

# Bakus

sayfa10 » *Sağlık Sistemi Neye Dönüştü?*

sayfa14 » *1936'dan Beri Çözülmemeyen Sorun: İş Sağlığı ve Güvenliği Yasası*

sayfa46 » *Sağlıkta Kalıcı Dönüşüm Programı*

sayfa50 » *Özel Hizmet Alımı Yoluyla İstihdam Edilen Personelin Değerlendirilmesi*



SAĞLIKTA DÖNÜŞTÜK MÜ



6'



Sağlık Bakanı  
Dr. Mehmet Müezzinoğlu  
ile Röportaj



[www.saglikxen.org.tr](http://www.saglikxen.org.tr)

## editörden

'Sağlık ve Sosyal Politikalar Bakış' Dergimizin 17. Sayısıyla tekrar sizlerle birlikteyiz sevgili dostlar.

400 bin sağlık ve sosyal hizmet çalışanlarının sorunlarına akademik perspektifle yaklaşarak çözüm önerileri konusunda katkı sunma çabasında olan dergimize gösterdiğiniz beğeni ve ilgilerinize yürekten teşekkürler...

İlk sayısından itibaren, bugüne gelinceye kadar dergimizle ilgili gerek üyelerimizden, gerekse akademisyenler, aydınlar, gazeteciler, kamu kuruluşlarının temsilcileri ile eğitimleri, sağlık ve sosyal hizmetler alanlarını da kapsayan öğrencilerden gelen olumlu ve yapıcı tepkiler, yaptığımız bu kültürel faaliyetin ne derece hayati bir önem taşıdığı bizlere göstermiştir. Bu bize ayrıca sorumluluğumuzun ve görevimizin ne kadar ağır olduğunu da hissettirmiştir. Söz konusu olumlu ve yapıcı tenkidler dergimizde takip ettiğimiz usulün doğruluğu yanında, aynı zamanda bilimsel yazıların daha nitelikli ve derinlikli olması konusunda bizleri teşvik etmektedir.

'Bakmakla', 'görmek' arasındaki derin farkın bilincine meselelere yaklaşan, 'Sağlık ve Sosyal Politikalar Bakış' Dergimiz, bundan sonra da üyelerimizin gösterdiği bu yüksek ilgiye kayıtsız kalmayacak, Genel Merkezimizin öncülüğünde, profesyonel ekibi ve tüm emeği geçenleriyle, yoluna emin adımlarla devam edecektir. Amacımız, elbette ki, insanla kaim olan sağlık ve sosyal hizmetlere dair 'sesli düşünerek', sorunlara çare üretmenin kapısını aralamaya öncülük etmektir.

Sağlık ve sosyal hizmetlerde üretilen ve hayata geçen politikalar, çalışma hayatı, hizmet kalitesi ve verimliliği, iş görenler olarak çalışanların iş memnuniyeti üzerine kaleme alınan yazılar, şüphesiz ki, bu alanda geniş çaplı çalışmalarla ihtiyacı ortaya koymaktadır.

Sağlık ve sosyal hizmet çalışanlarının çalışma koşulları, yaşadığı sorunlar, geleceğe dair projeksiyonlar, dergimizin zengin içeriğinde; dosya çalışması, araştırma, hukuk ve mevzuat çalışmaları gibi başlıklar altında geniş bir şekilde ele alınmaktadır.

Bu bağlamda, Dergimizin 'Gündem' konusunu, "1936'dan Beri Çözümlemeyen Sorun: İş Sağlığı ve İş Güvenliği Yasası" oluştururken, 'Dosya' konusunda ise, 11 yıldır devam eden sağlıkta dönüşüm programının dünden

bugüne sebep ve sonuçları, uzman görüş ve kalemler eşliğinde, "Sağlıkta Dönüşüm Programına Neden İhtiyaç Duyuldu?", "Dönüşümün Hekimlere Etkileri", "Sağlıkta Dönüşüm ve Devlet Hastaneleri", "10 Yılda Birinci Basamak", "Sağlıkta Dönüşümde 112 Hizmetleri", "Sağlıkta Dönüşümün Özel Sağlığa Etkileri", Sağlıkta Dönüşüm Programına, Üniversitelerin Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezlerinden Bakış", ve "Sağlıkta -Kılcık- Dönüşüm Programı" başlıklarıyla enine boyuna ele alındı. Yine, 'Sosyal Hizmetler' başlığıyla "Özel Hizmet Alımı Yoluyla İstihdam Edilen Personelin Değerlendirilmesi" konusu yer alırken, 'Sağlık İletişimi' başlığı altında "Güvenilir, Objektif ve Etik Sağlık Haberleri Nasıl Olmalı?" konusu irdelendi. Bilindiği gibi sendikamızın, çalışanların sorunlarına yönelik ürettiği çözüm önerilerinde baz aldığı araştırma-anket çalışmaları önemli yer tutmaktadır. Bu anlamda dergimizin 'Araştırma-İnceleme' bölümünde yine, Ar-Ge'miz tarafından "Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Çalışanları SosyoDemografik Durum Belirleme ve Tükenmişlik Araştırması" başlığıyla yapılan araştırmamıza geniş yer verdik.

Ayrıca, göreve yeni gelen Sağlık Bakanı Sayın Mehmet Müezzinoğlu ile deyim yerindeyse 'ayağının tozuyla' yaptığımız röportaja dergimiz sayfalarında yer vermiş bulunuyoruz. Bu vesileyle, görevde kaldığı süre içinde önemli işlere imza atan Sağlık Bakanı Prof.Dr. Recep Akdağ Bey'e çalışmalarından dolayı sendikamızı ve camiamız adına tekrar teşekkürlerimizi sunuyoruz.

Ziya Paşa'nın, "Âyinesi iştir kişinin, lafa bakılmaz; şahsın rütbe-i aklı, eserinde görülür." Dizelerinde de olduğu gibi, bizler, sendikamızın kurumsal kimliğine, hedef ve ilkelerine, dinamik teşkilatının heyecanına yakışan bir dergi çıkardığımızı düşünüyoruz.

Sendikal mücadelemizin deyim yerindeyse "aynası" durumunda olan dergimizin yayın hayatını sürdürmesinde desteklerinizi esirmeyen, hizmet etmekle yükümlü olduğumuz siz değerli üyelerimize; gerek araştırma yazılarıyla, gerekse bilimsel sorumluluğunu üstlenip dergimize katkıda bulunan bütün saygıdeğer hocalarımıza şükranlarımızı arz eder, bundan sonra da katkılarını beklediğimizi ifade etmek isteriz.

Sevgi ve saygılarımla, sağlıcakla kalın..



MEMUR-SEN KONFEDERASYONU  
**SAĞLIK-SEN**  
Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları  
Genel Yetkili Sendikası

Mart 2013

**SAĞLIK-SEN GENEL MERKEZİ**  
GMK Bulvarı Özveren Sok. No:9/2  
Demirtepe/ANKARA  
Tel: 0 312 444 1995  
Faks: 0 312 230 83 65  
GSM: 0 506 397 92 92  
www.sagliksen.org.tr

**Grafik Tasarım ve Uygulama**  
Sedat ALTUĞ

**Baskı**  
Mattek Matbaacılık Bas. Yay. Tan. Tic. San. Ltd. Şti.  
Ağaç İşleri San. Sit. 1354. Caddesi 1362. Sokak No:35  
İvedik Yenimahalle - ANKARA  
Tel : 0 312 433 23 10  
Faks : 0 312 434 03 56  
e-mail: mattekmatbaa@yahoo.com



**SAĞLIK-SEN ADINA  
İMTİYAZ SAHİBİ**  
Metin MEMİŞ  
Genel Başkan

**GENEL YAYIN YÖNETMENİ  
SORUMLU YAZI İŞLERİ MÜDÜRÜ**  
Mutlu KAYA  
Genel Başkan Yardımcısı (Basın ve İletişim)

**YAYIN KURULU**  
Semih DURMUŞ  
Kemal ÇIRAK  
Mustafa ÖRNEK  
Ekrem YAVUZ  
Abdulaziz ASLAN

**EDİTÖR**  
Mutlu KAYA

**BU SAYIDA**

**Mehmet Niyazi YAVUZ**  
Sağlık Araştırmacısı

**İsmail GÖLTEKİN**  
ISGGM Mevzuat Şube Müdürü

**Dr. Hüseyin DEMİREL**  
Bursa Şevket Yılmaz Eğl. ve Arş. Hast. Başl. Yard.

**Yard. Doç. Dr. Mithat GÜNAYDIN**  
Samsun Tabip Odası Başkanı

**Dr. Kazım SARICI**  
Eskişehir Devlet Hastanesi Hastane Yöneticisi  
Nöroloji Uzmanı

**Uz. Dr. Sinan KURUKOĞLU**  
Ankara Eğl. ve Arş. Hast. Aile Hekimliği Uzmanı

**Yaşar GÖKBAKAR**  
Acil Tıp Teknisyenleri Derneği Genel Başkanı

**Dr. Reşat BAHAT**  
OHSAD Genel Başkanı

**Prof. Dr. Muhammed GÜVEN**  
Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanı

**Prof. Dr. Kudret DOĞRU**  
Erciyes Üniversitesi Hastaneleri Başhekim

**Dr. Murtaza YETİŞ**  
AK Parti Adıyaman Milletvekili  
TBMM Sağlık, Aile, Çalışma ve Sosyal İşler Komisyonu Üyesi

**Prof. Dr. Aliye MAVİLİ AKTAŞ**  
Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanı

**Esra ÖZ**  
Dünya Sağlık Ajansı Yayın Yönetmeni

**F. Nihan DEMİRAY**  
Sağlık-Sen AR-GE Uzmanı

**Sağlık-Sen'in ücretsiz yayın organıdır.  
Yazıların sorumluluğu yazarlarına aittir.  
4 ayda bir ücretsiz dağıtılır.  
15.000 adet basılmıştır.**

## 4' Başkan

• **Metin MEMİŞ / Sağlık-Sen Genel Başkanı**

## 6' Röportaj

• **"Sorunları Birlikte Çözeceğiz"**  
(Sağlık Bakan Sayın Dr. Mehmet Müezzinoğlu)

## 10' Gündem

• **Sağlık Sistemi Neye Dönüştü?**  
• **1936'dan Beri Çözülmemeyen Sorun:  
İş Sağlığı ve Güvenliği Yasası**

