

# Kamu hastane birlikleri hakkında kanun tasarısı ve hakkaniyet

Alpaslan Türkkana

## Özet

Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında Sağlık Bakanlığı'nı yeniden yapılandırarak 2. ve 3. basamak sağlık hizmetlerini düzenlemeye yönelik Kamu Hastane Birlikleri Yasa Tasarısı, TBMM Genel Kurulu'nda görüşülmeyi beklemektedir. Tasarı ilk hazırlandığı 2007 yılından itibaren sağlık ortamının önemli gündem maddesidir. Makale, yasa tasarısının iç çelişkilerini tasarıda belirtilen hakkaniyet ilkesi üzerinden tartışmayı amaçlamaktadır. Birliğin en üst karar organı olan yönetim kurulu üyelerinin belirlenmesinde hakkaniyet, temsiliyet ve katılımcılık göz ardı edilmiştir. İşleyişe yönelik hakkaniyet ile örtüşmeyen uygulamalar dikkat çekicidir. Birliklerin para odaklı olarak sunacakları hizmetler başta yoksullar olmak üzere tüm toplumu etkileyecektir. Tasarının yasalaşmadan önce tüm yönleri ile tartışılması, katılımın sağlanarak toplumsal uzlaşının gerçekleştirilmesi zorunludur.

**Anahtar Kelimeler:** Sağlıkta dönüşüm programı, kamu hastane birlikleri, hakkaniyet

## The draft law of public hospital associations and equity

### Abstract

The draft law of Public Hospital Associations, which is a part of Health Transformation Program and which aims at reorganization of Ministry of Health by organizing the second and third level health services, is expected to be discussed in the general assembly of the Turkish Parliament. The draft has been an important discussion point in the health care environment since it first got prepared in 2007. The objective of this article is to discuss the conflicts in the draft in the context of "equity principal" which is stated in the draft itself. The principals of equity, representation and participation are not properly taken into consideration in the process of selection of the highest decision making organ of the associations, namely the board of directors. The financially oriented services that the associations are going to deliver will affect the whole society but especially the poor.

**Key Words:** Health transformation program, public hospital associations, equity

Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) adı altında 2003 yılında uygulamaya koyulan "reform paketi" üçayak üzerinde durmaktadır. Birinci ayağı, sağlık hizmet sunumu ile finansmanın ayrılarak üç sosyal güvenlik kurumunun (Emekli Sandığı, Bağ-Kur, SSK) Genel Sağlık Sigortası (GSS) çatısı altında birleştirilmesidir. İkinci ayağı birinci

basamak sağlık hizmetlerinin düzenlendiği Aile Hekimliği oluşturur. Programın üçüncü ayağı; Sağlık Bakanlığı'nın yeniden yapılandırılarak, sağlık hizmeti üreten kurumdan, sağlık politikalarının belirlenmesi, koordinasyonu ve denetimden sorumlu hale dönüştürecek olan, ikinci ve üçüncü basamağa yönelik düzenlemedir.

---

<sup>a</sup> Yrd. Doç. Dr., Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD, Bursa

**Sorumlu Yazar:** Alpaslan Türkkana, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD. 16059 Görükle-Bursa, E-posta: aturkkan@uludag.edu.tr

SDP'nın üçüncü ayağını düzenlemek üzere hazırlanan, ilk adı ile Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı 06 Mart 2007 tarihinde TBMM Başkanlığına sunulmuştur. Henüz yasalaşmamış olmasına karşın 2007 yılından günümüze konu ile ilgili tartışmalar sağlık gündemine oturmuştur. Makalenin amacı ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerini düzenlemeye yönelik hazırlanan yasa tasarısını, tasarıda da belirtilen hakkaniyet ilkesi üzerinden tartışmaktır. Hakkaniyet, somut tanımlamalar üzerinden, fırsatların dağılımında gereksinimin gözetilerek adaletsiz ve gereksiz sosyal farklılıkların azaltılması boyutuyla tartışılmıştır.

### **Tasarının Genel Özellikleri**

Tasarının ilk hali olan Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı 9 maddeden oluşmaktadır. Tasarı TBMM Sağlık, Aile, Çalışma ve Sosyal İşler Komisyonu ve TBMM Plan ve Bütçe Komisyonu tarafından Kamu Hastane Birlikleri Kanunu Tasarısı adı ile ve madde sayısı 16'ya çıkarılarak kabul edilmiştir. Tasarının ilk halinde 40 birlik oluşturularak pilot uygulama öngörülmüş, ancak komisyonlarda tasarıdaki "pilot uygulama" çıkarılmış, aynı anlamda "Bakanlar Kurulunun belirleyeceği illerde" uygulanacak şekilde 90 birlik oluşturulması kararlaştırılmıştır. Son halini alan tasarı önümüzdeki günlerde Genel Kurulda görüşülmek üzere TBMM'ne gönderilmiştir. Tasarı Sağlık Bakanlığı'na bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti sunan hastaneleri; sınıflandırarak birlik bünyesinde toplamakta, yönetimlerini meslekleri ve kimi özellikleri tanımlanmış kişilerden oluşan Yönetim Kurulu'na devretmekte, yasal statülerini değiştirerek kamu tüzel kişiliğine dönüştürmekte, tüm çalışanları sözleşmeli statüde olan, kendi gelirleri ile yaşamak durumunda kalan işletmelere çevirmektedir. Tasarıda geçmeyen "işletme" tanımı, Sağlık Bakanlığının 2008 yılında yayınladığı Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı İlerleme Raporu'nda "idari ve mali özerkliğe sahip işletmeler" şeklinde belirtilmektedir.<sup>1</sup>

