmetin fiyatları Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığınca tespit ve ilân edilir.

d)Sağlık kurum ve kuruluşları, kişilerin hekim ve sağlık kuruluşunu seçme hakkı kısıtlanmaksızın sağlık hizmet zinciri oluşturulacak şekilde düzenlenir. Acil vakıalar hariç olmak üzere sevk sistemine uymayanlar hizmet karşılığı fazla ücret öderler. Sosyal güvenlik kuruluşlarına bağlı olanlar da farkı kendileri karşılarlar.

e)Tesis edilecek eğitim, denetim, değerlendirme ve oto kontrol sistemi ile sağlık kuruluşlarının tespit edilen standart ve esaslar içinde hizmet vermesi sağlanır.

f)Herkesin sağlık durumunu takip edebilmek için gerekli kayıt ve bildirim sistemi kurulur.

g)Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, sağlık ve yardımcı sağlık personelinin yurt düzeyinde dengeli dağılımını sağlamak üzere istihdam plânlaması yapar, ülke ihtiyacına uygun nitelikli sağlık personeli yetiştirilmesi amacıyla hizmet öncesi eğitim programları için Yüksek Öğretim Kurulu ile koordinasyonu sağlar. Serbest ya da kamu kuruluşlarında mesleklerini icra eden sağlık ve yardımcı sağlık personeline hizmetiçi eğitim yaptırılır. Bunu sağlamak amacıyla üniversitelerin, kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşları ile kamu kurum ve kuruluşlarının imkanlarından da yararlanır. Hizmet içi eğitim programını ne şekilde ve hangi sürelerle yapılacağı Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığınca çıkartılacak yönetmelikte tespit edilir.

h)(İptal: Ana.Mah.19.04.1988 tarih ve E.1987/16 K.1988/8 Sayılı kararıyla.)

i)Sağlık hizmetlerinin yurt çapında istenilen seviyeye ulaştırılması amacıyla; bakanlıklar seviyesinden en uçtaki hizmet birimlerine kadar kamu ve özel sağlık kuruluşları ile kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşları arasında koordinasyon ve işbirliği yapılır. Sağlık kurum ve kuruluşları coğrafik ve fonksiyonel hizmet alanları, verecekleri hizmetler, yönetim, hizmet ilişki ve bağlantıları gibi konularda tespit edilen esaslara uymak ve verilen görevleri yapmakla yükümlüdürler. Çağdaş tıbbî bilgi ve teknolojinin ülkeye getirilmesi ve teşviki sağlanır.

j)Vatandaşların hastalıklardan korunma, sağlıklı çevre, beslenme, ana çocuk sağlığı ve aile plânlaması ve benzeri konularda eğitimleri ve takipleri bütün kamu kuruluşlarının sorumluluğu, kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşları, özel ve gönüllü kuruluşların işbirliği içerisinde gerçekleştirilir.

Kanunun 4. maddesi, SSYB'nın teşkilâtlanmasını düzenlemiştir. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı 3. maddede sayılan hizmet ve esasları bu sistem içerisinde gerçekleştirmek üzere ülke çapında teşkilât kurar veya kurdurabilir.

7. 3816 Sayılı Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanun⁸⁵

1992 tarihinde çıkarılan 3816 sayılı yasa 14 maddeden ibarettir. Kanun Türkiye'de genel sağlık sigortası uygulamasına geçinceye kadar geçerli olacaktır.

Bu kanunun amacı, hiçbir sosyal güvenlik kurumunun güvencesi altında olamayan ve sağlık hizmetleri giderlerini karşılayacak durumda bulunmayan Türk vatandaşlarının bu giderlerinin, genel sağlık Sigortası uygulamasına geçilinceye kadar Devlet tarafından karşılanması ve bu hususta uygulanacak usul ve esasların belirlenmesidir.

Özel kanunlara göre ücretsiz sağlık hizmetlerinden yararlanma hakları olup da bu kanuna göre yeşil kart talebinde bulunmayanların anılan kanunlardan doğan hakları saklıdır.

Bu kanuna göre yeşil kart alacak durumda olmayanların ödeme gücünü aşan sağlık hizmetleri ile bu kanun kapsamında olmayan sağlık hizmetlerinin ücret ve bedellerinin karşılanmasında 3294 sayılı Sosyal

k)Koruyucu, teşhis, tedavi ve rehabilite edici hizmetlerde kullanılan ilaç, aşı, serum ve benzeri biyolojik maddelerin üretiminin ve kalitesinin teşvik ve temini esas olup, her türlü müstahzar, terkip, madde, malzeme, farmakope mamulleri, kozmetikler ve bunların üretiminde kullanılan ham ve yardımcı maddelerin ithal, ihraç, üretim, dağıtım ve tüketiminin , amaç dışı kullanılmak suretiyle fizik ve psişik bağımlılık yapan veya yapma ihtimali bulunan madde, ilaç, aşı, serum ve benzeri biyolojik maddeler ile diğer terkiplerin kontrolüne, murakabesine ve bunların yurt içinde ve yurt dışında ücret karşılığı kontrollerini yaptırmaya, özel mevzuata göre ruhsatlandırma, izin ve fiyat verme işlerini yürütmeye Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı yetkilidir.

Özel mevzuatına göre izin veya ruhsat alınmamış ilaç ve terkiplerin üretimi, ithali, satışı ile ruhsat veya izin alınmış dahi olsa ilaç ve terkiplerin bilimsel araştırma amacıyla Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı ve ilgili kişinin rızası olmadan insan üzerinde kullanımı yasaktır.

⁸⁵ 3 Temmuz 1992 gün ve 21273 sayılı RG.

Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Kanunu'nun⁸⁶ hükümleri uygulanmaya devam edilir.

8. 2219 Sayılı Hususî Hastahaneler Kanunu⁸⁷

1933 tarihinde çıkarılan 2219 sayılı kanun özel hastahanelerin Türk Sağlık Sisteminde olabilirliğini, varlığını ve meşrûluğunu kabul etmiş olup; özel hastahanelerin nasıl çalışacağını ve nasıl ruhsatlandırılacağını düzenlemiştir.

1933 yılında özel hastahanelerin kabulü çağdaş anlayışın ifadesidir.

Kanun 49 madde olup, 4 fasıldan ibarettir. Kanunun birinci faslı, hususî hastahanelerin tarifleri ve açılma şartlarını düzenlemiştir. Kanunun ikinci faslı hususî hastahanelerin teşkilâtını düzenlemiştir. Kanunun üçüncü faslı hususî hastahanelerin vazifelerini düzenlemiştir. Kanunun dördüncü faslı cezai hükümleri düzenlemiştir.

Dili eski olan bu kanun ayrıca günümüz ihtiyaçlarına da cevap verememektedir. Bu nedenle özel hastahanelerle ilgili yeni yasal düzenlemeler yapılmalıdır.

9. Kaza Sağlık İdareleri ve Sağlık Merkezleri Talimatnamesi⁸⁸

1960 yılında çıkarılan talimatname 45 maddeden ibarettir. Talimatname Kaza Sağlık İdarelerini tanımlamıştır. Kaza sağlık idareleri kaza merkezleriyle bunlara bağlı nahiye ve köylerdeki halk sağlığı , ana ve çocuk sağlığı, sağlık eğitimi ve her türlü hekimlik, sosyal hastalık ve hizmetler, mevcut kanun ve nizamnamelerin Sıhhat ve İctimai Muavenet Vekaleti ve bu vekaletle bağlı teşekküllere tahmil eylediği vazifeleri ifa etmek, sıhhi istatistikler için gerekli bilgiyi toplamak ve tedavi sahasında da işbu

⁸⁶ 14 Haziran 1986 gün ve 19134 sayılı RG.

⁸⁷ 5 Haziran 1933 gün ve 2419 sayılı RG.

⁸⁸ 5 Nisan 1960 gün ve 11251 sayılı RG.

talimatnamede yazılı hükümlere göre iyi edici hekimlik vazifesini yapmakla mükellef bir teşekküldür.

Talimatname Kaza sağlık idaresi personeli ile ilgili düzenlemelerde bulunmuştur. Kaza sağlık idaresini teşkil eden personel, sıhhat ve içtimai muavenet vekaletince kazada vazife görmek üzere tayin edilen bilumum ettiba, diş tabibi, veteriner ve yardımcı sıhhi personel ile teknik ve idarî elemanlardan ibarettir.

1960 tarihli Kaza Sağlık İdareleri ve Sağlık Merkezleri Talimatnamesi günümüz ihtiyaçlarına cevap verememektedir. Kaza sağlık idaresinin yeniden teşkilâtlanması ile ilgili düzenlemeler yapılmalıdır.

10. 4459 Sayılı Köy Ebeleri ve Köy Sağlık Memurları Teşkilâtı Yapılmasına ve 3017 Numaralı Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekaleti Teşkilât ve Memurin Kanununun Bazı Maddelerin Değiştirilmesine Dair Kanun⁸⁹

1943 tarihli olan 4459 sayılı kanun 23 maddeden ibarettir. Köylerdeki sağlık hizmetlerini yürüten köy sağlık ebeleri ve köy sağlık memurları ile ilgili düzenlemeler içermektedir.

Köy ebeleri ile köy sağlık memurları köylerde istihdam edilebilir. Köy ebeleriyle sağlık memurları sıhhat ve içtimai muavenet vekilliğince tesbit edilecek esaslar dahilinde memur oldukları köy ve köy guruplarında doğum yardımı yapmak, gebelerin sağlık durumunu takip etmek, çocuk bakımı işleriyle ve diğer sağlık işlerini görmekle mükelleftirler.

Birinci sınıf köy ebeleri ve köy sağlık memurları bulundukları köy ve köy grubu merkezin ihtiyar meclisinin tabii üyesidir.

Türk hukuk sisteminde sağlık mevzuatı derli toplu değildir. Değişik kurum ve şahıslarca sağlık mevzuatı ile ilgili derlemeler yapılmıştır.⁹⁰

⁸⁹ Güler, Çağatay-Zakir Çobanoğlu: a.g.e., s.52.

⁹⁰ Bu konuda geniş bilgi için bkz. Çoker, Fahri - Sadi Kazancı: Türkiye Cumhuriyeti Kanunları, İstanbul-Süreklî, 11 cilt, 12226 sayfa, Kazancı Hukuk Kaynakları Basım – Yayım A.Ş.; Kodal, Mehmet – Salih Zeki Çapakçur, Yataklı Tedavi Kurumları Sağlık Mevzuatı, Ankara 1998, 634 sayfa, Ocaklar Matbaacılık; Sözen, Cemil: Sağlık Eğitimi Mevzuatı, ayseri

İKİNCİ BÖLÜM

ÖZEL HASTAHANELERİN SAĞLIK HİZMETLERİNİN YAPILANMASINDA HUKUKÎ AÇIDAN YERİ VE GEREKLİLİĞİ

I. ÖZEL HASTAHANELERİN HUKUKÎ AÇIDAN YERİ

1. ÖZEL HASTAHANE KURULMASININ HUKUKÎ DAYANAKLARI

Özel hastahanelerin Türk sağlık sisteminde ve Türk hukuk sisteminde konumunun ne olduğunun tesbiti önemlidir. Öncelikle özel hastahanelerin hukukî dayanaklarını tespit ettikten sonra; diğer hususları incelemek uygun olur. Başta 1982 Anayasası olmak üzere diğer sağlık mevzuatında özel hastahaneler ile ilgili yasal düzenlemeler bulunmaktadır.

1982 Anayasasından önceki Türk Anayasasında özel sağlık hizmetleri veya özel hastahaneler ile ilgili düzenlemeler yer almamıştır. 1921 ve 1924 Anayasasında sağlık hakkında ve sağlık hizmetlerinden hiç bahsedilmemiş, 1961 Anayasasında çok kısa ve çok genel olarak sağlık hakkında söz edilmiştir.

A. 1982 Anayasası:

1982 Anayasası'nın sağlık hizmetleri ve çevrenin korunması başlıklı 56. maddenin dördüncü paragrafına göre; Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir.⁹¹

Anayasanın bu maddesinde açıkça özel sektördeki sağlık ve sosyal kurumlara yer vermesi Anayasanın özel hastahanelerin, özel sağlık kuruluşlarının varlığını tanıdığını göstermektedir.

1982 Anayasasının 47. maddesinde yapılan 13.08.1999 tarihli değişiklikle özelleştirme ile ilgili madde eklenmiştir.

1996, 432 sayfa, Atlas Kitabevi; Oğan, Hasan: Gıda İnsan Sağlığı İlgili Yasalar, İstanbul 1996, XI+944 sayfa; Güler, Çağatay-Zakir Çobanoğlu: Sağlık Mevzuatı, Ankara 1997, 1279 sayfa, Güneş Kitabevi.

⁹¹ 9 Kasım 1982 gün ve 17863 mükerrer sayılı Nüsha.

1982 Anayasasının devletleştirme ve özelleştirmeyi düzenleyen 47. maddesine göre ; devletin, kamu iktisadî teşebbüslerinin ve diğer kamu tüzel kişilerinin mülkiyetinde bulunan işletme ve varlıkların özelleştirilmesine ilişkin esas ve usûller kanunla gösterilir.

Devlet, kamu iktisadî teşebbüsleri ve diğer kamu tüzel kişileri tarafından yürütülen yatırım ve hizmetlerden hangilerinin özel hukuk sözleşmeleri ile gerçek veya tüzel kişilere yaptırılabilirliği veya devredileceği kanunla belirlenir.

1999 tarihli değişiklikten önce sadece kamulaştırmayı düzenleyen 1982 Anayasası 1999 tarihli değişiklikle özelleştirmeyi de düzenlemiştir. Bu değişiklikle devletin kamu ve özel anlayışında büyük farklılığa yer verilmiştir. Devletin kamu hizmeti anlayışında da paralel değişiklik olduğu uygulamalardan anlaşılmıştır. Devletin daha önce tekelinde bulundurduğu ve kamu hizmeti olarak saydığı çoğu hizmetlerin kısmen veya tamamen özel sektör eliyle de yürütüldüğü gözlenmiştir.

1982 Anayasasında 1999 tarihli değişiklikle birlikte özel sağlık hizmetlerinin verilmesi, özel sağlık kuruluşlarının kurulmasının anayasal dayanaklarının varlığı hususunda hiçbir tereddüt kalmamıştır.

B. 6023 Sayılı Türk Tabipleri Birliği Kanunu:

6023 Sayılı Türk Tabipleri Birliği Kanununun değişik maddelerinde özel hastahanelere ve özel sağlık kuruluşlarına yer verilmiştir.

Kanunun 1. ve 7. maddelerinde sanatını serbest icra eden doktor ve tabiplerden bahsedilerek özel sağlık kuruluşlarının ve özel hastahanelerin varlığı kabul edilmiştir.

Türkiye sınırları içerisinde meslek ve sanatlarını icraya yetkili olup da sanatını serbest olarak yapan veya meslek diplomasından istifade etmek suretiyle resmi veya özel görev yapan tabipler Türk Tabipler Birliğine katılır.

Bir tabip odası sınırları içinde sanatını serbest olarak icra eden tabipler bir ay içinde o il veya bölge tabip odasına üye olmak ve üyelik görevlerini yerine getirmekle yükümlüdürler.⁹²

C. 1219 Sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun:

1219 Sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanunun değişik maddelerinde özel muayenehanelerden söz edilmektedir.

Kanunun 5. ve 12. maddelerinde özel muayenehane ve özel hastahanelere yer verilmiştir.

Hususî muayenehane açmak veyahut evinde muayenehane tesis eylemek suretiyle sanatını icra eylemek isteyen her tabip Kanuna tevfikân müsaade almak suretiyle Hususî hastahane açabilir.⁹³

D. 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanunu:

224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanununun 4. ve 5. maddeleri hususî sağlık müesseselerinin varlığını düzenlemiştir.

Amme sektörüne dahil kurumlardan maaş veya ücret almayan ve hiçbir şekilde aynî ve nakdî menfaat sağlamayan hekim ve tababet şubeleri mensupları, -meri kanunların hükümleri dairesinde- mesleklerini serbestçe icraya ve Hususî sağlık müesseseleri ve eczane kurmaya mezdurlar.

Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği bölgelerde yaşayanların – ücretlerini şahsen ödemek suretiyle – sağlık hizmetlerini gördürmek üzere istedikleri sağlık personelini veya eczaneyi seçmek hakları mahfuzdur.⁹⁴

⁹² Güler, Çağatay – Zakir Çobanoğlu : Sağlık Mevzuatı, Ankara 1997, s.125,126.

⁹³ 14 Nisan 1928 gün ve 863 sayılı RG.

⁹⁴ 12 Ocak 1961 gün ve 10705 sayılı RG.

E. 3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu:

3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununun "Kapsam" başlıklı 2. maddesi hususî hastahanelerden söz etmektedir. Söz konusu maddeye göre;

3359 sayılı kanun, Millî Savunma Bakanlığı hariç, bütün kamu kurum ve kuruluşları ile özel hukuk tüzel kişilerini ve gerçek kişileri kapsar.

Ayrıca aynı kanunun "Temel Esaslar" başlıklı 3.maddesinde yer alan çok sayıdaki fıkrasında, kamu ve özel bütün sağlık kurum ve kuruluşlarının kurulması ve işletilmesi gibi cümleler yer almaktadır. Aynı maddenin değişik fıkralarında özel ve gönüllü kuruluşlara yer verilmiştir.⁹⁵

F. 181 Sayılı Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Karamâne:

Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının Teşkilât ve Görevleri Hakkında 181 Sayılı Kanun Hükmünde Karamânenin iki ayrı maddesinde özel girişime yer verilmiştir:

181 sayılı Kanun Hükmünde Karamânenin 10. maddesinin b fıkrasına göre; özel sektöre, yabancılara ve azınlıklara ait yataklı tedavi kurumlarına açılış ruhsatı vermeyi, tedavi hizmetleri genel müdürlüğünün görevleri arasında saymıştır.

181 sayılı Kanun Hükmünde Karamâne'nin 16. maddesi, Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığının görevlerini düzenlemiştir. Söz konusu maddeye göre; gerçek ve özel hukuk tüzel kişileri ve gönüllü kuruluşlarca açılacak sağlık tesis ve kuruluşlarının tespit edilecek standartlar içinde açılışına izin vermek, faaliyetlerini denetlemek ve yönlendirmek, kanserle savaş daireesi başkanlığının görevleri arasındadır.⁹⁶

⁹⁵ 14 Mayıs 1987 gün ve 19461 sayılı RG.

⁹⁶ 14 Aralık 1983 gün ve 18251 sayılı RG.

G. 9283 Sayılı Hemşirelik Kanunu:

9283 Sayılı Hemşirelik Kanununun 2. ve 10. maddelerinde özel sağlık kurumlarından bahsedilmektedir:

Bu kanunun yayımından sonra diğer vekaletlerle özel veya tüzel kişiler tarafından hemşirelik okulu açılması için Sağlık ve Sosyal Yardım Vekaletinin müsaadesini almak şarttır.

Resmî ve özel sağlık kurumlarında hemşirelerin çalışabileceği düzenlenmiştir.⁹⁷

H. Beş Yıllık Kalkınma Plânları

Türk Kamu Yönetimini etkileyen temel anayasal ilkelerden birisi de plânlı kalkınma ilkesidir. Plânlı kalkınma ilkesi 1961 Anayasasıyla Türk Kamu Yönetimini etkilemeye başlamıştır. Devlet Plânlama Teşkilâtı kurulmuştur.⁹⁸

1961 Anayasası gibi 1982 Anayasası da ekonomik, sosyal ve kültürel kalkınmanın plâna göre yapılması ilkesini öngörmüştür. 1982 Anayasası 166. maddesinde kalkınmanın plâna göre yapılmasını ve bu amaçla gerekli örgütün kurulmasını devlet görevleri arasında saymıştır.

Devlet Plânlama Teşkilatı (DPT) 30.09.1960 gün ve 91 sayılı yasa ile kurulmuştur. DPT kalkınma ilkelerini saptar, beş yıllık kalkınma plânlarını, yıllık programları hazırlar ve uygulamalarını izler.

DPT tarafından hazırlanan beş yıllık kalkınma plânları TBMM tarafından kabul edilir ve Resmi Gazetede yayınlanır. Kalkınma plânı kamu kesimi için bağlayıcıdır. Yönetmelik kuruluşlar, plâna uygun hareket etmek zorundadırlar. Buna karşılık kalkınma plânı özel kesimi yardım ve özendirici yollar ile dolaylı biçimde etkiler.⁹⁹

Beş Yıllık Kalkınma Plânları 1963 yılından itibaren hazırlanmaktadır.

⁹⁷ 02 Mart 1954 gün ve 8647 sayılı RG.

⁹⁸ —————: Devlet Memurları El Kitabı, TODAİ, Ankara 1986, s.17.

⁹⁹ Gözübüyük, A.Şeref : Yönetim Hukuku, Ankara 2001, s.85.

Birinci Beş Yıllık Kalkınma Plânı'nında (1963-1967) sağlık konusu kamu hizmetleri içinde ele alınmıştır. Temel ilke olarak halkın sağlık düzeyinin yükseltilmesi benimsenmiştir. İlkeler arasında; "özel sektörün hastahane kurma teşebbüslerinin teşvik edilmesi, sağlık sigortasının kurulabilmesi için gerekli olan çalışmalara öncelik verilmesi," ilkesi sayılmıştır.¹⁰⁰

Sonraki dönemlerde de kabul edilen beş yıllık kalkınma plânlarının tamamında: " özel sektörün hastahane kurma teşebbüslerinin teşvik edilmesi ve sağlık sigortalarının kurulabilmesi için gerekli olan çalışmalara öncelik verilmesini" kabul ettikleri görülür.

Birinci Beş Yıllık Kalkınma Plânı ile başlatılan özel sektörün hastahane kurma teşebbüslerinin teşvik edilmesi kuralı Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Plânı (2001-2005) ile de sürmüştür.

Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Plânı (2001-2005) 2001 Yılı Programının Sağlık bölümünde; 2000 yılında özel sektör yatırımlarının teşvikine devam edildiği, 149 yatağın hizmete alındığı ve toplam yatak sayısı içinde özel sektörün payının %6,7'ye çıktığı, Özel sektörün daha çok poliklinik, laboratuvar ve teşhis merkezi ağırlıklı hizmet vermekte olduğu belirtilmiştir.¹⁰¹

Sağlık bölümünün Amaçları, İlkeleri ve Politikaları sıralanırken; " Sağlık sektöründe faaliyet gösteren ve kâr amacı gütmeyen kuruluşların birey ve toplum sağlığını koruma ve geliştirme çalışmalarının destekleneceği, özel sektörün sağlık yatırımlarının teşvik edileceği vurgulanmaktadır."¹⁰²

Beş yıllık kalkınma plânlarının hepsinde özel sektör sağlık hizmetlerinin ve özel hastahanelerin desteklenmesi ve teşvik edilmesi plânlanmış ve öngörülmüştür.

¹⁰⁰ -----: Kalkınma Plânı, Birinci Beş Yıl, 1963-1967, DPT, Ankara 1963, s.406-414.

¹⁰¹ -----: Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Plânı (2001-2005) 2001 Yılı Programı, İTO, İstanbul 2000, s.138.

¹⁰² -----: Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Plânı (2001-2005) 2001 Yılı Programı, İTO, İstanbul 2000, s.140

2. 2219 SAYILI HUSUSÎ HASTAHANELER KANUNU

1933 yılında yürürlüğe giren 2219 sayılı Hususî Hastahaneler Kanunu 4 fasıldan oluşmuş olup; 49 maddeden ibarettir. Kanunun 1. faslı, Hususî Hastahanelerin tarifleri ve açılma şartlarını düzenlemiştir. Kanunun 2. faslı, Hususî Hastahanelerin nasıl teşkilatlanacağını düzenlemiştir. Kanunun 3. faslı, Hususî Hastahanelerin vazifelerini düzenlemiştir. Kanunun 4. faslı, cezaî hükümleri düzenlemiştir.

2219 sayılı kanun özel hastahaneleri düzenleyen tek kanundur. Kanun eski tarihli olduğundan hem kullandığı dil çok eskimiştir; hem de çıkarıldığı yılların özelliklerini ve şartlarını yansıtmaktadır. Belli bir sistemiği yoktur. Kapsamlı değildir. Düzenlenmesi gereken bazı hususlara hiç yer verilmemiştir. Bununla birlikte yönetmeliklerde düzenlenebilecek nitelikte olan hususlara da bu kanunda yer verilmiştir.

Kanunun 1. maddesi "Hususî Hastahaneleri" tanımlamaktadır.

Devletin resmi hastahanelerinden ve Hususî idarelerle belediye hastahanelerinden başka yatırılarak tedavi etmek veya hastalık geçirmişlerin zayıfları yeniden eski kuvvetlerini buluncaya kadar sıhhi şartlar içinde beslemek ve doğum yardımlarında bulunmak için açılan ve açılacak olan sağlık yurtları "Hususî hastahaneler"den sayılır. Bunların açılma, kullanma, kapanma şartları kanun hükümlerine bağlıdır.

Kanunun 3. maddesi Hususî Hastahanelerin açılışının izne tabi olduğunu düzenlemiştir.

Hususî hastahaneler Sıhhat ve İçtimâî Muavenet Vekaletinin müsaadesiyle açılır. Bu müsaadenin verilmesi için şahıslara ait hastahanelerin mesul müdürleri ve diğer hastahanelerin de bağlı oldukları teşekküllerin salahiyetleri tarafından Valiliğe bir istida verilir. Bu istidada açılmak istenen hastahanelerin yeri, hastahane yapılarının vasıfları ve ne gibi hastaları kabul ve ne kadar paralı veya parasız hasta tedavi edileceği, konulacak yatak sayısı, hastahane işlerini çevirecek mesul müdürün ismi, hastahanenin kurulması ve çalıştırılması için konacak karşılık paranın ne kadar olduğu açıkça yazılarak aşağıdaki vesikalar da bu istidaya bağlanır:

1. Hastahane yapılacak bina ve müştemilatının vaziyeti, dört yanı, su yollarının, lağımlarının tertiplerini gösterir iki tane harita;

2. Hastahane içine yapılacak müştemilatın iç bölümlerini ve tesisatını gösteren her kat için ayrı ayrı iki tane plân;

3. Hastahane içinde yapılacak bütün tertipler ve teçhizleri gösteren etraflı iki rapor;

4. Açılmak istenilen hastahanenin kurulması ve çalıştırılması için lazım gelen sermayenin mevcudiyetini ve ne kadar olduğunu gösterir vesikalar.

Kanunun 17. maddesi, kanunun uygulamasını gösterici düzenleyici işlemlerin yapılmasını içerir.

Hususî hastahane binalarının tahsis edilecekleri işlere göre ve ne gibi vasıf ve şartlarda olmaları lazım geldiği bir nizamname ile tayin edilir.

Kanunun 33. maddesi Hususî Hastahanelerin denetimini düzenlemiştir.

Hususî hastahanelerin fenni ve idarî muameleleri ve her türlü sıhhi şartları Sıhhat ve İctimaî Muavenet Vekâletinin murakabesi altında olup, lüzum görüldükçe Sıhhat ve İctimaî Muavenet müfettişleri, müdürleri , kazalarda hükümet tabipleri tarafından teftiş ve hastahanelerin her türlü vesikaları tetkik olunur.

Kanunun 38. maddesi Hususî Hastahanelerin dikkat etmeleri gereken hususları düzenlemiştir.

Aşağıdaki hallerde şahıslar tarafından açılmış olan Hususî hastahanelerin ruhsat kağıtları geri alınır ve vakıf hastahaneleriyle diğer Hususî hastahanelerin mesul müdürleri tebdil edilir.

2. İki defa yapılan ihtarla rağmen mesul müdür hastahane vazifelerini ihmalde devam ederse;

3. Mesul müdür 9. maddede yazılı suçlardan dolayı hapse mahkum olur veya müessese dahilinde, hastahanelerin veya hastahanenin nezahat ve şerefini bozan yasak işler yapılmasına göz yumar veya bu işleri kendisi işlerse;

4. Mesul müdür sıhhi sebepler haricinde bir senede iki kere izinsiz olarak birer haftadan veya bir defada on beş günden fazla hastahaneyi terk ederse.

Ülkenin nüfusu, büyüklüğü, sağlık teknolojisinin gelişmişlik düzeyi ve mevcut yapı göz önüne alındığında 1933 tarihli yasanın günümüz ihtiyaçlarına cevap veremediği gözlenmiştir. Bu nedenle yasanın yeniden düzenlenmesi gerekir.

3. HUSUSÎ HASTAHANELER TÜZÜĞÜ

2219 sayılı Hususî Hastahaneler Kanununun nasıl uygulanacağını göstermek amacıyla Özel Hastahaneler Tüzüğü çıkarılmıştır.

Bakanlar kurulunun 28 Şubat 1982 gün ve 8/5747 nolu karnâmesi ile kabul edilen Özel Hastahaneler Tüzüğü Resmi Gazetenin 10 Ocak 1983 gün ve 17924 sayılı nüshasında neşir ve ilan olunmuştur.¹⁰³

Tüzük toplam üç bölüm ve üç çizelgeden oluşmaktadır. Birinci bölümde kapsam, kabul edilecek hastalar, özel hastahane binalarının nitelikleri; ikinci bölümde özel hastahanelerin personel kadroları, bulundurulması zorunlu ilaçlar; üçüncü bölümde özel hastahanelerin iç hizmetleri yer almaktadır.

Tüzüğün bir sayılı çizelgesinde özel hastahanelerde bulundurulacak en az sağlık personeli; iki sayılı çizelgede özel hastahanelerde bulundurulması zorunlu ilaçların türleri ve en az miktarları; üç sayılı çizelgede her servis için bulundurulması gereken araç gereç ve aygıtların türleri ve en az miktarları yer almaktadır.

1983 yılında çıkarılan Hususî Hastahaneler Tüzüğü¹⁰⁴, değişen şartlar göz önüne alınarak 1997 yılında yeniden düzenlenmiştir¹⁰⁵. Tüzük gibi düzenleyici işlemlerin değiştirilmesi ve gerçekleştirilmesi yasa çıkarmaya göre daha kolay ve daha çabuk olmaktadır. Aslında söz konusu yasanın

¹⁰³ Güler, Çağatay – Zakir Çobanoğlu :a.g.e. s.346-371.

¹⁰⁴ 10 Ocak 1983 gün ve 17924 sayılı RG.

¹⁰⁵ 22 Mayıs 1997 gün ve 22996 sayılı RG.

yetersizliği kabul edilmekle birlikte mevcut yetersizliğin tüzük ile giderilmesi sorunu çözücü olmamıştır.

4. SAĞLIK SEKTÖRÜNDE ÖZELLEŞTİRME

1982 Anayasasında yapılan 13.08.1999 tarihli değişiklikle özelleştirme anayasaya girmiştir. 1982 Anayasasının 47. maddesine göre devletin, kamu iktisadî teşebbüslerinin ve diğer kamu tüzel kişilerin mülkiyetinde bulunan işletme ve varlıkların özelleştirilmesine ilişkin esas unsurlar kanunla gösterilir. 1982 anayasası Türkiye’de genel anlamda özelleőtirmenin anayasal temelini oluşturmuştur.

Türkiye’de özelleştirme konusu Anayasa’da yeralmadan önce yasal düzenleme ile düzenlenmiştir. Özelleştirme 1982 Anayasası’na 13.08.1999 tarihli değişiklikle girmiş olmasına rağmen; 4046 sayılı özelleştirme uygulamalarının düzenlenmesine ve bazı kanun ve kanun hükmünde kararnamelerde değişiklik yapılmasına dair kanun 24.11.1994 tarihinde kabul edilmiştir.

4046 sayılı kanun ile yataklı tedavi kurumlarının işletilmesi haklarının özelleştirilmesi imkanı getirilmiştir¹⁰⁶.

4046 Sayılı Özelleştirme Uygulamalarının Düzenlenmesine ve Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnâmelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanunun¹⁰⁷ amacını düzenleyen1 inci maddesinin (F) fıkrasında; “ Genel ve katma bütçeli idarelerle bunlara bağlı döner sermayeli kuruluşların, mal ve hizmet üretim birimleri ve varlıkları (baraj, gölet, otoyol, **yataklı tedavi kurumları**, limanlar ve benzeri diğer mal ve hizmet üretim birimleri) ile bu kanunun 35. maddesinin (B) fıkrasında belirtilen kamu iktisadi kuruluşlarının temel kuruluş amaçlarına uygun mal ve hizmet üretim birimlerinin işletilmesi haklarının,

¹⁰⁶ _____: Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Plânı, İTO, İstanbul 1997, s.44

¹⁰⁷ 27 Kasım 1994 gün ve 22124 sayılı RG.