## 18' Dosya

• **Sağlıkta Dönüşüm Programına  
Neden İhtiyaç Duyuldu?**  
• **Sağlıkta Dönüşümün Hekimlere Etkileri**  
• **Sağlıkta Dönüşüm ve Devlet Hastaneleri**  
• **10 Yılda Birinci Basamak**  
• **Sağlıkta Dönüşümde 112 Hizmetleri**  
• **Sağlıkta Dönüşümün Özel Sağlık Etkileri**  
• **Sağlıkta Dönüşümün Programına  
Üniversitelerin Sağlıkta Uygulama ve  
Araştırma Merkezlerinden Bakış**  
• **Sağlıkta Kalıcı Dönüşüm Programı**

## Sosyal Hizmetler '50

- *Özel Hizmet Alımı Yoluyla İstihdam Edilen Personelin Değerlendirilmesi*

## Sağlık İletişimi '56

- *Güvenilir Objektif ve Etik Sağlık Haberleri Nasıl Olmalı?*

## Araştırma- İnceleme '60

- *Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Çalışanları Sosyo-Demografik Durum Belirleme ve Türkenmişlik Araştırması*

## Portre '64

- *Ord. Prof. Dr. Mazhar OSMAN (Türkiye'de İlk Modern Ruh Sağlığı Hastanesini Kuran Hekim)*

## Sağlık Tarihi '68

- *Osmanlıda Müzikle Tedavi*



# Sağlıkta Dönüşemeyenler



**Metin MEMİŞ**  
Sağlık-Sen Genel Başkanı

**Sağlıkta dönüşüm kapsamında yapılan reformlar, sadece ülkemiz kamuoyunun değil, tüm dünyanın takdirini kazandı. Ülkemizin en ücra noktalarına kadar insanımıza sağlık hizmeti götürüldüğü bir dönüşüme imza atıldı. İstatistiklere göre sağlık hizmetleri, her dört vatandaştan üçünün yüzünü güldürdü. Halkın sağlığına emek veren 400 bini aşkın sağlık çalışanı ise, bu süreçte büyük fedakarlıklar üstlendiler.**

Dergimizin yeni sayısını Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında geride kalan 10 yılda uygulanan politikaların sonuçlarını değerlendiren bir dosya çalışması ile çıkarıyoruz.

SSağlıkta dönüşüm kapsamında yapılan reformlar, sadece ülkemiz kamuoyunun değil, tüm dünyanın takdirini kazandı. Ülkemizin en ücra noktalarına kadar insanımıza sağlık hizmeti götürüldüğü bir dönüşüme imza atıldı. İstatistiklere göre sağlık hizmetleri, her dört vatandaştan üçünün yüzünü güldürdü. Halkın sağlığına emek veren 400 bini aşkın sağlık çalışanı ise, bu süreçte büyük fedakarlıklar üstlendiler. İnsanüstü bir gayretle, halka sağlık hizmeti ulaştırmak için emeğini değil, hayatını ortaya koyan bir anlayışla çalıştılar. Bu fedakarlıkla-

rının karşılığında halkımızın hayır duasını aldılar, ama ne yazık ki eşit ve hakkaniyetli çalışma koşullarına ulaşamadılar.

Sağlıkta Dönüşüm Programında, hizmet alan 75 milyon ülke insanına eşit şartlarda sağlık hizmeti sunmak hedeflenirken, hizmet sunan 400 bini aşkın sağlık çalışanı açısından tam tersi bir bakış açısıyla hareket edildi. Sağlıkta dönüşüm hedeflenirken, dönüşümün kahçı ve sürdürülebilir olması için gerekli olan en önemli ayrıntılar ihmal edildi. Ben yaptım oldu mantığı içinde atılan adımlar nedeniyle mutsuz ve motivasyonsuz yüzbinlerce sağlık çalışanı oluştu.

Merkezden sahaya dikte edilen politikalar ile, sahanın gerçekleri

arasındaki uyumsuzluk, sürekli olarak sağlık çalışanları üzerinde baskı oluşturdu. Her ne karar alınsa alınsın, insan ve emek faktörü dikkate alınmadan sistemin işletilemeyeceği ancak acı tecrübelerle fark edilebildi.

Sağlıkta Dönüşüm Programı hedefler ve vizyon anlamında gerçekten bir reform programıydı. Ancak dönüşüm sağlığın tüm ayaklarında gerçekleştirilemedi. Sağlıkta dönüştürülemeyenler veya dönüşüm süreci içinde önemsizleştirilen konular, bugün sistemin sürdürülebilirliğini tehdit eden unsurlar olarak öne çıktı.

Sistemin ayakları oturtulurken, çalışanların sisteme olan güveni ve desteği önemsizleniydi. Sendika

olarak yıllar içinde uygulanan politikalara çözüm odaklı müdahalelerimiz ve önerilerimiz oldu. Çalışanların mesleki saygınlıkları ve sağlığın bir ekip hizmeti olduğu gerçeğinin göz önünde tutulması gerektiğini defalarca dile getirdik. Evet Hekimler ekip lideri olarak diğer sağlık çalışanları ile birlikte Tam Gün Hastanede çalışmalıydı. Ancak Tam Gün Yasası; hekimlerle, hemşiresiyle, laborantı, radyoloji teknisyeniyle, tıbbi sekreteri, güvenliği ile tüm ekibin ihtiyaçlarına cevap veren, mevcut imkansızlıkları halka hissettirmemek için ailesinden, sosyal hayatından, hatta canından feda ederek, adeta bedel ödeyerek çalışan sağlık personelinin hizmet aşkını güçlendirecek şekilde çalışmalıydı.

Gece gündüz, kar-kış demeden 24 saat esasına göre çalışan, istihdam yetersizliği nedeniyle gerektiğinde üst üste nöbetler tutmak zorunda kalan çalışanlar için, gelirlerinin büyük bölümünü etkileyen bir performans ölçüm sistemi doğru değildi. 2004 yılından itibaren uygulanan Performans Sistemi, hekim/ hekim dışı ayrımcılığı ile başladı. Zaman içinde yapılan her revizyon, performans sistemini daha da eleştirilen bir yapıya dönüştürdü. AB ortalamasının yarısı kadar personelle, iki kat fazla hizmet üreten sağlık çalışanlarına, ücretinin yüzde 60-70'i performans geliri olarak ödendi. Biz bu konuda yaptığımız araştırmalar ve çalıştaylarla, performans çalışanlar arasında iş barışını bozan yönlerini ortaya koyduk. Sistemin insanileştirilmesini istedik. Performansa dayalı ek ödemenin toplam gelir içindeki payının yüzde 25-30'lara çekilmesi gerektiğini söyledik. Doğrusu bu görüşlerimizi Sağlık Bakanlığı da paylaşıyordu. Ancak Sağlıkta Dönüşüm Programının tüm aşamalarının etkisini gösteren sistem dışı aktörler, yani Maliye Bakanlığı performans sisteminde de hizmetin sürdürülebilirliğini değil, işgücü maliyetlerini daha fazla önemsemi.

Sağlığa erişim kolaylaştırılırken, sağlığa bilinçli ve sistemli erişim

konusuna gerektiği gibi yatırım yapılmadı. 112'ye başvurular arasında gereksiz olanların oranı yüzde 85'e yükseldi. İkinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarının polikliniklerini ve acil servislerini, aile hekimine gitme alışkanlığı kazanamayan insanlar doldurdu. Sağlık kurumlarında oluşan yoğunluk, nitelikli sağlık hizmetinin sunumunu zorlaştırdı. Sağlık kurumlarında şiddet daha sık yaşanır hale geldi. Çalışanlarda hem iş yoğunluğu hem de güvenlik kaygısına bağlı olarak mesleki tükenmişlik yaşanmaya başladı.

Sağlıkta Dönüşüm Programı; geçmişten gelen plansızlığın bir ürünü olan istihdam sorununa çözüm bulamadı. AB ortalamasının yarısı kadar hekim ve hemşireyle on yıl öncesine göre iki buçuk kat fazla hizmet üretilmeye çalışıldı.

Sağlık çalışanları olarak, SDP'nin olumsuzlukları nedeniyle bizi anlamaya çalışmayan, hakkı sahibine teslim etmekte özensiz davranan buyurgan devlet anlayışına karşı küskünlüğümüz, kırgınlığımız olsa da, halkımıza hiçbir zaman küsmekten çalışmaya devam ettik. Bu yüzden sağlık çalışanlarını temsil eden çatı örgütün genel başkanı olarak, rahatlıkla, Sağlık Bakanlığımızın da, Başbakanlığımızın da sağlık çalışanlarını sağlıkta dönüşümün mimarları olarak tanımlayan cümlelerine "ek-siği var fazlası yok" diyorum.

Bakanlıkta yaşanan görev değişimi sonrası ilk mesajların sağlık çalışanlarına verilmesini de önemli bir adım sayıyorum. Yeni Bakanımız göreve geldiğinde Sağlıkta hedeflenenlerin yüzde 80'nin gerçekleştiğini belirterek, kalan yüzde 20'nin yarısının da kendi döneminde çözülmesi için temennide bulundu. Evet gerçekten sağlık hizmetlerinin halka dönen yönü itibarıyla hedeflere büyük ölçüde ulaşıldı. Çözüle-meyen ve yeni bakanımız Mehmet Müezzinoğlu'na kalan kısım için öne çıkan iki başlık ise; çalışanların adil ve güvenli çalışma koşulları oluşturulması ve halkın sağlık bilincinin geliştirilmesi...

Gerçekten SDP'nin on yıllık yolculuğunun her kilometre taşı, çalışanlar açısından ek fedakarlıklar ve yeni mağduriyetler doğurdu. Sayın Müezzinoğlu sağlık hizmetinin iki ayağının da sağlıklı şekilde yürüdüğü bir ortama olan ihtiyacı vurgularken, sağlık çalışanları ayağındaki aksamayı önemsemediğini gösterdi. Sağlık çalışanları adına kendisine görevinde başarılar diliyorum. Her iki sağlık çalışanından birisinin örgütlü olduğu bir sivil toplum örgütünün Genel Başkanı olarak; geçmişte olduğu gibi çözüm odaklı sendikal anlayışımızla, iki ayağın birlikte yürümesi için, işbirliğine ve desteğe hazır olduğumuzu ifade etmek isterim.