Tasarı sağlıkta özelleştirmeye hazırlık olduğu, sağlıktaki eşitsizlikleri artıracığı ve içeriği açısından sendika ve örgütler tarafından eleştirilmektedir.

Yasa Tasarısı genel gerekçesinde; dünyadaki yönetim anlayışı ve yapısındaki değişim vurgulanmakta, halkın artan ve çeşitlenen taleplerinin de sağlık yönetiminde yeni beklentileri doğurduğu belirtilmektedir. Türkiye'de kamu yönetiminin temel sorunları olarak; uygun görev dağılımı yapılmaması, merkezi hükümete aşırı bağımlılık, katılımın sağlanamaması ve temel fonksiyonlara zaman ayıramama gösterilmiştir. Hastane hizmetlerinin kar amaçlı olmayan, verimli ve etkin şekilde sunulmasının hedeflendiği bildirilmiştir. Yönetim anlayışı ise sorun çözme değil hedef belirleme yönelimli, katılımcı, sonuç ve hedef odaklı, vatandaş merkezli olarak tanımlanmıştır.

Tasarının 1. maddesinde kanunun amacı; kaynakların etkin ve verimli kullanılması suretiyle, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin katılımcı, hakkaniyete, halkın ihtiyaç ve beklentilerine uygun, kaliteli, kolay erişilebilir şekilde sunulmasını sağlamak üzere kamu hastane birlikleri kurulması ve çalıştırılması ile ilgili esasları belirlemek olarak tanımlanmaktadır.

### **Eşitlik-Hakkaniyet**

Dünyada toplumsal sistemlerin bölüşüm süreçlerinde kullanılan temel ilke eşitlikten, hakkaniyete doğru kaymaktadır.<sup>2</sup> Bu anlayış değişimi Türkiye sağlık alanında da gözlenmektedir. Resmi Gazete'de 12 Ocak 1961 günü yayınlanan Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun'da sağlık hizmetinden herkesin eşit şekilde yararlanmasının gerekliliği bildirilerek, eşitlik ilkesine vurgu yapılmıştır. Kamu Hastane Birlikleri Kanun Tasarısı'nda ise dünyadaki değişime uygun şekilde hakkaniyet ilkesi öngörülmüş, eşitlikten söz edilmemiştir.

Sağlıkta eşitlik, sağlıkta eşit fırsatlar yaratmak ve sağlık farklılıklarını mümkün olan en düşük seviyeye indirmektir. Bir

durumun sağlık eşitsizliği olarak kabul edilebilmesi için de toplumun geri kalanındaki koşullar göz önüne alınarak nedenin incelenmesi ve haksızlığın ortaya konulması gerekir.<sup>3</sup> Türk Dil Kurumu hakkaniyeti hak ve adalete uygunluk, doğruluk, nasfet olarak tanımlamaktadır<sup>4</sup>. Haksızlık yer ve zamana göre değişmekle birlikte kişilerin hastalığa götüren nedenleri kendilerinin seçmesi ya da bunların kendi kontrolleri dışında olmasına bağlı olarak değerlendirilir. Eşitlik ve sağlık politikalarının amacı, önlenebilir ve haksız nedenlerden kaynaklanan eşitsizlikleri azaltmak ve ortadan kaldırmaktır.<sup>3</sup> Ancak insan; piyasa koşullarına uydurulmuş sağlık sistemi içindeki müşteri olduğunda hakkaniyet kavramı özenle kullanılmalıdır. Bu sistemde hakkaniyet “hak edene hak ettiği kadar” şekline dönüşecek bu da primini yatırıma, cepten ödeme yapabileceğini bunları yapabildiği kadar sağlık hizmeti sunumuna dönüşebilecektir. Sağlık hizmetlerinden toplumsal beklenti, bireylerin finansal durumundan bağımsız olarak, çeşitli nedenlerle hizmeti kullanmaktan sakınmadığı sürece sağlık hizmetine ulaşabilmesidir. Sağlık hizmet sunumunda tek başına hakkaniyet, toplumsal ayrıcalıkları başta kabul eden ve onaylayan bir kavram olması ile aslında eşitsizlikçidir. Hakkaniyet somut ve belirli bir olayda gerçekleşen alt ve üst sınırlarını adaletin belirlediği alanda kalmak koşulu ile tanımındaki insaf ögesi ile farklı biçimlerde uygulanabilir.