Ekonomide verimlilik artışı ve kamu giderlerinde azalma sağlamak için özelleştirilmelerine ilişkin esasları düzenlemektedir.” şeklinde belirtilmektedir.

Bu amaçtan da anlaşılacağı üzere sağlık kurumları da özelleştirme kapsamında bulunmaktadır. Sağlık kurumlarının verimliliğini artırmak ve kamunun üzerindeki maliyet yükünü azaltmak amacıyla özelleştirilmesi amaçlanmaktadır.

Kanunun 15. maddesi konuyu açıklayıcı düzenlemelerde bulunmuştur.

Kamu hizmeti gören kuruluşların mülkiyet devri suretiyle özelleştirilmesine ilişkin konularda bu kanunun 1. maddesinde öngörülen ayrı kanunlarla düzenleme yapılmasına ilişkin şartlar saklı kalmak kaydıyla;

a) Genel ve katma bütçeli idarelerle bunlara bağlı döner sermayeli kuruluşların mal ve hizmet üretim birimleri ve varlıklarının (baraj, gölet, otoyol, yataklı tedavi kurumları, limanlar ve benzeri diğer mal ve hizmet üretim birimleri),

b) Bu kanunun 35. maddesinin (B) bendinde belirtilen ve kamu hizmeti gören tekel niteliğindeki mal ve hizmetleri üreten kamu iktisadi kuruluşları ile bunların müessese, bağlı ortaklık, işletme ve işletme birimlerinin,

İşletme haklarının verilmesi veya kiralanması ve mülkiyetin devri dışındaki benzeri diğer yöntemlerle özelleştirilmesi ve kanunun hükümleri çerçevesinde yapılır.

Genel ve katma bütçeli idarelerle bunlara bağlı döner sermayeli kuruluşların mal ve hizmet üretim birimleri ve varlıklarının (baraj, gölet, otoyol, yataklı tedavi kurumları, limanlar ve benzeri diğer mal ve hizmet üretim birimleri) işletme haklarının verilmesi veya kiralanması ile kamu iktisadi teşebbüsleri arasında yer alan ve 233 sayılı Kanun Hükmünde Karamâmede tanımlanmış bulunan “kamu iktisadi kuruluşları”nın ve bunların müessese, bağlı ortaklık, işletme, işletme birimleri ve varlıklarının mülkiyetin devri dışında kalan yöntemler dışında kalan yöntemler ile özelleştirilmesi bu Kanun hükümlerine tabidir. Ancak, bu kuruluşların mülkiyetinin devrine ilişkin

hususlar, kuruluşların gördükleri kamu hizmetlerinin esaslarına ve özelliklerine göre ayrı kanunlarla düzenlenir.¹⁰⁸

Yataklı tedavi kurumlarının mülkiyetin devri yöntemiyle özelleştirilmesi için bu kanun hükümleri yeterli olmamakta ve ayrı kanun düzenlenmesi gerekmektedir. Ancak işletme haklarının verilmesi veya kiralanması ile özelleştirilmesi bu kanunun hükümlerine tabidir.

4046 sayılı kanunla kamuya ait yataklı tedavi kurumlarının işletme haklarının verilmesi veya kiralanması yolu ile özelleştirilmesini mümkün kılmasına rağmen, Aralık 2001 tarihine kadar bu konuda herhangi bir özelleştirme faaliyeti geçekleşmemiştir.

5. TÜRK TEŞVİK SİSTEMİNDE SAĞLIK HİZMETLERİ

Özel sektörün sağlık alanındaki girişimleri ve yatırımları Türk Teşvik Sisteminin kapsamı alanındadır. Tezin bu bölümünde Türk Teşvik Sisteminde özel sektörün sağlık yatırımlarına ve girişimine verilen teşvik ve desteğin neler olduğu izah edilmek istenmiştir.

B. Sistemin Yasal Dayanakları:

Türk teşvik sistemi, beş yıllık plânların yıllık programlarının uygulanması çerçevesinde Bakanlar Kurulunca yayınlanan yıllık program kararâmeleri ile belirlenerek yürütülmektedir. Buna dayanarak ilgili uygulama birimleri, tebliğlerle işlemlere açıklık kazandırır.

Uygulanmakta olan teşvik sisteminin temel dayanakları değişik kanunlarla düzenlenmiştir.

Teşvik sistemi içinde yer alan bazı teşvik araçları ise, teşvik mevzuatı dışında ilgili yasalarda düzenlenmiştir. Bu teşvik araçları genel özendirme araçları arasında yer almaktadır. Görüleceği gibi, bunların bir kısmı genel özendirme araçları arasında yer almaktadır.

¹⁰⁸ <http://www.oib.gov.tr/4046.htm>

1. Vergi Usûl Kanunu'ndaki mevcut teşvik tedbirleri: hızlandırılmış amortisman ve yeniden değerlendirme,

2. Kurumlar Vergisi Kanunu'ndaki teşvik tedbirleri: Sanayi ürünü ihracatı muafiyeti, yurtdışı inşaat ve onarım kazançları muafiyeti, turizm kazançları muafiyeti, eğitim, spor ve sağlık tesislerinin işletilmesinden sağlanan kazançlara ilişkin muafiyet, kurumlar vergisi erteleme,

3. Katma Değer Vergisi Kanunu'nda bulunan teşvik tedbirleri: Yatırım malları alımlarında ödemeye konu KDV, indirim tabi olmaktadır.

4. Gelir Vergisi Kanunu'nda yer alan teşvik tedbirleri: Ücretlerin vergilendirilmesinde indirim oranlarını 15 katına kadar arttırmaya Bakanlar Kurulu yetkili kılınmıştır.

Türkiye'de teşvik sistemini düzenleyen yasaların dışında, ayrıca Karar ve Tebliğler de büyük yer tutmaktadır. Her yıl yatırımları ve döviz kazandırıcı işlemleri teşvik kararları, amaçlarını ve uygulama biçimlerini, denetimlerini kapsayacak biçimde, Bakanlar Kurulu Kararları olarak yayınlanmaktadır.¹⁰⁹

Literatürde "Teşvik Tedbirleri" deyimini benimsendiği ve yaygın şekilde kullanıldığı halde, resmî belgelerde yarattığı milletlerarası sakıncalar nedeniyle bu deyim terk edilmiş ve yerine "Devlet yardımı" şeklinde bir deyim getirilmiştir.¹¹⁰

C. 2001 Yılı Bakanlar Kurulu Kararı:

2001 yılı için Bakanlar Kurulu Kararı 18 Ocak 2001 gün ve 24291 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanmıştır.

Bu kararın 1. maddesine göre yatırımlarda Devlet yardımlarının amacı izah edilmiştir;

Bu Karar'la; Kalkınma Plânları ve Yıllık Programlarda öngörülen hedefler ile Avrupa Birliği normları ve uluslararası anlaşmalara uygun olarak

¹⁰⁹ Incekara, Ahmet : Türkiye'de Teşvik Sistemi, İstanbul 1995, S.58-59.

¹¹⁰ Tuncer, Selâhattin : " Vergi Mükelleflerine Uyarılar", Dünya Ekonomi-Politika, 28.02.2001 Günlü Nüsha, S.17.

tasarrufları yatırıma yönlendirmek suretiyle, katma değeri yüksek, ileri ve uygun teknolojileri kullanarak bölgeler arası dengesizlikleri gidermek, istihdam yaratmak ve uluslararası rekabet gücü sağlamak için yatırımların desteklenmesi amaçlanmaktadır.¹¹¹

Kararın 3. maddesine göre yatırımlara bu karar çerçevesinde, sağlanabilecek destek unsurları şunlardır:

- a) Gümrük Vergisi ve Toplu Konut Fonu İstisnası
- b) Yatırım İndirimi,
- c) Katma Değer Vergisi istisnası,
- d) Vergi, resim ve harç istisnası,
- e) Fondan kredi tahsisi.

Ayrıca yatırımlar, diğer Kanun ve Bakanlar Kurulu kararlarında teşvik belgesine bağlı olarak öngörülen destek unsurlarından da yararlandırılabilir.

Yukarıda sayılan destek unsurlarının uygulama esasları Müsteşarlığın bağlı bulunduğu Devlet Bakanlığınca çıkarılacak tebliğ ve genelgelerle belirlenir.

2001 yılı Bakanlar Kurulu kararına göre, Teşvik belgesi kapsamındaki makine ve teçhizat ithalatı, yürürlükteki İthalat Rejimi Kararı gereğince ödenmesi gereken Gümrük Vergisi ve Toplu Konut Fonu'ndan istisnadır. Anlaşılacağı üzere teşvik belgesi kapsamında ithal edilecek sağlıkla ilgili makine ve teçhizatlar Gümrük Vergisi ve Toplu Konut Fonu'na tabi değildir.

Karara göre;193 sayılı Gelir Vergisi Kanununun Ek 3 üncü maddesi hükmü uyarınca yatırım indirimi oranı:

- a) Gelişmiş yörelerde yapılacak yatırımlar için %40,
- b) Organize sanayi bölgeleri ve kalkınmada öncelikli yörelerde yapılacak yatırımlar için %100
- c) Uluslararası rekabet gücü kazandıracak; ileri teknoloji gerektiren, katma değeri yüksek, vergi gelirleri ve istihdamı artırıcı özelliklerden en az

¹¹¹ 18 Ocak 2001 tarih ve 24291 sayılı RG.

ikisini içeren 250 milyon ABD Doları karşılığı Türk Lirasını aşan sınıai Yatırımlarda ise yöre farkı gözetilmeksizin % 200

olarak uygulanır.

d) Bu karar kapsamında normal yörelerde yapılacak yatırımlar ile yöre farkı gözetilmeksizin Küçük ve Orta Ölçekli İşletmelerin (KOBİ) yatırımları, ar-ge yatırımları, çevre korumaya yönelik yatırımlar, Bilim Teknoloji Yüksek Kurulu veya Türkiye Bilimsel ve Teknik Araştırma Kurumu tarafından belirlenen öncelikli teknoloji alanında yapılacak yatırımlar, elektronik sanayi yatırımları, gemi ve yat inşa yatırımları, tersane yatırımları, uçak ve helikopter yatırımları, eğitim yatırımları, **sağlık yatırımları**, turizm yatırımları, maden istihracına yönelik yatırımlar, bilişim teknolojisi yatırımları, yazılım geliştirme yatırımları, genel amaçlı rehabilitasyon merkezî ve huzurevi yatırımları, bölgesel gelişmeye yönelik yatırımlar, Sanayi ve Ticaret Bakanlığı'nca belirlenen küçük sanayi siteleri ile küçük sanayi sitelerinden oluşan organize küçük sanayi bölgelerinde yapılacak yatırımlar, ileri teknoloji gerektiren, katma değeri yüksek, vergi gelirleri ve istihdamı artırıcı özelliklerden en az birini içeren sabit yatırım tutarı 50 milyon ABD Doları karşılığı Türk Lirasının üzerindeki yatırımlar özel önem taşıyan sektör yatırımlarıdır.

Bu çerçevede özel önem taşıyan sektör yatırımlarına uygulanacak yatırım indirimi oranları ise:

1. Yukarıda yöre farkı gözetmeksizin sayılan özel önem taşıyan sektör yatırımları için bütün yörelerde %100,
2. normal yörelerde yapılacak diğer yatırımlar için %60, olarak uygulanır.

Yatırım indiriminde, Maliye Bakanlığınca her yıl belirlenen asgari yatırım indirimi tutarları esas alınır.¹¹²

Bu maddede sayılan yatırım indirimine tabi yatırımlar arasında görüldüğü üzere sağlık yatırımları da yer almaktadır. Bölge gözetmeksizin 50 milyon ABD Doları karşılığı Türk Lirasını aşan sağlık yatırımları %100 yatırım

¹¹² 18 Ocak 2001 gün ve 24291 sayılı RG.

indirimine tabidir. Normal yörelerde yapılan 50 milyon USD Dolarından aşağıdaki sağlık yatırımları için % 60 yatırım indirimi oranı uygulanacaktır.

Kararın 9. maddesine göre; 25/10/1984 Tarihli ve 3065 sayılı Katma Değer Vergisi Kanununun 13. maddesinin (d) bendi gereğince, teşvik belgesini haiz yatırımlara teşvik belgesi kapsamında yapılacak makine ve teçhizat ithal ve yerli teslimleri Katma Değer Vergisinden istisnadır.¹¹³

Burada da görüldüğü üzere teşvik belgesi kapsamında alınan sağlıkla ilgili makine ve teçhizatlar Katma Değer Vergisinden istisna edilmiştir.¹¹⁴

Sağlık yatırımlarına da teşvik belgesi çerçevesinde Fon'dan kredi tahsis edilebilmektedir.

Yatırımlarda uygulanacak "Devlet Yatırımları ve Yatırımları Teşvik Fonu"ndan yararlanma ilkeleri Devlet bakanlığı tarafından yayımlanan 2000/1 sayılı tebliği ile düzenlenmiş bulunmaktadır.¹¹⁵

Teşvik ilkelerinden yararlanabilmek için her şeyden önce teşvik belgesi sahibi olmak gerekmektedir. Bu bağlamda bir yatırımın teşvik belgesine bağlanabilmesi için asgari sabit yatırım tutarının 2001 yılında;

1. Kalkınmada öncelikli yörelerde gerçekleştirilecek yatırımlarda 200 milyar Türk Lirası,
2. Normal yörelerde gerçekleştirilecek yatırımlarda 400 milyar Türk Lirası
3. gelişmiş yörelerde gerçekleştirilecek yatırımlarda 600 milyar Türk Lirası

Finansal kiralama şirketlerinin finansal kiralamaya konu teşvik belgesi başvurularında aranacak asgari sabit yatırım tutarı ise yukarıda belirtilen miktarların yüzde 25'i kadardır.¹¹⁶

¹¹³ 18 Ocak 2001 gün ve 24291 sayılı RG.

¹¹⁴ 18 Ocak 2001 gün ve 24291 sayılı RG.

¹¹⁵ 18 Şubat 2001 gün ve 24322 sayılı RG.

¹¹⁶ Seviğ, Veysi: "Teşvik Belgesi ve Yatırım Tanımları", Dünya Ekonomi-Politika, 26.02.2001 Günlü Nüsha, S.7.

Türk teşvik sistemi sağlık hizmetleri açısından incelendiğinde, özel sektörün sağlık hizmetleri ile ilgili yatırımları özel öneme haiz görülerek değişik araçlarla teşvik edilmiştir.

6. SİYASİ PARTİ BİLDİRGELERİNDE ÖZEL SAĞLIK HİZMETLERİ

Türkiye’de demokratik sistem bulunduğundan, Siyasi Partiler Seçimle iktidara gelmektedirler. Bu yüzden siyasi parti bildirgelerinde özel sağlık hizmetleri ile ilgili nasıl bir düzenlemeye yer verdikleri önem kazanmaktadır.

Siyasi parti bildirgelerinde özel sağlık hizmetlerinden ve özel hastahanelerden söz edildiği görülmektedir.

57. Hükümet Programı, 4 Haziran 1999 tarihinde hükümet adına Başbakan M. Bülent Ecevit tarafından meclise sunulmuştur. 57. Hükümet Programında özel sağlık hizmetlerine ve özel hastahanelere yeterince yer verilmediği gözlenmiştir.

“Sağlık hizmetlerinden yurttaşlarımızın yeterli düzeyde yararlanabilmeleri sağlanacak, aile hekimliği sistemi özendirilecektir. Genel ve kişisel sağlık sigortası gerçekleştirilecektir. Sağlık kurumlarının hizmet standartları yeniden belirlenecek, Kamunun özel sağlık kurumlarından hizmet alımları ve denetimleri yeni kurallara bağlanacaktır.”

DSP seçim bildirgesinde ve diğer programlarında sağlık hizmetleri ile ilgili genel ifadeler yer almıştır. Özel hastahaneler veya özel sağlık hizmetlerine yer verilmemiştir.

MHP Parti Programında her vatandaşa çağdaş normlarda sağlık hizmeti sunumunda özel hastahanelere yer vermiştir.

MHP Parti Programı; gerçek ihtiyaç sahibi olan vatandaşların sigorta primleri düzenli bir şekilde devlet tarafında ödenmek suretiyle sağlık sigortası kapsamına alınacağını; sağlık sigortası kurumunun bütün Kamu ve özel hastahanelerinden anlaşmalı olarak hizmet satın alacağını, düzenlemiştir.

ANAP bildirgesinde özel sağlık kuruluşlarının teşvik edilmesi öngörülmüştür. ANAP bildirgesi; devletin yapacağı hizmet ve faaliyetlere ilaveten, özel sağlık müesseselerinin kurulmasını teşvik için tedbirler alınmasını faydalı bulmuştur.

DYP bildirgesinde sağlık reformlarına yer vermiştir. DYP tarafından gerçekleştirileceği vaad edilen sağlık reformu; Sağlık hizmetleri sunumunda, rekabet ve verimliliğin sağlanması, sağlık hizmetlerinin kaliteli ve ulaşılabilir olmasını; Kamu hastahanelerinin özertleştirilmesini ve özelleştirilmesini, devlet hastahanelerinin yerini özel hastahanelerin almasını düzenlemiştir.

AK Parti bildirgesinde, sağlık hizmetlerine geniş yer vermiş; özel sağlık hizmetlerinin önemini vurgulamıştır.

“Devlet herkesin temel sağlık hizmetlerini, gerekirse özel sektörle işbirliği yaparak, yerine getirmek zorundadır. Koruyucu ve tedavi edici hizmetler başta olmak üzere, sağlık hizmetleri alanı, gönüllü kuruluşlara ve özel sektöre açıktır. İlaç ve tıbbî ekipman sanayii desteklenecek, sağlık yatırımlarına yapılan teşvikler yeniden düzenlenecektir.”

CHP bildirgesi;

CHP uygulamaya koyacağı sağlık reformu çerçevesinde, kamusal veya özel, daha fazla kaynağın, millî gelirin daha büyük bölümünün sağlık sektörüne yönelmesini sağlayacaktır. CHP iktidarında , özel girişimcilerin sağlık sektörüne yapacağı yatırımlar gerekli ölçüde özendirilecektir.

II. KAMU SAĞLIK HİZMETLERİNİN YETERSİZLİĞİ

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin kökeni Kamu Sağlık hizmetleridir. Türkiye’de Kamunun verdiği Sağlık Hizmetleri çok eskiye dayanmaktadır. Cumhuriyetin ilk yıllarından itibaren, savaşta yorgun düşen, fakir halkın salgın hastalıklara karşı korunmasında çok önemli çalışmalar yapılmıştır. Kamu sağlık hizmetlerinin ifade edilmesi gereken çok yönlü pozitif unsurlar bulunmaktadır. Bununla birlikte tezin konusu açısından bu hususlara yer verilmemiştir.

Ülkemizde kamunun (Devletin) sunduğu sağlık hizmetinin aksayan yönlerinin olduğunu, nicelik ve nitelik yönünden yetersizliğini kamunun konuyla ilgili ve yetkili birimleri itiraf etmektedir.

Kamu sağlık hizmetlerinin yetersizliğinin temelinde Türkiye'nin ekonomik durumu, nüfusun hızlı artışı, Kamunun sorumluluğu altındaki hizmet türlerinin fazlalığından dolayı sağlık hizmetlerine düşen kamu kaynaklarının yetersizliği yatmaktadır.

Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğünün 1993 tarihli "Sağlık Reformu ile ilgili Kanun Tasarısı Taslak ve Gerekçeleri" başlıklı yayınında kamunun sunduğu sağlık hizmetinin aksayan yönleri olduğu ve Sağlık Reformu yapılması gerektiğini vurgulamaktadır.

TBMM Genel Kurulunun 18.07.1995 gün ve 142. birleşiminde onayladığı Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Plânının Sağlık Reformu kısmında Kamu Sağlık hizmetlerinin aksayan yönleri tespit edilmiş ve iyileştirici tekliflere yer verilmiştir.

Bakanlar Kurulunun 14 Ekim 2000 tarih ve 1400 sayılı kararıyla onayladığı Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Plânı (2001-2005) 2001 yılı programında da Kamu Sağlık hizmetinin yetersizlikleri vurgulanmıştır.

Tezin bu bölümünde kamu sağlık hizmetlerinin yetersizliği ve eksikliğinin yine kamunun hazırladığı kaynak ve dokümanlardan verilmesi uygun bulunmuştur. Hem bilgi ve verilerin sağlam ve güvenilir olması, hem de abartıdan uzak olması istenmiştir. Zaten kamu sağlık hizmetlerinin yetersizliğini kamunun ilgili birimlerinin dahi itiraf etmesi, tezimizin amacını ve iddiasını desteklemektedir.

1. Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Plânı:¹¹⁷

Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Plânının Sağlık Reformu başlıklı bölümünde Türkiye'nin mevcut sağlık durumu yetersizlikleri ile birlikte açıklanmıştır.

¹¹⁷ Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Plânı (1996-2000), 30.10.1984 tarihli 3067 sayılı kanun gereğince, Türkiye Büyük Millet Meclisinin Genel Kurulunun 18.07.1995 tarihli 142 inci birleşiminde kabul edilmiştir. İTO Ticari Dokümantasyon Şubesi, İstanbul 1997, vii+307 s.

Sağlık hizmeti sunumunda kamu kesiminin ağırlığı devam etmiştir. Hasta yataklarının yüzde 95'i, koruyucu sağlık hizmet birimlerinin ise tamamı kamu kesimine aittir. Uzman hekimlerin yüzde 76'sı, Pratisyen hekimlerin yüzde 96'sı, diş hekimlerinin yüzde 33'ü ve hemşirelerin yüzde 98'i kamuda istihdam edilmektedir.

Sağlık alanında kaynakların etkili kullanılması, hizmette yaygınlık, süreklilik ve kalite sağlanarak tüketici tatmininin artırılması amacıyla, sistemin finansman, yönetim ve organizasyon, insangücü, hizmet sunumu, mevzuat ve enformasyon boyutu itibarıyla yeniden yapılandırılması ihtiyacı devam etmektedir.

Sağlık politikalarının uygulanmasında süreklilik sağlanamaması, alınan kararların ve çıkarılan yasaların zamanında uygulamaya geçirilememesi sağlık hizmetlerinin gelişmesinde engelleyici bir faktör olmuştur.

Türkiye'de sağlık hizmetleri kamu ve özel kesiminde birbirinden ayrı ve bağımsız çalışan kuruluşlar tarafından sunulmaktadır. Ancak, kamu kuruluşları arasında etkili bir işbölümü ve koordinasyonun sağlanamamış olması, bu kuruluşların farklı nüfus guruplarına yönelik olmaları, kuruluşların yatırım ve hizmet sunumlarında çakışmalara, kaynakların verimsiz kullanılmasına yol açmaktadır.

Başta Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Sigortalar Kurumu olmak üzere, kamu sağlık kuruluşlarında hizmetin sunumu ile finansmanının bir arada bulunması, hizmetin plânlanması ve uygulanmasında sorun yaratmakta ve mekanizmasının etkili şekilde işletilmesini engellemektedir.

Sağlık hizmeti sunan kurumların merkez örgütündeki birimler, hem programların geliştirilmesi ile ilgili teknik konuları, hem de programların yürütülmesi ile ilgili günlük işleri bir arada yapmaktadırlar. Plânlama ve icra birimlerinin bir arada oluşu, program geliştirmeye ayrılan süreyi azaltmakta ve bu birimler teknik görevlerini yerine getirememektedirler.

Sağlık alanına ayrılan kaynaklar yeterli olmamakla birlikte, kuruluşlar arasındaki koordinasyon eksikliği, organizasyon bozukluğu, rasyonel olmayan yatırımlar, makine ve teçhizat eksiklikleri ve istihdam politikasındaki

yanlışlıklardan dolayı mevcut kaynaklar da etkili kullanılmamaktadır. Bazı yerlerde kapasite yetersiz kalırken, bazı yerlerde de atıl kapasite söz konusu olmaktadır.

Daha az kaynak kullanılarak sağlıklı bir topluma ulaşmayı sağlayan, ana-çocuk sağlığı, aile plânlaması, aşılama ve çevre sağlığı gibi koruyucu sağlık hizmetleri ile ayakta teşhis ve tedavi hizmeti sunan birinci basamak hizmetlerini kapsayan temel sağlık hizmetlerine yeterli öncelik verilememiş, daha çok kaynak tüketen yataklı tedavi hizmetlerine yönelinmiştir. Koruyucu sağlık hizmetleri için yalnızca Sağlık Bakanlığı imkanları kullanılmış, diğer kuruluşlar bu amaç doğrultusunda yönlendirilememiştir.

Temel sağlık hizmetleri ülke ihtiyacına cevap verecek şekilde yeterince geliştirilememiş, 224 Sayılı Kanun'la getirilen düzenleme kırsal alanda sağlık evleri ve sağlık ocaklarına gereken insangücü ve donanım ihtiyacının yeterince karşılanamaması nedeniyle uygulamada yetersiz kalmış, hızlı nüfus artışı ve göçler nedeniyle kalabalıklaşan kentlerde çeşitlenen sağlık sorunlarının giderilmesine yönelik örgütlenme oluşturulamamıştır. Diğer taraftan, birinci basamakta dar bölgede çok yönlü sağlık hizmeti verme anlayışına rağmen, gerek Sağlık Bakanlığı gerekse diğer kamu kuruluşlarında aynı amaca yönelik sağlık hizmeti birimleri kurulmuştur.

Birinci basamaktan başlayarak referans hastahanelerine dek uzanan ve bütün hizmet kademelerini kapsayan etkili bir hasta sevk sistemi kurulamamıştır. Bu durum, hizmet talebinin yanlış yerlere yönelmesine, hasta dolaşımının artmasına, kent merkezlerinde ve özellikle büyük hastahanelerde aşırı yığılmalara, sağlık insan gücünün büyük merkezlerde toplanmasına ve birim maliyetlerin gereksiz yere artmasına neden olmuştur.

Yataklı tedavi kurumlarının çağdaş işletmecilik esaslarına göre verimli ve etkili bir şekilde yönetilmemesi, kendi gelirleriyle giderlerini karşılayamaması, rekabete açık olmaması, idarî ve malî özerkliğe sahip kuruluşlara dönüştürülemediği olması, bu kuruluşlardan beklenen faydaların elde edilememesine yol açmaktadır.

Sağlık insangücünün görev tanımlarının kesin olarak yapılmamış olması, çağdaş denetim tekniklerinin ve hizmet içi eğitime yönelik denetimin

eksikliği, personel atamalarında liyakat ve kariyer sistemi uygulanamaması, hekimlerin kamu sağlık kuruluşlarında tam süre çalışmamaları hizmetin verimliliğini ve maliyetini olumsuz yönde etkilemektedir.

Maliyet muhasebesi tekniklerinin kullanılmamasından dolayı, sağlık hizmetlerinde bütün gider unsurları maliyetlere yansıtılmamaktadır. Sunulan hizmetin fiyatlandırılmasında gerçek maliyetler yeterince dikkate alınmamakta ve hizmetin bedelinin ancak bir kısmı kullanıcıdan veya bağlı olduğu sigorta kurumundan alınmaktadır. Sübvansiyon edilmiş olan hizmetlerden sadece ihtiyacı olan değil, gelir düzeyine bakılmaksızın herkes aynı ücreti ödemek suretiyle yararlanabilmektedir. Kurumlara sağlanan ve seçici olmayan bu sübvansiyon uygulamasıyla kaynaklar yanlış yönlendirilmekte, asıl ihtiyacı olanlara doğrudan sübvansiyon sağlanamamaktadır.

Sağlık mevzuatının güncelleştirilmesi ihtiyacı devam etmekte olup, finansman, hizmet sunumu, personel politikaları, yönetim yapısı, toplum sağlığının korunması konularında yasal düzenlemeler yapılmamıştır.

Hizmet kademeleri arasında doğru ve hızlı bilgi akışının yetersizliği yönetimlerin sağlıklı karar almalarını olumsuz yönde etkilemektedir.

Sağlık hizmetlerinin plânlaması ve yürütülmesiyle ilgili olarak her düzeyde toplum katılımına ilişkin mekanizmalar kurulamamış ve iletilenmemiştir.

Dengesiz ve yetersiz beslenmeye bağlı olarak görülen çeşitli sağlık sorunları önemini korumaktadır.

Ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin yaygınlaştırılmasına duyulan ihtiyaç devam etmektedir.

Sağlık insangücü sayısındaki önemli gelişmelere rağmen, istihdam ve yurt düzeyinde dağılımı ile ilgili sorunlar devam etmektedir. Bazı tıp dallarındaki uzman hekim açığı kapatılamamıştır. Hekimlerin yüzde 48,5'i büyük illerde bulunmaktadır. 1994 yılında hekim başına düşen nüfus 954 kişiye inmiştir. 1995 yılı Mart ayı itibariyle Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı ile Sosyal Sigortalar Kurumu Genel Müdürlüğü hizmet birimlerinde 3.055

pratisyen hekim, 2636 uzman hekim ve 136 diş hekimi kadrosu boş bulunmaktadır.

Tıp fakülteleri hastahanelerinin asıl görevleri olan eğitim ve bilimsel araştırma ağırlıklı faaliyetler yerine, genel sağık hizmeti verme eğilimleri devam etmektedir. Bu durum, eğitim ve öğretim hizmetlerinin aksamasına ve hizmet maliyetinin yükselmesine yol açmaktadır.

Hasta yatağı toplam sayısı 1994 yılı itibariyle 150.565'e yükselmiş olmakla birlikte, yurt düzeyindeki dağılımı dengesizdir. Toplam yatakların yüzde 37'si ülke nüfusunun yüzde 24,4'ünün bulunduğu üç ildedir. Hasta yatağı başına düşen nüfus 1994 yılında 406 olmuştur.mevcut yatakların kullanım oranı yüzde 58 ile düşük bir seviyede iken, bu oran 50 yatağın altındaki ilçe hastahanelerinde yanlış yer seçimi, insangücü ve makine-teçhizat eksiklikleri, toplumun hizmet kullanım alışkanlıkları gibi nedenlerle yüzde 35'in altına inmektedir. Özellikle son yıllarda ilçe hastahanesi yapımında nüfus kriteri gözardı edilmiş ve bazı ilçelerde gereksiz kapasite yaratılmıştır.

Özel sağık sigortacılığı yaygınlaştıramamıştır.

Toplam sağık harcamalarının 1989 yılında yüzde 3,4 olan GSMH içindeki payının 1994 yılında yüzde 4'e, sağık harcamaları içindeki kamu payı da aynı dönemde yüzde 58,5'den yüzde 64,7'ye çıktığı tahmin edilmektedir.

1993'de sağık hizmetleri açısından sigorta kapsamındaki nüfus oranı yüzde 60,1'e yükselmiştir. Yeşil kart uygulaması çerçevesinde 1994 sonu itibariyle 3,7 milyon kişi yataklı tedavi hizmetleri açısından güvenceye kavuşturulmuştur.

Temel sağık hizmetlerini güçlendirmek ve bu hizmetlerin ulaşılabilirliğini artırarak halkın sağık düzeyini yükseltmek, sağık hizmeti sunumunda etkililik ve verimliliği artırmak ve Sağık Bakanlığı'nın yönetim kapasitesini güçlendirmek amacıyla 1990 yılında sekiz İlde Birinci Sağık Projesi, 1994 yılında da Kalkınmada Öncelikli yirmi üç İlde İkinci Sağık Projesi uygulamaya konulmuştur.

2514 sayılı Bazı Sağlık Personelinin Devlet Hizmeti Yükümlülüğüne Dair Kanunda değişiklik yapılarak pratisyen hekimler için zorunlu hizmet uygulaması 1995 yılı Mart ayında kaldırılmıştır.

4046 sayılı Özelleştirme Uygulamalarının Düzenlenmesine ve Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Karamnâmelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun'la yataklı tedavi kurumlarının işletilmesi haklarının özelleştirilmesi imkanı getirilmiştir.

2. Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Plânı (2001-2005) 2001 Yılı Programı:¹¹⁸

Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Plânı (2001-2005) 2001 Yılı Programı'nın Sağlık başlıklı bölümünde Türkiye'nin sağlık sektörünün mevcut durumu yetersizlikleri ile birlikte açıklanmıştır.

2000 yılında hastahane sayısının 1.220'ye, sağlık ocağı sayısının 5.700'e ulaşması beklenmekte, 807 kişiye bir hekim, 384 kişiye bir hasta yatağı düşeceği tahmin edilmektedir. 1999 yılı itibariyle hasta yataklarının yüzde 38'i, hekimlerin ise yüzde 40'ı nüfusun yüzde 25,6'sının yaşadığı üç büyük ilde bulunmaktadır. Ülke genelinde yatak kullanım oranı yüzde 60'tır. Özellikle ilçe hastahanelerinde yatak kullanım oranı yüzde 25'in altında kalırken, büyük illere hasta akını devam etmektedir.

Sağlık insan gücünün ve alt yapısının yurt düzeyine dengesiz dağılımı sorunu devam etmekte, özellikle belli bölgelerde uzman hekim ve yardımcı sağlık personeli açığı önemini korumaktadır. Bu durum, sağlık sektöründeki ilgili kuruluşlar arasındaki koordinasyon ve sağlık hizmet basamakları arasında işbirliği eksikliği ile birleştğinde sağlık sisteminin bir bütün olarak verimliliğini düşürmekte, kaynak ve zaman kaybına yol açmaktadır. Sağlık personelinin yetersiz olduğu illerdeki sağlık hizmet

¹¹⁸ Karar Sayısı : 2000/1400, Yüksek Plânlama Kurulu'nun 11.10.2000 tarihli ve 2000/97 sayılı Raporu ile Bakanlar Kuruluna sunulan ekli "2001 Yılı Programı" ile "2001 Yılı Programının Uygulanması, Koordinasyonu ve İzlenmesine Dair Karar"ın kabulü; 540 sayılı Kanun Hükmünde Karamnâme'nin 28 inci maddesine göre, Bakanlar Kurulu'nca 14.10.2000 tarihinde kararlaştırılmıştır.

birimlerinde personel istihdamı için özendirici tedbirlerin alınması ve sağlık alt yapısı yetersiz olan illerin ihtiyaçlarının karşılanması önemini korumaktadır.

Sağlık hizmetlerinin maliyet etkili, kaliteli, yaygın, sürekli, toplumun beklentilerine ve ihtiyaçlarına uygun olarak sunumu, sağlık hizmet basamakları arasında işbirliğinin ve sevk sisteminin geliştirilmesi, toplumun sağlık durumunun iyileştirilmesi ve sağlık sektöründe görevli kuruluşların yeniden örgütlenmesi amacıyla sistemin; finansman, yönetim , organizasyon, insangücü ve mevzuat boyutları itibarıyla yeniden yapılandırılması için Sağlık Bakanlığı koordinatörlüğünde reform çalışmaları devam etmektedir.

Bu çerçevede, Sağlık Bakanlığı'nın teşkilât yapısının yeniden düzenlenmesi ile ilgili yasanın yanında, sektörle ilgili geniş kapsamlı yasa ve yönetmelik tasarıları hazırlanması çalışmaları sürdürülmektedir.

1999 yılı sonu itibarıyla sağlık sigortası kapsamındaki nüfusun toplam nüfusa oranı yüzde 86,4'e ulaşmıştır. Herhangi bir sağlık sigortası kapsamında yer almayan ve ödeme gücü bulunmayan kişilere yeşil kart vermek suretiyle yataklı tedavi hizmetinden yararlanma güvencesi sağlanmaya devam edilmiş ve bu kişilerin sayısı Ekim 2000 itibarıyla 9,7 milyona ulaşmıştır.

Sağlık sektöründe yer alan kuruluşlar arasında işbirliğinin geliştirilmesi, yatırım plânlaması ile insangücü ve donanım temininin bir bütünlük içinde ele alınması hususundaki aksaklıklar devam etmektedir.

Sağlık yatırımlarının rasyonel kriterler çerçevesinde belirlenmesi ve mevcut fiziki kapasite kullanımının düşük olduğu yerlere yatırım yapılmaması hususu önemini korumaktadır.

Koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilmesi ve bu hizmetlerin temel sağlık hizmetleriyle birlikte yaygın, sürekli ve etkili sunulması ihtiyacı devam etmektedir.

Hızlı kentleşme ile birlikte artan kentli nüfusun birinci basamak sağlık hizmeti talebini karşılayacak etkin bir model geliştirilememiş ve aile hekimliği uygulamasına geçilememiştir.

Hizmet kademeleri arasında etkin bir hasta sevk sistemi kurulamamış, sigorta kapsamında kişilere hekim ve hastahane seçme hakkı sağlanamamıştır.

Hastahanelerin idarî ve malî özerkliğe ve kendi gelirleri ile giderlerini karşılayan bir yapıya kavuşturulması ve çağdaş işletmecilik anlayışıyla yönetilmeleri ihtiyacı devam etmektedir.

Çevresel risk faktörlerinin azaltılması için sektörler arasında işbirliğinin geliştirilmesine ve çevre sağlığı hizmetlerinin güçlendirilmesine olan ihtiyaç devam etmektedir.

Çevresel risk faktörlerinin azaltılması için sektörler arasında işbirliğinin geliştirilmesine ve çevre sağlığı hizmetlerinin güçlenmesine olan ihtiyaç devam etmektedir.

Trafik kazaları sonucu ortaya çıkan sağlık ve ekonomi kayıplarının önlenmesi ihtiyacı devam etmektedir. Ülke sathında acil ve ilk yardım hizmetlerinin yaygınlaştırılması, mobil sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi, yönetim ve koordinasyon merkezinin oluşturulması ihtiyacı devam etmektedir.

Kamu kesiminin özellikle araştırma ve eğitim hastahanelerinde yarı zamanlı çalışma uygulaması, insangücü ve alt yapı imkanlarından yeterince yararlanamamasına ve tıp eğitiminin olumsuz etkilenmesine yol açmaktadır.

Tedavi hizmetleri sunan kuruluşların modernizasyonuna devam edilmiş, hastahanelerde hizmet kalitesini artırmak ve mevcut kaynaklardan azami ölçüde yararlanmak amacıyla Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'na bağlı 40 hastahane vardiya uygulaması ile bazı Devlet ve SSK hastahanelerinde randevulu muayene uygulamasına geçilmiştir. Bu uygulamanın yurt genelinde kamuya ait tüm hastahanelere yaygınlaştırılması ve vardiyalı çalıştırılan personelin özlük, istihdam, çalışma ve ücret şartlarında iyileşmeler sağlanmasına yönelik düzenlemelerin yapılması ihtiyacı önemini korumaktadır.

Yeni tıp fakülteleri kurulması yerine mevcut tıp fakültelerinin eğitim, araştırma, insangücü ve alt yapı bakımından güçlendirilerek yeni kayıt olan

öğrenci kontenjanlarında azalmanın önlenmesine ve etkili bir insangücü plânlamasına olan ihtiyaç devam etmektedir.

2000 yılında özel sektör yatırımlarının teşvikine devam edilmiş, 149 yatak hizmete alınmış ve toplam yatak sayısı içinde özel sektörün payı yüzde 6,7'ye çıkmıştır. Özel sektörün daha çok poliklinik, laboratuvar ve teşhis merkezî ağırlıklı hizmet vermekte olduğu görülmektedir.

3. Sağlık Reformu ile İlgili Kanun Tasarısı Taslakları ve Gerekçeleri: ¹¹⁹

Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nın 1993 baskılı "Sağlık Reformu ile İlgili Kanun Tasarısı Taslakları ve Gerekçeleri" adlı yayınında kamu sağlık hizmetlerinin mevcut durumunun yetersizliği nedeniyle Sağlık Reformu yapılmasının zorunlu olduğu belirtilmiştir. Sağlıkta reformu zorunlu kılan gerekçeler sıralanmıştır.

B. Genel Yaklaşım:

Sağlık sektörü insanların günlük yaşantılarını yakından ilgilendiren bir dizi faaliyeti kapsar. Özellikle koruyucu sağlık hizmetleri aracılığıyla, hasta olsun, sağlıklı olsun bütün insanlar sağlık hizmetlerinin ilgi alanına girer.

Öte yandan, sağlık hizmetlerini kullananlar yanında bu hizmeti sunan meslek gruplarının uygulamaları sektörün diğer cephesini oluşturur. Bu kesimin uygulamaları ve verdikleri meslekî kararlar, toplumda sunulan sağlık hizmetlerinin nitelik ve niceliğini belirleyen en önemli faktörlerdendir.

Uygulama alanının bu genişliği gözönüne alındığında, "sağlık mevzuatı" kavramının toplum için taşıdığı önem de ortaya çıkar. Gerçekten de, "sağlık sektörü kapsamına giren insan ilişkilerinin hukukî düzenlemeleri" olarak tanımlanabilecek olan sağlık mevzuatı, toplumdaki her bireyin

¹¹⁹ Sağlık Reformu ile İlgili Kanun Tasarısı Taslakları ve Gerekçeleri , Ankara 1993, Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü Yayını, 148 Sayfa

hayatında etkin olmakta, bu nedenle de tek tek her bireyin ilgi alanına girmektedir.

Sağlık sektörünün bir önemli özelliği de uygulamaların sürekli biçimde ve hızlı değişmesidir. Durağan bir hukuk yapısının uygulamada sık sık karşılaşılan yeniliklere ve değişikliklere ayak uydurması olanaksızdır.

C. Sağlık Mevzuatı:

İkibinli yıllara, bir başka deyişle üçüncü bin yıla çok az bir sürenin kaldığı 1993 yılında Türkiye’de sağlık mevzuatının içinde bulunduğu duruma baktığımızda toplumun ihtiyacını karşılamaktan çok uzak bir yapı ile karşılaşmaktayız. Bugün yürürlükteki sağlık mevzuatının özellikleri şöyle sıralanabilir:

1. Bir çok yasa ve yönetmelik, açık ve anlaşılabilir değildir. Özellikle yürürlük tarihi çok eski olan bir çok yasanın dilinin uygulayıcılar ve sorumlular tarafından anlaşılması mümkün değildir. Örneğin, sağlık mevzuatı alanının temel yasalarından birisi olan “1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatların Tarzı İcrasına Dair Kanun” un adı dahi bugünün Türkçe’sine çok uzaktır. Yine “1593 sayılı Umumî Hıfzısıhha Kanunu”nun maddeleri yeni kuşaklarca anlaşılması mümkün olmayan sözcüklerle doludur.

2. Sağlık mevzuatı kapsayıcı ve bir bütünlük içinde değildir. Sağlık sektörünün her alanı için birbirinden çok farklı ilkelere ve değişik sistematığe dayalı yasalar çıkarılmıştır. Örneğin öteki yasalarda bu konuda çeşitli hükümler bulunmasına karşın, nüfus plânlaması konusunda özel bir yasa çıkarılmış (2827 sayılı Nüfus Plânlaması Hakkında Kanun), yine sağlık mesleklerinin tümü için yeterli genel yasal düzenlemeler bulunmadığı halde hemşirelik mesleğinin faaliyetleri özel bir yasa ile düzenlenmiştir (6283 sayılı Hemşirelik Kanunu).

3. Yasaların önemli bir kısmı güncel olmadığı gibi, gelişmelere de açık değildir. Sağlık mevzuatının belkemiğini teşkil eden yasalar, 1940’lı ve 50’li, hatta 1930’lu ve 20’li yıllarda ve o günün koşullarına göre oluşturulmuştur. Gerek bakış açıları ve ilkeler yönünden, gerekse içerik

yönünden, son on yılın kavramlarının hemen hemen hiç yer almadığı bu yasalar ile sağlık alanındaki hukukî ilişkilerin düzenlenmesi mümkün değildir. Üstelik, yüzyılın ilk yarısındaki anlayışlara uygun olarak, bu yasaların çoğu çerçeve yasa olarak değil, bugünün yönetmeliklerine benzer ayrıntılarla dolu biçimde kaleme alınmıştır. Bu durum da mevzuatın kolayca yenilenmemesine ve çeşitli hukukî güçlükler yol açmaktadır.

4. Kimi önemli yasalar toplumsal uzlaşmayı yansıtmamaktadır. Toplumun çeşitli kesimlerinin çıkarlarını yakından ilgilendiren sağlık yasaları, kendi dönemlerinin siyasî ve toplumsal koşullarının doğal bir sonucu olarak kamuoyunda tartışılmadan ve bir konsensus oluşturulmadan yürürlüğe girmişlerdir. Bu durum da ya hiç uygulanmamalarına, yada uygulama sürelerinin kısa olmasına yol açmıştır. Özellikle askeri yönetim dönemlerinin ürünü olan yasaların uygulanmasında çeşitli güçlükler ortaya çıkmıştır. Örneğin, 1987 tarihinde çıkarılan ancak 1980 sonrası dönemin ürünü olarak algılanan “3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu”nun çeşitli maddeleri Anayasa Mahkemesince iptal edilmiş ve yasa uygulanamamıştır. Yine 1960-61 askeri yönetim döneminin son yasalarından biri olan ve 5.1.1961 tarihini taşıyan “224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun” da çağdaş ilkelerine ve getirdiği bütüncül sağlık hizmeti anlayışına rağmen, teknik düzeyde desteklenememiş, politik düzeyde algılanmış ve tartışılmış, sonuçta da gerçek anlamıyla ancak çok kısa süre ve sınırlı bölgelerde uygulanmıştır.

5. Bir kısım yasalar uygulamaya yönelik değildir. Kimi yasaların yönetmelik düzeyinde ayrıntılı olmasına karşın, kimi yasalar da uygulanma yolları açık olmayan temel ilkeler getirme amacına yönelik olarak kaleme alınmıştır. Bu durumun en belirgin örneği, getirdiği ilkelerin nasıl uygulanacağı açık olmayan “3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Yasası”dır.

Bütün bu özellikler bir arada düşünüldüğünde, sağlık mevzuatı alanında köklü değişiklikler yapılması gereği ortaya çıkmaktadır. Değişiklik ihtiyacının kapsamı düşünüldüğünde, bu değişikliğin ancak bir “reform” ile gerçekleşeceği anlaşılmaktadır.

D. Sağlıkla İlgili Sistem Tercihi:

Konu ile ilgili tartışmalar içinde iki uç görüş berraklaşmaktadır: Bir yaklaşım, devleti bütün sağlık hizmetlerini verecek tek sorumlu olarak görürken, bir başka yaklaşım devletin sorumluluğunu dikkate almamakta ve bütün sağlık hizmetlerinin özel sektör eliyle verilmesi gerektiğini savunmaktadır. Ancak, siyaset bilimi açısından önemi olabilecek bu iki görüşün birbirleriyle uzlaşamayacağı yaklaşımını savunmak mümkün görünmemektedir. Örneğin sağlık mevzuatı alanına bu görüşlerden bir tanesinin saf biçimde yansıdığı gözlenmemektedir; tarih boyunca da bu iki yaklaşımdan birisinin tek başına uygulandığı bir ülke örneği vermek de mümkün görülmemektedir. En “merkeziyetçi-Devletçi” sağlık sistemi kurmuş görünen ülkelerde bile bazen yasal, bazen yasa dışı bir “özel sektör” bulunmuştur, ekonomisinin tamamen özel sektöre dayalı olduğu düşünülen ülkelerde de merkezî düzenlemeler eksik olmamıştır.

Her zaman daha çok uzlaşmaların dönemi olacağı anlaşılan yirmi birinci yüzyılda, ilk bakışta birbiriyle uyumsuz görünen pek çok görüş gibi, sağlık alanındaki bu iki farklı yaklaşımın da bir arada bulunabilmeleri bir zorunluluk olarak görünmektedir.

Dünyadaki gelişmelere bakıldığında, kendi özel tarihi deneyiminden yararlanabilen, kaynaklarını değerlendirebilen ve önyargılardan uzak, teknisyenlik düzeyinde başarılı sistemler kurabilen ülkelerin başarılı olacakları anlaşılmaktadır.

Bir yandan Devletin sağlık alanındaki sorumluluğunu temel bir çıkış noktası olarak almalı, öte yandan bireyin girişimciliğine zemin hazırlanmalı. Bir yandan bireyin hakları ile toplumun haklarının uyumlu hale getirilmesi, öte yandan bireyin görevleri ile devletin yükümlülükleri bağdaştırılmalıdır.

E. Kamu Sağlığının Korunması:

1930 yılında yürürlüğe girmiş ve çağının ilerisinde hükümleri ile uzun süre uygulama değerini korumuş olan “Umumî Hıfzısıhha Kanunu”,

Türkiye’de sağlık mevzuatının en önemli yasalarından biri olmuştur. Devletin kamu sağlığından sorumlu olması yaklaşımını benimseyen ve bugün de geçerli olan bu yasa, kamunun sağlık tehlikelerinden korunması için çok önemli ve ayrıntılı kurallar getirmiştir.

Yıllarca sağlık hakkı alanında temel bir kaynak olmuş olan bu yasanın bir çok hükmü, aradan geçen altmış yılı aşkın süre içinde eskimiştir. Örneğin on iki yıl önce yeryüzünden kökü kazındığı açıklanan çiçek hastalığına karşı beş yılda bir aşı yapılması, bu yasaya göre halen zorunludur.

F. Sağlık Alanındaki Meslekler:

Sağlık hizmetlerinin en önemli kaynağı olduğu halde yıllardır ihtiyaç duyduğu yeterli yasal çerçeveye kavuşamamış olan sağlık çalışanlarının meslekî hak ve yetkileri, güvenceye kavuşturulmalıdır.

Altmış dört yıl önce yürürlüğe girmiş olan 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarz-ı İcrasına Dair Kanun, uzun yıllardır ihtiyacı karşılayamaz duruma gelmiştir. Çünkü bu yasada, son otuz yılda ortaya çıkmış yada etkin hale gelmiş çeşitli sağlık mesleklerinin adı dahi yer almamaktadır; bu yasada yer alan mesleklerin de görev ve yetki alanlarında çok önemli değişiklikler olmuştur.

Dahası, bu alandaki kavramlar da temelden değişmiştir. Örneğin, artık “tıp ve dalları”ndan değil, “sağlık meslekleri”nden söz edilmektedir. Çeşitli meseleler, bağımsız güçlüklerle karşılaşır olmuşlardır. Bağımsız çalışabilecek meslekler belirlenmelidir.

III. ÖZEL HASTAHANELERİN YÖNETİM, VERİMLİLİK VE EKONOMİK AÇIDAN GEREKLİLİĞİ

1. Sağlık Hizmetlerine Ayrılan Kamu Kaynakları Kıttır:

Türkiye, dünya ülkeleri arasında sağlık harcamalarına en az pay ayıran ülkelerden biridir. Sağlık harcamaları millî gelirin yüzde 4'ü büyüklüğündedir. Sağlık harcamalarının da 1/5'i yatırımlara gitmektedir. Son yıllarda özel sektörün sağlık sektörüne olan ilgisi nedeniyle de toplam yatırımlar içinde özel sektörün payı giderek artmaktadır. 1995 öncesinde yüzde 50'ler dolayında bulunan sağlık sektörü yatırımları içinde özel sektörün payı sonraki yıllarda yüzde 70'i aşmıştır. Özel sektör sabit sermaye yatırımları içinde sağlık sektörüne ayrılan pay yine de azdır. Zira özel sektör sabit sermaye yatırımlarının ancak yüzde 4'ünü sağlık sektörüne yönlendirmektedir. Kamu kesiminde bu oran biraz daha fazla, ancak yine de yüzde 5'i pek aşmamaktadır.

Tablo 2'de sağlık sektöründe sabit sermaye yatırımları yıllara göre yer almıştır. Tablo 3'te sabit sermaye yatırımları içinde sağlık sektörünün payı yer almıştır. Her iki tabloda yer alan bilgiler incelendiğinde sağlık hizmetlerine ayrılan kamu kaynaklarının kıtlığı göze çarpmaktadır.

Hükümetin 2001 yılı programına göre sağlık sektöründe 1.550 Trilyon Liralık sabit sermaye yatırımı gerçekleştirilecektir. Bu yatırımın yüzde 69,3'ü özel sektör, yüzde 30,7'si kamu sektörü tarafından yapılacak. Böylece toplam sabit sermaye yatırımları içinde sağlık sektörüne ayrılan pay yüzde 4,3 olarak gerçekleştirilecektir. Buna göre sağlık sektörü özel sektör yatırımlarından yüzde 4, kamu yatırımlarından yüzde 4,9 pay alacaktır.

2001 yılı programına göre kamu yatırımlarının 219 Trilyon Liralık bölümü genel ve katma bütçeli idareler tarafından gerçekleştirilecektir. Kamu İktisadî Teşebbüsleri 5 Trilyon, fonlar 126,7 Trilyon, döner sermayeli kuruluşlar 50 Trilyon, mahalli idareler 74,8 Trilyon Lira ile sağlık sektörü yatırımlarına katılacaklar. 2001 Yılı Kamu Yatırımları Programı'na göre genel ve katma bütçeli idareler, KİT'ler, fonlar ve döner sermayeli kuruluşların elinde toplam yatırım tutarı 3 katrilyon 245 trilyon Lirayı bulan 662 proje bulunmaktadır. Bu projelere 2000 yılı sonu itibarıyla 881 trilyon Liralık harcama yapıldı. 2001 yılında mahalli idareler dışındaki kuruluşların

yapacakları 400,7 trilyon Liralık harcama: etüt-proje 0,2 trilyon, devam eden projeler 180,2 trilyon, yeni projeler 218,7 trilyon Lira olarak belirlendi. ¹²⁰

Türkiye’de kamu idarelerinin sağlık hizmetlerine fazla bir katkıda bulunmadığı bir gerçektir. Özel sektörün prensibi, hizmeti en iyi şekilde vermek, en rantabl vermektir. Bugün yatak çarşaflarının temiz olmasından, hastanın sağlık kuruluşlarında güler yüzle, şefkatle karşılanmasına kadar hepsi ekonomiye dayanmaktadır. devlet imkanları sınırlıdır. Ayrıca, mevcut sınırlı kaynakların çok iyi kullanıldığını ifade etmek de mümkün değildir. ¹²¹

Devlet sağlık hizmetlerinde bir an evvel özel olarak özelleştirmeye mutlaka gitmelidir. ¹²²

Türkiye’de millî gelirin %25’ini devlet, %75 ‘ini özel kesim elinde tutmaktadır. Eğer bütün sorunların çözümü bu %25’den beklenirse daima tıkanma olur. Öyleyse ne yapıp yapıp, özel teşebbüsün elinde bulunan kaynakları, sağlık gibi önemli bir konuya kanalizetmek gerekmektedir. Yani özel kesimi sağlık hizmetine yatırım yapmaya, sermayesini riske atmaya teşvik etmeli ve bunun çaresi bulunmalıdır. Aksi halde, o zaman eğitimde tıkanma olur, sağlıkta tıkanma olur, üniversitede tıkanma olur. Her yerde bütün problemi %25’lik bir millî gelirle çözme tuzağına düşülür. ¹²³

Özel sektör sağlık sektöründe nasıl verimli olur? Ve bu şekilde Devlete nasıl yardım eder? Asıl bu sorun çözülmelidir. Devlet %25 olan bir gelirle eğitimi, üniversiteleri halledememektedir. Bu yüzden özel üniversiteler kurulmuştur. Hastahaneler en gelişmiş memlekette bile dert olmaya başlamıştır. 10 sene içerisinde siz ister Devlet deyin, ister özel deyin, Türkiye’nin sağlık problemi artacak. Eskisi gibi halk susmuyor, susmayacaktır, herkes daha iyisini istiyor, isteyecektir. Bunu kim karşılayacak. Devletin bunu karşılamasına imkan yok. Bunu yaptığını iddia eden, demirperde ülkelerinden Polonya ve Macaristan hiçbir şey yapamadılar. Bu ülkelerde temiz binalar içinde 10 kişi yerine 100 kişi

¹²⁰ Dünya Ekonomi-Politika: 15.03.2001 günlü nüsha, s.3.

¹²¹ Katırcıoğlu, Sedat : "Değerlendirme", Ülkemizdeki Sağlık Sorunlarının Çözümünde Özel Sağlık Kuruluşlarının Yeri ve Önemi, Seminer, İstanbul1992, s.61.

¹²² Katırcıoğlu, Sedat: a.g.m., s.63.

¹²³ Merih, Kutlu : "Tartışma", a.g.e., s.102-103.

çalışıyor; hepsi tembel, hiçbir şey yapmıyorlar, hastalar altı aylık listede. Sağlık hizmetlerinde özel sektörün iş yapmasını Türkler 1933 yılında başlatmışlar.¹²⁴

Son yıllarda sağlık hizmetlerinde özelleştirme söylemine paralel olarak genel bütçeden Sağlık Bakanlığına ayrılan pay gittikçe düşmektedir. Benzer şekilde Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğüne ayrılan paranın Sağlık Bakanlığı bütçesi içerisindeki payı da düşmektedir. Başka bir deyişle, genel bütçeden Sağlık Bakanlığına ayrılan pay azalmakta, Sağlık Bakanlığının hastahanelere ayırdığı pay da azalmaktadır (Tablo2). Bunun sonucu olarak ortaya çıkacak olan finansman ve hizmet açığının özel sağlık kuruluşlarınca kapatılmasının öngördüğünü söylemek mümkündür.

Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının 2002 yılı bütçesi, genel bütçenin %2,40'lık oranına tekâbül etmektedir. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının 2002 yılı bütçesinin %78'i personele, %9'u yatırıma, %8'i transfer harcamalarına, %5'i de diğer cari harcamalara ayrılmıştır.¹²⁵

Vatandaşın sağlığı ve sağlıklı yaşamı önem arz ettiğinden sağlıkla ilgili yatırım ve harcamaların kısıtlanmasının aksine aslında artırılması gerekmektedir. Kamunun azalttığı sağlık harcamaları özel kesimin yapacağı sağlık harcamaları ile dengelenmelidir.

2. Kamu Sağlık Hizmetleri Yetersizdir:

Özel hastahanelerin gerekliliğini vurgulamaya çalışan tezimiz açısından kamu sağlık hizmetlerinin yetersizliği işlenmiştir. Oysa Kamu Sağlık hizmetlerinin sahip olduğu pozitif unsurlarda vardır.

Türkiye'de sağlık sistemi çökmüş durumdadır. Devlet hastahaneleri, SSK hastahaneleri hastayı iyileştirmekten çok hasta etmektedirler. Gece yarıları başlayan kuyruklar, hastanın sadece yüzüne bakarak konan

¹²⁴ Tanyolaç, Necmi : "Tartışma", a.g.e., s.103-104.

¹²⁵ Dünya Ekonomi-Politika, 06.11.2001 günlü nüsha.

teşhisleri, ilgisizlik, röntgen için 6 ay sonrasına alınan randevular gibi yüzlerce sorun hastahaneleri, hasta için cehenneme çevirmektedir.¹²⁶

Bugün Türkiye'nin temel sorunlarından birini de sağlık konusu oluşturmaktadır. Ülkemiz nüfusu her geçen gün hızlı bir şekilde artarken sağlık kuruluşlarının kapasitesi buna paralel olarak artırılamamaktadır. Bunun doğal sonucu olarak da sağlık alanındaki eksiklikler giderek çoğalmakta ve sorunun boyutları her geçen gün büyümektedir.

Doğu ve Güney Doğu Anadolu Bölgeleri başta olmak üzere hekim istihdamında güçlük çekilen yörelerin hekim ve sağlık personeli açığı bulunmaktadır.

Tedavi hizmetlerinden, sağlık hizmetlerinden memnun olmayan vatandaşlar ve sağlık personeli, sağlık reformunun yapılmasını yıllardan beri beklemektedirler.¹²⁷ Sağlık hizmeti sisteminde, sistemin iyi çalışmasını engelleyen önemli faktörler vardır.¹²⁸ Bu günkü gelinen nokta hiç kimsenin mutlu olmadığı bir noktadır.

Tablo 5'te bazı OECD Ülkelerinde sağlık harcamalarının dağılımı gösterilmiştir. Tablo incelendiğinde Türkiye'nin sağlık hizmetlerine yaptığı harcamalarının, OECD Ülkelerinin sağlık harcamalarına göre düşük olduğu anlaşılmaktadır.

Devlet hastahanelerinde yığılmalarla birlikte doktorsuzluktan veya dağılımın tam yapılamayışından dolayı vatandaşlarımıza gereği gibi hizmet verilemezken, özel sağlık kuruluşlarında bir kapasite boşluğu mevcuttur. Bu kapasite boşluğu değerlendirilmelidir. Sağlık tesislerinin fiziki mekanlarına teşvik veren Devlet artık tercihini özel sağlık kuruluşlarında tedavi gören insanlara yapmalıdır. Bu sistem getirildiği takdirde hem kamu hastahanelerindeki yığılmalar azaltılmış olacak, hem de özel sağlık kuruluşlarının boş kapasiteleri değerlendirmiş olacak. Özel sağlık kuruluşlarına müracaat eden kişiler teşvik edildiği takdirde müteşebbisler Türkiye'nin her yerinde yatırım yapacaktır. Üstelik Devlet acaba verdiğim

¹²⁶ Özgentürk, Jale : "Parasız Sohbetler: Bir Tıp Mucizesi", Star Gazetesi, 29.01.2001 günlü nüsha.

¹²⁷ Aktuna, Yıldırım : "Açış Konuşması", a.g.e., s.5.

¹²⁸ Aktuna, Yıldırım : a.g.m., s.6.

teşvikler maksadına uygun kullanılıyor mu? endişesinden kurtarılmış olacaktır.¹²⁹

Ülke nüfusunun %40'ının herhangi bir sağlık güvencesi altında olmaması, genel bütçeden sağlığa yeterli payın aktarılamaması; sağlık hizmeti alt yapısının yetersizliği; hizmetlerde standardizasyonun sağlanamaması; ülke ihtiyaçlarına cevap verebilecek bir sağlık hizmeti örgütlenmesinin gerçekleştirilememesi; kaynaklarla ihtiyaçların denkleştirilememesi; hizmeti alan ve verenin tatminsizliği, politik baskıların sürdürülmesi, kamu sağlık hizmetlerinin yetersizliğini gündeme getirmiştir.¹³⁰

Sağlık reformu Türkiye'nin o kadar acil sorunudur ki, hemen yapılması gerekir. Hekimlerin mesaisi haftalık 80-90 saati bulmaktadır. Türkiye'de haftada 80-90 saat çalışan başka hiçbir işçi ve emekçi yoktur.¹³¹

Öte yandan SSK ile ilgili eleştiriler basınımızda zaman zaman yer almaktadır. Uzun kuyruklar ve yorgun doktorlar, şikayetçi hastalar. Aslında SSK sağlık hizmetlerini becerememektedir. Vatandaşların yakınmaları ve şikayetleri haklıdır.

Devlet aygıtı her türlü yasal düzenlemelerle SSK'nun çalışmalarını büyük ölçüde engellemektedir. Kurumu bugünkü olumsuz noktaya Devlet getirmiştir. Aslında özelleşmeye en büyük katkısı SSK yapmaktadır. Çünkü SSK'nın eli kolu bağlıdır; kaynaklarını değerlendirememektedir. Dolayısıyla son derece verimsiz ve sağlıksız bir hizmet sunmaktadır. Bu da bu kurumun bu hizmetleri yapamadığı, dolayısıyla özel kesimin bu hizmetleri yapması gerektiği noktasında bir görüş birliği çıkarmaktadır.

SSK aslında özel sektörün sağlık alanına girmesi için bütün koşulları sağlamaktadır.¹³²

Kamu sağlık kurumlarının, devlet hastahanelerinin ihmalkârlıkları, ilgisizlikleri nedeniyle insan hayatının kaybedildiğine dair medyada sık sık haber çıkmaktadır. Kamu sağlık personellerinin yakınmaları, içinde bulunulan olumsuz koşulları, hasta haklarının ihlali, insan onurunu zedeleyici boyuttadır.

¹²⁹ Akça, Akif : "Özel Sağlık Kuruluşlarının Bugünkü Durumu ve Sorunları", a.g.e., s.32.

¹³⁰ Akça, Akif : a.g.m., s.35-36.