Son olarak, canları pahasına insanlığın sağlığı için mücadele veren sağlık çalışanlarımızın 14 Mart Tıp Bayramını kutlamak istiyorum. 14 Mart Tıp Bayramının sadece hekim bayramı gibi algılanmaması ve tüm sağlık çalışanlarının bayramı olarak kutlanmasını öteden beri savunuyoruz. Bize göre, sağlık hizmeti bir ekip iş olduğuna göre o ekibin birbirini tamamlayan parçalarının ortak bir bayramda buluşması gerekir. Bir gün değil, bir hafta süren, hasta hakları dernekleri de dahil, sağlığın tüm paydaşlarının katıldığı, sorunların özgürce tartışılabilirdiği programlar yapılmalı. Biz bu sene kamuoyunun sağlık hizmeti sunumunun nasıl zorlu bir süreç olduğunu, nasıl bedeller ödendiğini anlatmak adına bir kısa film projesi yürütüyoruz. "Sağlıkta Bedel Ödeyenler" ismiyle yürüttüğümüz kısa film projesinde, hayata hizmet ederken, çeşitli nedenlerle hayatından olan sağlık kahramanlarını tanıtacağız. Zaman içinde sağlık hizmeti yolculuğunda trajik biçimde aramızdan ayrılan nice Ersin Arslan'lar, Ali Menekşe'ler gibi sağlık şehitlerimiz oldu. Allah'tan hepsine gani gani rahmet diliyorum.

Tüm çalışanlarımızın 14 Mart Tıp Bayramını kutluyor, sağlıklı, huzurlu, güvenli ve adil çalışma koşullarına ulaşacağımız günler getirmesini diliyorum.

# “Sorunlarımızı Bi



**Sağlık Bakanı Mehmet Müezzinoğlu, Bakanlığa atanmasının hemen ardından ilk mesajını sağlık çalışanlarına verdi. Sağlık çalışanlarına “yanınızda ve yanı başınızda olacağım” mesajı veren Bakan Müezzinoğlu, Sendikamız dergisi “Bakış”a konuştu.**

**Sayın Bakanım, Bakanlığınız hayırlı olsun. İlk mesajınız çalışanlara oldu. Bu sağlık çalışanlarını memnun etti. Çalışanlar açısından sizinle nasıl bir dönem yaşayacağız?**

Öncelikle sağlık alanında yaşanan tarihi değişimin mimarları olan sağlık çalışanlarımıza sizin aracılığınızla sevgilerimi sunuyorum. Gerçekten yaratılmışların en

şerefli olan insana hizmet eden kutsal bir mesleğin mensupları olarak çok büyük fedakarlıklarla görevlerimizi yerine getirmeye çalışıyoruz.

Sağlık çalışanları olarak, son 10 yılda gerçekten çok büyük işler başardık. Halkımızın devlet ve hizmet algısını kökten değiştirdik. Evet, geriye bakmaya zaman bulamadan hizmet etmeye devam ediyoruz. Ancak sayıları az ama mesleğine aşık, merhamet eşiği yüksek,

yürüttüğü hizmetin ertelenemez olduğunu bilen yüce ruhlu bu sağlık ailesi, gerçekten tüm dünyanın imreneceği bir başarıya imza attı. Ben sağlık hizmetlerini bu noktaya taşıyan emek ve gayretleri için Hükümetimiz ve halkımız adına şükranlarımı sunuyorum.

Hepimiz biliyoruz ki, “İnsana ve hayata hizmet” gibi asil bir hedef uğruna çalışıyoruz. Bu asil hedefe yaklaşan kaliteyi hem hiz-



# rlikte Çözeceğiz”

meti alanlar için, hem de hizmeti sunanlar için kalıcı kılmak zorundayız. Ben bu iki ayağın aynı anda aksamadan yürümesini önemsiyorum. Bu iki ayağın sağlıklı şekilde yürütülmesi noktasında var olan sorunları paydaşlarımızla birlikte çözeceğiz. Sağlıkta Dönüşüm hedeflerimizi, vizyonumuzu beraber oluşturmaya çalışacağız.

**Sağlık çalışanlarının sayısının yetersiz olduğu gerçeğini siz de belirtiyorsunuz. Sizin döneminizde personel istihdamı konusunda nasıl bir yol izleyeceksiniz?**

Ülkemizde sağlık personeli açığı maalesef kökü geçmişe dayanan bir plansızlığın sonucu olarak halen önemli bir sorun olarak karşımızda duruyor. Geçmiş suçlamak adına bunu söylemiyorum. Ancak Hükümetimiz döneminde kadar maalesef hekim ve hemşire ihtiyacı konusunda bugünümüzü etkileyen bir plansızlık söz konusu. Bizim 2023'e kadar sağlık hizmetlerindeki personel ihtiyacını giderecek, işleyen reel bir projeksiyonumuz var. İnşallah üniversitelerimizin de gayretleri ile sağlıkta insan kaynağı kapasitesini gelişmiş ülke standartlarına taşıyacağız.

**Sayın Bakanım, sağlıkta şiddet konusu önemli bir problem olarak karşınızda duruyor. Bu konuda neler düşünüyorsunuz?**

Şiddetin, insan hayatına hizmet edilen kurumlarda yaşanıyor olması, gerçekten üzüntü verici. Genel olarak tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de sözel ve fiziksel şiddet, sosyal hayatın önemli bir problemi olarak karşımıza çıkıyor. Biz sağlık kurumlarında şiddeti olağan bir durum olarak kabul edemeyiz. Elbette bu konuda alınacak güvenlik tedbirleri, yasal düzenlemeler olacaktır. Ancak, bizim için en değerli olan şey, halkımızın; hasta ile hekim, hasta ile

hemşire arasındaki sevgi ve güven iklimini koruyacağı, bir olay yaşandığında ilk tepkiyi gösterebileceği bilinçli tavrıdır. Biz bu şuurda geliştirmek zorundayız. Halkımızın geneli sağlık çalışanlarına saygı ve sevgi beslemektedir. Sağlık hizmetlerinden memnuniyetin yüzde 76'lar seviyesinde olması bunun en net göstergesidir. Gerek Bakanlığımız, gerekse TBMM Aile Sağlık Çalışma ve Sosyal İşler Komisyonu sağlık kurumlarında şiddetin nedenlerine çalışmalar yürütüyor. Şiddeti doğuran fiziksel, sosyal, psikolojik veya başka kaynaklı etkenleri ortadan kaldırmak için gereken neyse yapılacaktır.





### **Kamu-Özel Ortaklığı Yasası ile sağlık hizmetlerinin özelleşeceği iddiaları hakkında neler söyleyeceksiniz?**

Bu yasa ile halkımıza vaat ettiğimiz şehir hastanelerini en kısa sürede hayata geçirebilmek için özel sektörden finans desteği alıyoruz. Bu Yasa ile sağlık hizmetleri özelleşmiyor, bilakis devlet sağlık hizmetlerinde daha merkezi bir konuma ulaşıyor. Sağlık çalışanlarımız şehir hastaneleri ile daha ferah ve güvenli çalışma ortamlarına kavuşacak. Koşuş sistemi odalar, dar koridorlardan geniş ve sağlıklı mekanlara geçilecek. Şehir hastaneleri sadece halkımız için değil, çalışanlarımız için de önemli bir projedir.

### **Sağlık çalışanlarının geçmişten gelen bir takım sorunları ve beklentileri var. Ek ödemelerin emekliliğe yansımaları, performansa dayalı ek ödeme sisteminin adaletli dağılımı gibi taleplerimiz konusunda neler söyleyeceksiniz?**

Daha önce de belirttiğim gibi; sağlık kurumlarının kapısından içeri kaygıyla giren insanımızın, içi huzur dolu ve mutlu şekilde ayrılmasını ne kadar istiyorsak, sağlık çalışanımızın da hizmetini mutlu ve huzurlu şekilde yürütmesini o derece önemsiyoruz. Bir sorun varsa, bir adaletsizlik söz konusuysa bunu konuşmaktan kaçınmayız. Çözüm için tüm paydaşlarımızın katkısını,

iyi niyetini koruma ve ortak aklı arama gayreti içinde olacağız. Hekimler için Tam Gün Yasası ile ek ödemelerinin yüzde 30'u kadarının emekliliğe yansımaya başladığını biliyorum. Diğer sağlık çalışanlarımızın ek ödemelerinin emekliliklerine yansıtılması konusunun çözümü ise mevzuat gereği, kamuda ek ödeme sistemi olan tüm kurumları içine alacak bir düzenleme ile mümkün olabilir. Ekonominin yönetimi ile bu konuları değerlendireceğiz.

**Sayın Bakan, Sağlık-Sen her iki sağlık çalışanından birisinin üye olduğu bir sendika. Paydaşlarla iletişime önem veren bir Bakan olarak, Sağlık-Sen teşkilatına ve üyelerine**

## dergimiz aracılığıyla nasıl bir mesaj vermek istersiniz?

Sendikaların ülkemizde demokrasinin, hak ve özgürlüklerin gelişiminde önemli bir güç olduğunu yaşayarak görüyoruz. Özellikle değişime ve gelişmeye açık sivil toplum örgütleri, her zaman hitap ettiği kitlenin ihtiyaçlarını daha iyi öngörebiliyor, üyeleri için olduğu kadar, ait olduğu toplumun gelişimi için de değer üretiyorlar. Kamu hizmetlerinin; halkımızın, çalışanlarımızın ihtiyaçlarına, refahına, beklentilerine cevap verecek şekilde gelişimini

sağlayabilmek için, sivil toplum örgütleriyle paydaşlık ilişkisini güçlü tutmalıyız. Bu açıdan her iki sağlık çalışanından birisinin güvenini kazanmış olan Sağlık-Sen'in gerek çalışanlarımızın huzuru ve refahına, gerek sağlık hizmetlerinin geleceğine ilişkin yapacağı katkıyı önemsiyorum.

**Sayın Bakan Memur-Sen Konfederasyonu olarak, kamuda kıyafet serbestisi için 10 milyon imza kampanyası gerçekleştirdik ve kısa sürede 11 milyon imza topladık. Bu konuda**

## neler söylemek istersiniz?

Dediğim gibi ülke demokrasisinin, insan hak ve hürriyetlerinin önündeki engelleri kaldırabilecek en meşru kurumlar sivil toplum örgütleridir. Ben de siyasal hayatım boyunca hiç kimsenin bir değerini ötekileştirmediği, baskılamadığı, tüm vatandaşların eşit haklara sahip şekilde yaşadığı bir ülke için mücadele ettim. Bugün çatısı altında bir nefer olarak halkımıza hizmet ettiğim Ak Parti de bu uğurda köklü reformlar gerçekleştirmiştir. Memur-Sen'in demokratik girişimini saygıyla karşılıyorum.