### **Örgüt Yapısı**

Yasa tasarısında; hastane veya hastane gruplarından oluşan birliğin örgütsel yapısı tanımlanmıştır. Bu yapının en üst karar organı, yönetim kurulu olup yedi üyeden oluşmaktadır. Üyelerin ikisi il genel meclisi, biri vali, üçü Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenecek ve biri Ticaret ve Sanayi Odası veya bunların ayrı kurulmuş olması halinde Ticaret Odası üyeleri arasından seçilecektir. Mesleki dağılım açısından yönetim kurulu üyeleri; bir avukat, bir mali müşavir veya finans ve bankacılık ve Bakanlığın belirleyeceği bir tıp doktorundan oluşmaktadır. Bakanlık il

sağlık müdürünü belirlerse doktor sayısı iki olacaktır. Ancak bakanlığın il sağlık müdür yardımcısını belirleme ve onun doktor olmama olasılığı göz önüne alındığında, yönetim kurulunda bir hekim olacaktır. Diğer üyelerin meslekleri belirsiz olmakla birlikte, biri il sağlık müdürü ya da yardımcısı, birinin sektörü sağlık, birinin deneyimi yatırım ve işletme olarak belirtilirken, Vali tarafından atanacak kişinin mesleği, deneyimi ve çalıştığı sektör belirsizdir. Açık olan, yönetim kurulu üyelerinin hepsinin en az lisans mezunu olacaktır. Yönetim kurulundaki yedi kişiden en fazla ikisi doktor ve yalnız biri devlet memuru (Bakanlığın belirleyeceği il sağlık müdürü veya yardımcısı) olacaktır. Bir devlet memuru dışında kalan altı üye özel sektör çalışanı olabilecektir. Yönetim kurulu üyeleri içinde yalnız Ticaret ve Sanayi Odası üyesi için nasıl olacağı belli olmayan bir seçimden söz edilmekte, diğer üyeler atanmaktadır. Yönetim Kurulu üyelerinin bu şekilde belirlenmesi il sağlık müdürlüğü tebliğinden sonraki iki ay içinde yetkili makamların üye bildirmeleri durumunda geçerlidir. Bu süre içinde üye bildirimi yapılmadığında tüm atamalar aynı alandan olmak üzere Bakanlıkça yapılacaktır. Atamalarında siyasi iktidar etkisinde yapılacağı açıktır. Yerelleştirilmiş yapılarda sağlık hizmet sunumu ve denetiminin, başta yoksullar olmak üzere halkın sağlık hizmeti gereksinimi konusunda daha az bilgili, deneyimli ve sorumlu elitlerin eline geçebileceği uyarısı yapılmaktadır<sup>5</sup>. Dışsallığı nedeniyle yarı kamusal mal kabul edilen sağlık hizmetleri<sup>6</sup>, yalnız bir devlet memurunun bulunduğu, meslek dağılımı ve özellikleri açısından da ticari işletme yapısına uygun yönetim kurulu tarafından sunulacaktır. Yönetim kurulundan en fazla iki doktor üyesi ile, görevleri arasında tanımlandığı şekilde, sağlık hizmet sunumuna yönelik hedef belirlemesini, bölgesel planlama yapmasını beklemek haksızlıktır. Yoğun olarak doktor, hemşire ve diğer sağlık personelinin hizmet ürettiği birliklerin yönetim kurulunda en fazla iki doktorun olması yönetimde temsiliyetin göz ardı edildiğini göstermektedir. Hizmet sunumunda hakkaniyet ilkesini benimseyen tasarının en

üst karar organında yönetime katılma açısından hakkaniyet gözetilmemiştir. Kamu malı olan ve kamu hizmeti sunan hastanelerin sadece bir kamu görevlisinin yer aldığı yönetim kurulu yapısıyla yönetilmesi de adil değildir. Yerleştirilmiş sağlık yönetiminde sistemin idari beceri ve uzmanlık konusundaki yetersizlik sorunları ile uğraşmak zorunda kalabileceğinin altı çizilmektedir.<sup>5</sup> Sağlık Bakanlığı yönetim deneyimi; sağlık yönetiminde yöneticilerin niteliğinin önemini belirtmekte, yıllardır sağlık sektörü ile hiç ilgisi olmayan hatta yönetim ile ilgisiz kişilerin idari yerlere gelmesini sorun olarak bildirmektedir. “Çok özel bir alan olan sağlık alanında yönetim kademelerinde görev almak keyfiyete teslim edilmemelidir” demektedir<sup>7</sup>. Oysa tasarı bu deneyimi de göz ardı ederek yönetim kurulunda sağlık sektöründen üç ve yönetim deneyimi olan (sağlık müdürü ya da yardımcısı) bir kişi ile sağlık hizmet sunumunu hedeflemektedir.