¹³¹ Yazıcıoğlu, Nejat: "Tartışma", a.g.e., s.96.

¹³² Kılıçdaroğlu, Kemal : "Tartışma", a.g.e., s.110.

Konuyla ilgili olarak basın taramalarında seçilen birkaç örneğin bu bölümde sunulması uygun görülmüştür.¹³³

Tablo 6'da bazı OECD Ülkelerinde ve Türkiye'de 1.000 nüfusa düşen hekim ve hastahane sayıları ile bir hastanın ortalama kalış günü ve ayakta tedavi sayıları yer almıştır.

Tablo 7'de bazı ülkelerin 10.000 nüfusa düşen yatak sayıları yer almıştır.

Her iki tablodaki bilgiler incelendiğinde Türkiye'de sunulan sağlık hizmetlerinin niteliksel ve niceliksel bakımından düşük olduğu anlaşılmaktadır.

¹³³1. Sabah Gazetesi'nin 16.03.2001 günlü nüshasında yer alan "Hastahannede bebeği yaktılar." Başlıklı haber şöyledir.

Ağrı Devlet Hastahanesi'nde sıcak su dolu torbayla vücut ısısı korunmak istenen bebek yanarak öldü. Akıl almaz ihmal ve ilkelik, yeni doğan bir bebeğin feci şekilde ölümüne yol açtı. Sezeryanı yaptıran doktor hastahannede kuvöz olmaması nedeniyle sıcak su dolu torbalarla bebeğin vücut ısısını korumaya çalıştı. Ancak torbadaki suyun aşırı sıcak olması ve bebeğin sırtında uzun süre kalması, talihsiz yavrunun yanmasına neden oldu. Bebeğin annesi, doktorun 250 milyon Lira ameliyat parası istediğini; kendilerinin 100 milyon verebildiklerini; bunun üzerine bebeğe gereken ilgiyi göstermeyip, ilkel şartlarda bıraktıklarını, söyledi.

2. Güneş Gazetesi'nin 02.02.2001 günlü nüshasında yer alan "Skandal" başlıklı haber şöyledir.

Yurtdışından ithal edilen kalp pillerinin arızalı çıktığı açıklandı. Binlerce kalp hastası hayati tehlike içinde:

Eskişehir SSK Hastahanesi kardiyoloji bölümünden, hatalı kalp pillerinin yüzlerce kalp hastasını tehlike içine ittiği; yurtdışından ithal edilen kalp pillerinin arızalı olduğunun tesbit edildiğini, yaklaşık bin hastaya bu pillerden takıldığının tahmin edildiği açıklandı.

3. Sabah Gazetesi'nin 30.11.2000 günlü nüshasında yer alan "Skandala Vali el koydu." başlıklı haber şöyledir.

Antalya Devlet Hastahanesi'nde, genel elektrik kesintisi sırasında jeneratörün devreye girmemesi üzerine 3 yoğun bakım hastasının öldüğü iddiaları Valiliği harekete geçirdi.

4. Güneş Gazetesi'nin 26.02.2001 günlü nüshasında yer alan "Doktor dayak yedi, hasta can verdi." başlıklı haber şöyledir.

Adana SSK Hastahanesi'nde fenalaşan hastaya müdahale etmesi için doktor bulamayan hasta yakınları ortalığı birbirine kattı. Servise biraz geç gelen nöbetçi doktor, öfkeli grubun saldırısına uğradı. Doktor, saldırganların elinden kaçarak kurtulurken, müdahale edilemeyen 80 yaşındaki hasta yaşamını yitirdi.

5. Güneş Gazetesi'nin 21.03.2001 günlü nüshasında yer alan "Acil Doktorunu Rehin Aldılar:" başlıklı haber şöyledir.

Çapa Tıp Fakültesi Hastahanesi'ne getirilen hasta ile ilgilenilmediğini öne süren alkollü 3 kişi, bıçakla, görev yapan doktoru rehin aldılar. İlk müdahaleyi yapan doktora saldıranlar daha sonra yakalandı.

6. Güneş Gazetesi'nin 21.03.2001 günlü nüshasında "Kılıbık doktorun başı dertte:" başlıklı haber şöyledir.

Samandağ'a bağlı Sutaşı Beldesi Belediye Başkanının, sağlık ocağında görevli doktorun eşinin muayene olmaya gelen vatandaşları kovup hakaret ettiğini ileri sürmesi soruşturma konusu oldu.

3. Kamu Sağlık Hizmetleri Statiktir:

Bugün kamuya ait yataklı tedavi kurumlarının Türkiye'deki yaygınlığına bakarak halen özel hastahanelerin oluşmasının sebebi, Devletin verdiği sağlık hizmetlerinin statik oluşudur, dinamizmin olmayışıdır. Özel hastahaneler insanımızın sağlık hizmetlerinden beklediği konforu vermişlerdir. Özel hastahaneler, sağlık sistemimizde teknoloji yenilemesini Devletten önce yapabilmışlerdir. Özel hastahaneler sağlık sistemimizde insanımıza hekim seçebilme şansını vermişlerdir. Özel hastahanelerin bu günkü sağlık sistemimizdeki yeri, yapılarındaki dinamik ve rekabete dayalı olma gibi pozitif unsurlardan gelmektedir.

Sağlık hizmetlerinde, rekabetin dinamiğiyle, teknolojik gelişmeyi, hizmette kaliteyi, gerek sağlık hizmeti alana, gerek sağlık hizmeti verene, böylesine rekabet unsurları taşıyan sistem içinde güven verebilirsiniz. Ancak böyle bir sistemin oluşabilmesi de genel sağlık sigortası gibi bir finansör ile mümkündür. Eğer böyle bir finansör olmazsa, rekabet unsuru da söz konusu olamaz. Gelişme de dolayısıyla bugünkü statik durumda kalır.¹³⁴

2000'li yıllarla tanışan dünyamızda sağlık hizmetlerinin örgütlenme ve sunumunda baş döndürücü değişiklikler yaşanmaktadır. Her geçen gün yeni aygıtlar ve yöntemler geliştirilmektedir. Her beş yılda, mevcut bilgilerin yarısı eskimektedir.

Üçüncü binyılın yıldızı yükselen meslekleri arasında sağlık işletmeciliği ayrı bir yere konmaktadır. Çünkü olağanüstü karmaşık sistemlerin iç içe geçtiği sağlık kurumlarının kurulması ve işletilmesi de başlı başına bir sorun teşkil etmektedir.

Türkiye'deki mevcut sağlık yapısı ve 1930'lardan kalma yasal düzenlemelerle baş döndürücü hızla değişen bilgi ve teknolojinin en hızlı kullanıldığı böylesine karmaşık hizmet kurumlarını organize etmek ve yönetmek mümkün değildir.

¹³⁴ Akıncioğlu, Tevfik : "Özel Sağlık Kuruluşlarının Sağlık Sistemimizdeki Yeri", a.g.e., s.30.

Sağlık sektörünün bir önemli özelliği de uygulamaların sürekli biçimde ve hızlı değişmesidir. Oysa Türkiye'deki mevcut durağan bir hukuk yapısının uygulamada sık sık karşılaşılan yeniliklere ve değişikliklere ayak uydurması olanaksızdır. Yasaların önemli bir kısmı güncel olmadığı gibi gelişmelere de açık değildir.¹³⁵

4. Kamu Sağlık Hizmetleri Merkezîyetçidir:

Ülkemizde son yıllara kadar bir çok alanda olduğu gibi sağlık alanında da Kamunun merkezîyetçi anlayışı egemen olmuştur. 1980'li yıllara kadar birkaç yabancı hastahane ve vakıflarca kurulan şifa yurtları dışında hemen hemen sağlık tesislerinin tamamı Devlete ait durumda idi. Sağlık hizmetlerinin tamamına yakını Devlete ait olmasına rağmen, son 15 yıl içinde Devlet bütçesinden sağlık alanına ayrılan ödenekler bütçenin %2,5 ile % 4,5'i arasında değişmiş ve hiçbir zaman %5'e ulaşamamıştır.¹³⁶

Şimdiye kadar hep sağlık Bakanlığı katı bir Devletçilikten yana göründü. Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi dendi, özel serbest hekimlik imkânları kısıtlandı. Oysa hekimliğin içinde özel ve serbest olma niteliği saklıdır ve olan kendi karakteridir. Hekimliğin serbest olması gerekirken; bunun son derece katı bir yasaklamayla ortadan kaldırıldığı zamanlar oldu. Ancak, bu tür katı devletçi uygulamalar başarılı olmadı; bu uygulamaların hepsinin sonu başarısızlıklarla bitti.¹³⁷

5. Kamu Sağlık Personelinin Mevcut Sistemden Kaynaklanan Sorunları Vardır:

Sağlık hizmetinde çeşitli alanlarda çalışan kamu personeli çok boyutlu sorunlarla iç içe çalışmaktadırlar. Gerek muayenehanesinde olsun, gerek sağlık evlerinde çalışan sağlık personeli olsun; ebe, hemşiresiyle tatminsizlik yaşamaktadırlar. Gerek Sağlık ocaklarında, hastahanelerde,

¹³⁵ Yerebakan, Metin : a.g.e., s.9-11.

¹³⁶ —————: (Seminer), a.g.e., s.1.

¹³⁷ —————: (Seminer), a.g.e., s.27.

polikliniklerde çalışan sağlık personeli aldıkları maaşlardan, paralardan, hasta doktor ilişkisindeki sıkıntı yaratan sorunlardan memnun değiller. Ayrıca hastahanelerde insanlarımızı, halkımıza yeterli sağlık hizmeti verememenin sıkıntısıyla mutsuzdurlar.

Kamu Sektöründe çalışan Doktorlar, sağlık personeli, aldıkları maaşlarla geçinememektedirler. Bu nedenle muayenehane açarak bunu desteklemek, buna katkı sağlamak zorunda kalmışlardır. Ama bu defa da muayenehane açmış olmanın getirdiği başka sıkıntılar gündeme gelmiştir. Hastahane hizmet aksamış, muayene hizmetleri, hastahane hizmetleri birbirine karışmaya başlamıştır. Hastayla doktor arasında devamlı yoğun bir para ilişkisi sürüp gitmektedir. Bu süreç sağlık personelinin ve özellikle hekimlerin meslek onurlarını zedeleyecek düzeylere çıkmıştır.¹³⁸

Genel sağlık sigortası sisteminde, sağlık hizmetlerinde rekabet ortamı sağlandığında, sağlık personelinin mutluluğu sağlanacaktır.

Sağlık hizmetlerinde rekabeti sağlayan sistem, çalışana, üretime, kaliteyi, niteliği, geliştirene, hastalara, insanlara en iyi hizmeti verebilen meslek mensuplarına parasal yolu sonuna kadar açacaktır.¹³⁹

Sağlık alanındaki büyük azabı, sıkıntıyı, uğraşı alanı içinde bulunması nedeniyle, hekimler ve sağlık personeli çekmektedir. Toplum, sağlık sorunlarının çözümünden, hastahane, muayenehane, sağlık kurumlarının yöneticilerini, uygulayıcı hekimleri sorumlu tutmaktadır.¹⁴⁰ Oysa sorunun kaynakları daha farklıdır.

Kamu sağlık personeli içinde bulundukları sorunları değişik platformlarda dile getirmektedirler. Kamu personelinin sorunları zaman zaman medyaya yansımaktadır.¹⁴¹

¹³⁸ Aktuna, Yıldırım : a.g.m., s.5-6.

¹³⁹ Aktuna, Yıldırım : a.g.m., s.17.

¹⁴⁰ Yazıcıoğlu, Nejat : "Tartışma", a.g.e., s.97.

¹⁴¹ Medyaya yansıyanlardan bazılarının içeriği şöyledir:

Güneş Gazetesi'nin 16.02.2001 günlü nüshasında "Doktorların isyanı:" başlıklı haber, kamu sağlık personelinin içinde bulunduğu durumu yansıtmaktaydı.

Yoksulluk sınırının 600 milyonu geçtiğini belirten hekimler ve sağlık çalışanları daha iyi bir ücret istiyor.

Türk Tabipler Birliği (TTB) Merkez Konseyi üyeleri, doktorların mali haklarının iyileştirilmesi amacıyla üzerlerine "bu bordro değişecek" yazılı önlüklerle Maliye Bakanlığı'na yürüdüler ve

Kamu Sağlık personelinin yakınmalarının kaynağında ücret yetersizliği yatmaktadır. Kamu sağlık personeli ücret ve sosyal haklarının iyileştirilmesi amacıyla değişik oluşumlara başvurmuşlardır. Dernekleşme ve sendikalaşma bu oluşumlardandır.

Sağlık-Sendikasının kamu sağlık personeli arasında düzenlediği ankette ilk sırayı yetersiz ücretler alırken, bunu personel azlığı, iş çokluğu, meslekî yıpranma, çalışma şartları, kreş yokluğu gibi diğer sorunlar izlemiştir.¹⁴²

6. Sağlık Hizmetlerinde Rekabet Ortamı Sağlanmalıdır:

Türkiye'deki kamu sağlık hizmetlerinin arzında rekabet ortamı oluşturulamamıştır. Kamu idarelerinin sahip oldukları Kamu hastahanelerinin yanısıra sosyal güvenlik kuruluşlarının sahip oldukları hastahaneler için de rekabet ortamı oluşturulamamıştır.

Türkiye'deki sigorta anlayışı, bugün için primleri toplayan müessese, yani SSK, işverenden ve işçiden primleri topladığına göre, hizmeti satınalma hakkına sahip olmuştur. Ama aynı zamanda hizmeti de kendi üretmektedir. SSK bir eliyle hizmet satın almak istiyor ve satın alıyor. Diğer eliyle de

Maliye Bakanı ile görüştüler. TTB Merkez Konseyi ve Ankara Tabip Odası Yönetim Kurulu üyeleri, önce TTB önünde toplandılar.

TTB Merkez Konseyi Başkanı, "Hakkımızı ısrar ve inatla istiyoruz. Bu ülkenin en önemli gündemlerinden birinin sağlık, halkın sağlığı, hekim ve sağlık çalışanlarının çalışma koşulları ve ortamları olduğunu unutturmamak için çalışıyoruz. "Bu bordro değişecek"diyoruz ve halkın sağlığının hekimlerin ve sağlık çalışanlarının yaşam koşullarının düzeltilmesinin, bu bordronun değişmesinin önünde hiçbir engel olmadığını bir kez daha hatırlatıyor ve sorunlarımızın çözümünün ısrarla takipçisi olacağımızı belirtiyoruz." dedi.

¹⁴² Türkiye'de günleri eylemlerde geçen memurlar, işçi ve emeklinin geneli, ücretlerin yetersiz olduğundan yakınıyor. Sağlık alanında çalışanların tamamına yakınının ücretlerinin yetersizliğinden şikayetçi olduğu bildirildi.

Sağlık-Sen Bursa Şubesi'nin çeşitli sağlık birimlerinde görevli 310 sağlık görevlisi üzerinde yaptığı anket çalışmasından aldığı sonuca göre, çalışanların yüzde 92'si ücretlerinin yetersiz olduğunu düşünüyor.

Personel yetersizliği, iş yoğunluğu ve meslekî yıpranmanın fazla olduğu gibi çalışma şartlarının ağırlığını, yüzde 62 ile ikinci önemli sorun olarak gören sağlık çalışanları arasında, özellikle kadınların "kreş" talebi öne çıkıyor. Ankete katılanların önemli bölümü, sicil notu ve döner sermaye puanları, yer değişikliği ve terfi işlemlerinin objektif kriterlere göre yapılmadığı, görev ve sorumlulukları dışında çalıştıkları yönünde görüş bildirirken, sendikaya üye olmayanların yüzde 48 oranında olduğu belirtildi.

hizmeti satıyor. Alan da kendisi, satan da kendisi. Bu durum, artık ekonominin temel kuralı olan bir hizmette rekabet yoksa, orada kalite gelişemez, nitelik gelişemez, hiçbir şey gelişemez kuralı ile çelişmektedir. Alan razı, veren razı çerçevesi içinde sunulan hizmetten Sigortalı insan sıkıntıda kalmaktadır.¹⁴³

Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı da SSK gibi genel halktan aldığı vergilerle hastahanelerini, sağlık ocaklarını yapmıştır. Diğer taraftan da yine kendi hastahanesinde halka hizmet sunmaktadır. Sigortalı olan kesim bugün, hem hizmeti satın alan, hem de satanla aynı çerçeve içinde kalmıştır. Sağlık Bakanlığının halka hizmet verme anlayışı da yine aynı şekildedir. Sağlık Bakanlığı da vergi alarak hastahane yapıyor, hastahanesinde hizmet veriyor. Alanda aynısı, satanda yine kendisi. O yüzden sağlık bakanlığı hastahanelerinde, sağlık kuruluşlarında da rekabet unsuru söz konusu olmamaktadır.¹⁴⁴

Sorunun çözümünde tez olarak ileri sürdüğümüz genel sağlık sigortası sisteminde; sigorta sadece hizmet satın alacaktır. Genel sağlık sigortası, kendisi bugün SSK'nın yaptığı gibi hizmet üretmeyecektir. Kim hizmeti iyi veriyorsa, ondan hizmet satın alacaktır. Sağlık Bakanlığı, standart ve kalite ölçütlerini ortaya koyacak. Türkiye'de hizmet üreten sağlık kuruluşlarının, çeşitli biçimlerdeki farklı muayenehane hekimi olabilecek, sağlık ocağı olabilecek; ayakta tedavi ünitesi olabilecek, yataklı bir kuruluş, hastahane olabilecek; çeşitli büyüklükte, bunları sunacakları hizmette bir standart ve kalite ölçütü ortaya koyacaktır. Bu ölçüde ve kaliteye, bu standarda sahip olan genel sağlık sigortası kurumuyla sözleşme yapacaktır. Sözleşme yapılan kuruma hasta gelecektir. Böylelikle, bu anlayış içinde sağlık hizmeti sunumunda rekabet ortamı oluşacaktır.

Bu sigorta anlayışında, sigortalı kişilerin doktor ve hastahane seçme özgürlüğü de olacaktır. Bu seçme özgürlüğü tabii o zaman iyi çalışırsa, emek veren, hastasının teşhisini zamanında yapabilen, tedavisini iyi yapan, iyi sonuç alan nitelikli hizmetin karşılığını ortaya hemen getirecektir. Zaten

¹⁴³ Aktuna, Yıldırım : a.g.m., s. 7.

¹⁴⁴ Aktuna, Yıldırım : a.g.m., s.8.

kaliteli hizmeti veremeyen kuruluşların müşterileri otomatikman azalacaktır. Sağlık hizmetlerinde rekabet ortamı oluştuğunda, özel sektör bu rekabet ortamında, kendi yerin alır ve yatırımını yapar. Dünyanın gidişatı, Kamu idarelerinin tedavi hizmetlerini eninde-sonunda özel sektöre aktarmaktır. Özel sektör tedavi hizmetlerinde ağırlıklı olsun.

Türkiye’de bugün artık sağlık sorunları tekellilik anlayışıyla, merkezi yönetimle çözmek ve halletmek mümkün değildir. Sağlık hizmetlerinde tekellilik insan doğasına da aykırıdır sağlık hizmetlerinin özüne de aykırıdır. Tekellilik insanların motive edilme yöntemlerine de aykırıdır. İnsanlar kaliteli ve verimli hizmet üretimi için yarış içinde olmalılar.¹⁴⁵

Rekabet kurumu tarafından üç ayda bir yayınlanan Rekabet Dergisi’nin dördüncü sayısında rekabet kurumu başkanı tarafından hazırlanan yazıda, rekabet konusu işlenmiştir. Kamu kuruluşlarının ekonomik alandaki faaliyetleri nedeniyle rekabet hukukunun uygulama alanına ve dolayısıyla da rekabet otoritelerinin yetki alanına girip girmediklerinin çeşitli hukuk sistemlerinde önemli bir sorun olarak ortaya çıkmaktadır. Rekabet hukuku açısından kamu sektörü ile özel sektörün eşit muamele görmesi gerekmektedir.¹⁴⁶

Sağlık hizmetlerinde yolsuzluklarla ve rüşvetle mücadele rekabet ortamının oluşturulmasının olumlu rolü bulunmaktadır.

Türkiye Ekonomik ve Sosyal Etütler Vakfı tarafından yapılan yolsuzluk araştırmasında yüz kişiden 19’u rüşvet vermektedir. Rüşvet ve yolsuzluğun yaygın olduğu kurumlar arasında devlet hastahaneleri de yer almaktadır.¹⁴⁷

Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı yetkilileri zaman zaman verdikleri demeçlerinde, kendi bakanlıklarında da yolsuzlukların olduğunu; ancak tespit ettikleri yolsuzluklarla mücadele ettiklerini belirtmişlerdir.¹⁴⁸

¹⁴⁵ Aktuna, Yıldırım : a.g.m., s.13-14.

¹⁴⁶ Tan, Turgut: "Rekabet Hukukunun Uygulama Alanı Açısından Kamu Kuruluşlarının Faaliyeti", Dünya Ekonomi-Politika, 26.03.2001 günlü nüsha, s.11.

¹⁴⁷ Dünya Ekonomi – Politika, 28.02.2001 günlü nüsha.

¹⁴⁸ Dünya Ekonomi-Politika, 08.09.2001 günlü nüsha.

Rüşvet gibi yolsuzluklar bilhassa kamunun tekelindeki faaliyet alanlarında ve keyfi nitelikli taktir yetkisinin geniş kullanıldığı kamusal alanlarda yoğunluk göstermektedir. Kamu tekelindeki faaliyet alanlarının fazlalığı rüşvet gibi yolsuzluklara mümbit bir zemin hazırlamaktadır.¹⁴⁹

Sağlık hizmetlerinde kamu tekelinin kaldırılması ve bu alanda özel sektörün yer alması ile birlikte alternatif hareket alanı sağlanacağından rüşvet gibi yolsuzlukların yaşama imkânı sınırlanacaktır.

7. Özelleştirme Sağlık Hizmetlerinde Uygulanmalıdır:

Özel sektör sağlık alanına yatırım yaparken, "Devlet Hastahanesi" bu gelişmenin, bu rekabetin dışında kalmamalıdır.

Devlet birinci aşamada özelleştirmeyi süratle gerçekleştirmelidir.

Kamu özelleştirmeye oldukça çabuk açılmalı, devlet hastahanelerinin işletme hakkını özel sektöre vermelidir. Gelsin kim istiyorsa, konulan şartları yerine getirsin. Belli bir süre işletme hakkını alsın. Devlet malını korumak ister, yılların birikimi olduğu için, hastahaneleri, cihazlarını, sigorta yaptırmalı, işletme hakkını vermeli. Sonra belli bir zaman içinde onu da satmalı. Özel sektör yapsın tedavi hizmetini, böylece bütün unsurlar, daha rahat, daha mutlu çalışacaktır ve emek değerlenecektir ve insanlara verilen hizmetin kalitesi yükselecektir.¹⁵⁰

Devlet bu ölçü içerisinde genel sağlık politikasını, plânlaması, güncelliğinin korunması, denetlenmesi gibi bir çok hizmetleri bakanlık olarak yürütecektir. Bu gün Türkiye'de diğer Bakanlıklar gibi Sağlık Bakanlığı da Merkezîyetçi bir anlayışla yönetiliyor. İnsanlar artık, hizmeti yerinde çok daha iyi ve nitelikli istiyorlar. Türkiye Ankara'dan yönetilemez. Bu merkeziyetçi yönetimle sorunlar çözülemez.¹⁵¹

Bütün dünyanın eğilimi aynı. Genel sağlık sigortası yaygınlaştırılmalıdır. Devlet hastahaneleri özelleştirilmelidir. Çünkü, çağın

¹⁴⁹ Aykın, Hasan: "Küresel Rüşvetle Mücadelede Kapsamlı bir Strateji Gereği ve Hükümetin Rolü", Maliye Dergisi, sayı 129, Eylül-Aralık 1998, s.61.

¹⁵⁰ Aktuna, Yıldırım : a.g.m., s.17.

¹⁵¹ Aktuna, Yıldırım : a.g.m., s.24.

ekonomi anlayışı budur. Ekonominin lokomotifi özel sektördür, özel girişimcidir. Özel girişimci olmak aslında kolay bir şey değil.

Özel girişim bilgi ister, birikim ister, mücadele gücü ister. Onun için insanların bu potansiyelinden sağlık sektörü yararlanmak zorundadır. Özel sektörden yararlanılmalı, teşvik edilmeli, sağlık hizmetlerinin kalitesi, niteliği yükseltilmeli. Çağın gereksinimleri ve getirdiği değişikliklerin gerisinde kalmaktan toplum korunmalıdır.¹⁵²

8. Sağlıkta Yeni Teknolojik Gelişmeler Takip Edilmelidir:

Bir sağlık hizmetleri sunma sisteminde her zaman değişiklikler yer alır. Her sene yeni bir teknoloji vardır; değişmek lazımdır. Çünkü, teknolojiye ayak uydurmak gerekmektedir.

Sağlık sektörü düşünülebilinecek en karmaşık, en fazla sizden bir şeyler talep eden, en kapsamlı bir sektördür. Hiçbir zaman durmaz, talepler her zaman acildir.¹⁵³

Teknolojide yeni gelişmelere ayak uydurma her zaman pahalı ve güçtür.¹⁵⁴

Sağlık sektöründeki yeni teknolojik gelişmeleri en hızlı biçimiyle özel girişim takip edebilmektedir. Kamunun hareketi yavaştır. Kamunun karar alma mekanizması farklı etkenler altındadır.

9. Yurtdışına Sağlık Amaçlı Döviz Çıkışı Engellenmelidir:

Türkiye'deki özel sağlık hizmetleri, ABD'de veya Avrupa'nın herhangi bir ülkesinde temin edilen sağlık hizmetine eşit olmalıdır. Türkiye'de Avrupa ve ABD standardında sağlık hizmeti verilmesi başarılmalı ve bu başarı kanıtlanmalıdır. Bu kaliteli sağlık hizmeti sürekli sergilenmelidir. Böylece,

¹⁵² Aktuna, Yıldırım : a.g.m., s.24.

¹⁵³ George, D.Rountre: "Özel Sağlık Kuruluşlarının Gelişmiş Ülkelerdeki Genel Görünümü" a.g.e., s.84.

¹⁵⁴ George, D.Rountre: a.g.m., s.88.

Avrupa'ya veya ABD'ne sağlık bakımı için Türkiye'den giden hastaların hiç olmazsa %50'si veya % 60'ı ikna edilebilmelidir. Sağlık için yurtdışına gidecek olanlara Türkiye'de daha iyi sağlık hizmetlerinin olduğunu, daha iyi olanaklar olduğu gösterilmelidir. Bu büyük yükümlülük yerine getirilirse; Türk ekonomisine büyük katkı sağlanmış olur; büyük döviz tasarrufu sağlanır.¹⁵⁵

Türkiye'den Avrupa ülkelerine ve ABD'ne sağlık nedeniyle çok sayıda vatandaşın gittiği aşikârdır. Kamu sektörünün yüksek teknolojiye yatırım yapacak ödenek ayırması bütçe ile ilgili sorundur. Oysa özel girişim, her zaman kâr amaçlı yatırım yapar.

10. Kaliteli Sağlık Hizmeti Sunulmalıdır:

Özel teşebbüsün hizmette kalite için zorlanmasına gerek yoktur. Özel teşebbüsün kendisi kaliteyle vardır. Kalite varsa, kendi devam eder, kalite yoksa, özel teşebbüs yok olur. O halde, bu gün kalitenin düşük olduğu dahi düşünülse, özel sektör kalitesini yükseltmek zorundadır. Zaten serbest piyasa ekonomisinin temel ilkesi bu değil midir? O halde özel sağlık kuruluşları doğru yapmak ve iyi hizmet vermek zorundalar. Yaşamaları için bu gereklidir.¹⁵⁶

Hastanın tatmin olması, uygun kârlar getiren yerlere yol açar. Düşük kalite ve memnuniyetsizlik genellikle kayıplara ve finansal felâketlere yol açar. O halde özel bir hastahane kâra ulaşmak çok özel bir iştir. Çok güçlü, istikrarlı grup çalışması gerektirir. Bu başarılı çalışma tıbbî personel mensupları, yönetici grubu arasında, idare heyeti arasında, müstahdemler ve bakılan hastalar arasındadır.¹⁵⁷

Özel hastahaneler her hastaya özel yüksek standarttaki bir kaliteye sahip bir bakım temin etmelidir. Bu da, muhakkak ki oturaklı, devamlı bir eğitim programının her zaman işlem halinde olmasını gerektirir. Sağlık sektöründe karşılaşılan bütün taleplere rağmen, özel bir hastahane oturaklı

¹⁵⁵ George, D.Rountre: a.g.m., s.83.

¹⁵⁶ Akça, Akif : a.g.m., s.34

¹⁵⁷ George, D.Rountre: a.g.m., s.78 .

bir ekonomiyi kurmakta ve idame ettirmekte muhakkak sağlam bir kuvvet olabilir.

Özel hastahanelerdeki iyi bir sistem, yabancı yatırımı uyarlamakta yardımcı olabilir ve ayrıca ithalat-ihracat kotalarının dengelenmesine de yardımcı olabilir. Kurallarda yeniden ayarlama ve sağlık hizmetlerinde reformun ilanı, ilk iyi adımdır. Araştırmalar, plânlar yapılmalı, programın başarısı muhakkak ki takip edilmelidir.

Türkiye'deki özel sektörün yapabileceği katkı hiçbir zaman bir tane değildir. Özel sektör verilen tıbbî bakımın standardını geliştirmeye yardımcı olabilir. Tıbbî bakımın yerine getirilmesini (hastanın hakkettiği ve takdir edeceği bir şekilde) kişisel hale getirebilir. Aynı tıbbî program ve hizmetler için daha geniş bir alana daha kolay ulaşım sağlayabilir.¹⁵⁸

Kaliteli sağlık hizmeti sunumu, özel sağlık sektörünün güçlü olduğu rekabet ortamında gerçekleşir.

11. Mevcut Yetersiz Durum Düzeltilmelidir:

Sağlık hizmetlerinin sunumunun mevcut durumu çok karmaşıktır. Fiili durum yeknesaklık içermeyen çok sayıda ara uygulamalarla doludur. Kamuoyunun bilmediği, vatandaşların başına gelmedikçe anlayamayacakları türden uygulamalar mevcuttur. Özel sağlık kuruluşlarının, özel hastahanelerin teşviki, desteklenmesi ve denetlenmesiyle birlikte uygulamadaki anormal ara yöntemler realize edilmiş olacaktırlar.

Hastahaneler serbest hekimlere göre daha güvenilir hizmet vermektedirler. Hastahane dışı hizmet veren hekimler yeterince denetlenmemektedirler. Serbest hekimler ameliyatlarında hastahaneleri kullandıkları için ve bu hastahaneler tarafından karşı çıkılması gereken bir

¹⁵⁸ George, D.Rountre: a.g.m., s.90.

durum olmadığı için sigorta şirketlerinin eleştiri okları hastahanelere yönelmektedir.¹⁵⁹

Türkiye Cumhuriyeti'nin kuruluşundan buyana dönem dönem küçük farklılıklar oluştursa da sağlık hizmetlerinin yapılandırılması tamamen devlet eliyle sağlanmıştır. Sağlık hizmetlerinde önemli bir girişim 1961 yılında çıkarılan 224 sayılı Sosyalleştirme Yasası olmuştur. Pek çok yasa için olduğu gibi, Sosyalleştirme Yasası da pek çok iyi özelliklerine rağmen gerektiği gibi çalıştırılamamıştır. Sağlık sistemindeki girift sorunlar bugüne kadar ulaşmıştır.

Kamu sağlık hizmetlerinde aksayan noktalar günü birlik çözümlerle giderilmeye çalışılmış; plânsız çözümlerde başka sorunları beraberinde getirmiştir. İstenildiği halde verilemeyen hizmet kalitesi özel sağlık kuruluşlarının ortaya çıkmasını ve gelişmelerini hızlandırmıştır.¹⁶⁰

12. Özel Sektörün Pozitif Unsurlarından Yararlanılmalıdır:

Özel sektörün özünde taşıdığı üreticilik, yaratıcılık, kalite ve rekabet gibi unsurlardan sağlık sektörünün de istifade etmesi sağlanmalıdır. Özel sağlık kuruluşlarının kamu sağlık kuruluşlarına rekabet ortamında alternatif olması bazı farklı ve renkli uygulamaları gündeme getirmektedir. Özel sağlık kuruluşlarının, özel hastahanelerin fiziki tesisatları, binalarından tutunuz, iç dizaynı ve personelin tutumu ve davranışı dahi farklıdır.