## Son olarak sağlık çalışanlarına neler söylemek istersiniz?

Şunu çok iyi biliyoruz ki, biz çok güzel binalar yapabiliriz. Yüksek teknolojik imkanları sağlayabiliriz. Ancak personel ihtiyacını gideremediğimiz sürece sağlıklı hizmet yürütemeyiz. Bu nedenle hekimlerimiz, hemşirelerimiz, diğer sağlık çalışanlarımızın emeğine her saat ihtiyacımız var. Biz çalışanlarımızdan milletimize sağlık hizmeti götürmek için emeklerini seferber etmelerini istedik. Sağlık çalışanlarımız da, gece gündüz, kar kış demeden büyük fedakarlıklarla çalıştılar. Bizler de çalışanlarımızın daha sağlıklı çalışma ortamlarında, huzurlu ve güven içinde



çalışabilmeleri için gayret edeceğiz. Çalışanlarımızın sorunlarını, sıkıntılarını daha fazla dinlemeye çalışacağız. Az olan personel sayısını artırabilmek ve iş yüklerini hafifletebilmek için tüm imkanları değerlendireceğiz. Hiçbir maddi

değerle ölçülemeyecek kutsal bir hizmeti, büyük fedakarlıkları göze alarak ve başarıyla yürüten sağlık çalışanlarımıza bir kez daha derginiz aracılığıyla şükranlarımı sunuyorum.

# Sağlık Sistemi Neye Dönüştü?



Mehmet Niyazi YAVUZ  
Sağlık Araştırmacısı

Cumhuriyet döneminde, sağlık alanında, bütüncül politikalar yanında, daha ziyade mevzi bazı başarılar yaşanmıştır. Çağa uyum çabaları sağlık alanında da kendini göstermiştir. Uyum ve değişim arayışlarında tıbbi/teknik saikler kadar, ideolojik şekli unsurlar da etkili olmuştur. 1963-83 arasında uygulamaya konan sağlığın sosyalizasyonu ile sistem değişikliği sağlanmıştır. Ancak bu sağlık hizmetinin kaliteli, sürdürülebilir bir yapıya kavuşturulması olarak değerlendirilemez.

Devletin arşivleri akim kalmış

planlarla, projelerle doludur. Üzerinde uzun süre çalışılmış Mehtap Raporu Projesi, Kaya Raporu Projesi bunlardan sadece ikisidir. Sağlıkta Dönüşüm Programı, program haline gelip, uygulama şansı bulan nadir örneklerdendir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sağlığın alt başlıklarından birinde değil tamamını kapsayan bir dönüşüm gerçekleştirilebilmiştir. Münferit değil bütüncül bir dönüşüm sağlanmıştır.

Dünya Sağlık Örgütü'nün

Türkiye, çağına damgasını vuran sağlık hizmeti sunduğu dönemler yaşadı. Şifahaneler, uzun asırlar, kimliğine bakmadan herkese ücretsiz şifa dağıttı. Sağlık sistemimiz, vakfiyelerle destekli, vakıf medeniyetinin yansımalarından biri idi. Sağlık ve sosyal güvenliğin özgün uygulaması asırlarca sürdürüldü. Gevher Nesibe Şifahanesi, 7 asır tıp eğitimi ve sağlık hizmeti sundu. Vakıf Gureba, geleneğin bugünlere kadar ulaşan somut numunesidir.

Türkiye'de 2025 yılı için tahmin ettiği doğumda beklenen yaşam süresi hedefine şimdiden ulaşılmıştır.

OECD ülkelerinin anne ölümlerini azaltmada 23 yılda, bebek ölümlerini azaltmada 30 yılda kat ettiği mesafeyi 8 yıla sığdırmıştır.

DSÖ 2010 verilerinde üst gelir grubu ülkeler aşılama oranı % 95, Türkiye'nin % 97'dir. Kızamık ve sıtma elimine edilme, tifoda vakaların sıfırlanma noktasındadır.

2003'e kıyasla 2010'da sağlıkta vatandaş memnuniyeti % 33.6 ora-

nında artmıştır. Asayişte artış 20.1, Eğitimde % 12.8 düzeyindedir. Aynı dönemde Adalette ise % 8.5 oranında düşüş yaşanmıştır.

Yargı, kararları ile Sağlıkta Dönüşüm Programının yavaşlamasına sebep olmuştur. Bu güven seviyesi ile yargı, sadece sağlık için değil ül-

kenin selameti için de ciddi risk unsurudur. Temel erlerden yasama ve yürütmeye yakalanan istikrar ile vatandaş güveninin, biran önce yargıda da yakalanması hatta onların üstüne çıkarılması şarttır. "Ankara'da hakimler var" dedirten güvene sahip olmamız, kazanımların sigortası olacaktır. Sağlıkta yakalanan çitann

düşürülmemesi için bu şarttır. Aksi halde, ülkeye dolayısıyla sağlıkta sağlanan kazanımlara da yazık edilmiş olacaktır. SDP, uluslararası kuruluşlar, bilimsel rapor ve makalelerde "iyi uygulama örneği", "ders olarak okutulabilecek reform" diye nitelediği başarılı bir programdır.

## "İslahat", "Reform", "Devrim" Değil DÖNÜŞÜM...

Sağlıkta Dönüşüm Programı, ismi ile mütevazıdır. Halbuki iddialı isimlerle yola çıkma itiyadı yaygındır. "İslahat", "reform", "devrim" isimleriyle ortaya çıkan programlar uygulamada çoğu zaman adının gerisinde kalmış, bazen de ezilmiş, başarısız olmuştur.

İsim bir şeyi şey olmaktan çıkarır. İsim koymak aynı zamanda iddia işidir, risk almak demektir. Amorfluğa (şekilsizliğe) bürünmek bazen tercih sebebi de olabilir. Bunlara, Türklerin soyut düşünme yete-

neği zayıf eleştirileri ve isimlendirme zaafını da ilave edebiliriz.

Uygulanan programa "dönüşüm" gibi nötr bir ismin tercih edilmesi programın devamında faydalı ve kolaylaştırıcı olmuştur.

Tercihle, bazı kavramların içinin boşaltılmasının da etkili olduğu düşünülebilir. Zira bir futbol galibiyetinin bile "tarih yazma", "ihtilal yapma" gibi kavramlarla aktarıldığı unutulmamalıdır. Dönüşüm yerine İslahat, devrim, reform nitelendirmeleri

de pekala kullanılabilir/di. Ancak hangisi olursa olsun sırf isminden dolayı taraftarlık kadar karşılık doğurması muhtemeldir. Bu nedenle de "dönüşüm"ü isabetli kabul etmek gerekecektir.

Esasen, programın adı daha ziyade süreç içinde şekillenmiştir. Orta Asya Türk geleneğinden müphem isim kendiliğinden ve hak edilmişlikle paralel daha fazla telaffuz edilmeye başlanmıştır.

## Sağlık Sistemi Neye Dönüştü?

Peki Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sağlık neye dönüştü?

Programın adı gibi içeriği de nötr ve genel geçer hedefleri havi olduğundan sorunun cevabı için mefhumu muhalifinden hareket etmek daha doğru olacaktır.

Programın karşılaştığı muhalefete bakıldığında, bazı kesimler programa sağlığın özelleştirildiği, piyasalaştırıldığı eleştirileri getirmiştir.

Hizmet alımında kamu-özel sektör ayrımının kalkması, SSK'lıların ilaçlarını serbest eczanelerden yani piyasadan alması, görüntüleme, laboratuvar tetkiki hizmet alımları bu eleştirilerin dayanağı olmuştur. Çalışanlara katkı payı ödemeleri bankacılıktan müphem "bonus" eleştirilerine yol açmıştır. Aynı programa "devletleştirme" eleştirileri de gelmiştir. SSK hastanelerinin Sağlık Bakanlığına devri, Tam Gün Yasası gibi uygulamalar bu eleştirilerin gerekçesi olmuştur. İlaç üretimi ve

alımlarında benimsenen politikalar ile yabancı hekim istihdamı küreselleşmeci politikalara yorulmuş, Milliyetçi-ulusalçı çevrelerin muhalefetiyle karşılaşmıştır.

Hatta bazı muhalif siyasi ve meslek örgütleri zaman içinde iki uç yakıştırmaya da yer verebilmişlerdir.

SDP, sağlıkta çağa uyum ve entegrasyon projesidir.

Bir kere, SDP, esnek bir yaklaşımla sürdürülmüştür. Pragmatik bir yaklaşım benimsenmiştir. Sözelimi başlarda 'mecburi hizmeti' kaldırma hedefiyle yola çıkılmış, özendirici politikalarla gönüllü istihdama geçilmiştir. Bu politika değişiklik insan haklarına aykırılık dahil iddialı sözlerle savunulmuştur. Ancak uygulama öngörüler istikametinde sonuç vermemiştir. Bunun üzerine ülke şartları, özendirici tedbirlerin yetersiz kalması dikkate alınarak uygulamadan vazgeçilmiştir.

Bakan Akdağ, çözümün çözüm olmadığını gördüğü noktada ısrar yerine geri dönmelerini bilmiştir. Doğrusu bununla yüzleşecek özgüveni de göstermekten çekinmemiştir.



## Başarı İçin İstikrar Şart

SDP'nin başarısının temelinde istikrar, onun da temelinde siyasi irade vardır. Art arda üç dönem seçim kazanan Ak Parti ile güçlü tek parti iktidarına sahip olunması istikrar getirdi. Sağlam bir sosyal güvenlik sistemi ile desteklenmeyen sağlık sisteminin sürdürülebilir olması beklenemez. Güçlü sağlık sistemi için güçlü mali yapı şarttır. Avrupa'nın güçlü sosyal devlet anlayışı, ekonomik krizle birlikte sarılmış, sağlık sistemleri de bundan etkilenmiştir. Yunanistan buna en çarpıcı örnektir.

Türkiye söz konusu olduğunda istikrar için halk desteği ve güçlü ekonominin de yetmediğini biliyoruz. Zira bazıları yargı konusu olan darbe teşebbüsleri bize has ilave risklerden biri idi. Daha 2003'ten başlayarak demokratik normalite hedef alan planlar eksik olmamıştır. Dahası 2008'de her şeyin ters yüz edilmesi riski varid idi. Ak Parti kapatma davası, kırlınlığı gözler

önüne sermiştir. O süreçte, bazı medya gruplarının sağlık politikalarına yönelik muhalefeti dikkate alınrsa, bugün muvafıkı-muhafif ile teslim edilen başarı hikayesinin yerini tam tersine bırakması ihtimali yabana atılmaz. Ne yazık ki, algıların olguların önüne geçirildiği sayısız tecrübeye sahibiz. Bu noktada, "muhafazakar" entelijansiyamın, özellikle bürokratların çabucak ayak değiştirmeye teşne duruşunu da işaretlemek hakkaniyet gereğidir.