### **Birlik İflasına Örnek**

Amerika Birleşik Devletlerinde 1998 yılında ülkenin en büyük kar amacı gütmeyen şirket iflası açıklandı. İflası açıklayan 31000 çalışanı ve 2.2 milyar dolar varlığı ile (AHERF: Allegheny Health, Education and Research Foundation) Allegheny Sağlık, Eğitim ve Araştırma Vakfıydı. Bünyesinde 14 hastane bulunan bu birliğin büyük çöküşünde yönetim kurulu üyelerinin kontrolörlere, yönetime güvenmeleri, tüm dokümanları okuyacak zamanlarının olmaması ve yönetsel eksiklikleri görememeleri vurgulanıyordu<sup>8</sup>. Benzer şekilde; Kamu Hastane Birlikleri Hakkında Kanun Tasarısı’nda da güvene dayalı ve yönetim kurulu üyelerinin doküman okumak için yeterince zamanının olmayacağı yönetsel yapı işaret edilmektedir. Tasarı “yönetim kurulu üyeliği, üyelerin asli görevlerini sürdürmelerine engel teşkil etmez.” demektedir. Buna göre yönetim kurulu üyeliği asli görevin yanında ek iştir. Bu durum AHERF’ün çöküşünde önemli bir etken olarak gösterilen yönetim kurulu üyelerinin işin içine girememesi<sup>8</sup> saptamasını akla getirmektedir. Tasarıdaki

hali ile hastane birlik yönetimi gibi emek yoğun bir işe ek iş gözü ile bakılması işin hak ettiği emeğin göz ardı edilmesi tehlikelidir.

### **Tasarıda katılım**

Yasa tasarısının amaçlarından biri de katılımı sağlamak olarak bildirilmiştir. Hizmet sunumuna yönelik öngörülen bu ilke yönetim kurulu yapısında dikkate alınmamıştır. Yönetim Kuruluna; İl Genel Meclisi, Valilik, Sağlık Bakanlığı ile Ticaret ve Sanayi Odası dışında katılım söz konusu değildir. Yönetimde katılımı sağlayamayan tasarının hizmet sunumunda katılımı sağlamasını beklemek gerçekçi değildir. Tasarıda Tabip Odaları, Diş Hekimliği Odaları, Veteriner Hekim Odaları, Türk Eczacıları Birliği gibi akademik odalar, hizmet kullanıcı ve sunucuların sendikaları, sivil toplum kuruluşları, mesleki dernekler, yerel yönetimler ve üniversitelerin katılımı söz konusu değildir. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun’da olduğu gibi katılımı sağlayacak şekilde, yönetime önerilerde bulunma, yol gösterme, hedef belirleme, halk ve çeşitli kuruluşlar arasında işbirliği sağlama amacıyla oluşturulan bir genel kurul da öngörülmemiştir. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun’da genel kurula Bakanlığın belirleyeceği uzmanlar, üniversite, bakanlıklar, Devlet Planlama Teşkilatı, İşçi Sigortaları Kurumu, Türk Tabipleri Birliği, Türk Eczacılar Birliği, Türk Veteriner Hekimleri Odaları Birliği temsilcileri ile il sağlık kurullarının göndereceği birer temsilcinin katılacağı bildirilmiş, katılım için zemin oluşturulmuştu. Oysa Kamu Hastane Birlikleri Yasası’nda katılım için zemin oluşturulmasının aksine sınırlama getirilmiştir. Üniversiteler, meslek kuruluşları, sendikalar, sivil toplum kuruluşları, hemşirelik ve ebelik gibi mesleki dernek temsilcilerinin katılımı yalnız, oy hakkı olmaksızın ve yönetim kurulu kararı ile davet edilmeleri durumunda söz konusu olacaktır. Kısaca hizmet sunan, hizmeti kullanan ve bu alanda bilimsel çalışma yürütenler sadece fikirleri sorulursa oy hakkı olmadan yönetime

katılabilecektir. Tarafların katılımı keyfiyete bırakılmış, yalnız yönetim kurulunun kararı ile katılımın yolu açılmıştır. Sağlık hizmet sunumunda toplumun söz hakkının bulunmaması adil değildir. Yönetim kurulu kararına bağlı olarak, birlikler arasında yönetime katılım açısından önemli farklılıklar olacağı, bunun da hizmet sunumunda farklılıklara yol açarak var olan eşitsizlikleri derinleştireceği beklenebilir. Yine Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun'da olduğu şekilde halkın sağlık teşkilatından istediği hususları ilgililere duyurmak, hizmetlerin başarı ile yürütülmesi için halkın eğitilmesine ve teşkilat ile maddi ve manevi işbirliği yapmalarına yardım etmek üzere kurulan yerel sağlık kurulları öngörülmediğinden halkın katılımı da engellenmektedir. Vergisi ve yapacağı cepten ödeme ile finansa katılan ve hizmeti kullanacak olan halkın söz hakkı yoktur. Toplumun temsil edilmediği, söz hakkının engellendiği tasarıda hakkaniyet ve yönetime katılım açısından iç tutarsızlık bulunmaktadır.