Özel hastahanelerin kültür-sanat faaliyetleri, promosyonları, eğitim seminerleri, kitapçık ve broşürleri sağlık hizmetleri alanına renklilik ve canlılık katmaktadır.

A – Yaratıcılık ve Yenilik:

Çağdaş dünyada önemli rekabet avantajı sağlayan girişimcilik ve yenilik kavramları önem kazanmaya başladıkça yaratıcılığın da işletmecilik

¹⁵⁹ Dünya Ekonomi-Politika: 15.03.2001 Günlü Nüsha.

¹⁶⁰ Dizdar, Yavuz: "Sağlığın Bir Başka Sorunu da Dar Görüşlülük", Dünya Ekonomi-Politika, 11.08.2001 günlü nüsha, s. 10.

literatürüne girdiğine tanık olunmaktadır. Yenilik, girişimcilik, yaratıcılık kavramları birbirini tamamlayıcı bir niteliğe sahiptirler. Yaratıcı kişilerin girişimci olması ve yenilikçi girişimcilerin yaratıcı olmaları, bu üç kavramın birbirinden ayrı düşünülmesi mümkün olmayan kavramlar şeklinde algılanmasına yol açmaktadır.

Girişimcilik ve yaratıcılıkla, bu kavramları bütünleyen ortaya çıkarma, buluş yapma ve yeniliklerin yaratılmasıyla bunların ticarileştirilmesi faaliyetleri, çağdaş işletmecilikte bir yönetim işlevi olarak düşünülmektedir.¹⁶¹

Kamu Sağlık Kuruluşlarının işleyiş prosesi ve süreci durağan ve yasal olarak örgütlendiğinden; yaratıcı ve yenilikçi uygulamalara kapalıdır.

B - Sağlık İletişimi:

Örgütsel düzeyde sağlık iletişimi, sağlık kurum ve kuruluşlarının yönetiminde, personel arasında, kurumsal kültür ve iklim içinde gelişen iletişimi kapsar. Küçük grup yapıları içindeki iletişim açısından yine sağlık personelinin ekip iletişimi, plânlama toplantıları, çalışma raporları, tartışma, kalite grupları gibi durumlar söz konusudur. Kişilerarası iletişim, personelin personelle ve hizmet alanlarla etkileşimidir.

Kişisel ya da kişinin kendisiyle iletişimi düzeyinde sağlık iletişimi bireylerin sağlık davranışlarını etkileyen düşüncelerini, inançlarını, duygularını ve bu konularda kişinin kendisiyle konuşmasını sağlar.

Sağlık iletişimi, sağlık hizmetleri sisteminde iletişim konularına odaklanmaktadır.¹⁶²

Hasta ve doktor arasındaki iletişim karşılıklı saygı, güven esasına dayanan; ancak doğrudan dostluk, kardeşlik gibi tek bir nitelime ile ifade edilemeyecek özel bir iletişim ilişkisi olmalıdır.¹⁶³

Sağlık iletişimi Özel Sağlık kuruluşlarında yaygın ve etkindir. Kamu Sağlık Kuruluşlarında sağlık iletişimi yetersiz ve tek yönlüdür.

¹⁶¹ Akat, İter – Gönül Budak – Gülay Budak: İşletme Yönetimi, İzmir 1999, s.355.

¹⁶² Tabak, Ruhi Selçuk: Sağlık İletişimi, İstanbul 1999, s.30.

¹⁶³ Dizdar, Yavuz: "Hastaların Temel Hakkı, Bilgi", Dünya Ekonomi-Politika, 10.11.2001 günlü nüsha, s.10.

C - Toplam Kalite Yönetimi:

“Toplam Kalite Yönetimi” (TKY), uzun vadede, müşterinin tatmin olmasını, başarmayı, kendi personeli ve toplum için avantajlar elde etmeyi amaçlayan, kalite üzerine yoğunlaşmış ve tüm personelin katılımına dayanan bir kuruluş yönetim biçimidir. Üst kademe yöneticilerin, işin içine sürekli ve etkili bir şekilde girmesi, tüm personelin genel ve sürekli eğitiminin sağlanması bu modelin başarısı için kaçınılmazdır. Bu anlamda müşterinin söylenen yada söylenmeyen potansiyel ihtiyaçlarının karşılanması gerekir.¹⁶⁴

Ülkemizde toplam kalite yönetimini benimseyen ve başarılarını ulusal ve Avrupa ölçeğinde kazandıkları kalite ödülleri ile belgelenen kuruluşlarımızın pazar payı, çalışan kişi başına kârlılık, müşteri şikayetleri, süreç çevrim süreleri, hata sayıları, çalışan memnuniyeti, enerji tüketimi, verimlilik gibi göstergelerde radikal gelişmeler elde etmişlerdir.¹⁶⁵

Özel sağlık kuruluşları toplam kalite yönetimini kârlılık amacıyla benimserler. Oysa Kamu Sağlık Kuruluşları yasal çerçevede kalmak düşüncesindedirler.

D - Çağdaş Rekabetçi Yönetim:

Rekabetçi bir kuruluşun sahip olması gereken yönetimin anlayışı ve temel özellikleri şöyle sıralanabilir: müşteri odaklıdır, katılımcı ve uzlaşmacıdır, hedef birliği içindedir, yüksek motivasyonludur, kaliteli işgücü istihdam eder, bilgi tabanlıdır, plânlı ve programlıdır, dinamik ve soğukkanlıdır, sorumluluğunun bilincinde olan yöneticilere sahiptir.¹⁶⁶

Özel Sağlık kuruluşları çağdaş – rekabetçi yönetim tarzını benimserler.

¹⁶⁴ Efil, İsmail: Toplam Kalite Yönetimi ve ISO 9000 Kalite Güvence Sistemi, İstanbul 1999, s.42.

¹⁶⁵ —————: Çağın Yönetim Anlayışı Toplam Kalite Yönetimi ve Ulusal Kalite Hareketi, İstanbul 2000, s.10.

¹⁶⁶ Efil, İsmail: a.g.e., s.39-40

IV. EKSİKLİKLER VE YAPILMASI GEREKENLER

Tez hazırlanması aşamasında özel hastahane sahiplerine, üst düzey yöneticilerine ve başhekimlerine tablo 8'de yer alan anket çalışması sunulmuştur. Özel sağlık sektöründe bulunanların konuya nasıl yaklaştıklarının tespiti açısından anket çalışması faydalı olmuştur.

Özel hastahaneler ile ilgili mevcut yasal düzenlemelerin yeterli olmadığı ankete katılanların 22/22, yani %100'ü tarafından ifade edilmiştir.

Özel hastahaneler ile ilgili yeni sayal düzenlemelere gidilmesi ihtiyacının olduğu ankete katılanların 22/22, yani %100'ü tarafından ifade edilmiştir.

Özel hastahanelerin Devletin yardımına ve desteğine ihtiyacı var mı sorusunu cevaplarken ankete katılanların temkinli ve dikkatli davrandıkları gözlenmiştir. Ankete katılanların 12/22, yani %55'i devlet yardımına ve desteğine ihtiyaç olduğunu belirtmişler. Ankete katılanların 6/22, yani %28'i devletin ekonomik desteğinin özel sektörü kısıtlayıcı olabileceğini; ayrıca ekonomik desteğin su istimal edileceği olasılığı nedeni ile devletin ekonomik desteğini zorunlu görmemiştir.

Ankete katılanların 4/22'si; yani %19'u devletin ekonomik destekten ziyade; eğitim ve yönlendirme gibi desteğinin gerekli olduğunu vurgulamışlar.

Devletin özel hastahanelere yeterince destek (beklediğiniz/umduğunuz) vermediği ankete katılanların 18/22'si; yani %80'si tarafından ifade edilmiş.

Türkiye'de özel hastahanelerin yeterince gelişmediğini ankete katılanların 18/22'si; yani %82'si düşünmektedir.

Ankete katılanlara göre özel hastahanelerin varolma nedenleri ve özel hastahanelere ihtiyaç duyulma nedenleri şunlardır:

Kamu hastahanelerinin ve kamu sağlık hizmetlerinin yetersizliği ve ihtiyaca cevap verememesi: 18/22 - %82

Çağın gerektirdiği biçimde kaliteli sağlık hizmeti vermek: 2/22 - %9

Kamu, sosyal güvenlik güvencesi dışında kalanların hizmet almak istemesi: 2/22 - %9

Ankete katılanlara göre özel hastahanelerin yaşadığı sorunlar ve çözmesi gereken problemler şunlardır:

Yatırım için finans sorunu, yeterli sağlık personeli temini sorunu, vatandaşların ödeme sorunu, olumsuz önyargı, denetimin yetersizliği, hizmette henüz standardın oluşmaması.

Ankete katılanların özel hastahaneler konusunda sahip oldukları düşüncelerin pozitif olduğu anlaşılmıştır.

Ankete katılanlara göre, Türkiye’de daha iyi sağlık hizmeti sunumu için öneriler şunlardır.

Devlet – Özel sektör işbirliği olmalıdır, sağlık teknolojisi iyi ve uygun olmalıdır, çağdaş yasal düzenlemeler yapılmalıdır, sağlık personelinin iyi eğitilmesi, özel sağlık hizmetlerine teşvik uygulanması , vergi koşullarının yeniden düzenlenmesi.

1. Sağlık Politikalarının Sürekliliği Sağlanmalıdır:

Cumhuriyetin kuruluşundan günümüze kadar Türkiye’nin sağlık politikalarında önemli değişiklikler olmuştur. Sağlık sorunlarının temel nedenini uzun süreli “süreklilik gösteren bir sağlık politikasının bulunmamasına¹⁶⁷” bağlayanlar bulunmaktadır. Cumhuriyetin kuruluşundan bu yana her devrede hatta her bakan zamanında sağlık alanında değişik anlayışlar, politikalar uygulanmıştır.¹⁶⁸

Ülkeler sağlık politikalarını değişen şartlara, doğan ihtiyaçlara ve yeni teknolojik gelişmeye uyum sağlayacak düzeyde canlı ve sürekli tutmalıdır. Sağlık politikaları dinamik olmalıdır. Sağlık politikası bugün dünya çapında ülkelerin münakaşa ettiği ve doğru çözüm aradığı bir konudur. Aslında tam cevabını bulmuş ülke (Amerika dahil) yoktur.¹⁶⁹

Son on yıldır, hemen bütün ülkeler mevcut sağlık hizmetlerini, kalite ve/veya maliyet bakımından yeterli bulmamakta; daha kaliteli fakat millî

¹⁶⁷ Akyol, Türkân : Sosyal Demokrasi Açısından Sağlık Politikaları, Ankara, 1978, s.15.

¹⁶⁸ Kalemli, Mustafa : Türkiye’nin Genel Sağlık Politikası, Sosyal Siyaset Konferansları 34. Kitap, İstanbul 1985, s.5.

¹⁶⁹ Tanyolaç, Necmi : a.g.m., s.67.

gelirden daha az pay alacak etkin yeni bir sistem aramaktadırlar. Mevcut sistemler üç grupta toplanmaktadırlar:

a) Devlet sistemi: İsveç, Kanada, İngiltere ve eski demirperde ülkelerinde uygulanan sistem.

b) Genellikle özel sektör sağlık kuruluşlarıyla yürütülen sistem: ABD ve gelişmiş Avrupa ülkelerinde uygulanan sistem.

c) Karışık sistem : Özel ve Devlet sektörünün, ülkelerin politik görüşüne göre, değişik oranda hizmet verdiği sistem.

Her üç sistemde de son on yıldır yüksek teknolojinin getirdiği yeni tıp cihazlarının yarattığı aşırı talep ve uygulamalar nedeniyle, sağlık hizmetlerinin ülkelerin gayri safi millî gelirlerinden aldıkları pay oranı çok çabuk artmış ve sağlık hizmetlerinin finansman imkanı azalmıştır.¹⁷⁰

Sağlık hizmetlerinde devlet sistemini benimseyen İngiltere sağlık sisteminde büyük bir çöküntü yaşadığından alternâtif çözüm arayışına girmiştir. Bu arayış sonucu İngiltere sağlık hizmetlerinde karışık sistemi örnek almaya karar vermiştir. Özel sağlık sigortasının yaygınlaştırılması ve parası olanların kendi sigortalarını yaptırarak ulusal sağlık sistemi üzerine yük olmaktan çıkmaları önemli bir çözüm ortaya koymaktadır.¹⁷¹

Uygulama da saf modellerden söz etmek mümkün değildir. Tüm örnek olarak tartışılabilirler. Ülkelerde şu yada bu oranda farklı modeller bir aradadır. Ancak, temel olarak, hizmetin kamu yada özel sektör tarafından verilmesi ve kamu yada özel finansman açılarından bakıldığında sağlık sistemleri;

a) Kamu hizmet sunumu-kamu finansmanı,

b) Özel hizmet sunumu-özel finansman,

c) Kamu hizmet sunumu-özel finansman,

d) Özel hizmet sunumu-kamu finansmanı, şeklinde kategorize edilebilmektedir.¹⁷²

¹⁷⁰ Tanyolaç, Necmi : a.g.m., s.69.

¹⁷¹ Dünya Ekonomi-Politika, 31.11.2001 günlü nüsha.

¹⁷² Hayran, Osman – Haydar Sur: Hastahane Yöneticiliği, İstanbul 1997, s.54.

Bir sağlık hizmetleri sunma sisteminde her zaman değişiklikler yer alır. Kuralların değiştirilmesi ve sağlık hizmetleri reformu şeklinde Tşrkiye’de tanımlanan konu şzerinde şalışılması hiç de yeni değildir. Farklı olan tek faktşr, ABD bunun şzerinde yaklaşık olarak yşz seneden beri şalışmaktadır, halen yerine oturtulamamıştır. Her zaman değişen , ihtiyaçlara cevap verebilmesi amacı ile de ayarlanmaya, değiştirilmeye ve hafif değişikliklere tabi tutulmaya devam olunacaktır.¹⁷³

Sağlık hizmetleri reformu gerşekte her organizasyon işin bir stratejik plândır. Aktif, sşregelen, dinamik bir prosestir. O halde hiçbir zaman tamamlanmamıştır. Daima işlem halindedir ve onun şzerinde şalışmak gereklidir. Aksi halde sağlık hizmetleri şoğu şşzşmş olmayan bir yşne doğru kayar gider. Her zaman mevcut şartlara cevap verebilmek işin tekrar değerlendirilmesi ve muhakkak sşrekli olarak değerlikliklere tabi tutulması ve değiştirilmesi gerekmektedir. Bu noktadaki A.B.D. ile Tşrkiye arasındaki yegane fark, Tşrkiye’deki kuralların yeniden yapılanması, sağlık reformu açısından sağlık hizmeti sektşrş ile ilgili olarak bu prosesin başındadır. ABD bu işin şzerinde uzun sşreden beri durmaktadır. Muhakkak ki bu 1990’lardan beri sşregelmektedir.¹⁷⁴

Tşrkiye’de sağlık politikalarının değişen şartlara, doğan ihtiyaçlara ve teknolojik yeniliklere uyum sağlayabilecek dşzeyde geliştirilmesini zorunlu kılacak yasal dşzenlemelere gidilmelidir. Konuyla ilgilenecek Sağlık Akademisi kurulması ile ilgili yasal dşzenleme yapılmalıdır.

Tşrkiye’de Sağlık Politikalarının sşrekliliği sağlanmalıdır.

2. Sağlık Hizmetlerinin Etkin Sunumu işin Kamu Sektşrş ile şzel Sektşr Arasında İyi Diyalogun Olması Zorunludur

Kamu kesim - şzel kesim diyalogunun geliştirilmesi, sağlık kuruluşlarının en şncelikli sorunlarının şşzşmş işin gerekli olduğu gibi; başarılı bir sağlık politikası uygulanmasının da řn şartıdır.¹⁷⁵

¹⁷³ George, D.Rountre: a.g.m., s.85.

¹⁷⁴ George, D.Rountre: a.g.m., s.89.

¹⁷⁵ Akça, Akif : a.g.m., s.35.

Sağlık hizmetleri ülke sathında dengeli bir şekilde yaygınlaştırılmalıdır. Sağlık alanında hizmet veren tüm kurumlar arasında işbölümü ve işbirliği sağlanmalıdır. Gerek kamu sağlık kuruluşlarının gerekse özel sağlık kuruluşlarının belli bölgelerde toplanmaları organizasyon bozukluğundan kaynaklanmaktadır. Bir yanda Bakanlık ve SSK hastahanelerinde kuyruklar fazla, doktorlar yetiştirilemezken; diğer tarafta özel bir sağlık kuruluşunda doktor gününü 4-5 hasta ile geçirmektedir. Yapılacak plânlama ile kaynak israfı önlenmiş olacaktır.¹⁷⁶

Özel sağlık sektörü ile kamu sağlık sektörü beraber çalışarak, güçlü bir toplum meydana getirerek, yeniden kuralların ihdası, sağlık hizmetlerindeki reformların sisteme göre ayarlanması için bir çaba sarfetmelidir. Verilen sağlık hizmetlerinin kalitesinin değerlendirilmesinde ve sağlık hizmetlerinin parasal olarak yapılan ödeme miktarının tesbitinde ortak hareket edilmelidir. Böylece hem ödeyeni, hem de ödemeyi alana verilen tıbbî hizmetlerin geriye ödenmesindeki miktarlar gerçekçi ve uygun bir yaklaşımla saptanabilir.¹⁷⁷

Tablo 10'da yataklı tedavi kurumlarının kuruluşlara göre dağılımı gösterilmiştir. Tablodaki bilgiler incelendiğinde kamu sektörü ile özel sektör arasında iyi diyalogun olması gerektiği daha iyi anlaşılmaktadır.

Ankete katılanlara göre Türkiye'de daha iyi sağlık hizmeti sunumu için devlet ve özel sektör işbirliğinin olması gerekmektedir.

Türkiye'de insanı mutlu ederek rekabet ortamında, kaliteli ve ucuz nitelikte koruyucu, tedavi edici sağlık hizmetlerinin tesisi için Kamu sektörü ile özel sektörün diyalog içersinde olması şarttır. Kamu kesimi özel teşebbüsü işbirliği içerisinde kendine yardımcı görme anlayışını benimseyerek, gerekli politikaları ve yasal düzenlemeleri yapmalıdır.

3. Koruyucu Sağlık Hizmetlerini Devletin (Kamu Sektörünün) - Tedavi Edici Sağlık Hizmetlerini Özel Sektörün Üstlenmesi Gerekmemektedir:

¹⁷⁶ Akça, Akif : a.g.m., s.36.

¹⁷⁷ George, D.Rountre: a.g.m., s.81.

Koruyucu sağlık hizmetleri; (Toplum Hekimliği, Halk Sağlığı) kişiye tñm şevresiyle ele alarak onun sağlığını ana rahmine dñřtñđñ andan òlñmñne kadar kendi sorumluluğu içinde gñren, sağlımların hastalanmamasına, hastalıkların oluşumunda rol oynayan fiziksel, biyolojik, sosyal-kñltñrel, ekonomik ve psikolojik şevredeki olumsuz etmenlerin giderilmesine ve olumlu bir çevre yaratılmasına uğraşan, hasta olanları olanakların el verdiği òlřñde erken dñnemde tanı koymaya ve tedavi etmeye şalışır.¹⁷⁸

Devlet tarafından, Sağlık Bakanlığı tarafından koruyucu sağlık hizmetleri hiçbir zaman iyi yapılamamıştır. Sağlık Bakanlığının bñtřesinin %2 oranındaki kısmı koruyucu sağlık hizmetlerine ayrılmış; %98 oranındaki kısmı tedavi hizmetleri ve diğer hizmetlere ayrılmıştır.

Halbuki Devletin aslñ gñrevi, temel gñrevi koruyucu sağlık hizmetidir. Tedavi hizmetlerini Kamu sektñrñnñn yanısıra òzel sektñr yapmalıdır. Belirlenen standartlara gñre òzel sektñr tedavi hizmetlerini yapmalıdır. Òzel sektñrñn sunacağı tedavi edici sağlık hizmetlerinin finans kaynağı olarak genel sağlık sigortası olmalıdır. Tedavi edici sağlık hizmeti bir rekabet içerisinde olmalıdır; daha iyi yapan daha çok kazanmalıdır.¹⁷⁹

İlçe ve kñylerde toplum hekimliği konusunda verimli şalışma yapılamamaktadır. Bu olumsuz durumun iki yñnlñ nedeni bulunmaktadır. Birincisi vatandaşların bu yñndeki duyarsızlığıdır. İkindisi sağlık personelinin yetersizliğidir.¹⁸⁰

Sağlık bakanlığı kişiye ve topluma yñnelik koruyucu hizmetlere ònem vermeli, tedavi hizmetlerini òzel sağlık kuruluşlarına terk etmelidir.¹⁸¹

Tablo 4'te yıllara gñre Sağlık Bakanlığı ve Tedavi Hizmetleri Genel Mñdñrlñđñ bñtřesinin dağılımı yer almıştır. Tabloda yer alan bilgiler incelendiğinde mevcut kaynaklarla her iki hizmetin de sñrdñrñlmeyeceđi aşıkardır.

¹⁷⁸ Dirican, Rahmi – Nazan Bilgel: Halk Sağlığı (Toplum Hekimliği), Bursa 1993, s.41

¹⁷⁹ Aktuna, Yıldırım : a.g.m. , s.16.

¹⁸⁰ Akyel, Recai: İsehisarın Kalkınması, Afyon 1992, s.28.

¹⁸¹ Akça, Akif : a.g.m., s.33.

Koruyucu sağlık hizmetlerini vatandaşın yaşama ve sağlık hakkının bir parçası olarak kabul edip; devletin koruyucu sağlık hizmetlerini verimli ve yeterli düzeyde sunabilmesi için gerekli yasal düzenlemelerin yapılmasının yanısıra yeterli oranda ekonomik kaynak tahsis etmelidir. Kamu idaresi tedavi edici sağlık hizmetleri için tahsis ettiği kaynakları koruyucu sağlık hizmetlerine kaydırmalıdır.

4. Sağlık Yatırımları Pahalıdır:

Sağlık sektöründe kullanılan elektronik cihazların giderek hızlı bir şekilde yaygınlaşması; bunların tamamının yurtdışından ithal ediliyor olması, sağlık yatırımlarının maliyetini hızla yükseltmiş; ve özel sektörün sağlık yatırımlarının istenilen düzeyde gerçekleşmesini engellemiştir.

İstatistiklere göre Türkiye’de halen toplam 144.000 adet hasta yatağı mevcut olup bunun yaklaşık %3,5’i özel sağlık kuruluşlarına aittir.¹⁸²

Sağlık hizmetleri ticari bir iştir ve bir ülkede iktisadi bir güçtür. İyi sağlık hizmetleri mevcutsa, bu ülkenin ekonomisinin iyi olduğuna ve iyi işlediğine dair kesin bir işarettir.¹⁸³

Sağlıkta yapılan yatırımların büyük bir kısmı leasing ve banka kredisiyle yapılmaktadır. Leasing işlemlerinin %70’i dvizledir. Hastahane yatırımları 10 milyon Amerikan Doları ile 100 milyon Amerikan Doları arasında seyretmektedir. Sağlık sektöründe kullanılan malzemelerin çok büyük bölümünün ithal ediliyor olması girişimciyi sıkıntıya sokmaktadır.¹⁸⁴

Teşvikli Projelerde Sağlık Sektörünün Payı gittikçe azalmaktadır.¹⁸⁵

Hazine Müsteşarlığı’nın teşvik kapsamına aldığı yatırımlar içinde sağlık sektörünün payı tekrar azalmaya başlamıştır. 1998 teşvik kapsamına alınan projelerin toplam yatırım tutarları içinde sağlık sektörünün payı yüzde 4,9’a kadar çıktıktan sonra, 1999’da yüzde 4,1’e, 2000 yılında da yüzde 2,5

¹⁸² -----:Seminer, a.g.e., s.1.

¹⁸³ George, D.Rountre: a.g.m., s.77.

¹⁸⁴ Dünya Ekonomi-Politika, 17.03.2001 günlü nüsha

¹⁸⁵ Dünya Ekonomi-Politika, 17.03.2001 günlü nüsha

düzeyine inmiştir. 2001 Ocak ayında da bu oran 2,0 olarak kaydedilmiştir. 2001 Ocak ayında toplam yatırım tutarı 9 trilyon 983 milyar lira olan 6 adet sağlık tesisi projesinin teşvik kapsamına alındığı kaydedilmiştir.

Öte yandan sağlık sektöründe teşvik kapsamına alınan projeler sayısının son yıllarda giderek azaldığı gözlenmiştir. Projelerin toplam yatırım tutarlarında cari fiyatlarla bile bir gelişme olmamıştır. 1998 yılında 163 adede kadar çıkan teşvik kapsamına alınan sağlık sektörü projesi sayısı 1999'da 155, 2000'de de 130'a inmiştir. Bu projelerin cari fiyatlarla 1998'de 196 trilyon lira olan toplam yatırım tutarları 1999'da 191 trilyon, 2000'de 220 trilyon lira olarak belirtilmiştir.

Bu arada her birinin yatırım tutarı 5 trilyon liranın üzerinde olan 10 projenin toplam yatırım tutarının 124 trilyon lirayı bulduğu saptanmıştır. 158 milyon dış kaynak ihtiyacı gösteren bu projelerin istihdam kapasitesi de 3 bin 272 kişi olarak belirlenmiştir. Buna göre her birinin yatırım tutarı 5 trilyon liranın üzerindeki bu projelerin sağlık sektör yatırımlarındaki payı yüzde 56, dış kaynak ihtiyacı içindeki payı yüzde 65, istihdam kapasitesindeki payı yüzde 53 olarak gerçekleşmiştir.

Tablo 11'de sağlık sektörü yatırım teşvik belgeleri yıllar itibariyle yer almıştır. Tabloda yer alan bilgiler incelendiğinde yatırım teşvik belgelerinin yıllara göre sayısal yönden değiştiği görülmektedir. Sağlık sektörü yatırım teşviklerinin artırılması yönünde istikrarlı politikalar izlenmelidir.

Ankete katılanlara göre özel hastahanelerin yaşadığı sorunlar ve çözmesi gereken problemler arasında yatırım için finans sorunu bulunmaktadır.

Sağlık yatırımlarının pahalı olması nedeniyle Devletin özel sağlık yatırımlarını desteklemesini zorunlu kılan yasal düzenlemelere gidilmelidir.

5. Özel Sağlık Sektörü Türkiye'de Henüz Gelişmemiştir:

Türk Sağlık Sistemi içinde özel sektör sağlık kuruluşları yerini yeterince alamamış; ancak almaya çalışmaktadır. Son yıllarda gelişme

çabası içinde olan özel sağlık kuruluşlarının yeri %3-3,5 dolayındadır. Bu çok küçük bir orandır.

Toplumun tümünün sağlık güvencesi bulunmamaktadır. Sağlık güvencesi sistemi, çağdaş ve ekonominin kurallarına göre rekabeti teşvik edecek nitelikte oluşturulamamıştır. Devletçi anlayışla kurulan sistemde kamu sağlık hizmetleri rakipsizdir. Oysa bu sistem önemli ve ciddi bir sorun, problem yaratmaktadır.¹⁸⁶

Sağlık Bakanlığı 23-27 Mart 1992 tarihinde, Ankara'da "Birinci ulusal sağlık kongresi"ni topladı. 34 çalışma grubu oluştu. Grupların çalışmaları 34 ana başlık üzerinde bir özel kitapçık haline getirildi. "Ulusal Sağlık Politikası Taslak Dokümanı" adıyla yayınlanan bu dokümanda özel sağlık sigortalarının, özel sağlık kuruluşlarının teşvik edilmesi gerektiği vurgulanmıştır.¹⁸⁷

Genel sağlık sigortası sisteminde, sağlık hizmetlerinde rekabet ortamı oluşturulacaktır. Bu rekabet ortamı oluşturulmasında özel hastahanelerin rolü büyük olacaktır.

Tablo 1'de özel hastahanelerin illere göre dağılımı yer almıştır. Tablodaki bilgiler incelendiğinde Türkiye genelindeki özel hastahanelerin yarısı İstanbul'da, yüzde 61'i üç büyük kentte yer almıştır. Ayrıca üç büyük kent dışındaki özel hastahanelerinin yatak kapasiteleri düşüktür.

Üç büyük kent dışında kalan kentlerde yaşayan vatandaşların ileri sağlık hizmetleri için bu üç büyük kente intikâlleri hem masraflı olmaktadır; hem de zaman bakımından tedavide gecikme olmaktadır. Bu nedenle bu üç kent dışında kalan kentlerde özel sağlık kuruluşları öncelikle ve daha kapsamlı teşvik edilmeli ve desteklenmelidir.

Özel sağlık sektörü gelişmelidir, olabildiğince yatırım yapmalıdır, çünkü SSYB'nın hedefi, tedavi hizmetlerini, eninde sonunda özel sektöre aktarmaktır. Özel sektör tedavi hizmetlerinde ağırlıklı olmalıdır. Örneğin, Japonya sağlık hizmetleri fevkalade iyi, 860 bin hastahane yatağının 2 bin

¹⁸⁶ Aktuna, Yıldırım : a.g.m. , s.8-9.

¹⁸⁷ Aktuna, Yıldırım : a.g.m. , s.10-11.

tanesi Devlete ait, diğeri hep özel kuruluşlara aittir. Yani Devletin tedavi hizmetleriyle uğraşmasının bir anlamı yoktur.¹⁸⁸

Ankete katılanların %82'si (18/22) Türkiye'de özel hastahanelerin yeterince gelişmediğini düşünmektedir.

Dünyadaki çağdaş gelişme özel sağlık kuruluşlarının önünü açmak, teşvik etmektir. Türkiye'de bu gidişata ayak uydurmalıdır. Özel Sağlık kuruluşlarının artırılması, geliştirilmesi için mevcut darboğazları aşıcı; teşvik edici gerekli yasal düzenlemeler yapılmalıdır.

6. Özel Sağlık Kuruluşlarının Ruhsatlandırılması ile İlgili Yeni Düzenlemeler Yapılmalıdır:

Özel sağlık kuruluşları; Özel hastahaneler, özel muayenehaneler, özel poliklinikler, özel laboratuarlardan oluşmaktadır

Özel hastahaneler konusunda ruhsatlandırma ve izin işlemleri ile ilgili yen Hukukî düzenlemelere gidilmelidir.

Muayenehaneler konusunda ruhsatlandırma ve izin işlemleri ile ilgili gerekli yasal düzenlemeler yapılmalıdır. Muayenehanelerle ilgili fazla bir yasal prosedür yoktur, İlde Sağlık Müdürlüğünü ve Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığını temsilen Sağlık Ocakları Tabipleri muayenehane açmak isteyenlere gerekli izni vermektedirler. Türkiye genelinde 1991 yılı itibariyle kaba olarak 20 bin civarında uzman hekim, 10 bin civarında pratisyen hekim tarafından olmak üzere toplam 30 bin özel muayenehane açılmış bulunmaktadır.¹⁸⁹

Poliklinikler hususunda ruhsatlandırma ve izin işlemleri hususunda yeterli yasal düzenleme yapılmalıdır. Poliklinikler Ülkenin gereksinimi olarak özellikle büyük şehirlerimizde ihtiyaçtan ötürü, Devletin hiçbir teşviki olmadan sadece hekimin ve halk kitlelerinin ihtiyacından ötürü ortaya çıkmış ve halen yasal olarak yerini bulamamış sağlık kuruluşlarıdır. Danıştay 3. Dairesinin 1952'deki vermiş olduğu kararla, poliklinikler özel muayenehanelerin, birden

¹⁸⁸ Aktuna, Yıldırım : a.g.m. , s.14-15.

¹⁸⁹ Erbaşı, Servet: " Temel Sağlık Hizmetleri ve Özel Sağlık Kuruluşları", a.g.e., s.43.

fazla hekimin çalıştığı sağlık kuruluşları şeklinde tarif edilmiştir. 1985 ve 1987 tarihlerinde Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı iki genelge yayınlayarak özel polikliniklerin ne olduğunu tarif etmiştir.