Programın, vasatı itibarıyla eklektik ve kırlınlı kadrolarla hayata geçirilebildiğini teslim etmek durumundayız.

Programın hayata geçirilmesinde aslan payını güçlü liderlik ve siyasi istikrara vermek gerekir. Bu sayede sosyal güvenlik ve sağlığın parçalı yapıdan kurtarılması mümkün olmuştur. Keza ilaç ve tıbbi cihazlarda rasyonel politika takip edilmesi ancak bu sayede mümkün

olmuştur. Küresel kartellerden doğan risklerin bertaraf edilmesinde Başbakan Erdoğan'ın duruşu ve kritik müdahaleleri göz ardı edilemez. Aynı şekilde tütün kullanımı Erdoğan'ın şahsi meselesi mesebesinde ilgisine mazhar olmuştur. 3 çocuk talebi yine kendisinin vizyoner devlet adamı kimliğinin bir tezahürüdür. Resmîyette anti natalist politikayı sürdüren Türkiye'yi fiilen pronatalist politikaya geçirmiştir.

Influenza H1N1 (domuz gribi) kriz yönetiminde bakan Akdağ'ın tıbbi-teknik yaklaşımı başbakanın küresel komploları göz ardı etmeyen siyasi yaklaşımı ile dengelenmiştir.

Başbakan Erdoğan'ın detaylara kadar eğilen siyasi üslubu ve rikkati başarda önemli paya sahiptir. Süreçlerin yakınındakiler hastane enfeksiyonu nedeniyle bir bebek ölümü gerçekleşmişse, ebeveynler kadar rahatsızlık duyan bakan ve başbakan görmüşlerdir.

## Teknokrat Siyaset

Sağlıkta Dönüşüm Programında esnek ve pragmatik bir yaklaşım benimsenmiştir.

Cumhuriyet dönemi sağlık sisteminin temelleri Refik Saydam ile atılmıştır. Demokratik dönemin en uzun görev üstlenen Sağlık Bakanı ise Recep Akdağ'dır.

Demokrasi, günümüzün ideal yönetim biçimidir, avantajları çoktur, bununla birlikte zor bir rejimdir de. Demokratik nizam emir ve talimatla iş görmeye müsait değildir; ferman ve fetvaya kapalıdır.

İz bırakmış iki bakandan Prof. Akdağ'ın imkan ve avantajları kadar zorlukları da vardır. Bir kere, sağlıkta dönüşüm, güçlü muhalefetin varlığında, hukuk içinde kalınarak sağlanmak zorundadır. Yargının işlevinden yukarıda bahsettik. Türk Tabipler Birliği'nin ideolojik tavrı ve bu ideolojinin paylaşılmadığı bel-

lidir. Buna, siyasi muhalefeti, Yüksek Öğretim Kurumu'nu ve sağlığın bileşenlerinden özellikle küresel güç ve kartelleri de ilave etmek şarttır.

Doğrusu, mevcut, bozuk bir yapıyı ıslah etmek çoğu zaman sıfırdan inşa etmekten daha zordur. Bunu boş bir alanda imar ve inşa yapmak ile çarpık şehirleşmenin olduğu bir şehri dönüştürmek arasındaki farka benzetebiliriz.

Bütün bu sebeplerle, sağlıkta kronikleşmiş sorunlar kararlılık yanında teknokratça yaklaşmayı icbar ediyordu.

Sağlık gibi doğası gereği zor bir alanda 'Sağlıkta Dönüşüm Programı' gibi iddialı hedefleri havi bir programın hayata geçirilmesi için ilgili bütün tarafların desteği şarttır. Şu halde, demokratik nizam içinde, teknokrat tavrıyla hareket edilmeliydi.

Ülkenin genel siyasi istikrarı yanında, başarda, teknokrat yaklaşımın payı da büyük olmuştur. Her ne kadar siyasiler için teknokratlık olumsuz çağrışım yapsa da Recep Akdağ, teknokrat siyasetçi profili çizmiştir. Onun işini önceleyen üslubu sağlık politikalarının başardı ve sürdürülmesine olumlu yönde etkilemiştir.

Türkiye'nin tamamen teknik konuları bile siyasi ideolojik kutuplaşma konusu yapma alışkanlığı uygulanan sağlık politikaları için de geçerli idi. Siyasi yönü ağır basan bir Sağlık Bakanı ile sağlık politikalarını da polarize olmaya vesile yapabiliirdik. Bu da programı akamete uğratabilirdi. Neyse ki engeller aşıldı ve program hedefleri istikametinde ilerlemek mümkün oldu.

Prof. Dr. Recep Akdağ, teknokrat siyasetçiliğin başarılı bir örneğini vermiştir.

## Bölgesinde Cazibe Merkezi

Unutulmaması gerekir ki, coğrafyası bir ülkenin kaderidir.

Ülkemiz de coğrafyasının risk ve imkanları ile biriciktir. Antalya'da denize girildiği ahvalde, Bahçesaray'da karın geçit vermediği araç görüntüleri ülkemiz gerçeğinin sadece iki yüzünü teşkil eder.

Bu nedenle zorlu iklim şartları gibi coğrafyanın getirdiği sıra dışı sorunların çözümleri de yine sıra dışı olmak zorundadır.

Keza çevremizde yaşanan istikrarsızlıklar, işgal ve iç savaşlar, ülkemizle birlikte bölgemizin deprem kuşağında oluşu gibi tabii afet potansiyeli, komşu çevre ülkelerin sağlık altyapılarındaki yetersizliklerin yansımaları da dikkate alınmak zorundadır.

Nitekim güçlü 112 Acil Ambulans hizmeti gibi UMKE'de (Ulusal Medikal Kurtarma Ekipleri) bu ihtiyaca cevap vermek üzere kurulmuş, gerekli ekipmanlarla mücehhez kılınmıştır. En ücre köy ve mezralarına varıncaya kadar ülkemizin hiçbir

noktası ulaşamaz değildir. Ülkenin tamamı sağlık hizmetinin kapsamı içindedir.

Madalyonun öbür yüzünde ise elbette coğrafyamızın avantajları vardır. Ki sağlık turizminden, jeopolitik konumu, imkan ve kabiliyetleri fazladır. Zaten hakkının verildiği ahvalde handikaplar bile avantaja dönüştürülebilir.

Ülkemizin sağlıkta bölgesinin cazibe merkezi olmasının önünde bir engel yoktur. Bu anlamda hiç de azımsanmayacak mesafe alındığı da yadsınamaz.

Suriye iç savaşında olduğu gibi ülkemiz sağlıkta da çevresi için güven adası konumundadır. Keza Haiti'den Japonya'ya, Pakistan'dan Endonezya'ya ve Afrika'ya kadar yardım ve şifa eli olmakla iftihar edebiliriz. Daha anlamlı olan, gönüllü kuruluşlar ile sivil toplumun da inisiyatif almasıdır.

Bir dönemin Türk filmlerinde, devası çoktan bulunmasına rağmen bizde hala dermansız bilinen,

yurtdışında tedavisi mümkün iken bundan mahrum olması nedeniyle hastalıkların pençesinde yitip giden insan öyküleri işlenirdi. Üst düzey devlet ricali ile varlıklı kesimin yurt dışına çıkış gerekçeleri arasında sağlık turizmi önemli yer tutardı. Şimdi bunlar büyük oranda aşıldı.

Son yıllarda bizde ve çevremizde yaşananlar, küçük yapıların (entitelerin) geleceğinin olmadığını anlamak için sağlık güvencesine bakmanın bile yeterli olduğunu gösterdi.

Sağlıkta yapılacak henüz çok iş, alınacak çok mesafe var.

Sağlıkta Dönüşüm Programında, Türkiye'nin tıpta özgün açumlarına müsait aşamaya gelinmiştir. Vatandaş güveninden de bilistifade, sağlık hizmeti sunumuna vatandaş katkısı sağlanmalıdır. Gönüllü hasta bakımı, hayırsever katkısı, vakfiyelerin daha fazla devreye girmesi ile farklı boyutlara doğru ilerlemek mümkündür, gereklidir de...



# 1936'dan Beri Çözömlenemeyen Sorun: İş Sağlığı ve Güvenliği Yasası

*İsmail GÖLTEKİN*  
ISGGM Mevzuat Şube Müdürü

Sanayileşmenin artması ile meydana gelen makinalaşmanın beraberinde getirdiği çalışma şartları ve çalışma şekilleri değişmekte, üretim araçlarının teknolojisi her geçen gün gelişmekte ve çeşitlenmektedir. Bu durum; çalışma hayatında karşılaşılan riskleri de arttırmaktadır. Dolayısıyla, sorunların çözümünde esas alınacak yasal düzenlemelerde ise dinamik bir yapıya ihtiyaç bulunduğu açıktır.

Sanayi Devrimi ile daha çok önem kazanan iş sağlığı ve güvenliği, ülkemizde kısa sayılmayacak bir geçmişe sahiptir. Sanayileşmenin başladığı ilk ölkelerden İngiltere'de, iş sağlığı ve güvenliğine ilişkin kanuni düzenlemeler daha erken dönemde yapılırken;

1800'lerin ortalarında da Almanya, Fransa ve ABD' de bu alandaki hukuksal düzenlemeler önem kazanmıştır. Bizim ülkemizde de 1865'lerde başlayan değişik seviye ve mahiyetteki düzenlemeler, 1936'lı yıllarda iş ilişkilerini düzenleyen 3308 sayılı ilk İş Kanu-

nu içinde yer almıştır. 1930 tarihli Umumi Hıfzıssıhha Kanunu ise, bazı konularda ilk kanun düzeyindeki düzenleme olarak değerlendirilebilir. Mevzuat yapımızdaki dağınıklığın, ayrıca ele alınması gerekir.





Bu alanda, 90'lı yıllarda batılı ülkeler aynı kaynaktan beslendiğimiz mevzuat yapılarında, kuralcı yaklaşımı terk ederek, önleyici yaklaşımı benimsemişlerdir. Ülkemizde ise 70'li yıllarda yürürlüğe konulan İş Kanunu içinde yer alan iş sağlığı ve güvenliğine ilişkin hükümler yenilenememiş ve bu durum 2000'li yıllarda AB'ye katılım sürecine kadar devam etmiştir. Kısaca, "ne olabilir"i esas

alan, ISG (iş sağlığı ve güvenliği) çalışmalarına çalışanların katılımı, temsili gibi yeni yaklaşım sergileyen mevzuat yapısı, dinamik bir kurguyu da öngörmektedir.