### **İşleyiş**

Tasarının ilk halinde Yönetim Kurulu gündemini başkanın belirleyeceği, başkanın onaylamadığı önerilerin görüşülemeyeceği belirtilmişti. Bu önemli yanlış komisyonda değiştirildi ve başkan uygun görmezse üye tam sayısının salt çoğunluğu ile gündem maddesi teklif edilebilmesinin yolu açıldı. Bu durumda mesleği nedeniyle sağlığa en doğru bakması beklenen en fazla iki doktor üyenin gündem önerisinin gündem dışı kalabileceğini, finansal gündem maddelerinin ise üyelerin meslekleri nedeniyle daha fazla ilgi çekeceği ve görüşüleceğini öngörmek yanlış olmayacaktır.

Birliğin temsilcisi ve en üst yöneticisi Genel Sekreterdir. Genel sekreter en az 4 yıllık eğitim veren yüksek öğrenim kurumundan mezun olmak zorundadır. Tasarının ilk halinde açıkça belirtilmeyen tıp, diş hekimliği, eczacılık komisyonda tasarıya eklenmiş, genel sekreterin tıp doktoru, diş hekimi ve eczacı olabileceği belirtilmiştir. Bunlara ek olarak Genel

Sekreter, sağlık yönetimi, hukuk, kamu yönetimi, iktisat, işletme, maliye veya muhasebe, endüstri mühendisliği, sosyoloji ve psikoloji mezunu olabilecektir. Sağlık bilimleri dışındaki bir mesleğe sahip olma olasılığı olan genel sekreterin görevleri arasında, eğitim faaliyetleri ile bilimsel çalışmaları planlaması, işbirliği halinde yürütmesi ve denetlemesi tanımlanmaktadır. Eğitim hastanelerini de içeren tasarıdaki bu maddenin, tıbbi araştırmaları da kapsadığı algısı bilimsel çalışmalarda sorun yaratacaktır. Hekimlik uygulamalarının vazgeçilmez; mesleki bağımsızlığı olan akademik personelin düzenleyeceği bilimsel araştırmalar, mesleği ekonomi bilimi ile ilgili olan genel sekreterin denetimine verilmektedir. İşletmede en üst düzey yönetici olan genel sekreter, gelir-gider dengesini sağlama ve kar etme hedefinde hiçbir ekonomik getirisi olmayan bilimsel çalışmalara gider kalemi olarak bakabilir. Bu durum bilimde de keyfi uygulamaları gündeme getirecektir. Yine genel sekreterin görevlerinden biri tıp ve kamu görevlileri etik ilkelerinin uygulanmasını sağlamaktır. Tıp ile ilişkisi olmayan bir genel sekreterden tıp etiği uygulamalarını, kamu görevlisi olmamış bir genel sekreterden kamu görevlileri etiği uygulamalarını sağlamasını beklemek hem çalışanlar hem de genel sekretere yapılan haksızlıktır. AHERF örneğinde olduğu gibi gereğinden fazla yetkilendirilen ve tek adam olan CEO'nun her şeye hakim olduğu, birliğe hükmettiği, kişisel büyüme stratejisi ile etik olmayan uygulamalarının iflası açıklamada kullanıldığı gözden kaçırılmamalıdır.<sup>8</sup>

Hizmet sunumunda hakkaniyet iddiasındaki tasarı birlik bünyesindeki çalışanlarına adil davranmayacağını bildirmektedir. Tasarıya göre, yeni yönetim kurulu veya genel sekreterin göreve başlamasından itibaren iki ay sonunda sözleşmeli tüm personelin sözleşmeleri kendiliğinden sona ermektedir. Bu durumda liyakat ve kariyer göz ardı edilmekte, üst yönetimin görev süresine bağlı olarak çalışanların sözleşmeleri sona ermektedir. Bu durum yönetimin kendi ekibini kurmasının önünü açmakla birlikte Bakanlığın personel politikasındaki

değişiminin göstergesi olarak da kabul edilmelidir. Tasarının liyakat ve kariyeri önemsemeyerek, muayene edilen hasta, yapılan operasyon ve ciro gibi nitelik dışında nicel verilerle belirleyeceği performansa göre ek ödeme yapması devlet geleneği ile de çelişmektedir. Birliklerde görev süreleri üst yönetimin görev süresine bağlı ve iş güvencesiz çalışanlar ile hakkaniyet ilkesi arasında iç tutarsızlık bulunmaktadır.