Yaptıkları hizmet gereği özel polikliniklerin büyük şehirlerde bulunduğu görülmektedir. 1991 tarihi itibariyle kaba olarak ülke genelinde 421 özel poliklinik bulunmaktadır.¹⁹⁰

Laboratuvarların ruhsatlandırma ve izin işlemleri merkezî bir sistemle verilmektedir. Sağlık Bakanlığı ülkenin tümüne yayılmış laboratuvarların izin belgeleri tanzim edilmekte ve verilmektedir. Ülke genelinde, 1991 yılı itibariyle 3775 adet laboratuvar bulunmaktadır.¹⁹¹

Finansman yönünden gerek muayenehaneler, gerek özel hastahaneler ve polikliniklerin teşvik edilmesi, desteklenmesi mutlaka ön plâna alınması lazım gelmektedir. Özel sağlık kuruluşlarının ruhsatlandırılması ve izin işlemlerini kolaylaştırılması halkın sağlığını düşünme yönünden kaçınılmazdır.¹⁹²

Ruhsatlandırma yönünden özel hastahane, özel muayenehane, özel poliklinik, özel laboratuvar gibi özel sağlık kuruluşlarının kuruluş aşamasındaki bürokratik işlemlerle ilgili kolaylaştırıcı ve günün ihtiyaçlarına cevap verebilecek nitelikte Hukukî düzenlemeler yapılmalıdır

Özel sağlık kuruluşları bünyesinde bulundurulabilecek fizik tedavi, röntgen, bio-kimya, bakteriyoloji, nükleer tıp, bilgisayarlı tomografi, patoloji laboratuvarları ile özel hastahane polikliniklere verilen ruhsatın mes'ul hekim adına düzenleniyor olması; mes'ul hekimin herhangi bir sebeple görevden ayrılması halinde ruhsat işlemlerinin yeniden yapılmasını gerektirdiğinden bahis konusu ruhsatlar kurum adına düzenlenmeli ve mes'ul hekim değişikliği söz konusu olduğunda tanınacak süre zarfında o branştaki hekim istihdam edilerek bildirimi sağlanmalıdır.

¹⁹⁰ Erbaşı, Servet: a.g.m., s.45.

¹⁹¹ Erbaşı, Servet: a.g.m., s.44.

¹⁹² Erbaşı, Servet: a.g.m., s.47.

Polikliniklerin kurulma, çalışma, usûl ve esaslarını belirleyen mevzuatın olmaması bu konudaki çalışmaları olumsuz yönde etkilemekte, verilmek istenen sağlık hizmeti arzu edilen seviyeye ulaşamamaktadır.

Resmî görevi olmayıp serbest icra-i tababet yapan hekimlerin muayenehane saatleri dışında polikliniklerde çalışabilmesi sağlanmalıdır.¹⁹³

Sağlık Bakanlığı bünyesinde özel sağlık kuruluşları ile ilgili Genel Müdürlük kurulmalıdır. Özel sağlık kuruluşları Genel Müdürlüğü'nün özellikle İstanbul'da bulunması faydalı olacaktır.

Ankete katılanların tamamı özel hastahaneler ile ilgili yeni yasal düzenlemelere gidilmesi gerektiğini düşünmektedirler.

Özel sağlık kuruluşları ile ilgili şûra tertip edilmelidir. Özel Sağlık Kuruluşları Şûrası çok kısa bir süre içerisinde gerçekleşmelidir. Bu şûraya Türkiye'nin her yerinden özel hastahane, poliklinik, laboratuvar v.s. tüm sağlık kuruluşları temsilcilerinin katılımı sağlanmalıdır.

7. Özel Sağlık Hizmetlerinde Kâr Marjı Düşüktür:

Özel sağlık kuruluşu açanları takdirle karşılamak gerekir. Eğer sadece kâr etmek olsaydı, bu insanlar daha az riskle çok daha fazla kâr eden başka işler yaparlardı.

Emekli Sandığı, Sosyal Sigortalar Kurumu ve Bağ-Kur'a bağlı olarak sağlık hizmeti talep eden kişilerin özel sağlık kuruluşlarında tedavileri karşılığında, halihazırda mevcut Bakanlık ve Ünite hastahanelerinde ödenen tedavi giderlerinde fark olmaksızın, istedikleri özel sağlık kuruluşlarından yararlanabilmelidirler.¹⁹⁴

Bilindiği üzere resmî kuruluşlar, hatta kamu yararına dayalı statüdeki müesseselere bağlı sağlık kuruluşları KDV'nden muaf tutulmuştur. Özel sağlık kuruluşları KDV kapsamında olduğundan pahalı hizmet verildiği intibai kamuoyunda yaygındır. Devlet hastahanelerinin ağır yükünü azaltmaya ve ihtiyaçlara cevap vermeye yönelik olarak özel teşebbüsün sağlık yatırımlarına

¹⁹³ Akça, Akif : a.g.m., s.37.

¹⁹⁴ Akça, Akif : a.g.m., s.38.

katılması ve özendirmesi zorunluluk arz etmektedir. Bu itibarla, özel sağlık kuruluşlarından alınan KDV'nin ya tamamen kaldırılması veya oranın düşürülmesi hem bu sektöre yapılacak yatırımları teşvik edecek, hem de hizmetin yaygınlaştırılması suretiyle daha çok insanın sağlık hizmetlerinden yararlanmasını sağlayacak ve haksız rekabeti önleyecektir.

Kamu kurumlarının kamu ve özel sağlık kuruluşlarına uyguladıkları farklı tutum ve davranışlara son verilmelidir. Zira özel sağlık kuruluşları, kamu sağlık kuruluşlarının en büyük destekçisidir.¹⁹⁵

Devletin lâyiği vechile yerine getiremediği sağlık hizmetlerine katkıda bulunan özel sağlık kuruluşlarının üzerine binen yük bu olumsuz tutumla daha da artmıştır.

Kâr elde etmek amacıyla herhangi bir büyük ticari kuruluş, herhangi bir sağlık yatırımına girmemiştir. Çünkü bu sahadaki yatırım çok kârlı bir yatırım değildir. Nefes isteyen, uzun süre kendi kendini finans için hayli gayret sarfedilmesi gereken bir konudur. O halde çok fazla hevesli yatırımcı bulmak fevkalade zordur.¹⁹⁶

Özel sağlık hizmetleri sektörü özel bir teşebbüstür ve çok masraflıdır. Fazla miktarda nakit, gayrimenkul, hizmet ve personele ilgili yatırım gerektirir. Bankacılıkta, finans pazarında sağlık hizmetleri yatırımı, yüksek riske haiz bir tarzda yorumlanmaktadır. ABD de özel bir hastahane %9-%12 arası bir getiri, bir finansman getirisi kârına sahip olmak çok iyi durumda olmak demektir. Türkiye'deki gibi bir enflasyon ekonomisinde bu çok güçtür. Çok çalışma ve plânlama gerektirir.¹⁹⁷

Özel sağlık kuruluşlarının geliri, girdisi Türk lirası cinsindendir. Yatırımı, harcamaları, çıktısı döviz cinsindendir.

Tıbbî cihazları ve ekipmanları dövizle alan, kira ödemeleri artan özel sağlık kuruluşları, bu artışları Türk lirası karşılığı verdikleri hizmetlere yansıtamamaktadırlar.

¹⁹⁵ Akça, Akif : a.g.m., s.40.

¹⁹⁶ Akça, Akif : a.g.m., s.31-32.

¹⁹⁷ George, D.Rountre: a.g.e., s.89-90.

Halkın alım gücü düştüğünden özel hastahanelerden sağlık hizmeti alması zorlaşmaktadır. Ülkenin ekonomik durumundan özel sağlık kuruluşları oldukça etkilenmektedir.¹⁹⁸

Ankete katılanlara göre vatandaşın ödeme sorunu bulunmaktadır.

Özel sağlık kuruluşlarının gelirleri, SSK, BAĞ-KUR gibi Sosyal Sigorta Kurumlarının, özel sigorta kurumlarının ve vatandaşların cepten ödentilerinden oluşmaktadır. Devletin ödentilerini zamanında ödemedikleri yakınmaları duyulmaktadır.¹⁹⁹

8. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Denetimleri Yetersizdir:

Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nın sağlık alanında yeterli denetim yaptığına inanılmamaktadır. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı sadece, kamu hastahaneleri üzerinde değil, ilaç, laboratuvarlar ve özel hastahaneler üzerinde de yeterli denetimde bulunmamaktadır. Göze çarpan çoğu sağlık tesisleri tümüyle sağlık koşullarından uzak ortamlarda çalışmaktadırlar. Normalde apartman katında laboratuvar olamaz; ama yapılmaktadır, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı da buna izin vermektedir.²⁰⁰

Yapılan iş doğrudan insan hayatıyla ilgilidir; dolayısıyla, hizmetlerde hata ve suistimalin "sıfır" düzeyinde olması gerekmektedir. Bu noktada Devlet çok önemli bir düzenleyici ve denetleyici rol üstlenmek durumundadır. Bu, vazgeçilmez ve devredilemez temel bir görevdir.²⁰¹

Ankete katılanlara göre özel hastahanelerin yaşadığı sorunlar arasında denetim yetersizliği bulunmaktadır.

¹⁹⁸ Dünya-Ekonomi Politika, 17.03.2001 günlü nüsha.

¹⁹⁹ Sabah Gazetesi'nin, 21.01.2001 günlü nüshasında yer alan bir habere göre. Rahmi Koç, Devletin imza attığı bazı konularda sözünde durmadığından yakılarak, Amerikan Hastahanesi olarak SSK'lılara kalp ameliyatı yaptıklarını, Türk parası olarak tahsilât yaptıklarını, buna rağmen 8 ay gibi bir gecikmeyle ödeme yapıldığını, yüzde doksan gibi enflasyonist bir ortamda 8 ay sonra tahsil edilen paradan hastahanelerin hiçbir şey kazanamadığını, vurguladı.

²⁰⁰ Kılıçdaroğlu, Kemal : a.g.m. s.115.

²⁰¹ Yerebakan, Metin: a.g.e., s.10,4.

Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nın denetim yetki ve sorumluluğu yasal düzenlemelerde oldukça teferruatlı, olması gerekenden fazla ve merkeziyetçidir. Ülkenin şartlarını ve Bakanlık teşkilâtlanmasının imkânlarını dikkate almadan hazırlanan denetim mevzuatının uygulanması ve gerçekleştirilmesinde aksamalar olmaktadır.

9. Sağlık Güvencesinin Sağlanması Zorunluluk İçermektedir:

Türkiye'de vatandaşların yaklaşık %60'ının sağlık güvencesi bulunmaktadır. SSK, Emekli Sandığı, Bağ-Kur gibi Sosyal Sigortalara tabidirler. Vatandaşların %40'ının hiçbir güvencesi bulunmamaktadır.

Bugünkü içinde bulunulan nokta hiç kimsenin mutlu olmadığı bir noktadır. Sağlık güvencesi olmayan kişilerin finansman açısından büyük sıkıntıları vardır. Sağlık güvencesinin olmaması zaman zaman sağlık sorunlarının çözülmemesine, hastalıkların tedavi imkanlarının elde edilememesine yol açmaktadır.²⁰²

Sigortalı insan da mutsuz, aslında herkes mutsuz. Düzen o kadar çarpık ve yanlış kurulmuş ki; sigortalı olanda mutlu değil.²⁰³

Özel sağlık sigortalarının teşvik edilmesi gerekir. Herkesin sağlık güvencesi olsun. İsteyen özel sigorta şirketine gitsin, sigortasını yaptırın. Hem demokrasinin gesreği bu, hem de ekonominin kuralı gereği. Bir rekabet olacaksa, bu alanda da rekabet olsun. Genel sağlık sigortası sistemi içinde mi hizmet iyi işliyor, yoksa özel sigorta şirketleri mi bu sigorta işini daha iyi yapabilecek? Herkes ortaya çıksın. Kimse kimseyi engellemesin.²⁰⁴

A) Özel Sağlık Sigortaları Desteklenmelidir:

Günümüz sosyal güvenlik sistemlerinde yaşanan kriz, bu sistemin tamamen kamuya bırakılamayacağını, sistem içinde özel sektörün rolünün

²⁰² Aktuna, Yıldırım : a.g.m., s. 6.

²⁰³ Aktuna, Yıldırım : a.g.m., s. 7.

²⁰⁴ Aktuna, Yıldırım : a.g.m., s. 12.

artırılması ve fert-sistem ilişkisindeki tayin edici mutlak zorunluluk ilkesinin kısmen yumuşatılarak bireysel tercihlere de yer verilmesi gerektiğini ortaya koymuştur.

Sosyal güvenlik fonlarının yönetiminde kamunun gösterdiği başarısızlık, devasa sosyal güvenlik kurumlarının işleyişindeki kamu bürokrasisinden gelen hantallık ve yavaşlık ile özel sektörün sistem dışında bırakılmasından dolayı kaynak artışının sağlanamaması, sosyal güvenlik sistemi içinde özel sektörün rolünün yeniden tanımlanması gerektiğini ortaya koymuştur. İhtiyaçlara daha hızlı ve uygun cevap verebilmek için de özel sektörün dinamik ve problem çözücü vasıflarının sistemin işleyişine dahil edilmesi gereği üzerinde durulmaktadır.

Öte yandan, herkesin aynı hak ve yükümlülöklere sahip olduğu, aynı miktarda prim ödeyip aynı miktarda aylık aldığı, bireyler arasında farklılaşmalara imkan vermeyen tek tip ve tek düze sistemler günümüz insan tipinin beklentilerine cevap vermede yetersiz kalmaktadır. İktisadî ve siyasî hayatta daha bireyci yaklaşımlar öne çıkaran eğilimlerin sistem dışında kalması beklenemez. Özellikle sosyal güvenliğin tasarruf fonksiyonunun gerçekleşmesi için sistem içinde bireysel tercihlere daha fazla önem verilmesi gereği ortaya çıkmıştır.

Özel sektörün sosyal güvenlik sistemi içindeki rolü ve önemi nasıl ve hangi yollarla artırılabilir? Bu konuda ilk akla gelen, sağlık hizmetlerinin arzında özel sektörün teşvik edilmesi ve özel sağlık kurumlarının yaygınlaştırılmasıdır. Bu sosyal güvenlik kurumlarının hizmeti özel sektör sağlık hizmetlerinden satın alması anlamına gelir ki, talep garantisi sağlandığı için özel sektörün sağlık sektörüne yatırım yapma eğilimini artırır, sonuçta toplam sağlık hizmetleri arzı artacağı için sağlık standardı yükselecektir. Bu durum gelişmiş ölkelerden ziyade, sağlık hizmetleri arzının yetersiz olduğu Türkiye gibi ölkeler için daha büyük önem arz etmektedir.

Öte yandan, ikinci ayak sosyal güvenlik kurumlarının veya tamamlayıcı sosyal güvenlik kurumlarının oluşturulmasında özel sektör teşvik edilebilir ve sistem içindeki önemi artırılır. Özel sektörün hakim olduğu, ancak kamu denetimi ve gözetiminin devam ettiği sosyal güvenlik kurumları,

bireysel farklılaşmalara imkan veren düzenlemelerle sistemin tasarruf fonksiyonunun gerçekleştirilmesinde önemli bir rol üstlenebilirler. Gerek hizmet arzının artırılması, gerekse özel sektörün dinamik ve yaratıcı özelliklerinin sosyal güvenlik sisteminin işleyişine dahil edilmesi için bunlara ihtiyaç vardır.

Özel sektör sosyal refah hizmetlerinde de önemli rol oynayabilir. Kimsesiz çocuklar için açılacak yuvalar, yaşlılar için huzurevleri yapımı ve nihayet özel eğitim ve bakıma ihtiyaç duyan çocuklar için özel eğitim kurumlarının açılmasında ve işletilmesinde özel sektörden faydalanılabilir. Bu, sağlık hizmetlerinde olduğu gibi, kamunun yetersiz kaldığı alanlarda hizmet arzının artırılmasına ve standardının yükseltilmesine imkan sağlar.

Nitekim, kalkınma plânlarında ve yıllık programlarda sosyal refah hizmetlerinin yaygınlaştırılmasında özel sektörün teşvik edilmesi öngörülmektedir. Bu kurumlarda kalanların paraları kamu tarafından vergi gelirlerinden karşılanarak ödendiği sürece hizmetin özelleştirilmesinden bahsedilemez. Burada devlet, maliyeti karşılama, verilen hizmetin standardını belirleme ve kontrol etme hakkını elinde tutmaya devam etmektedir.²⁰⁵

Özel sektöre ait sağlık işletmelerinden hizmet satın alınması sosyal güvenliğin özelleştirilmesi değil, özel sektörün sistem içersindeki faaliyet alanının genişletilmesi anlamını taşıyacaktır.²⁰⁶

Özel sigortacılığı, özellikle sağlık alanında tamamlayıcı bir sigortacılık olarak değerlendirmeli. Devlet bireylerin asgari düzeyde sosyal güvenliğini sağlamak durumundadır. Bu sağlık alanında da asgari düzeyde olmak durumundadır. Yine yaşlılıklarında da asgari düzeyde bir sosyal güvenliklerini sağlamak durumundadır.

Ülkemizde belli ölçülerde özel sigorta primi ödeyenlere, özel hastahanelerde, özel doktorlarda çeşitli sağlık imkanları sağlanmaktadır.²⁰⁷

²⁰⁵ Ekin, Nusret-Yusuf Alper-Tekin Akgeyik: Türk Sosyal Güvenlik Sisteminde Arayışlar: Özelleştirme ve Yeniden Yapılandırma, İstanbul 1999, s.213-215.

²⁰⁶ Ekin, Nusret-Yusuf Alper-Tekin Akgeyik: a.g.e., s.224.

²⁰⁷ Selçuk, Rıdvan : "Tartışma" a.g.e., s.132.

Devletin sosyal güvenlik kurumlarındaki sağlık hizmetlerinde bir tıkanma olduğu gerçek. Bu tıkanma özel sigorta hizmetlerini teşvikle, uygulamakla çözülebilir.

Bugün SSK'daki verilen sağlık hizmetinin tamamen benzeri ülkemizdeki özel sigortaları tarafından verilebilmektedir. Yani doktoruyla, ilacıyla, hastahane yatırdığı vakit tedavi giderleriyle, ameliyatıyla, doğumuyla, diş tedavileriyle işte bir takım koruyucu protezleriyle tedavi giderlerini kapsam altına alan bir uygulamadır.

Özel sağlık sigortalarının pahalı olacağı kanısı yanlıştır. Çünkü, özel sağlık sistemi tamamen aktüerya hesabına dayanır. Oysa kamu sağlık sigortalarında (Emekli Sandığı, SSK ve Bağ-Kur) aktüerya hesabı yoktur. "Özel sigorta şirketi kâr edecek diye, pahalı fiyat ortaya çıkar" şeklinde bir kural geçerli olmamaktadır.

Özel sigorta içerisinde yanlış yapıldığı vakit, vatandaş hukukî yollara müracaat ederek hakkını kolayca arayabilmektedir; ancak her ne kadar işveren ve işçi priminin ödendiği bir kurum olan Sosyal Sigortalar Kurumu'nda hata da yapsa, yanlış da yapsa, insanlar ölseler de teminatlarını ve sağlık hizmeti veren kurumlar paralarını almasalar da, kamuya karşı haklarını arayamamaktadırlar. Onun için bu noktada özel sigortaların verdiği sınav daha zordur.²⁰⁸

Ulusal sağlık politikası, sağlıklı bireylerden oluşan sağlıklı bir topluma ulaşmaktır. Ulusal sağlık politikaları toplumsal sağlığın gelişmesi için destek aratmayı, hassas bir toplumsal sağlığın gelişmesi için destek yaratmayı, çevre bilinci oluşturmaya, bireyleri kollamayı, işte kötü beslenme alışkanlıklarını yok etmeyi ve üst seviyede de sağlık hizmetleri sunmayı hedefleyen politikalarlardır. Bu perspektiften soruna baktığımızda sosyal güvenlik, özel güvenlik ayrımının yapılması mümkün değildir. Bu işi hem Devlet, hem özel sektörün bir arada yapması gereken bir model oluşturması gereken bir politikadır. Bu iş her ne model olursa olsun, özel sektör ve

²⁰⁸ Karacık, Abdullah : "Tebliğ", a.g.e., s.136.

Devletle bir arada geliştirilmiştir. Bütün bu modellerde özel sigortacılığı da görmek mümkündür.

Sağlık hizmetlerinin sunumunda devletin varlığı inkâr edilmemelidir, bulunması gereklidir. Zaten özel sigorta şirketleri, alternatif oluşturmaktadır. Mevcut standart sistemin üzerinde imkanlar sağlamaktadırlar. Dolayısıyla tamamlayıcı rolü, sahip rolünden çok daha fazladır.

Özel sigortacılığın varlığının en azından hatırlanması, dolayısıyla oluşturulacak modellerde, özel sigortacılığın yer almasına gayret etmek gerekmektedir. Özel sigortacılar bir çok alanda genel sağlık sigortasına olumlu katkıda bulunacak potansiyele sahiptirler. Zira en azından rekabeti hızlandıracak, sağlıklı hale getirecek enstrümanlar vardır. Hastahanelerle anlaşmalar yapabilirler.

Özel sigortaların sistem içerisinde çok olumlu katkıları olacaktır. Hatta, devletin sırtındaki bu büyük yükün de hafifletilmesi bakımından faydaları olacaktır. Bunun en yakın örneği Almanya'dır. Almanya'da belirli gelir seviyesinin üzerindeki insanlar, dilerlerse sosyal sigortalar programından çıkma hakkına sahiptirler. Giderler özel sektörden poliçe satın alırlar, dolayısıyla devletin yükü bir ölçüde hafiflemiş olur. Türkiye'deki özel sigorta şirketleri sağlık konusuna çok ciddi eğilimiş durumdadırlar.²⁰⁹

B) Genel Sağlık Sigortası Uygulanmalıdır:

Bütün nüfusu kapsayan ve sigortacılık ilkeleri ile çalışan genel sağlık sigortası oluşturulmalı, bütün tedavi edici sağlık hizmetleri bu sigorta kapsamında sağlanmalıdır. SSK,²¹⁰ Bağ-Kur,²¹¹ ve ES²¹² kapsamında sigortalı olanlar ile bunların geçindirmekle yükümlü olduğu aile fertleri, hastalık veya analık hallerinde ihtiyaç duydukları tedavi edici sağlık hizmetlerini bu kurumdan sağlayabilmeliler.

²⁰⁹ Olgaç, Kemal : "Tebliğ", a.g.e., s.145.

²¹⁰ 29,30,31 Temmuz – 1 Ağustos 1964 gün ve 11766 – 11769 sayılı RG.

²¹¹ 14 Eylül 1971 gün ve 13956 sayılı RG.

²¹² 17 Haziran 1949 gün ve 72351 sayılı RG.

Sigortalılar ve aile fertlerinin yanısıra herhangi bir sosyal güvenlik kurumu kapsamında olmayanlar da genel sağlık sigortası kapsamına alınmalıdır. Bu kesim için ödenmesi gereken primler tamamen veya belirli ölçülerde devlet tarafından karşılanmalıdır.

Genel sağlık sigortasının finansmanı sigortacılık ilkeleri doğrultusunda primlerle sağlanmalıdır; ancak sağlık hizmetlerini satın alma yoluyla temin edilmelidir. Sağlık hizmetleri, sağlık işletmesi olarak faaliyet gösteren kamu ve özel sektör yanında vakıf işletmelerince de sunulabilmelidir.

Sağlık işletmelerinin kamu veya özel sektöre ait olması önemli olmamakla beraber, sağlık hizmetlerinin temininde Genel Sağlık Sigortası Yönetiminin belirlediği standart ve fiyatlandırma geçerli olmalıdır.

Genel sağlık sigortası, sağlık hizmetlerinin arzında özel sektörün rolünü artırmalıdır. Sağlık hizmetinin temininde kamu ve özel sektör ayırımı yapılmaksızın hizmet standardı ve fiyatlandırma ön plâna çıkarılmalıdır. Bu anlamda daha yüksek standartta düşük maliyette sağlık hizmeti üreten sağlık işletmeleri öne çıkacaktır.

Türkiye’de bazı kanunlar çoğu uygulamayı genel sağlık sigortası uygulamasına bağlı olarak düzenlemişlerdir. Bu düzenlemelerde en kısa zamanda genel sağlık sigortasına geçileceği varsayılarak bazı geçici düzenlemelerde bulunmuşlardır.

3816 sayılı ödeme gücü olmayan vatandaşların tedavi giderlerini yeşil kart verilerek devlet tarafından karşılanması hakkında kanunun yürürlüğü genel sağlık sigortasının yürürlüğe girmesi ile birlikte sona erecektir.

Emekli Sandığı Kanununun Geçici 139. maddesi de benzer düzenleme getirmiştir. Türkiye’de genel sağlık sigortası kanunu çıkarılana kadar Emekli Sandığı, emekli dul ve yetimlerin sağlık yardımlarını yapar.²¹³

Türkiye’de genel sağlık sigortası uygulamasına geçilmesi için bazı çalışmalar yapılmış olmakla birlikte; henüz uygulanmaya başlanmamıştır.

²¹³ Korkmaz, Özcan: "Tebliğ", a.g.e., s.122.

Vatandaşlarımızın sağlıkları açısından genel sağlık sigortası uygulamasına bir an önce başlanmalıdır.

10. Özel Sağlık Kuruluşları Devletçe Desteklenmeli ve Teşvik Edilmelidir:

Bütün dünyada sağlık alanına, özellikle özel sektörün bu alana girmesi için çok büyük teşvikler verilir. Oysa Türkiye'de yeterli teşvik verilmemektedir. Sağlık hizmetleri çok pahalı bir yatırım gerektirir.

Dolayısıyla sağlık alanına özel sektörün girmesi için, Devlet olarak bütün ortam henüz hazırlanmamıştır. Girenler de eğer SSK bu parayı ödemezse zaten iflas edecekler. Dolayısıyla SSK özel sağlık sisteminin bir anlamda umudu durumundadır.

Sağlık hizmetlerine elbette özel sektör girmelidir. Bu alana özel sektörün girmemesi mümkün değildir.²¹⁴

Özel sağlık kuruluşlarının gelişmesi için Türkiye çok ciddi bir yol kavşağına gelmiş bulunmaktadır. Devlet bir yandan özel sağlık kuruluşlarını teşvik ederken öte yandan bu kuruluşlara rakip durumuna gelmiştir. Eğer bir ülkede Devlet sektörü özel sektörle rekabet ederse bu durum özel sektörün aleyhine olmaktadır.²¹⁵

Yıllarca bütçeden sağlığa %4'lere varan bir pay ayrılmış, hastahanelerde kuyruklar oluşmuş; insanlar çaresiz durumda kalmış. Sağlık sektörünün en önemli sorunlarından biri olan finansman sorununu çözümleyecek olanların özel girişimcilik olduğu kabul edilmelidir.

Vatandaş para vererek, Devletin sırtındaki yükü kaldırmak isterken Devletin de özel sağlık kurumlarına sahip çıkması ve bu kurumları güçlendirmesi gerekmektedir. Burada Devletin özel sağlık kuruluşlarını desteklemesi şarttır. Çünkü bu, aslında dolaylı olarak kendi kurumlarına yardımdır.²¹⁶

²¹⁴ Kılıçdaroğlu, Kemal :a.g.e., s.112.

²¹⁵ Akça, Akif : a.g.m., s.32.

²¹⁶ Akça, Akif : a.g.m., s.33.

Sağlık sektörü özellikle son yıllardan itibaren stratejik önemi dolayısıyla da en fazla teşvik edilen yatırım konuları arasında yer almaktadır. Nüfusun önemli bir hızla artması ve Devletin küçültülmesi yönündeki çabalar daha önceleri tamamen kamunun tekelinde olan bu sektörde, özel girişimlere ihtiyaç doğurmuştur. Bu nedenle özel önem taşıyan sektörler kapsamına alınan sağlık sektörü uygulanan diğer teşvik tedbirleriyle de bugün belirli bir seviyeye gelmiştir. Halen Teşvik Uygulama Genel Müdürlüğüne bu sektöre verilen teşvikler şu kalemlerden oluşmaktadır: Yatırım indirimi teşviki, gümrük muafiyeti, fon kaynaklı kredi, teşvik primi, arsa tahsis gibi kalemlerdir.

1982 ve 1992 yılları arasındaki on yıllık dönemde bu sektörde 190 adet teşvik belgesi düzenlenmiştir.²¹⁷

Devlet özel sağlık kuruluşlarını yeteri oranda desteklemeli ve teşvik etmelidir.

²¹⁷ Sönmez, Tarık: "Özel Sağlık Kuruluşlarının Teşviki", a.g.e., s.49.

SONUÇ

Uluslararası Andlaşmalar, Uluslararası kuruluşlar ve ulusal devletler bireyin, vatandaşın yaşama hakkını ve sağlık hakkını tanımışlardır.

Bireyin yaşam hakkı, bireye tanınan sağlık hakkı ile anlam kazanabilir. Yaşama hakkının varlığı sağlık hakkının varlığına bağlıdır. Önemli olan sadece yaşam değil, sağlıklı yaşamdır.

Bireyin sağlıklı kalabilmesi, bireyin yaşam hakkı ve sağlık hakkının korunabilmesi ancak etkin sağlık hizmetleriyle mümkündür.

Sağlık hizmetleri klasik olarak koruyucu, tedavi edici, rehabilite edici hizmetler olarak üçe ayrılırlar. Koruyucu sağlık hizmetlerini devlet büyük özenle yerine getirmelidir. Devlet tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinde özel sektörün rekabet ortamı içinde verimli sürdürmesini sağlamalı, düzenlemeli, teşvik etmeli ve kontrol etmelidir. Hükümetler bu hususlarda gerekli Hukukî düzenlemeleri yapmalıdır.

Türkiye'deki sağlık hizmetlerinin hukukî kaynakları oldukça fazladır. Sağlık hizmetlerinin hukukî kaynakları hem sağlık hizmetlerinin nasıl yapılacağını düzenler; hem de hukuken meşrûluğunu sağlar. Sağlık hizmetlerinin uyulması zorunlu olan hukukî kaynakları yazılı olanlar ve yazılı olmayanlar diye ikiye ayrılır. Yazılı kaynaklar arasında anayasa, yasa, tüzük, yönetmelik, uluslararası andlaşmalar gibi kaynaklar yer alır. Yazısız kaynaklar arasında en önemlisi gelenek hukuku ve hukukun genel ilkeleridir.

Türkiye'deki sağlık hizmetlerinin hukukî kaynakları sayısal yönden oldukça fazla olmasına rağmen; niteliksel yönden yetersiz kalmaktadır. Bugün Türkiye'de sağlığın hukukî yapısına yönelik bir yapılanma yoktur. Sağlık hukuku denilince akla sadece sağlık mevzuatı gelmektedir. Gerçi mevzuat hukukun önemli bir parçasıdır; ama hasta hakları, hekim hakları vb. gibi güncel konular ve bireylerin birbirleri karşısındaki durumlarına ve devlet ile birey arasındaki ilişkilere ait kavramlar fazla bilinmemektedir. Bu alanda çalışma yapması beklenebilecek yetkililer ve kurumlar bu tür konulara pek eğilmemektedirler.

1982 Anayasasındaki sağlık ile ilgili düzenlemeleri iki ayrı kategoride inceleyebiliriz. Birincisi, 1982 Anayasasının Sosyal ve Ekonomik Haklar ve Ödevler konusunu düzenleyen üçüncü bölümünde yer alan 56. maddesi "sağlık hizmetleri ve çevrenin korunması"nı düzenlemektedir. İkincisi, Anayasanın değişik bölümlerinde, değişik maddelerinde dolaylı ve geniş anlamıyla sağlıkla ilgili düzenlemeler yer almaktadır.

1982 Anayasası'nda yer alan sağlık hizmetleriyle ilgili Devletin sorumluluk ve yükümlülüklerini yerine getirmede belirleyici iki büyük kıstas bulunmaktadır. Birincisi, "Anayasanın Sosyal ve Ekonomik Hakların Sınırı" başlıklı 65. maddesidir. Bu maddeye göre Devlet, sosyal ve ekonomik alanlarda Anayasa ile belirlenen görevlerini, ekonomik istikrarın korunmasını gözeterek, malî kaynakların yeterliliği ölçüsünde yerine getirir. İkincisi, Anayasa maddelerinin nasıl uygulanacağı yasal düzenlemelerle yapılır.