Sanayileşmenin artması ile meydana gelen makinalaşmanın beraberinde getirdiği çalışma şartları ve çalışma şekilleri değişmekte, üretim araçlarının teknolojisi her geçen gün gelişmekte ve çeşit-

lenmektedir. Bu durum; çalışma hayatında karşılaşılan riskleri de arttırmaktadır. Dolayısıyla, sorunların çözümünde esas alınacak yasal düzenlemelerde ise dinamik bir yapıya ihtiyaç bulunduğu açıktır. Örneğin; sanayinin kullanımına sunulan yeni yeni zararlı kimyasallar gibi çok çeşitli iş ekipmanı kullanımı, çalışma biçimlerinde meydana gelen gelişmeler (alt işverenlik, ödünç işçilik, çağrı üzerine



çalışma vb.) çalışma şartlarının iyileştirilmesi için kısa sürede yenilenebilen ve standartların kullanılabilirliği, esnek bir mevzuat yapısını kaçınılmaz kılmaktadır.

Diğer ülke istatistik verileri incelendiğinde, sanayileşmesini erken dönemde gerçekleştiren ülkelerde de (her ne kadar istatistik verilerin karşılaştırılmasındaki güçlükler olsa da) iş kazası ve meslek hastalıklarının kabul edilebilir düzeylere indirilmesinde daha başarılı olduğu gözlenmektedir. Ülkemizde, gerçekten de sanayileşme ile sorun olamaya başlayan iş kazaları ve meslek hastalıkları günümüzde de bir kısım gelişmelere rağmen sorun olmaya devam etmektedir. Özellikle, iş

kazalarında gösterge kabul edilen yüz binde ölümlü iş kazası oranlarına bakıldığında, ülkemizde bu oran 1961'de yüz binde 63 iken; 2010'da yüz binde 14.5'a gerilediği görülmektedir. Ancak, bu gerilemenin yeterli olmadığı açıktır.

Avrupa Birliği üyelik sürecinin başında sunduğumuz Ulusal Program'da yer verilen mevzuat uyum taahhütleri çerçevesinde yeniden ele alınmış, hatta AB normlarına birebir uygun hale getirilerek pek çoğu yürürlüğe konulmuştur. Bunun yanında, iş sağlığı ve güvenliği alanında önde gelen 155 ve 161 sayılı ILO Sözleşmeleri de 2004 yılında kanunlaştırılmıştır. AB mevzuatına uyum sürecinde, bu değişim ön-

celikle ikincil mevzuatta gerçekleştirilmesine rağmen bu ikincil düzenlemelere temel teşkil edecek müstakil bir iş sağlığı ve güvenliği yasası, her zaman ihtiyaç olarak kendini hissettirmiştir. Ta ki 2012 Haziran ayına kadar.

6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu, 20 Haziran 2012 günü Türkiye Büyük Meclisinin 122 nci birleşiminde kabul edilerek kanunlaşmıştır. Bu gelişme, esasen AB uyum süreci içinde önemli bir gelişme olarak bilinmelidir. Zira, 2012 yılı AB Türkiye İlerleme Raporu'nda da söz konusu kanun kastedilerek, ülkemiz lehine iyi düzeyde ilerleme kaydedildiği vurgulanmıştır.

## Bu Kanunu Mevcut Düzenlemelerden Ayıran Bir Kısım Özellikler Nelerdir?

- Yukarıda da vurguladığımız gibi statü hukuku ile tanımlanan farklı statüdekileri ortak bir tanım (çalışan) altında birleştirmesi,

- Birinci sırada bahsedilen çalışan tanımı esas alındığında, İş Kanununun istisnalar başlıklı 4 üncü maddesinde kapsam dışında tutulanların tamamına yakınına kapsama alması,

- Sanayi, ticaret veya tarım-orman işleri ayırımına son vererek, ISG hizmetleri (iş güvenliği uzmanı ve işyeri hekimi gibi) profesyonellerinden yararlanılmasını şart koşması,

- Herhangi bir iş ve işyeri ayrımı yapmadan, bütün çalışanlara sağlık gözetimi zorunluluğu getirmesi,

- Çalışanlar arasında ISG temsilcisi atanmasını zorunlu kılarak, işyeri yönetimine katılma hakkı,

- ISG hizmetlerinde mikro ölçekli işyerlerinin desteklenmesi,

- ISG hizmetlerinde görev alan profesyonellere mesleki bağımsızlık,

- Bütün işyerlerine risk değerlendirmesi zorunluluğu (öneliyici yaklaşım),

- İş sağlığı ve güvenliği hizmetlerinin yürütülmesindeki ihmalde, işverene karşı sorumluluk,

- Acil durum planı hazırlama, önleme, koruma, tahli-

ye, yangınla mücadele, ilk yardım ve benzeri konularda eğitilmiş, yeterli sayıda kişiyi görevlendirme zorunluluğu,

- Çalışmaktan kaçınma hakkını kullanan kamu personeli için (toplu sözleşme veya toplu iş sözleşmesi ile çalışan) fiilen çalışmış gibi sayma,

- İş kazası ve meslek hastalığı bildiriminde, (SGK) tek bildirim esası,

- İş kazaları ve meslek hastalıklarında, raporları düzenleme yükümlülüğü,

- Asıl işveren alt işveren ilişkisi bulunan işyerlerinde, toplanan çalışan sayısı esas alınarak "iş sağlığı ve güvenliği kurulu" kurma yükümlülüğü,

- Toplaştırılmış işyerlerinde (AVM, OSB, İş Hanları vb.) iş sağlığı ve güvenliği konusundaki koordinasyon, yönetime sorumluluk verilmesi ve aksi yönde davranan işverenlerin Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığına bildirim yetkisi,

- Kanun kapsamında yapılacak iş ve işlemlerde elektronik bilgi ve belge isteme, onay, yetki, bilgi ve belge verilebilme yetkisi,

- Toplumda güvenlik kültürünün yaygınlaştırılması için radyo ve televizyonlarda yayın zorunluluğu,

gibi pek çok mevcut mevzuattan farklı özel düzenlemeler bu Kanunda yer almaktadır.

Yukarıda özetlediğimiz yeniliklerin her biri, bir makale konusu olabileceğinden biz sadece birer başlık olarak belirtmekle yetinmek zorunda kaldık.

Diğer yandan, bu güne kadar şikâyet konusu olan işçi-memur ayrımıdır. Aynı kurum içinde işçiler için bir hak olarak görülen mesleki sağlık ve güvenlik, memurları kapsamamakta idi. Örneğin;

aynı risklere maruz kalan işçi ve memurlarla ilgili, işçilere verilmesi gereken bir gaz maskesi kanunen zorunluluk ifade ederken; memurlar için bundan söz etmek mümkün değildi. Bu Kanun ile böyle bir ayrım ortadan kaldırılmıştır.

Kamu kurumları için belirli bir maliyet getirmesi beklenen Kanunun bir kısım hükümlerine iki yıl, diğerleri için ise altı aylık

bir geçiş süresi tanınmıştır. Bundan sonrası ise uygulama ağırlıklı beklentileri oluşturacaktır. Kanunun tam olarak anlaşılabilmesi, alt düzenlemelerinin tamamlanması ile mümkün olacaktır. Uygulamada en önemli olan ise; 6331 sayılı Kanunun muhataplarına tanıtımını yapmak ve güvenlik kültürünün çalışan kesimlerce benimsenmesini sağlamaktır.

# Sağlıkta Dönüşüm Programına Neden İhtiyaç Duyuldu?

**Dr. Hüseyin DEMİREL**

*Bursa Şevket Yılmaz Eğt. ve Arşt. Hastanesi  
Baştabip Yardımcısı*

**Bir ülkenin sağlık politikalarının gerekliliği incelenmek istenirse, evvela geçmiş dönem sağlık politikalarını incelemenin; hem kıyaslama, hem de mevcut durum analizinin yapılmasını sağlayacağı aşıkârdır.**

Bir ülkenin sağlık politikalarının gerekliliği incelenmek istenirse, evvela geçmiş dönem sağlık politikalarını incelemenin; hem kıyaslama, hem de mevcut durum analizinin yapılmasını sağlayacağı aşıkârdır.

Ülkemizde de, Sağlıkta Dönüşüm Programı'na neden ihtiyaç duyulduğu sorusuna cevap, kısaca Cumhuriyet dönemi sağlık politika-

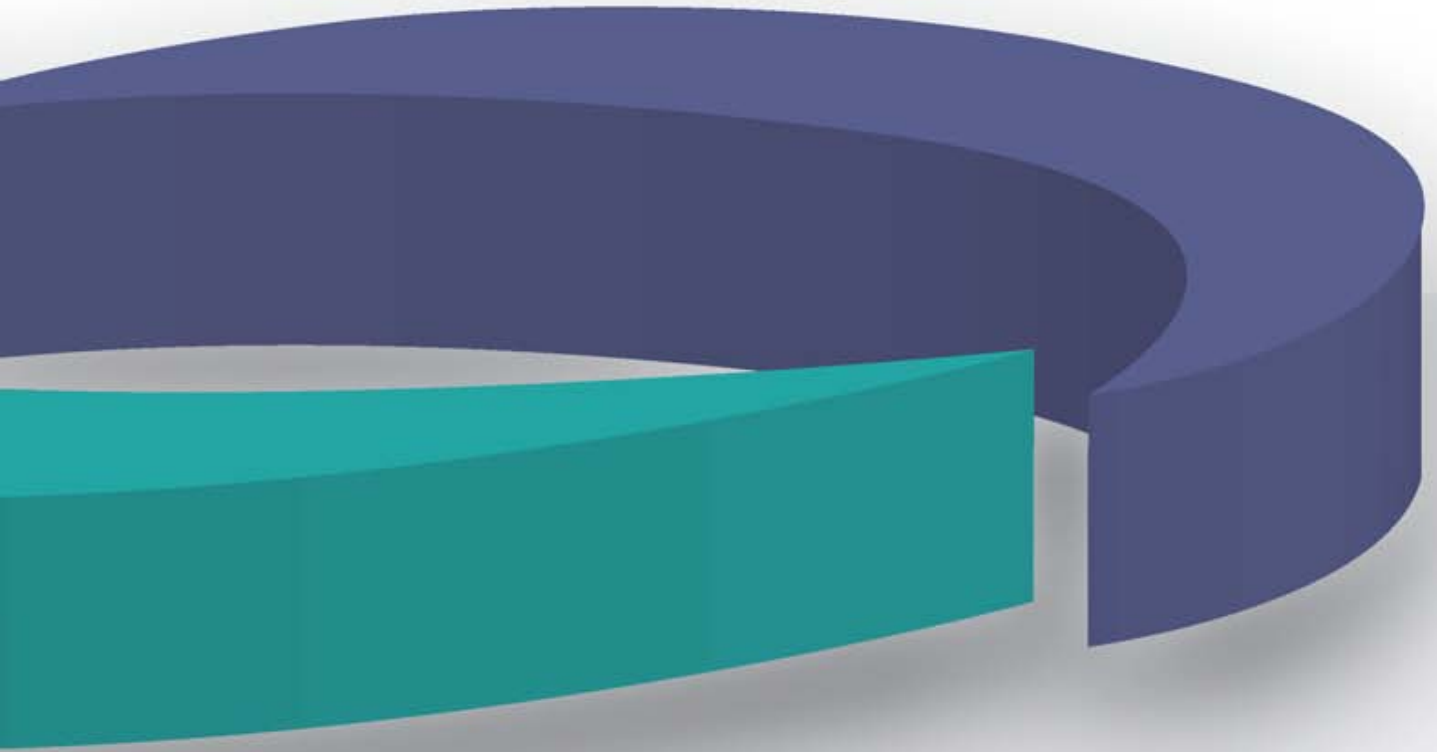
larını ve bu politikaların sonuçlarını değerlendirmekle bulunacaktır.