Tasarının çalışanlara yaklaşımını saptamak açısından; ilk taslakta yer alan, sonradan komisyonda düzeltilen “belirli sürede bitirilmesi gereken işler söz konusu olduğunda, sözleşmeli personelin normal çalışma saatleri dışında veya hafta tatili ve resmi tatillerde de çalışmak zorunda olduğu ve bu çalışmalarını karşılığı personele herhangi bir ek ücret ödenmeyeceği” hususunun yer aldığını belirtmekte yarar vardır. Fazla mesai öngören ancak bunun karşılığını ödemeyi reddeden bir tasarının çalışanlarına hakkaniyetli davranmayı hedeflediği düşünülemez. Sağlık hizmeti sunumunda “belirli bir sürede bitirilmesi gereken işler” tanımlamasını, sağlık hizmetinin kendine özgü dinamikleri nedeniyle ortaya koymak güçtür. Sağlık hizmetinin nerede, ne zaman, nasıl, ne kadar gerekeceği tam olarak bilinemez. Gereksinim duyulan hizmet de beklemez, ertelenemez ve yerine başka bir şey konulamaz özelliktedir. Bir günlük mesai süresinden fazla süreceğini kestirmenin zor olmadığı tıbbi operasyonlarda, çalışanına mesaisi dışında çalışacağı süre için ek ücret ödemeyen sistem, hakkaniyeti özverisi ile sağlık çalışanının sağlamlasını beklemektedir. Sağlık çalışanının özverisine dayalı sağlık hizmet sunumu kullanıcılara yapılan haksızlıktır.

Tasarı sağlık hizmeti sunumuna odaklanmıştır. Oysa tasarı kapsamında hekim ve diğer sağlık personelinin yetiştiren ve bilimsel araştırma yapan ileri teknolojinin kullanıldığı ve ikinci basamağın sevk ettiği hastaları tedavi eden 3. basamak hastaneler de bulunmaktadır. Farklı görevleri de olan bu iki basamağın aynı kapsamda değerlendirilmesi üçüncü

basamak sağlık kurumlarına yapılan haksızlıktır. Üçüncü basamakta maliyet yüksektir. Usta-çırak ilişkisi içinde yürütülmesi gereken tıp eğitiminde eğiticiye ek olarak eğitilen de aynı işlemi tekrarlayarak daha fazla tıbbi malzeme kullanır. Ek olarak üçüncü basamağa gereksinim duyulan durumlarda, daha fazla tıbbi malzeme-ilaç kullanılmakta, daha uzun süre tedavi gerekebilmektedir. Tasarı, eğitimcilerin eğitimden çok yaptığı tıbbi işlem sayısını artırarak performansını yükseltmeye ve daha fazla kazanç elde etmeye yönelmesine neden olacaktır. Bu yönelim eğitimi ikinci plana atarak, yetersiz tıp eğitime yol açarak gelecek nesillerin sağlığını tehdit edecektir. Tasarıda üçüncü basamağın üzerindeki eğitim yükümlülüğünün göz ardı edilerek 2. basamak ile birlikte değerlendirilmesi, eğitime yönelik düzenleme yapılmaması adil değildir.

### **Finans**

Birliğin sermayesi, gelir ve giderleri tasarıda belirtilmekte, gerektiğinde bakanlık bütçesinden yardım yapılabileceği bildirilmektedir. Kâr amacı gütmeyen (!) birlikleri düzenleyen tasarının ilk halinde birlik sermayesi olarak birlik kârları gösterilmişken, komisyonda düzeltilmiş son halinde kâr kaldırılmış, yerine “hesap dönemi sonunda oluşan gelir fazlası” şeklinde yine kâr tanımlanmıştır. Birlikler gelir fazlasını hedeflemek, gerektiğinde bakanlıktan yapılacak yardımlarla gelir-gider dengesini kurmak zorundadır. Gelir olarak kâr gösterilen birliklerde, sosyal devletin görevi olan sağlık hizmetinden kâr edilmeye çalışılacaktır. Kendi yağı ile kavrulmak zorunda bırakılan işletmelerin kârı hedeflemesi anlaşılabilir, ancak hedefi kar olan bir işletme ile hakkaniyetin sağlanması, sosyal devletin kâr amacındaki birlikler aracılığıyla halkına sağlık hizmeti sunması anlaşılabilir bir durumdur.

Hastaneler; hizmet altyapısı, organizasyonu, kalite, verimlilik ve hasta memnuniyeti gibi konularda Bakanlığın belirleyeceği usul ve esaslara göre yüz üzerinden puanlanacak ve A, B, C, D ve E