Anayasada yer alan sağlıkla ilgili maddelerin uygulanmasında yetersizlik, duyarsızlık gözlenmektedir. Hükümetlerin, kamu sağlık hizmetleri için ayırdığı kamu kaynağı kıttır. Vatandaş memnun edici sağlık hizmeti sunumu ile ilgili yasal düzenlemeler yetersizdir.

1982 Anayasasından önceki Türk Anayasalarında özel hastahane ve özel sağlık hizmetleri hakkında düzenlemeler yer almamıştır. 1921 ve 1924 Anayasalarında sağlık hakkından ve sağlık hizmetlerinden hiç söz edilmemiştir. 1961 Anayasası sağlık hakkından çok genel olarak yer vermiştir.

Türkiye'deki sağlık hizmetlerinin hukukî kaynaklarından birisi de yasalardır. İlgili yasalar Anayasa'da yer alan sağlık ile ilgili temel hukuk kurallarının nasıl uygulanacağını geniş bir şekilde açıklarlar.

Sağlık ile ilgili yasalar çok sayıdadır, dağınıktır. Yasaların çoğunun dili eskidir, günümüz bilimsel gerçeklerini yansıtmamaktadır. Sürekli eleştiri konusu olmaktadır.

Sağlık ile ilgili çok sayıda uluslararası andlaşmalar vardır. Türkiye Cumhuriyeti bu uluslararası andlaşmalara taraftır. 1982 Anayasasının 90. maddesine göre yürürlüğe konulan uluslararası andlaşmalar yasa

gücündedir. T.C. Hükümetlerinin taraf olduğu uluslararası andlaşmalarla ilgili yeterli ve gerekli yasal düzenlemeleri zamanında yapmaları gerekmektedir.

Sağlık ile ilgili çok sayıda (Dünya Sağlık Örgütü (WHO), Birleşmiş Milletler (BM) , Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO), Birleşmiş Milletler Eğitim Kültür Teşkilâtı (UNICEF) ve Avrupa Birliği (AB) gibi) dünya çapında uluslararası örgütler bulunmaktadır. T.C. hükümetlerinin bu uluslararası örgütlerle içten işbirliği yapmaları Türkiye'deki sağlık hizmetlerinin niceliksel ve niteliksel yönden gelişimini sağlayacaktır.

Türkiye'deki sağlık hizmetlerinin hukukî kaynaklarından birisi de düzenleyici işlemlerdir. Tüzük, yönetmelik en önemli düzenleyici işlemlerdir. Sağlık hizmetleri ile ilgili düzenleyici işlemler bütünlük içermemektedir, kapsayıcı değildir. Yöntem açısından yasal düzenlemelere nazaran düzenleyici işlemlerin yapılması daha kolay olduğundan genellikle düzenleyici işlemlere yönelinmektedir.

Türkiye'de hükümetlerin sunduğu kamu sağlık hizmeti Türk idare hukukunun ve Türk kamu hukukunun ve Türk kamu yönetiminin özelliklerinden, niteliklerinden ve negatif yönlerinden olumsuz yönde etkilenmektedir. Sağlık hizmetlerinin özünde taşıdığı bireycil, psikolojik, yardım edici, toleranslı yaklaşım gibi yönler Türk kamu yönetiminin katı, buyurgan ve merkeziyetçi düzenlemeleriyle törpülenmiştir.

İdarî faaliyet olarak sağlık hizmetlerinin vatandaş açısından olumlu yönlerinin yanı sıra olumsuz yönleri de bulunmaktadır. İdarenin tek yanlı olarak düzenlediği kamu hizmeti kurallarının vatandaş yoran, üzen kısımları da bulunmaktadır. Vatandaşın sağlık hizmetlerinin nicelik ve nitelik yönünden değiştirilmesi talepleri idare tarafından hemen karşılanmamaktadır. Aslında idarî faaliyet kavramı sağlık hizmetinin ruhuna uygun düşmemektedir.

Sağlık hizmetlerini pozitif yönde etkileyecek olan "Hukuk Devleti", "Sosyal Hukuk Devleti" gibi yönetimi etkileyen anayasal ilkelerin ruhuna uygun uygulanması önem arz etmektedir.

Kamu sağlık hizmetleri kamu yönetiminin özelliklerinden etkilenmektedir. Türk kamu yönetiminin sistem yönünden, örgüt yönünden,

görev yönünden, işleyiş yönünden, kamu görevlileri yönünden ve yönetime katılma yönlerinden sağlık hizmetlerini olumsuz yönde etkilediği aşikârdır.

Yönetimin yapısal görünümü açısından sağlık hizmetlerinin durumu önem arzeder. 1982 Anayasası'nın 56. maddesine göre ülkedeki sağlık hizmetlerinin tek elden koordine edilme görevi her ne kadar Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'na verilmiş ise de; gözlenen dağınıklık, Bakanlığın bu işlevini yerine getirmediğini göstermektedir.

Kamu tarafından sunulan tedavi edici sağlık hizmetlerinin bile dağınıklık gösterdiği, birbirinden farklı ve aslî görevi sağlık hizmeti ile hiç ilişkisi olmayan kamu kurum ve kuruluşlarının sağlık hizmeti sunduğu, hastahane işlettiği görülmektedir.

Türkiye'de sağlık hizmetlerinin teşkilâtlanması ile ilgili yasal düzenlemeler dağınık, birbirinden kopuk ve yetersiz durumdadır. Yürürlükteki yasal düzenlemeler eskimiştir. Günün ihtiyaçlarına cevap vermekten uzak yasal düzenlemeler halen yürürlükte. Bunlar dağınık ve düzensiz bir yapı arz etmektedirler.

Vatandaşın hayatının beden ve ruh sağlığı içinde devamını sağlamak, ülkenin sağlık şartlarını düzenlemek, fertlerin ve cemiyetin sağlığına zarar veren âmillerle mücadele etmek ve halka sağlık ve sosyal yardım hizmetlerini ulaştırmak, sağlık kuruluşlarını tek elden plânlayıp hizmet vermelerini temin etmek için Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı bir KHK ile kurulmuştur. Oysa sağlık hizmetlerinin tek sorumlusu ve yetkilisi olan böyle bir Bakanlığın toplumsal uzlaşmaya dayalı TBMM'nin onayladığı yasayla kurulması gerekirdi.

1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun 1928 tarihli olup; dilinin eskimiş olmasının yanında günün ihtiyaçlarına da cevap vermekten uzaktır. Bazı yeni sağlık meslekleri (meselâ fizyoterapistlik gibi) tanımlanamamaktadır. Bu meslek gruplarının çalışma şekillerine ilişkin tartışmalar tüm hızıyla sürmektedir. Kanunun tanımlamadığı ancak günümüzde mevcut bulunan yirmiiki yeni sağlık mesleğinin tanımlanması ve çalışma koşullarının yasa maddeleri olarak düzenlenmesi gerekmektedir.

1593 sayılı Umumî Hıfzısıhha Kanunu 1930 tarihli olup, dili eskimiştir. Yasanın çıkarıldığı günün koşullarına göre çağdaş olmasına rağmen; günümüz koşullarına cevap verememektedir. Yasayla kurulan çoğu kuruluşun bu gün hiçbir fonksiyonu kalmamıştır. Günün ihtiyaçlarını ise öngörememiştir.

3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu 1987 tarihinde çıkarılmıştır. Daha sonra kanunun bazı maddeleri Anayasa Mahkemesi'nce iptal edilmiştir. Kanunun öngördüğü düzenlemeler ve çalışmalar yapılmamıştır.

2219 sayılı Hususî Hastahaneler Kanunu 1933 yılında çıkarılmıştır. Bu nedenle dili eskimiştir. Özel girişimin sağlık hizmetlerinde yer almasının hukukî kaynağı ve yasal düzenlemesi olması bakımından önemlidir. Çıkarıldığı tarihe göre çağdaş bir yasadır. Yasanın ilgili maddeleri günümüz koşullarına cevap verememektedir. Hususî hastahaneler ile ilgili yasal çalışma yapılması zorunludur.

Türkiye'deki sağlık hizmetlerinin ilçe bazındaki teşkilâtlanmalarını düzenleyen 1960 tarihli Kaza Sağlık İdareleri ve Sağlık Merkezleri Talimatnamesi günümüz ihtiyaçlarına cevap verememektedir.

Türkiye'deki sağlık hizmetlerinin kırsal kesimde, köylerde sunumunu yapan köy ebeleri ve köy sağlık memurları ile ilgili 4459 sayılı kanun da eskimiştir. Söz konusu yasa günümüz ihtiyaçlarına cevap verememektedir.

Türk Sağlık mevzuatındaki düzenlemeler gerçek hayatta yaşananları yeterince yönlendirememektedir. Bu nedenle Türk Sağlık Mevzuatı baştan-sona yeniden ele alınmalı, dil sadeleştirilmeli, ihtiyaç duyulan yeni alanlardaki düzenlemeler ve uygun görülecek değişiklikler zaman kaybedilmeden yapılmalıdır. Yeni kurulacak sağlık mevzuatı yapısı yüzyılımızda baş döndürücü bir hız kazanan tıp ve diğer ilgili sağlık bilimlerinin gelişme hızına ayak uydurabilecek şekilde esnek halde oluşturulmalıdır. Artık küreselleşen dünya düzeninde diğer ülkelerdeki gelişmeler gözardı edilmeden, uluslar arası platformda altına imza atılan andlaşma, bildirge, vb. yükümlülükler bu düzenlemelerde dikkate alınmalıdır. Sağlık hizmetleri ile ilgili genel

düzenlemeler yasalarla ortaya konup, diğer düzenlemeler düzenleyici işlemlerle yapılmalıdır.

Sağlık hizmetleri ile ilgili olarak yaşanan sorunlar karşısında eldeki mevzuatın boşluklarından yararlanmaya çalışmakla bir yere varılamaz. Kamu görevinde çalışanlar genellikle hizmetin verimliliğini, hastanın memnuniyetini gözetmek yerine yasalar karşısında suçlu duruma düşme ihtimalini ortadan kaldırma düşüncesi ile hareket etmektedirler.

Özel hastahanelerin Türkiye'deki sağlık hizmetlerinin yapılanmasında hukukî açıdan yerinin tespiti tezin konusu açısından önemlidir. Kamu geleneğinin çok köklü ve halen egemen olduğu toplumumuzda sağlık ve eğitim gibi hizmetlerin kamu tarafından kamu hizmeti olarak sunulmasının gerektiği yönünde baskın düşünceler mevcuttur. Özel sektörün eğitim ve sağlık hizmetlerini genel hizmetler çerçevesinde görmesini henüz toplum içine sindirememiştir. Oysa Türkiye'nin yaşadığı ekonomik darboğaz ve kalkınmışlık düzeyi talep edilen sağlık hizmetlerini sunmaya yetmemektedir.

Bu nedenle özel hastahanelerin varlığının kamu hastahanelerinin varlığı kadar hukukî yönden meşru, doğru; hatta kullanılması gereken bir hak olduğunun yürürlükteki mevzuatın ilgili maddeleri ile gösterilmesi uygun görülmüştür.

Geniş anlamıyla özel sağlık kuruluşlarının, dar anlamıyla özel hastahanelerin kurulmasının Hukukî dayanakları Türk Sağlık Mevzuatında oldukça geniş yer almıştır. Türk sağlık mevzuatında yer alan özel hastahaneler ile ilgili düzenlemeler ya genel içeriklidir ya da eksik kalmıştır.

1982 Anayasası'nın 56. maddesi Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir şeklindedir. Anayasanın bu maddesi özel hastahanelerin Türk hukuk sisteminde yer aldığı en bariz kanıtıdır.

1982 Anayasası'nda yapılan 13.08.1999 tarihli değişiklikle özelleştirmeye 47. maddede yer verilmiştir. 1982 Anayasası'nın devletleştirme ve özelleştirmeyi düzenleyen 47. maddesine göre; devletin, Kamu İktisadî Teşebbüslerinin ve diğer kamu tüzel kişilerin mülkiyetinde

bulunan işletme ve varlıkların özelleştirilmesine ilişkin esas ve usûller kanunla gösterilir.

6023 sayılı Türk Tabipleri Birliği Kanununun, 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanunu'nun, 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanunu'nun, 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nun, 181 sayılı Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının Teşkilât ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnâme'nin, 9283 sayılı Hemşirelik Kanununun ilgili ve değişik maddelerinde özel hastahanelerin kurulması ve çalışması ile ilgili ayrı ayrı düzenlemeler bulunmaktadır. Bu düzenlemeler özel hastahanelerin yasal yönden meşruluğunu göstermekle birlikte günümüz ihtiyaçlarına cevap verememektedir.

Türk sağlık mevzuatında özel hastahaneler ile ilgili belli başlı kendine özgü yasal düzenleme bulunmaktadır. 2219 sayılı Hususî Hastahaneler Kanunu 1933 yılında günün koşullarına uygun çağdaş bir düzenleme olarak çıkarılmıştır.

2219 sayılı Hususî Hastahaneler Kanununun nasıl uygulanacağını göstermek amacıyla 1982 tarihinde Özel Hastahaneler Tüzüğü çıkarılmıştır.

1963 yılından itibaren başlayan ve halen günümüze kadar devam eden Beş Yıllık Kalkınma Plânlarının tamamında özel sektörün hastahane kurma teşebbüslerinin teşvik edilmesi ve sağlık sigortalarının kurulabilmesi için gerekli olan çalışmalara öncelik verilmesi kabul edilmiştir. Bununla birlikte plânlarda yer alan teşvik ve destek T.C. Hükümetleri tarafından yeterince sağlanmamıştır.

4046 sayılı Özelleştirme Uygulamalarının Düzenlenmesine ve Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnâmelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun ile kamunun sahip olduğu yataklı tedavi kurumlarının, Devlet hastahanelerinin işletilmesi haklarının özelleştirilmesi imkanı getirilmiştir. Bu yasal düzenlemeye rağmen bugüne kadar herhangi bir Devlet hastahanesi özelleştirilmemiştir. Bunun nedeni Kamunun elindeki mevcut hastahanelerin, zaten yetersiz olmasıdır.

Türk teşvik sisteminde özel sektörün sağlık hizmetleri alanındaki yatırımları teşvik edilmektedir. Bununla birlikte sağlık sektöründeki

yatırımların maliyetlerinin çok yüksek olması devlet yardımlarını yetersiz kılmaktadır.

Özel sağlık hizmetlerinin siyasi parti bildirgelerinde nasıl yer aldığı irdelenmiştir. Siyasi parti bildirgelerinin genel olarak sağlık hizmetlerinin niteliksel ve niceliksel olarak iyileştirilmesi gerektiği yönünde genel ifadeler kullandıkları tespit edilmiştir. Özel hastahaneler ve özel sağlık hizmetlerinin desteklenmesi ve yaygınlaştırılması gerektiği yönünde düzenlemelere yer verilmiştir. Özel sektörün desteklenmesi, özelleştirme politikasının devam ettirilmesi gibi yaklaşımlar da özel hastahaneleri dolaylı olarak desteklemiştir.

Tez'de özel sağlık hizmetlerinin gerekliliği savunulduğundan; özel sağlık hizmetlerinin olumsuz yönlerinin ifade edilmesi ve Kamu sağlık hizmetlerinin pozitif ve olumlu yönlerinin ifadesi kapsam dışı bırakılmıştır. Buna paralel olarak Kamu sağlık hizmetlerinin yetersizliği ve özel sağlık hizmetlerinin pozitif yönleri tezin kapsamı içinde yer almıştır.

Türkiye'de kamu idarelerinin sunduğu kamu sağlık hizmetlerinin eksik, aksak ve yetersiz olduğunu kamunun yetkili birimleri dahi itiraf etmektedir.

Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı sağlık projesi genel koordinatörlüğünün 1993 tarihli "sağlık reformu ile ilgili kanun tasarısı taslak ve gerekçeleri" başlıklı yayınında kamu sağlık hizmetlerinin aksayan yönleri olduğu ve sağlık reformu yapılması gerektiği vurgulanmaktadır.

TBMM Genel Kurulunun 18.07.1995 gün ve 142. birleşiminde onayladığı Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Plânının Sağlık Reformu kısmında kamu sağlık hizmetlerinin aksayan yönleri tesbit edilmiş ve iyileştirici tedbirlere yer verilmiştir. Özel sektörün sağlık hizmetleri ile ilgili girişimlerinin destekleneceği belirtilmiştir.

Bakanlar Kurulunun 14.10.2000 tarih ve 1400 sayılı kararıyla onayladığı Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Plânı 2001 Yılı Programında da kamu sağlık hizmetlerinin yetersizlikleri vurgulanmıştır.

Türkiye'deki sağlık hizmetlerinin sorunlarının çözümünde kamu sağlık hizmetlerinin yanı sıra özel hastahanelerin kurulmasının yönetim, verimlilik, ekonomik yönlerden gerekli olduğu tespit edilmiştir. Kamu sağlık

hizmetlerinin değişik yönlerden ve değişik noktalardan yetersizliği, eksikliği aynı zamanda özel hastahanelerin gerekliliğinin ve kurulmasının gerekçesi ve nedeni olmuştur.

Tez çalışması çerçevesinde özel hastahane yöneticilerine uygulanan anket çalışmasının analizi ve değerlendirmesi durum tespiti açısından faydalı olmuştur. Anket çözümü tezin ilgili kısımlarında yer almıştır.

Hükümetlerin vatandaşlarının sağlık hizmetleri için ayırdığı kamu kaynakları kısıtlıdır, ihtiyaca cevap verememektedir. Bu kısıtlılık özel sektörün kaynakları ile giderilmelidir.

Hükümetlerin vatandaşlarına sunduğu kamu sağlık hizmetleri yetersiz kalmaktadır. Devlet hastahanelerinde hastaların saatlerce kuyrukta durmaları, basit ameliyatlara için dahi aylarca sıra beklemeleri gibi yetersizlikler ancak özel sektörün katkılarıyla, özel hastahanelerin kurulmasıyla giderilir.

Kamu Sağlık Hizmetlerinin negatif unsurlarının yanı sıra; özel sağlık hizmetlerinin bir takım pozitif unsurları mevcuttur. Kamu sağlık hizmetleri statiktir, durağandır. Oysa tıp teknolojisi hızla değişmektedir. Çağdaş dünyanın sağlık hizmetleri ve tıp teknolojisindeki gelişmeleri özel hastahaneler vasıtasıyla yakalanabilir. Kamunun hantal yapısı, bürokratik eğilimi, bütçe ve ödenek kıstasları hızlı hareket etmeyi engellemektedir.

Kamu sağlık hizmetleri örgütlenme ve idare bakımından merkezîyetçidir. Merkezîyetçi yönetim anlayışıyla Türkiye'nin dört bir yanına sağlıklı ve verimli sağlık hizmeti götürmek mümkün değildir. Sağlık hizmetlerinin gerektirdiği esnek, rahat, yerinde yönetim anlayışını özel hastahaneler sağlayabilir.

Kamu sağlık personeli çalışma şartlarından ve ortamından memnun değildir. Vatandaşın sağlık hizmetlerinden memnuniyetsizliği sağlık personeline de yansımaktadır. Kamu sağlık personelinin taşıdığı yükün bir kısmını yüklenecek olan özel hastahaneler sağlık personelinin rahatlatacaktır.

Sadece kamu sağlık hizmetlerinin bulunduğu ortamda rekabet oluşmamaktadır. Rekabetin oluşmadığı ortamda verimden, kaliteden ve ucuzluktan bahsetmek mümkün değildir. Özel hastahanelerin yer almasıyla

birlikte sağlık hizmetleri rekabet ortamında kaliteyi, verimliliği, hasta ve personel memnuniyetini ve ucuz fiyatlandırmayı yakalamak zorunda kalacaktır.

Türkiye'deki kamu kurumlarında rüşvet ve yolsuzluğun yaygınlığı sıralamasında devlet hastahaneleri de bulunduğu kamunun yataklı tedavi kuruluşları özelleştirilmeli ve özel hastahaneler desteklenmelidir.

Çağdaş dünyanın özelleştirme eğilimi sağlık sektöründe de sürdürülmektedir. Türkiye'de sürdürülen özelleştirme politikalarının bir parçası olarak kamuya ait Devlet Hastahanelerinin ve kamu yataklı tedavi kurumlarının özelleştirilmesi ekonomik nedenlerle gereklidir.

Özel hastahanelerin yüksek tıp teknolojisi ile sunacağı tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetleri ile yurt dışına sağlık amaçlı kaçmakta olan döviz engellenecektir.

Özel sektörün dinamizm, yaratıcılık, üreticilik, yenileşme, kalite gibi pozitif değerlerini sağlık sektörüne de taşımamız. Özel hastahaneler ile kamu hastahanelerinin her yönden farklılığı ilk bakışta göze çarpmaktadır. Özel hastahanelerin pozitif yönleri ağır basmaktadır.

Genelde Türkiye'deki sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesinin bir yolu olarak özel hastahanelerin kurulması, desteklenmesi, teşvik edilmesi ve kontrolünün sağlanması hususunda mevcut bulunan eksiklikler tespit edilmeli; bu hususta yapılması gerekenler yapılmalıdır.

Sağlık politikaları süreklilik gerektirir. Ülkelerin değişen şartlarında, gelişen tıp teknolojisine göre, vatandaşları iyileştirici, kesimler arası uzlaşmayı sağlayıcı sağlık politikalarının sürekli canlı tutulması gerekmektedir. Konuyla ilgili araştırmaları sürdürecektir sağlık akademisi ve benzer örgütlenmelerin yapılması için yasal düzenlemeler yapılmalıdır.

Türkiye'de verimli ve memnun edici sağlık hizmetlerinin sunulabilmesi için kamu kesimi ile özel kesimin karşılıklı ve güçlü diyalogu şarttır. Sağlık hizmetlerinde kamu kesimi ve özel kesimin karşılıklı işbirliğini gerektiren ve zorunlu kılan yasal düzenlemeler yapılmalıdır.

Dünyada uzay teknolojisinden sonra en pahalı teknoloji tıp teknolojisidir. Sağlık hizmetlerinde gelişme ve değişme çok hızlıdır. Sağlık

yatırımları pahalıdır. Özel sağlık yatırımlarının devlet tarafından yeteri ölçüde desteklenmesini mümkün kılan yasal düzenlemeler yapılmalıdır.

Özel hastahanelerin kuruluş ve işleyiş aşamalarında yapılması gereken Resmî işlemlerin kolaylaştırıcı ve hafifletici nitelikte ruhsatlandırma çalışmalarıyla ilgili yeni yasal düzenlemeler yapılmalıdır.

Özel hastahanelerin girdileri Türk Lirası bazında, çıktıları döviz bazındadır. Deflasyonist dönemde yatırım yapmak risklidir, enflasyonist dönemde istikrarsız gelirleri tahsil etmek risklidir. Bu nedenle özel hastahanelerin gelir kaynaklarını artırıcı yasal düzenlemeler yapılmalıdır.

Halkımızın yaklaşık yüzde kırkının sağlık güvencesi bulunmamaktadır. Diğer kalanı ise SSK'lı, Bağ-Kur'lu ve Emekli Sandığı üyesidir. Devlet özel sağlık sigortalarını teşvik etmelidir. Sosyal Sigorta kurumlarının üyelerinin özel hastahanelerden hizmet almalarını sağlamalıdır. Bu sayede atıl kapasite olarak çalışan özel hastahanelerin kapasite kullanımları artırılacak ve ayakta kalmaları sağlanacaktır. Devlet vatandaşlarını sağlık güvencesine kavuşturucu yasal düzenlemelere gitmelidir.

Sağlık hizmetlerinin verimli ve memnun edici sunumunda sağlık sigortalarının rolü büyüktür. Bu nedenle genel sağlık sigortasını bir an önce uygulayabilecek; özel sağlık sigortalarını teşvik edici gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.

Türkiye'deki hiç kimseyi memnun etmeyen, kıt kamu kaynaklarıyla yürütülen, eksik ve çare olmayan sağlık hizmetlerinin mevcut sorunlarının giderilmesinde geçerli bir çözüm yolu olarak özel sağlık girişimlerinin özel hastahanelerin teşvik edilmesi ve yaygınlaştırılması teklif edilmektedir.

Özel hastahaneler ve özel sağlık kuruluşları, özel sektörün pozitif katkılarıyla, rekabet ortamında verimli ve düşük maliyetli sağlık hizmetleri sunumuyla hem devletin bu konuda en büyük yardımcısı olacaktır; hem de vatandaşın sağlıklı yaşamasına katkı sağlayacaktır.

Bu nedenle Devletin, özel hastahaneleri, özel sağlık kuruluşlarını teşvik etmesi, desteklemesi ve yaygınlaştırması gerekmektedir.

TABLOLAR

Tablo 1: Özel Hastanelerin İllere Göre Dağılımı (15.05.2000 İtibariyle).¹

İLİN ADI	HASTANE SAYISI	YATAK SAYISI
Adana	8	371
Ankara	14	959
Antalya	10	439
Aydın	5	103
Balıkesir	3	120
Bolu	1	10
Bursa	5	232
Çanakkale	1	51
Çorum	1	48
Denizli	2	91
Diyarbakır	2	35
Elazığ	1	27
Edirne	2	63
Erzurum	1	45
Eskişehir	1	22
Gazintep	5	390
Hatay	4	142
İçel	6	257
İstanbul	132	8.442
İzmir	14	758
Kahramanmaraş	3	210
Kastamonu	1	15
Kayseri	4	101
Kırkareli	1	51

¹ Yerebakan, Metin : Özel Hastaneler Araştırması: Mevcut Durum, Sorunlar ve Çözüm Önerileri, İstanbul 2000, s.62.

Kocaeli	3	85
Konya	2	100
Malatya	1	25
Manisa	3	104
Muğla	6	184
Nevşehir	1	50
Sakarya	4	137
Samsun	2	101
Şanlıurfa	1	19
Tekirdağ	3	114
Trabzon	1	67
Uşak	1	20
Aksaray	2	60
Batman	1	34
Ordu	1	20
Karabük	1	53
Iğdır	1	50
TOPLAM	261	14.205

Tablo 2 : Sağlık Sektöründe Sabit Sermaye Yatırımları
(cari Fiyatlarla Milyar TL)²

Yıllar	Kamu	Özel	Toplam
1995	16.031	18.441	34.472
1996	33.912	54.197	88.109
1997	91.136	173.754	264.890
1998	148.537	349.301	497.838
1999	172.763	393.617	566.380
2000(*)	326.900	858.839	1.185.739
2001(**)	475.482	1.071.236	1.546.718

(*) Tahmin (**) Program Kaynak: DPT, Yıllık Programlar

² Dünya Ekonomi-Politika: 15.03.2001 günlü nüsha.

Tablo 3 : Sabit Sermaye Yatırımları İçinde Sağlık Sektörünün Payı (yüzde)³

Yıllar	Kamu	Özel	Toplam
1995	4,9	1,2	1,8
1996	4,4	1,8	2,3
1997	5,1	2,9	3,4
1998	4,7	3,6	3,8
1999	3,6	3,2	3,3
2000(*)	3,9	4,1	4,1
2001(**)	4,9	4,0	4,3

(*) Tahmin (**) Program Kaynak: DPT, Yıllık Programlar

³ Dünya Ekonomi-Politika: 15.03.2001 günlü nüsha

Tablo 4: Yıllara Göre Sağlık Bakanlığı ve Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Bütçesinin Dağılımı⁴

YIL	Genel Bütçe (Trilyon TL)	Sağlık Bakanlığı Bütçesi		Tedavi Hiz.Gn.Md.lüğü Bütçesi	
		Milyar TL	Genel Bütçeye Oran (%)	Milyar TL	S.B. Bütçesine Oran (%)
1989	32.733,4	898,9	2,7	414,7	46,1
1990	63.925,4	2.633,2	4,1	1.345,5	51,1
1991	105.217,1	4.433,8	4,2	2.118,4	47,8
1992	207.545,3	9.783,0	4,7	4.657,6	47,6
1993	398.710,0	18.074,0	4,5	8.548,2	47,3
1994	816.000,0	30.463,3	3,7	14.204,1	46,6
1995	1.341.978,0	48.741,5	3,6	21.139,7	43,4
1996	3.568.506,8	98.064,4	2,7	38.597,6	39,4
1997	6.344.685,5	204.499,2	3,2	80.157,3	39,2

Not: Bütçe başlangıç ödenekleri esas alınmıştır.

⁴ Yerebakan, Metin : a.g.e., s.66.

Tablo 5 : Bazı OECD Ülkelerinde Sağlık Harcamalarının Dağılımı, 1997.⁵

ÜLKE	Gari Safi Mili Hasıla		
	Kamu Payı (%)	Özelin Payı (%)	Toplam Pay (%)
Türkiye	2,7	1,1	3,8
Kanada	6,3	2,9	9,2
Japonya	5,7	1,7	7,4
Avusturalya	5,7	2,7	8,4
Y.Zelanda	5,9	1,7	7,6
Avusturya	5,7	2,2	7,9
Belçika	6,7	0,9	7,6
Danimarka	5,1	2,7	7,8
Finlandiya	5,7	1,7	7,4
Fransa	7,7	2,1	9,8
Almanya	8,1	2,4	10,5
Yunanistan	5,3	1,8	7,1
İrlanda	5,1	1,7	6,8
İtalya	5,3	2,3	7,6
Hollanda	6,2	2,4	8,6
Norveç	6,2	1,3	7,5
Portekiz	1,8	3,3	5,1
İspanya	5,8	1,6	7,4
İsveç	7,2	1,4	8,6
İsviçre	7,1	3,1	10,2
İngiltere	5,7	1,0	6,7
A.B.D.	6,6	7,5	14,1

⁵ Yerebakan, Metin : a.g.e., s.44

Tablo 6: Bazı OECD Ülkelerinde ve Türkiye'de 1.000 Nüfusa Düşen Hekim ve Hastane Sayıları ile Bir Hastanın Ortalama Kalış Günü ve Ayakta Tedavi Sayıları, 1997.⁶

ÜLKE	1.000 Kişiye Hekim		1.000 Kişiye Yatak		Hasta Kabul Oranı (%)	Bir hastanın Ortalama Kalış Günü	Kişi Başına Ayakta Tedavi Sayısı
	1990	1990-97	1990	1990-97			
Türkiye	0,6	1,1	2,2	2,5	6	8	1
Kanada	1,8	2,2		5,1	13	12	7
Japonya	1,4	1,8	11,3	16,2	9	44	16
Avusturalya	1,8	2,2		8,9	17	16	7
Y.Zelanda	1,6	2,1		7,3	14	7	
Avusturya	2,3	3,5	11,2	9,3	25	11	6
Belçika	2,5	3,8	9,4	7,6	20	12	8
Danimarka	2,4	2,9		4,9	20	7	5
Finlandiya	1,9	2,8	15,5	9,3	26	12	4
Fransa	2,2	2,8		8,9	23	11	6
Almanya	2,2	3,4		9,7	21	14	6
Yunanistan	2,4	3,9	6,2	5,0	15	8	
İrlanda	1,3	2,1	9,7	5,0	16	7	
İtalya	1,3	1,7		6,4	16	10	
Hollanda	2,1	2,5	12,5	11,3	11	33	5
Norveç	1,9	3,1	15,0	13,3	15	10	4
Portekiz	0,6	0,3		0,6			
İspanya	2,6	4,1		4,0	10	11	
İsveç	2,2	3,1	14,8	20,8	18	8	3
İsviçre		3,2	9,3	4,7	15		11
İngiltere	1,6	1,5	5,9	4,1	28	10	6
A.B.D.	1,8	2,5			12	8	6

⁶ Yerebakan, Metin : a.g.e.,s.43

Tablo 7: Bazı ülkelerin Onbin Nüfusa Düşen Yatak Sayıları, 1998.⁷

ÜLKE	ONBIN NÜFUSA DÜŞEN YATAK SAYISI
TÜRKİYE	25,5
ABD	83
Almanya	87
Arjantin	48
Avusturalya	56
Avusturya	108
Azerbaycan	102
Bekçika	83
Brezilya	35
Bulgaristan	98
Çin	26
Danimarka	57
Endenozya	7
Fransa	93
Hindistan	7
Hollanda	59
İngiltere	63
İspanya	48
İsveç	62
İtalya	75
Japonya	159
Kanada	161
Kazakistan	136
Kırgızistan	120
Malezya	24
Meksika	13
Norveç	48
Özbekistan	124
Portekiz	42
Romanya	89
Rusya	138
Türkmenistan	113
Yunanistan	51
Dünya Ortalaması	36

⁷ Yerebakan, Metin : a.g.e., s.56

Tablo 8 : Anket Formu

AÇIKLAMA:Bu Anket, T.C. Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü'nde hazırlanan 'Türkiye'de sağlık hizmetlerinin yapılanmasında özel hastahanelerin hukuki açıdan yeri ve gerekliliği' konulu tez çalışmasında değerlendirilmek için düzenlenmiştir.Aşağıda yer alan anket sorularına içtenlikle vereceğiniz cevaplardan ötürü teşekkür ederim.