Cumhuriyet tarihi boyunca ülkemizde uygulanan sağlık politikaları, bazı temel değişim dönemleri geçirmiştir. Refik Saydam Dönemi(1923), Behçet Uz Dönemi, Nusret Fişek'in öncülüğünde sağlık hizmetlerinde sosyalizasyon uygulamasının başlangıcı (1963) önemli

dönüm noktalarıdır. Bu dönem, 1980 yılı darbesinin ilk yıllarına kadar izlerini sürdürmüştür.

1980'lerin ikinci yarısından itibaren, adına ister reform, ister dönüşüm diyelim, sağlık politikalarında yeni bir anlayış arayışı hep gündemde kalmıştır.

1987 yılında "Sağlık Hizmetleri



Temel Kanunu” çıkarılmış ancak, bu Kanunun uygulanmasına yönelik düzenlemeler yapılamadığı ve bazı maddeleri Anayasa Mahkemesi tarafından iptal edildiği için bütünüyle uygulama imkânı bulunmamıştır.

1990 yılında Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) tarafından, sağlık sektörü ile ilgili bir temel plan hazırlanmıştır.

1992 ve 1993’de Birinci ve İkinci Ulusal Sağlık Kongreleri yapılarak, sağlık reformunun teorik çalışmalarına hız verilmiş, 1992 yılında 3816 sayılı Kanun ile sosyal güvenlik kapsamında olmayan düşük gelirli vatandaşlar için yeşil kart uygulaması başlatılmıştır. Böylece, sağlık

latılmış, Sağlık Bakanlığı ve Devlet Planlama Teşkilatı tarafından yürütülen bu “Sağlık Sektörü Master Plan Etüt Çalışması”, bir anlamda sağlık reformlarının ele alındığı sürecin başlangıcını oluşturmuştur.



sayılı Kanun ile sosyal güvenlik kapsamında olmayan düşük gelirli vatandaşlar için yeşil kart uygulaması başlatılmıştır. Böylece, sağlık

hizmetlerine erişim konusunda ekonomik gücü zayıf insanların, sınırlı da olsa, sağlık sigortacılığı içine alınması sağlanmıştır.

1993 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan "Ulusal Sağlık Politikası"; destek, çevre sağlığı, yaşam biçimi, sağlık hizmetlerinin sunumu, sağlıklı Türkiye hedefleri

olmak üzere başlıca beş ana bölümü içermektedir.

1998 yılında Genel Sağlık Sigortası, "Kişisel Sağlık Sigortası Sistemi ve Sağlık Sigortası İdaresi Başkanlığı Kuruluş ve İşleyiş Kanunu Tasarısı" adı altında, Bakanlar Kurulunca TBMM'ye sunulmuş, ancak kanunlaşmamıştır. 2000 yı-

lında, genel sağlık sigortası ile ilgili olarak, "Sağlık Sandığı" adı altında tanımlanan bir kanun tasarısı taslağı, bakanlıkların görüşüne gönderilmiş ancak bu da sonuçlanmamıştır.

1990'lı yıllarda yürütülen Sağlık Reformu çalışmalarının ana bileşenleri ise şunlardır:

## Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi Durum Analizi

- Sağlık hizmetlerinin finansmanı çoklu ve parçalı yapıda idi, ilgili birimler arasında (Sağlık Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Maliye Bakanlığı, DPT ve Hazine) uyum ve koordinasyon bulunmuyordu.
- Kamu kaynaklarının etkin ve verimli kullanılmasını sağlamak üzere oluşturulmuş, performans esaslı bütçeleme olmadığı için kamu sağlık hizmetleri finansmanında mali disiplin, hesap verebilirlik ve mali saydamlık oluşturulmamıştı.
- Sağlık hesaplarının rutin olarak tutulmasını ve izlenmesini sağlayan bir, "ulusal sağlık hesabı sistemi" olmadığından, bu hususta doğru verilere ulaşmak imkânsızdı.
- Tüm nüfusu kapsayan bir sosyal güvence sistemi yoktu.
- 112 acil sağlık hizmetleri sigortalı, sigortasız tüm vatandaşlara ücretli idi.
- Yüksek gelir grubunda bulunmayan vatandaşlar, ciddi sağlık sorunu ile karşılaştıklarında (kansere, organ nakli, doğumsal anomali, kalp-damar cerrahisi vb.), ailelerini fakir hale düşürecek sağlık harcaması yapmak zorunda idi.
- Yeşil kartlı vatandaşlarımızın ayaktan tedavilerinde muayene, tetkik ve tahlilleri dahil, diş çekimi,

gözlük ve acil tedavi giderleri ödenmiyordu.

- Hastanede yatan hastalar (sigortalılar dahil), ilaç ve tıbbi malzemeleri kendileri temin etmek zorunda idi ve bunun için çoğu defa ilave ücret ödemeleri gerekiyordu.
- Sağlık hizmeti sunan ve alan kurumların bütçeleri, hiçbir stratejik plana dayanmadan el yordamıyla oluşturuluyordu.
- Farklı sosyal güvenlik kurumlarının (SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı), farklı geri ödeme mekanizmaları vardı. Ortak bir model ve stratejileri yoktu. Sağlık hizmeti sunan kurumlar ile geri ödeme kurumları arasında, metodolojisi ve süresi belirlenmiş ödeme takvimi yoktu.
- Sağlık personeline, işin niteliğine ve niceliğine bakılmaksızın sabit ödeme yapılmaktaydı.
- Birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev yapan pratisyen hekimlerimiz, içinde buldukları çalışma şartları, sosyo-ekonomik durum ve uzmanlık beklentileri nedeniyle kendi hizmetlerine yeterince odaklanamamaktaydı.
- Kentsel alanlarda, özellikle de büyük şehirlerde sağlık ocağı alt yapısı yetersizdi. Daha önce Verem Savaş Dispanseri, Aile Planlaması ve Ana Çocuk Sağlığı Merkezi gibi

özel amaçlı kurulmuş birçok birinci basamak sağlık kuruluşları ya görevlerini tamamlamış, ya da gereken önemi korumada yetersiz kaldıkları için atıl duruma düşmüşlerdir.

- Acil sağlık hizmetleri kentlerde son derece yetersiz ve koordinasyonsuz, kırsalda ise hiç yoktu.
- Kamu hastaneleri bakımsız ve tamamına yakını koğuş tipi odalardan oluşuyordu.
- Kamu ve özele bağlı hastanelerde yoğun bakım, yanık ve yeni doğan gibi birimler hem nitelik, hem de nicelik olarak yok denecek noktaydı.
- Kamu hastaneleri, tıbbi cihaz fakiri idi. Eğitim ve araştırma hastaneleri bile ne yazık ki aynı kaderi paylaşıyordu.
- Sağlık sektöründe insan gücümüzdeki sayısal yetersizliklerin yanında, personelin ülke geneline yayılmasında da dengesizlikler vardı.
- Bilgi sistemlerinin kullanımı tamamen kayıt toplama ve depolama aşamasında kalmış ve böyle olduğu için de bilgi sistemlerinin asıl fonksiyonu olan verinin bilgiye dönüştürülmesi, analiz edilmesi, bu bilginin kullanılması ve yönetime destek olması gibi faydaları sağlanmamıştı. Bu durum, bilgi sistemlerini genellikle bir iş yükü haline getirmişti.

- Sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altında toplanarak, Genel Sağlık Sigortasının kurulması,
- Birinci basamak sağlık hizmetlerinin, aile hekimliği çerçevesinde geliştirilmesi,
- Hastanelerin, özerk sağlık işletmelerine dönüştürülmesi,

• Sağlık Bakanlığının koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik veren, sağlık hizmetlerini planlayıp denetleyen bir yapıya kavuşturulması.

Görüldüğü gibi bu dönem, önemli teorik çalışmalar yapıldığı, ancak bunların yeterince uygulama alanının bulunmadığı bir dönem olmuştur.

2002 yılı sonunda Türk sağlık sisteminin içinde bulunduğu durum, hizmet sunumundan finansmana, insan gücünden bilgi sistemine kadar ilgili birçok alanda köklü değişikliklere gidilmesini gerekli kılmış ve Sağlıkta Dönüşüm Programı'na zemin hazırlanmıştır.

• Sağlık sektörünün “Stratejik Yönetim”i yoktu. Sağlık Bakanlığı, daha çok kendi kurumlarında hizmet vermeye yoğunlaştığından, politika geliştirme ve sektöre yön vermekte yetersizdi.

• Bakanlık, SSK, üniversite hastaneleri, kurum hastaneleri ve özel hastaneler arasında etkili bir koordinasyon olmadığından, hizmet ve yatırım planlamaları toplumsal ihtiyaçlarla paralel yapılmamaktaydı.

• Sağlık sisteminin parçalı yapısı, hasta kayıt sistemlerindeki dağınıklık ve her kurumun kendi sistemini oluşturmaya çalışması, karmaşık bir yapıya yol açmıştı. Birinci basamaktan başlayarak, bireylerinin sağlık kayıtlarının düzenli ve sürekli tutulduğu bir “tıbbi kayıt sistemi” mevcut değildi.