olmak üzere 5 sınıfa ayrılacaktır. Bu sınıflama ile hizmet altyapısı, organizasyonu, kalitesi ve verimliliği daha fazla olan ve halkın daha fazla memnun olduğu hastaneler üst sınıfta yer alacaktır. Hastanelerin sınıflanması doğal olarak çalışanların ve halkın da sınıflanmasıdır. A sınıfı hastane doktoru, B sınıfı hastane hemşiresi gibi, kişilerin eğitimleri ile kazandıkları meslekleri, sosyo-kültürel yapıları dışında belirlenmiş şekilde dünyada bir örneği olmayan sınıflama ile karşılaşılabilecektir. Uygulama ile üst sınıftaki karlı birlik çalışanlarının kazancı da daha fazla olacak, aynı işi yapan aynı meslek sahipleri arasında ekonomik farklılıklar derinleşecektir. Yerel yapıların sağlık çalışanlarının sözleşmeleri ve koşulları açısından eşitsizlikleri önleme konusunda daha az fırsat sunduğu bildirilmektedir.<sup>5</sup> Sınıflanmış birlikler ile “eşit işe eşit ücret” ilkesinin de sağlaması olası değildir. Sınıfı yüksek olan hastanelerde daha fazla katılım payı alınacak olması toplumdaki ekonomik farklılıkları ayırıştırarak, sınıfsal farklılığı belirginleştirecektir. Birliklerin sınıfsal farklılığı tasarının kolay erişim hedefi açısından da tutarsızlık göstermektedir. Daha fazla katılım payı verebilecekler üst sınıf birlik hastanelerine, yeterli ekonomik gücü olmayanlar ise alt sınıf birlik hastanelerine gitmek zorunda kalacaktır. Daha da belirgin olmak üzere ödeme gücü ancak C sınıfı hastaneye yeten, ancak gereksinim duyduğu hizmet açısından A sınıfı hastaneden hizmet almak zorunda kalanlar şartlarını zorlayarak daha fazla cepten ödeme yapmak zorunda kalacaktır. Gücünü aşan zorunlu ödemeleri nedeniyle oluşan ekonomik kaybı sağlığını daha da fazla yitirmesine neden olacaktır. Bu kısır döngüyü kırarak bir sistem oluşturulmamıştır. Gerçek ve tüzel kişilere sunulan hizmetlerden elde edilen gelirler birlik geliri olarak tanımlanmaktadır. Oysa sağlık hizmetleri finansmanında adaletsizliğin en belirgin nedeni cepten ödemeler olarak gösterilmektedir.<sup>9</sup> Kullanıcı ödentilerinin gelişmiş ülkeler için bile adaletsiz, yoksul ülkeler için ise sağlık hizmet finansmanını hastanın üzerine yıkan bir strateji olduğu da bildirilmektedir.<sup>10</sup> Yoksulun sırtına binen finansal yük de

sağlık eşitsizliklerini artıracaktır<sup>11</sup>. Farklı gelir seviyesindeki kişilerden aynı miktarda kullanıcı ödentisi alınacak olması, gelirlerine oranlandığında yoksullar açısından hakkaniyet ile çelişen durum yaratacaktır.

Büyük oranda Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ödemeleri ile ayakta kalacak hastanelerde, SGK geri ödemeleri ile performansa dayalı ek ödeme sisteminin daha fazla tıbbi işlem yapılmasına yol açması beklenir. Gelir-gider dengesini kurmak hedefinde olan birliğin, bünyesindeki doktorları yaptığı ciro üzerinden değerlendirmesi, ve doktorların iş güvencesiz olmalarının oluşturacağı baskı onları gereğinden fazla tetkik yaptırmaya yöneltilecektir. Sağlık hizmetinin özelliği olarak kişinin talebini hekimin belirlemesi ve tıbbın yaygın kabul gören “hastalık yoktur hasta vardır” görüşü nedeniyle standart uygulama hazırlamanın adeta olanaksız olmasından dolayı bu eğilimin önüne geçmek de güçtür. Hizmet sunumunda maliyeti düşük, kârı yüksek, performansı açısından çalışana, geliri açısından birliğe fayda sağlayacak hizmetler tercih edilecektir. SGK tarafından karşılanan ve bedeli yüksek olan, kârlı hizmetlere eğilim artarak diğer hizmetlerden sakınılabilecektir. SGK ödemeleri doğrultusunda şekillenen hizmet paketlerinin günümüzde sağlık hizmet sunumundaki sorunlardan olduğu bildirilmektedir.<sup>12</sup> Ödemeye yönelik hizmet sunumuna ek olarak müşteri olarak gördüğü hastasını kaybetmek istemeyen işletme yöneticilerinin çalışanlarına baskı yaptığı bilinmektedir.<sup>9</sup> Ekonomik ölçütlere dayalı şekilde belirlenen hizmet sunumu, sağlık hizmet sunumundaki bilgi asimetrisi ve talebi hekimin belirlemesi özellikleri nedeniyle hasta açısından adil değildir.

Toplumsal eşitsizliklerin belirgin olduğu bizim gibi ülkelerde yerel hastanelerin fonlarını artırmak için girişimlerini zengin bölgelerde yoğunlaştırarak, kentin yoksul mahalleleri ile kırsal alanlara hizmet sunumunu ikinci plana atabileceği unutulmamalıdır. Özerk yapı, gelir-gider dengesini sağlamak için

ödeme yapabilen hastalara öncelik veren uygulamaları tercih ederek, bölgesel adaletsizliğe ek olarak bireysel adaletsizliğe de yol açarak hakkaniyet ile çelişecektir.

Birlik yönetim kurulu alacaklarından vazgeçme konusunda yetkilendirilmiştir. Oysa alacaktan vazgeçme hukuki bir durumdur. Yönetim kurulunun, borcu tahsil etme ya da etmeme konusunda hakkaniyeti sağlaması olası değildir. Yönetim kuruluna sınırları belirlenmemiş bir adalet dağıtıcılığı görevi verilmektedir. Alacaklardan vazgeçme koşulları keyfe bağlı olacak ve keyfi uygulamaların olduğu yerde de hakkaniyetten söz edilemeyecektir.