RECAİ AKYEL/ TEZ ÖĞRENCİSİ

1- Özel Hastaneler ile ilgili mevcut yasal düzenlemeler sizce yeterli mi dir?

- a) EVET
- b) HAYIR
- c) Farklı açıklama yapabilirsiniz:

2- Özel Hastahaneler ile ilgili yeni yasal düzenlemelere gidilmesi ihtiyacı var mı dir?

- a) EVET
- b) HAYIR
- c) Farklı açıklama yapabilirsiniz.

3-Özel Hastahanelerin Devletin yardımına ve desteğine ihtiyacı var mı dir?

- a) EVET
- b) HAYIR
- c) Farklı açıklama yapabilirsiniz.

4-Devlet Özel Hastahanelere yeterince (beklediğiniz/umduğunuz) destek veriyor mu?

- a) EVET
- b) HAYIR
- c) Farklı açıklama yapabilirsiniz.

5- Türkiye'de Özel Hastahaneler yeterince gelişmiş mi dir?

- a) EVET
- b) HAYIR
- c) Farklı açıklama yapabilirsiniz.

6- Özel hastahanelerin var olma nedeni nelerdir? Niçin ihtiyaç duyulmaktadır?

7- Özel Hastahanelerin yaşadıkları sorunlar nelerdir? Çözmesi gereken problemleri sıralayınız.

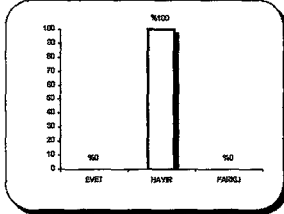
8- Özel Hastahaneler konusunda sahip olduğunuz düşünceler nelerdir?

9- Türkiye'de daha iyi sağlık hizmeti sunumu için önerileriniz nelerdir?

TABLO 9 : ANKET ÇÖZÜMÜ

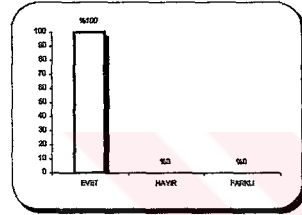
1- Özel Hastaneler ile ilgili mevcut yasal düzenlemeler sizce yeterli mi dir?

a) EVET	
b) HAYIR	XXXXXXXXXXXX
c) Farklı açıklama yapabilirsiniz.	



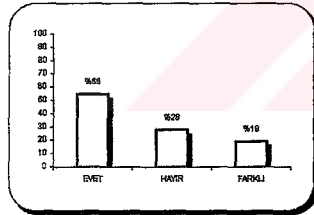
2- Özel Hastahaneler ile ilgili yeni yasal düzenlemelere gidilmesi ihtiyacı var mıdır?

a) EVET	XXXXXXXXXXXX
b) HAYIR	
c) Farklı açıklama yapabilirsiniz.	



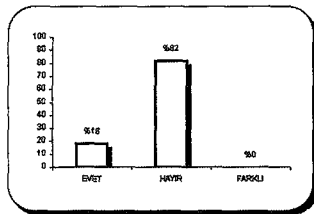
3- Özel Hastahanelerin Devletin yardımına ve desteğine ihtiyacı var mıdır?

a) EVET	XXXXXX
b) HAYIR	XXX
c) Farklı açıklama yapabilirsiniz.	XX



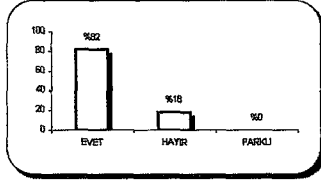
4-Devlet Özel Hastahanelere yeterince (beklediğiniz/umduğunuz) destek veriyor mu?

a) EVET	XX
b) HAYIR	XXXXXXXXXX
c) Farklı açıklama yapabilirsiniz.	



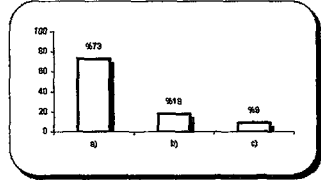
5- Türkiye'de Özel Hastahaneler yeterince gelişmiş mi dir?

a) EVET	X X
b) HAYIR	X X X X X X X X
c) Farklı açıklama yapabilirsiniz.	



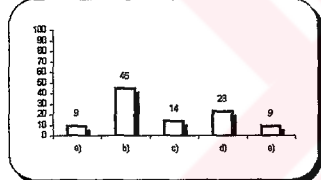
6- Özel hastahanelerin var olma nedeni nelerdir? Niçin ihtiyaç duyulmaktadır?

a) Kamu hastahanelerinin yetersizliği	X X X X X X X X
b) Kaliteli sağlık hizmeti vermek	X X
c) Kamu sosyal güvenlik güvencesi dışında kalanların hizmet istemesi	X



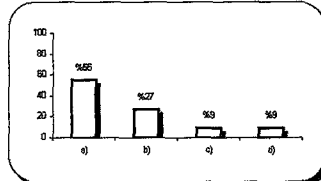
7- Özel Hastahanelerin yaşadıkları sorunlar nelerdir? Çözmesi gereken problemleri sıralayınız.

a) Olumsuz önyargı sorunu	X
b) Sağlık personeli sorunu	X X X X X
c) Vatandaşın ödeme zorluğu sorunu	X /
d) Finans sorunu	X X /
e) Denetim eksikliği sorunu	X



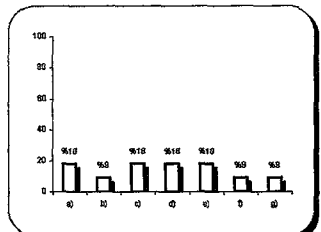
8- Özel Hastahaneler konusunda sahip olduğunuz düşünceler nelerdir?

a) Gereklidir	X X X X X X
b) Denetim iyi yapılmıyor	X X X
c) Ticarethane gözüyle bakılıyor	X
d) Sorunların çözümü için birlikte hareket	X



9- Türkiye'de daha iyi sağlık hizmeti sunumu için önerileriniz nelerdir?

a) Teknolojinin iyi ve uygun olması	X X
b) Sağlık personelinin iyi eğitilmesi	X
c) Devlet-Özel sektör işbirliğinin olması	X X
d) Çağdaş yasal düzenlemeler yapılması	X X
e) Tşvik olmalı, vergi kolaylığı sağlanmalı	X X
f) Toplumun eğitim ve kültür düzeyinin yükseltilmesi	X
g) Hastahaneler arası haksız rekabetin kaldırılması	X



Tablo 10 : Yataklı Tedavi Kurumlarının Kuruluşlara Göre Dağılımı
(15.05.2000 itibariyle)⁸

KURULUŞUN ADI	HASTANE		KADRO YATAĞI	
	Sayı	Oran (%)	Sayı	Oran (%)
Sağlık Bakanlığı	706	59,38	81.167	49,39
Milli Savunma Bakanlığı	42	3,53	15.900	9,68
Sosyal Sigortalar Kurumu	107	9,00	26.101	15,88
İktisadi Devlet Kuruluşları	21	1,77	1.217	0,74
Diğer Bakanlıklar	2	0,17	680	0,41
Tıp Fakülteleri	42	3,53	23.755	14,46
Belediyeler	8	0,67	1.298	0,79
Dernekler ve Vakıflar	17	1,43	1.368	0,83
Yabancılar	4	0,34	320	0,19
Azınlıklar	5	0,42	934	0,57
Özel	235	19,76	11.583	7,05
TOPLAM	1189	100,00	164.323	100,00

⁸ Yerebakan, Metin : a.g.e., s.53

Tablo 11 : Sağlık Sektörü Yatırım Teşvik Belgeleri⁹

SAĞLIK SEKTÖRÜ YATIRIM TEŞVİK BELGELERİ					
Yıllar	Belge Sayısı	Toplam Yatırım (milyar tl)	Teşvikler İçindeki Payı %	Döviz İhtiyacı (bin dolar)	İstihdam (kişi)
1990	46	901	1,3	54.303	2.695
1991	66	4.885	5,1	147.454	8.495
1992	47	2.569	1,7	118.708	313
1993	53	4.610	0,8	110.507	3.542
1994	31	7.619	2,1	137.537	2.987
1995	48	21.055	0,7	118.414	2.919
1996	131	41.999	1,6	370.580	7.255
1997	145	93.519	2,7	411.014	10.153
1998	163	196.530	4,9	487.970	13.031
1999	155	190.854	4,1	318.401	10.317
2000	130	219.658	2,5	242.800	6.182
2001	6	9.983	2,0	9.736	143

Kaynak : Hazine Müsteşarlığı

⁹ Dünya Ekonomi-Politika, 17.03.2001 günlü nüsha.

KAYNAKÇA

KİTAPLAR

Akat, İlter- Gönül Budak-Gülay Budak: İşletme Yönetimi, 3.Baskı, İzmir 1999,X+444 Sayfa., Barış Yayınları, Fakülteler Kitabevi.

Aktan, Coşkun Can (editör) : Haklar ve Özgürlükler Antolojisi, Ankara 2000, Hak-İş Hak İşçi Sendikaları Konfederasyonu Yayınları, 890 Sayfa, Nurel Matbaacılık.

Akyel, Recai : Çamoluk'un Kalkınması, Giresun 1995, 48 Sayfa,

Akyel, Recai : Türk İdari Yapısında Avrupa Topluluğuna Uyum Çalışmaları, (Yayınlanmamış Kaymakamlık Tezi), Eskişehir 1992, 58 Sayfa.

Akyel, Recai: İscehisarın Kalkınması, Afyon 1993, 70 Sayfa, Zafer Gazetecilik ve Matbaacılık.

Akyol, Türkân : Sosyal Demokrasi Açısından Türkiye İçin Sağlık Politikaları, Ankara 1978, Türkiye Sosyal Ekonomik Siyasal Araştırmalar Vakfı yayını, 233 sayfa.

Aykaç, Burhan : Kamu Bürokrasisi ve Türk Kamu Personel Yönetiminde Bürokratik Eğilimler, Ankara 1997, X+239 Sayfa, Yüksek Öğretim Kurulu Matbaası.

Batirel, Ömer Faruk : Maliye Politikası ve Gelişmekte Olan Ülkeler, İstanbul 1984, 167 Sayfa.

Bayraktar, Köksal: Hekimin Tedavi Nedeniyle Cezai Sorumluluğu, İstanbul 1972, s.13.

Bertan, Münevver – Çağatay Güler : Halk Sağlığı Temel Bilgiler, Ankara 1997, V+524 Sayfa, Güneş Kitabevi.

Bolat, Murat : Ekonomik, Sosyal Yönleriyle Sağlık kavramı, Sağlık Hakkı, Sağlık Ekonomisi, Sağlık Sistemleri, Sağlık Finansmanı, Sağlık Sigortaları ve Türkiye'de Sağlık, (Yayınlanmamış Doktora Tezi), İstanbul 1997. 364 Sayfa.

Çelik, Nuri: İş Hukuku Dersleri, Genişletilmiş 15. Bası, İstanbul 2000, XXI+610 sayfa, Beta Yayın A.Ş.

- Çolak, Fahri – Sadi Kazancı:** Türkiye Cumhuriyeti Kanunları, 11 cilt, 12226 sayfa, Kazancı Hukuk Kaynakları Basım-Yayım A.Ş.
- Dirican, Rahmi – Nazan Bilgel :** Halk Sağlığı (Toplum Hekimliği), II. Baskı, Bursa 1993, XX+617 Sayfa, Uludağ Üniversitesi Basımevi.
- Efil, İsmail :** Toplam Kalite Yönetimi ve ISO 9000 Kalite Güvence Sistemi, Genişletilmiş 4. Baskı, İstanbul 1999, VI+344 Sayfa, Alfa Basım Yayım.
- Ekin, Nusret – Yusuf Alper – Tekin Akgeyik :**Türk Sosyal Güvenlik Sisteminde Arayışlar: Özelleştirme ve Yeniden Yapılanma, İstanbul 1999, İTO Yayın No: 1999-69, 248 Sayfa, Su Matbaacılık Ltd.Şti.
- Gazi Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi,** Prof. Dr. İhsan Tarakçıoğlu'na Armağan, Cilt 2 Sayı 1-2, 1998,
- Gözübüyük, A.Şeref :** Yönetim Hukuku, 15. Bası, Ankara 2001, XX+467 Sayfa, Turhan Kitabevi.
- Gözübüyük, A.Şeref :** Yönetmelik Yargı, Güncelleştirilmiş 14. Bası, Ankara 2001, XXV+571 Sayfa, Turhan Kitabevi.
- Güler, Çağatay – Zakir Çobanoğlu :** Sağlık Mevzuatı, Ankara 1997, 1279 Sayfa, Güneş Kitabevi.
- Hayran, Osman- Haydar Sur :** Hastane Yöneticiliği, Ankara 1997, 401+101 Sayfa, Nobel Tıp Kitabevleri.
- İncekara, Ahmet :** Türkiye'de Teşvik Sistemi (Genel Değerlendirme), İstanbul 1995, İstanbul Ticaret Odası Yayın No: 1995-10, 140 Sayfa, Prive
- Kalemli, Mustafa :** Türkiye'nin Genel Sağlık Politikası, İstanbul 1985, Sosyal Siyaset Konferansları 34. kitap, İktisat fakültesi yayınları No:511, 79 sayfa.
- Kaypmaz, Ayşe :** Halk Sağlığı Ders Notları – 1, İstanbul 2001, 110 Sayfa, Nobel Tıp Kitabevleri.
- Kodal, Mehmet- Salih Zeki Çapakçur (Düzenleyenler) :** Yataklı Tedavi Kurumları Sağlık Mevzuatı, Ankara 1998, 634 Sayfa, Ocaklar Matbaacılık.
- Kurtulmuş, Sevgi :** Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi, İstanbul 1998, 285 Sayfa, Değişim Dinamikleri Yayınları.

- Oğan, Hasan:** Gıda İnsan Sağlığı İlgili Yasalar, İstanbul 1996, XI+944 sayfa.
- Sencer, Muzaffer :** İnsan Hakları : Ana Kuruluşlar ve Belgeler, Ankara 1986, Türkiye ve Ortadoğu Amme İdaresi Enstitüsü Yayını.
- Sözen, Cemil :** Sağlık Hizmetlerinde Yönetim Ders Kitabı, Konya 1997, 140 Sayfa, Atlas Kitabevi.
- Şehsuvaroğlu, Bedi N. :** Türk Tıp Tarihi, Bursa 1984, 145 sayfa, Taş Kitapçılık Yayınları.
- Tabak, Ruhi Selçuk :** Sağlık İletişimi, İstanbul 1999, XII+128 Sayfa, Literatür Yayıncılık.
- Taşkent, Savaş:** İnsan Haklarının Uluslar arası Dayanakları, İstanbul 1991, Belediye-İş Sendikası Yayını.
- Tortop, Nuri – Eyüp G.İsbir – Burhan Aykaç :** Yönetim Bilimi, Gözden Geçirilmiş 3.Baskı, Ankara 1999, XIII+323 Sayfa, Yargı Yayınevi.
- Tortop, Nuri – Eyüp Günay İsbir :** Yönetim Bilimi, Ankara 1983, X+271 Sayfa, Bilim Yayınları.
- Tortop, Nuri :** Personel Yönetimi, Gözden Geçirilmiş 5.baskı, Ankara 1994, III+279 Sayfa, Yargı Yayınları.
- Turan, Atila :** Hastane Kuruyorum, İstanbul 1999, 256 Sayfa, Ersu Matbaacılık.
- Yerebakan, Metin:** Özel Hastaneler Araştırması, İstanbul 2000, İTO Yayın No:2000-26, 170 sayfa, Mega Ajans
- Yılmaz, Ejder :** Hukuk Sözlüğu, Ankara 1985, 819 Sayfa , Seçkin Kitabevi.
- : Çağın Yönetim Anlayışı "Toplam Kalite Yönetimi" ve Ulusal Kalite Hareketi, İstanbul 2000, 32 sayfa, Kalder Yayını.
- : Devlet Memurları El Kitabı, Genişletilmiş İkinci Baskı, Ankara 1986, XVIII+240 Sayfa, Türkiye ve Orta Doğu Amme İdaresi Enstitüsü Yayını.
- : Kalkınma Plânı, Birinci Beş Yıl, 1963-1967, DPT, Ankara 1963, 570 sayfa.

- : Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği – Tez Yazım ve Basım Yönergesi, Ankara 1999, 53 Sayfa, T.C.Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayını.
- : Sekizinci Beş yıllık Kalkınma Planı(2001-2005), 2001 Yılı Programı, İstanbul 2000, XIX+266 Sayfa, İTO TicarîDokümantasyon Şubesi Yayını.
- : Ülkemizdeki Sağlık Sorunlarının Çözümünde Özel Sağlık Kuruluşlarının Yeri Ve Önemi (Seminer) , İstanbul 1993, İTO Yayın No: 1993-9, III+153 Sayfa.
- : Yazım Kılavuzu – İmlâ Kılavuzu, Yeni Baskı, Eskişehir 2000, Sabah Yayıncılık, 304 sayfa, Etam A.Ş. Matbaası.
- : Yedinci Beş yıllık Kalkınma Planı(1996-2000), İstanbul 1997, VII+307 Sayfa, İTO Ticarî Dokümantasyon Şubesi Yayını.
- : Sağlık Reformu ile İlgili Kanun Tasarısı Taslakları ve Gerekçeleri, Ankara 1993, Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, 148 Sayfa.

MAKALELER

Akça, Akif : "Özel Sağlık Kuruluşlarının Bugünkü Durumu ve Sorunları", s.35-36, Ülkemizdeki Sağlık Sorunlarının Çözümünde Özel Sağlık Kuruluşlarının Yeri ve Önemi, (Seminer-18 Kasım 1992) İstanbul 1993, 153 sayfa, İTO Yayın No:1993-9.

Akıncıoğlu, Tefik : "Özel Sağlık Kuruluşlarının Sağlık Sistemimizdeki Yeri", S.29-42, Ülkemizdeki Sağlık Sorunlarının Çözümünde Özel Sağlık Kuruluşlarının Yeri ve Önemi (Seminer 18 Kasım 1992), İstanbul 1993, 153 sayfa, İTO Yayın No: 1993-9.

Aktuna, Yıldırım : "Açış Konuşması", s.5-24, Ülkemizdeki Sağlık Sorunlarının Çözümünde Özel Sağlık Kuruluşlarının Yeri ve Önemi (Seminer 18 Kasım 1992), İstanbul 1993, 153 sayfa, İTO Yayın No: 1993-9.

Aykın, Hasan : "Küresel Rüşvetle Mücadelede Kapsamlı Bir Strateji Gereği ve Hükümetin Rolü", s.61-64, Maliye Dergisi, sayı:129, Eylül -Aralık 1998, Ankara 1998, 80 sayfa.

Dizdar, Yavuz : "Sağlığın Bir Başka Sorunu da Dar Görüşlülük", s.10, Dünya Ekonomi-Politika, 11.08.2001, İstanbul, 16 sayfa.

Dizdar, Yavuz : "Hastaların Temel Hakkı Bilgi", s.10, Dünya Ekonomi-Politika, 10.11.2001, İstanbul, 16 sayfa.

Erbaşı, Servet : "Temel Sağlık Hizmetleri ve Özel Sağlık Kuruluşları", S.43-47, Ülkemizdeki Sağlık Sorunlarının Çözümünde Özel Sağlık Kuruluşlarının Yeri ve Önemi (Seminer 18 Kasım 1992), İstanbul 1993, 153 sayfa, İTO Yayın No: 1993-9.

Karacık, Abdullah : "Özel Sigortalar ve Özel Hastaneler", s.135-145, Ülkemizdeki Sağlık Sorunlarının Çözümünde Özel Sağlık Kuruluşlarının Yeri ve Önemi (Seminer 18 Kasım 1992), İstanbul 1993, 153 sayfa, İTO Yayın No: 1993-9.

Katırcıoğlu, Sedat : "Değerlendirme", S.61-65, Ülkemizdeki Sağlık Sorunlarının Çözümünde Özel Sağlık Kuruluşlarının Yeri ve Önemi (Seminer 18 Kasım 1992), İstanbul 1993, İTO Yayın No: 1993-9,

Kılıçdaroğlu, Kemal : "SSK ve Özel Hastaneler", s.108-118, Ülkemizdeki Sağlık Sorunlarının Çözümünde Özel Sağlık Kuruluşlarının Yeri ve Önemi (Seminer 18 Kasım 1992), İstanbul 1993, 153 sayfa, İTO Yayın No: 1993-9.

- Korkmaz, Özcan** : "Emekli Sandığı ve Özel Hastaneler", s.120-128, Ülkemizdeki Sağlık Sorunlarının Çözümünde Özel Sağlık Kuruluşlarının Yeri ve Önemi (Seminer 18 Kasım 1992), İstanbul 1993, 153 sayfa, İTO Yayın No: 1993-9.
- Merih, Kutlu** : "Tartışma", s.102-103, Ülkemizdeki Sağlık Sorunlarının Çözümünde Özel Sağlık Kuruluşlarının Yeri ve Önemi, (Seminer-18 Kasım 1992) İstanbul1992,153 sayfa, İTO Yayın No:1993-9.
- Odyakmaz, Zehra** : "Genel Olarak İdarenin Sözleşmeleri", s.141-196, Prof. Dr.İhsan Tarakçıoğlu'na Armağan, Gazi Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, Cilt 2 Sayı 1-2, Ankara1998, 324 sayfa.
- Olgaç, Kemal** : "Özel Sigortalar ve Özel Hastaneler" , s.145-153, Ülkemizdeki Sağlık Sorunlarının Çözümünde Özel Sağlık Kuruluşlarının Yeri ve Önemi (Seminer 18 Kasım 1992), İstanbul 1993, 153 sayfa, İTO Yayın No: 1993-9.
- Rountre, D.George**: "Özel Sağlık Kuruluşlarının Gelişmiş Ülkelerdeki Genel Görünümü", s.77-91, Ülkemizdeki Sağlık Sorunlarının Çözümünde Özel Sağlık Kuruluşlarının Yeri ve Önemi (Seminer 18 Kasım 1992), İstanbul 1993, 153 sayfa, İTO Yayın No: 1993-9.
- Savcı, Bahri**: "Yaşam Hakkı: Felsefe Açısından Pratiğe Doğru", İnsan Haklarının Felsefi Temelleri Uluslar arası Semineri, Ankara 1980, s.63.
- Selçuk, Rıdvan** : "Bağ-Kur ve Özel Hastaneler", s.128-135, Ülkemizdeki Sağlık Sorunlarının Çözümünde Özel Sağlık Kuruluşlarının Yeri ve Önemi (Seminer 18 Kasım 1992), İstanbul 1993, 153 sayfa, İTO Yayın No: 1993-9.
- Seviğ, Veysi** : "Teşvik Belgesi ve Yatırım Tanımları", Dünya Ekonomi-Politika, Günlük Matbuat, 26.02.2001 Günlü Nüsha, S.7 İstanbul.
- Sönmez, Tanık** : "Özel Sağlık Kuruluşlarının Teşviki" , s.49-52, Ülkemizdeki Sağlık Sorunlarının Çözümünde Özel Sağlık Kuruluşlarının Yeri ve Önemi (Seminer 18 Kasım 1992), İstanbul 1993, 153 sayfa, İTO Yayın No: 1993-9.
- Tan, Turgut**: " Rekabet Hukuku'nun Uygulama Alanı Açısından Kamu Kuruluşlarının, Faaliyeti ", Dünya Ekonomi – Politika, 26.03.2001, 17 sayfa.
- Tanyolaç, Necmi** : "Biyomedikal Mühendislik Hizmetleri ve Özel Sağlık Kuruluşları" s.67-76; "Tartışma", s.103-104, Ülkemizdeki Sağlık Sorunlarının Çözümünde Özel Sağlık Kuruluşlarının Yeri ve Önemi

(Seminer 18 Kasım 1992), İstanbul 1993, 153 sayfa, İTO Yayın No: 1993-9.

Tuncer, Selâhattin : " Vergi Mükelleflerine Uyarılar", Dünya Ekonomi-Politika, Günlük Matbuat, 28.02.2001 Günlü Nüsha, S.17 İstanbul.

Yazıcıoğlu, Nejat : "Tartışma", s.93-98, Ülkemizdeki Sağlık Sorunlarının Çözümünde Özel Sağlık Kuruluşlarının Yeri ve Önemi (Seminer 18 Kasım 1992), İstanbul 1993, 153 sayfa, İTO Yayın No: 1993-9.



RESMÎ GAZETE

14 Nisan	1928	gün ve 863 sayılı. RG.
6 Mayıs	1930	gün ve 1489 sayılı. RG.
5 Haziran	1933	gün ve 2419 sayılı. RG.
17 Haziran	1949	gün ve 72351 sayılı. RG.
2 Mart	1954	gün ve 8647 sayılı. RG.
5 Nisan	1960	gün ve 11251 sayılı. RG.
12 Ocak	1961	gün ve 10705 sayılı. RG.
29 Temmuz	1964	gün ve 11766 sayılı. RG.
30 Temmuz	1964	gün ve 11767 sayılı. RG.
31 Temmuz	1964	gün ve 11768 sayılı. RG.
1 Ağustos	1964	gün ve 11769 sayılı. RG.
23 Temmuz	1965	gün ve 12056 sayılı. RG.
14 Eylül	1971	gün ve 13956 sayılı. RG.
25 Nisan	1973	gün ve 14517 sayılı. RG.
9 Kasım	1982	gün ve 17863 Mükerrer sayılı. RG.
10 Ocak	1983	gün ve 17924 sayılı. RG.
14 Aralık	1983	gün ve 18251 sayılı. RG.
14 Haziran	1986	gün ve 19134 sayılı. RG.
14 Mayıs	1987	gün ve 19461 sayılı. RG.
4 Mayıs	1989	gün ve 20158 sayılı. RG.
3 Temmuz	1992	gün ve 21273 sayılı. RG.
27 Kasım	1994	gün ve 22124 sayılı. RG.
28 Haziran	1995	gün ve 22327 sayılı. RG.
22 Mayıs	1997	gün ve 22996 sayılı. RG.
18 Ocak	2001	gün ve 24291 sayılı. RG.
18 Şubat	2001	gün ve 24322 sayılı. RG.

BASIN

Dünya Ekonomi-Politika, 28.02.2001
Dünya Ekonomi-Politika, 08.03.2001
Dünya Ekonomi-Politika, 15.03.2001
Dünya Ekonomi-Politika, 15.03.2001
Dünya Ekonomi-Politika, 17.03.2001
Dünya Ekonomi-Politika, 27.03.2001
Dünya Ekonomi-Politika, 08.09.2001
Dünya Ekonomi-Politika, 06.11.2001
Dünya Ekonomi-Politika, 10.11.2001
Dünya Ekonomi-Politika, 30.11.2001
Dünya Ekonomi-Politika, 05.12.2001
Güneş Gazetesi, 02.02.2001
Güneş Gazetesi, 16.02.2001
Güneş Gazetesi, 17.02.2001
Güneş Gazetesi, 26.02.2001
Güneş Gazetesi, 21.03.2001
Sabah Gazetesi, 21.01.2001
Sabah Gazetesi ,16.03.2001
Sabah Gazetesi , 30.11.2000
Star Gazetesi, 29.01.2001
Türkiye Gazetesi, 20.03.2001

İNTERNET

“ Hipokrat Yemini”, www.e-kolay.net:5214/saglik/ilkyardim/index/hipokrat.asp

Sağlık Bakanlığı : www.saglik.gov.tr

Türkiye’de Özelleştirme: [www.oib.gov.tr/ 4046.htm](http://www.oib.gov.tr/4046.htm)

Ö Z E T

“Türkiye’de sağlık hizmetlerinin yapılanmasında özel hastahanelerin hukuki açıdan yeri ve gerekliliği”

Türkiye’deki mevcut sağlık hizmetlerinin yapılanması içerisinde özel hastahanelerin hukuki dayanakları vardır. Söz konusu hukuki dayanaklar oldukça eskilere uzanmaktadır.

Başta T.C. Anayasası olmak üzere, diğer çok sayıdaki yasalarda hususi hastahanelerin kurulması ve çalışması ile ilgili değişik kurallar bulunmaktadır.

Bu nedenle Türk Hukuk Sisteminde ve sağlık hizmetlerinin yapılanmasında özel hastahanelerin varlığı kamu hastahanelerinin varlığı kadar yasal ve meşrudur.

Türk Hukuk Sisteminde ve sağlık hizmetlerinin yapılanmasında yasal ve meşru olan özel hastahaneler; aynı zamanda yönetim, verimlilik ve ekonomik nedenlerle de gereklidir. Ayrıca, sağlık hizmetlerinde rekabet ortamı oluşturulmalıdır.

Türkiye’de sunulan kamu sağlık hizmeti verimsiz ve yetersizdir. Gerek vatandaşları gerekse sağlık personelinin memnun etmemektedir. Nüfus artışı ve bürokrasi sağlık hizmetlerini olumsuz yönden etkilemiştir.

Devletin kamu sağlık hizmetleri için ayırdığı kamu kaynakları kıt ve yetersizdir. Devletin sunduğu kamu hizmeti alanı çok geniş olmakla birlikte sahip olduğu ekonomik kaynak azdır.

Vatandaşların kamu sağlık hizmetleriyle ilgili yakınmaları ve şikayetleri sürekli gündeme gelmektedir ve medyada sık sık yer almaktadır.

Türkiye’deki sağlık hizmetlerinin sorunlarının çözümü için özel sağlık kuruluşlarının ve özel hastahanelerin devlet tarafından teşvik edilmesi ve yaygınlaştırılması teklif edilmektedir.

Özel hastahaneler özel sektörün pozitif katkılarıyla, rekabet ortamında, yüksek tıp teknolojisi kullanarak, hasta memnuniyetini sağlayarak, kaliteli, verimli ve düşük maliyetli sağlık hizmeti sunumuyla hem devletin

sağlık alanında en büyük yardımcısı olacak; hem de vatandaşın sağlıklı yaşamasına katkıda bulunacaktır.

Bu nedenle, devlet özel hastahanelerin yaygınlaştırılmasını teşvik edici politikalar üretmeli ve gerekli yasal düzenlemeleri yapmalıdır. Özel hastahanelere olumsuz önyargı ile yaklaşılmamalıdır.



SUMMARY

'The legal aspect and requirement of private hospitals in the institution of medical services in Turkey '

Private hospitals have legal bases in Turkish health service institution at the present. Also, the legality for private hospitals takes a long time in the past.

Mainly in the constitution and in many other laws; various rules dealing private hospital institution and affairs are mentioned. So, the presence of private hospitals are as legal as the state hospitals'.

Being legal and legitimate, private hospitals are necessary in the system for their management type ,high productivity and economy.Also, there should be competition in the medical services in Turkey.

Official health services, getting very little share from the budget are both insufficient and nonproductive. Neither patients nor the staff are satisfied. The medical services are influenced covered population and bureaucracy negative.

The economic sources in public medical services not to be enough. Because, state offers public services in very large area.

Complaints of citizens about official health services, continuously criticized by media.

Support of government for private hospitals; being proposed as a solution for Turkish medical services system's problems.

Private hospitals using advanced medical technology ,offering low cost , high quality medical service, will be leading assistance to government, in free competition.

Government should make legal arrangements encouraging ptivate hospital institution. It isn't right that to be prejudiced negative about private hospitals.