### **Sonuç Yerine**

Tasarıda kamu yönetiminin sorunları olarak tanımlanan ve kamu hastane birlikleri kurulmasına gerekçe gösterilen sorunların ortak noktası kötü yönetimin göstergesi olmalarıdır. IV. Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi sonuç bildirgesinde de Türkiye’de sağlık sistemi sorunlarının profesyonel yönetici eksikliğinden kaynaklandığının altı çizilmektedir.<sup>13</sup> Tasarıda yönetim kurulu için sağlık sektöründen üç ve yine bunların içinden bir yönetim deneyimi olan üye belirlenmiştir. Bu yapıda profesyonel sağlık yönetimi göz ardı edilmekte, finans ve muhasebe ağırlıklı üyeler ile ekonomik boyut ön plana çıkarılmaktadır. Tasarı ile merkezi yönetimin yapamadığının birlikler tarafından yapılması beklenmekte, daha baştan birliklere haksızlık yapılmaktadır. Merkezi ve profesyonel olmayan yönetim biçiminden yerel ancak yine profesyonel olmayan bir yönetim biçimine dönüş olacaktır. Yönetimsel temel sorunlar çözülmeden yapılacak düzenlemeler sorunların yer değiştirmesi, birlik bünyesinde yerleşmesi anlamına gelecektir.

Yönetim kurulu, hizmetin gereklerini karşılayacak şekilde sağlık ve yönetim biliminden destek alarak, profesyonel sağlık yöneticiliğini önceleyecek şekilde yapılandırılmalıdır. Birlik yönetiminde tek adamlığı önleyecek

adil bir görev dağılımı sağlanmalı, yönetim kurulu üyelerinin yönetime yeterince zaman ayırabileceği düzenleme yapılmalıdır. Önemli bir eksikliği gidermek için birlik düzeyinde katılımcı yönetimi destekleyen kurullara yer verilmeli ve işlerlik kazandırılmalıdır. Birlikler hesap verme mekanizmaları oluşturularak finansal baskıdan kurtarılmalı, alacaklardan vazgeçmede olduğu gibi sınırları belirsiz bir hakkaniyet uygulayıcısı olmaktan kurtarılmalıdır. Tasarı, sağlık sektörünün önemli bileşeni olan sağlık çalışanlarını görmezden gelmekte ve iş güvencesiz çalıştırmanın yolunu açmakta, performans baskısı ile etik olmayan uygulamalara yöneltmektedir.

Sağlık hizmetlerini ve toplumu derinden etkileyecek tasarının, tüm tarafların katılımı ile bilimsel, hukuki, eşit ve hakça işleyiş için değerlendirilmeye gereksinimi vardır.

### **Kaynaklar**

1. T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı-İlerleme Raporu. Ankara: Sağlık Bakanlığı, 2008.
2. Turner, B. Eşitlik. Ankara: Dost Kitabevi, 1997. s.44.
3. Whitehead M. Eşitlik ve Sağlık: Kavram ve İlkeler. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi, 1992. s.5.
4. Türk Dil Kurumu (online). <http://tdkterim.gov.tr/bts/?kategori=verilst&kelime=hakkaniyet&ayn=tam>. Erişim Tarihi: 20/7/2010.
5. Rannan ER, Van Zanten TV, Yazbeck A. First Year Literature Review for Applied Research Agenda - Applied Research Paper. Bethesda: Partnerships for Health Reform Abt Associates Inc., 1996.
6. Altay A. Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi. Sayıştay Dergisi 2007; 64: 33-56.



7. Aycan S. Türkiye’de Sağlık Yönetimi Alanında Karşılaşılan Sorunlar ve Çözüm Önerileri. Sağlık Reformlarının Sağlık Yönetimine Etkileri Sempozyum Kitabı. 1. baskı. Bursa: Köseleciler Magic Digital Center; 2009. s.184-200.
8. Analysis of the Bankruptcy of Allegheny Health, Education, and Research Foundation (AHERF) (online). Available at:<http://www.contrib.andrew.cmu.edu/~gsmailag/portfolio/healthcare%20paper.pdf>. Accessed July 22,2010.
9. Lister J. Sağlık Politikası Reformu: Yanlış Yolda mı Gidiyoruz?. İstanbul: İnsev Yayınları, 2008. s.118, 300-304.
10. Newbrander W, Collins D, Gilson L. Ensuring equal Access to health service. Boston: Management Sciences for Health, 2000.
11. Creese A. User fees: They don’t reduce costs, and they increase inequity. BMJ 1997; 315: 202–3.
12. Öztürk O. Kamu Hastane Birlikleri Yasa Tasarısı ne Getiriyor? Ne Götürüyor? (online).<http://www.bto.org.tr/yayinlar/raporlar/kitapkamuhastanebirlikleri.pdf>. Erişim Tarihi: 22/7/2010.
13. Kongre sonuç bildirgesi (online). <http://www.sid.hacettepe.edu.tr/Belgeler/KongreSonucBildirgesi.pdf>. Erişim Tarihi: 22/7/2010.