• Sağlık Bakanlığı ve SSK hastaneleri, adeta iki farklı ülkenin sağlık hizmeti sunucuları gibi davranıyordu. Emekli Sandığı, Bağ-Kur, SSK üyeleri gibi farklı sosyal güvenlik kapsamı altındaki kesimlerin, sistemde sadece belirli hastane gruplarından hizmet alabiliyor olması, verimsizliği artırıyordu.

• Kamuda çalışan her dört hekime bir muayene odası düşüyordu, yani diğer üç hekim ile hastaların buluşması mümkün olmuyordu. Diğer taraftan, o muayene odasına ulaşım birkaç dakika muayene olabilmek

için vatandaşlar saatlerce bekliyordu.

• Özel sağlık hizmeti sunucularının kuruluş aşamasında uyması gereken bazı standartlar olmasına rağmen, hizmet süreci ve hizmetin sonuçlarının ölçülmesi yolunda somut adımlar atılmamıştı. Bununla ilişkili olarak, ruhsatlandırma ve akreditasyonla ilgili kavram kargaşası vardı.

• İnsan kaynaklarının planlanması, eğitimi ve kullanımı ayrı ayrı kuruluşlar tarafından yapılmakta (Planlama DPT, Eğitim üniversiteler, istihdam Sağlık Bakanlığı ve SSK), ancak bu kuruluşlar arasında etkili bir koordinasyon sağlanamamakta idi.

• Personel atama ve nakillerinde, şeffaflık ve hakkaniyet yoktu.

• Hemen her paydaş, hekim sayısı ve hemşire sayısının yeterli olduğundan-bazen fazla olduğundan bahsederek yanlış yaklaşım içindeydi.

• Merkez ve taşra yöneticilerinin sağlık hizmet ağının yönetiminde koordinasyonsuzluk ve başboşluk mevcuttu.

• Sağlık politikası geliştirme, sağlık yönetimi, hastane yönetimi ile ilgili yeterli bilgi ve becerilerle donanmış yöneticiler ve bunları yetiştirmeye yönelik eğitim programları, nicelik ve nitelik bakımından yok denecek

kadar azdı.

• İlaçların ruhsatlandırılması, üretimi, fiyatlandırılması, satışı, ihracatı, tanıtımı, kontrolü, araştırma geliştirme faaliyeti, fikri mülkiyet haklarıyla ilgili kamunun haklarını koruyacak çağdaş ve rasyonel düzenlemeler yoktu. İlaça erişimde zorluklar vardı.

• Kamu sağlık hizmeti sunumunda, hizmetten faydalanacak birey, bireyin ihtiyaç, talep ve beklentileri dikkate alınmıyordu. Sağlık, aile ortamında üretildiği gerçeğinden hareketle; birey, “aile sağlığı” kavramı çerçevesinde değerlendirilmeyordu.

• Kamu sağlık hizmeti sunumunda, hayat tarzı ve hastalıktan koruyucu davranış değişikliği programları yoktu.

• Sağlık yöneticilerinin ve çalışanlarının, mesleki algı davranışlarını değiştirecek eğitim programları bulunmuyordu.

• Mevcut sistemden dolayı başta hekimler olmak üzere, sağlık çalışanları meslek onurunu ve hasta haklarını yeterince koruyamadığı için motivasyonları zayıflamış durumdaydı.

• Hekim seçme hakkı, hasta hakları birimi, evde bakım hizmeti yoktu.

## SONUÇ

Bu temel gerçeklerden yola çıkarak, 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulamaya konulmuştur. Program, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirmesi başta olmak üzere geçmiş birikim ve tecrübelerden, son dönemde yürütülen sağlık reformu çalışmalarından ve dünyadaki başarılı örneklerden ilham alınarak hazırlanmıştır.

“Sağlıkta Dönüşüm Programı”; küresel gelişmeleri gözeterek, ülkemizin sosyo-ekonomik gerçeklerine uygun, yapısal, planlı ve sürdürülebilir bir Türkiye modeli olarak hazırlanmış ve bütün vatandaşların ülkenin eşit haklara sahip kişileri olarak sağlık hizmetlerine hakkaniyet içinde erişmelerini gaye edinen, ahlaki anlayış üzerine inşa edilmiştir.

### Kaynaklar

- 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun Gerekçe Metni, 1961
- 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun Metni, 1961
- 58. Hükümet Programı <http://www.byegm.gov.tr/hukumetler/58/hukumet>
- 59. Hükümet Programı <http://www.byegm.gov.tr/hukumetler/59/hukumet>
- 60. Hükümet Programı. <http://www.byegm.gov.tr/hukumetler/60/hukumet>
- Acil Eylem Planı. [www.akparti.org.tr/acileylem.asp](http://www.akparti.org.tr/acileylem.asp)
- Aile Hekimliği Türkiye Modeli. Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2004
- Ailediğ Recep, Nereden Nereye, Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı, Ankara, Temmuz 2007
- Ailediğ Recep, İlerleme Raporu, Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı, Ankara, Ağustos 2008
- Demirel, Hüseyin. 1946-1960 Arası Sağlık Politikaları ve Sağlıkta Planlama, Medipolitan Eğitim ve Sağlık Vakfı Yayınları İstanbul, 2008
- Dinçer, Ömer, Cevdet Yılmaz, Kanun Yürütmesinde Yeniden Yapılandırma, Değişimin Yönetimi İçin Yönetimde Değişim, Başbakanlık Basımevi, Ankara, 2003 s.29
- Dünya Sağlık Örgütü web sayfası [www.who.int](http://www.who.int), (Erişim Tarihi: 25.08.2008)
- Dünya Sağlık Örgütü, 21. Yüzyılda Herkesin Sağlık, Copenhagen: WHO Publications, 1998
- Dünya Sağlık Örgütü, Global Burden of Disease Study, WHO Publication, Switzerland, 2008
- Fişek N. Halk Sağlığına Giriş, Hacettepe Üniversitesi Yayını, 1985
- Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Bakanlığının Değişen Rolü, Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2007
- Herkesin Sağlık, Türkiye'nin Hedef ve Stratejileri-Sağlık 21, Ankara: Sağlık Bakanlığı
- Yayınları, 2001
- Improving Health Systems: The Contribution of Family Medicine. WONCA, 2002
- Kanun İdareleri İçin Stratejik Planlama Kılavuzu 2.sürüm, DPT, Haziran 2006
- Kanun Hastane Birlikleri Rölü Uygulanması Hakkında Kanun Tasarısı. [www.saglikbakanligi.gov.tr/doc/kanunlar/kamunhastaneleri/101-1249.do](http://www.saglikbakanligi.gov.tr/doc/kanunlar/kamunhastaneleri/101-1249.do)

- Kanun Yürütmesi Temel Kanunu Tasarısı. <http://www.tbmm.gov.tr/sirasayilidonem/224/101/101349m.htm>
- Küresel Tüberküloz Kontrolü 2008, DSÖ, 2008
- OECD Health Data, OECD Publications, 2001
- OECD Sağlık Hesapları Sistemine Göre Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları 1999-2000
- SB RSHMB, Hifzısıhha Mektebi Müdürlüğü, 2004
- Özcan, S.H., Cumhuriyet Dönemi Sağlık Politikaları ve Sağlıkta Yeniden Yapılandırma, Türkiye Sorunlarına Çözüm Konferansı-11 "Cumhuriyet'in Kazanımları" 26-28 Ekim 1995 Ankara, Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara, 2000
- Roberts, Mark J., Hsiao, W. Getting Health Reform Right, 2008
- Sağlık 2003, Sağlık Bakanlığı Faaliyet Raporu, Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2004
- Sağlık 2004, Sağlık Bakanlığı Faaliyet Raporu, Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2005
- Sağlık 2005, Sağlık Bakanlığı Faaliyet Raporu, Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2006
- Sağlık 2006, Sağlık Bakanlığı Faaliyet Raporu, Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2007
- Sağlıkta Dönüşüm Programı, Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2003
- Sağlıkta e-Dönüşüm, Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2007
- Sağlıkta Performans Yönetimi ve Performansa Göre Ödeme Sistemi, Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2005
- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008 Ön Rapor Sonuçları. [http://www.hps.hacettepe.edu.tr/arsa2008/data/arsa-2008-on\\_rapor\\_melodoloji.pdf](http://www.hps.hacettepe.edu.tr/arsa2008/data/arsa-2008-on_rapor_melodoloji.pdf)
- Türkiye Cumhuriyeti Anayasası, 1982
- Türkiye Cumhuriyeti Dolunucu Kararname Planı 2007-2012, DPT, Ankara, 2006
- Türkiye Ulusal Hastalık Yükü ve Maliyet Etkilik Çalışması (UHY-ME), 2003
- Türkiye'de Verem Savaş, 2008 Raporu, Sağlık Bakanlığı, 24 Mart 2008
- Ulusal Sağlık Hesapları, 2003 (Sağlık Bakanlığı Yayınlanmamış Rapor)



# Sağlıkta Dönüşümün Hekimlere Etkileri

Yrd. Doç. Dr. Mithat GÜNAYDIN  
Samsun Tabip Odası Başkanı

**Hekimlik baskı altında yapılabilecek bir meslek değildir. Parasal baskı, kötü uygulama korkusu, yönetsel baskı da dahil olmak üzere her türlü baskı, iyi hekimlik uygulamasına zarar vermektedir. İyi hekimlik, ancak hekimin vicdanı özgür hale geldiğinde yapılabilir.**

Sağlıkta dönüşüm hekimleri nasıl etkiledi? sorusunun aşında bir tek cevabı var. "DERİNDEN". Evet sağlıkta dönüşüm adı altında yapılanlar uygulayanları, hastaları memnun etti, ancak bu dönüşümün başarısında en büyük katkısı olan

hekimler sağlıkta dönüşümün mağduru oldu. Bu dönüşüm, hekimlerin hayatlarını alt üst etti ve uygulamalar sanki hekimler bu sistemin içinde değilmiş gibi planlandı. Sonuç itibarıyla, mesleğine küsmüş, defansif tıp uygulayan, mutsuz, çocuğunu

hekim yapmak istemeyen hekimlerin oranı % 90'lara ulaştı. Sağlıkta dönüşümün hekim ayağı eksik kaldı.

Hekimlik baskı altında yapılabilecek bir meslek değildir. Parasal baskı, kötü uygulama korkusu, yö-

**Hasta hakları birimleri ve SABİM; hekimlere hakaret, darp ve öldürme hakkına dönüştü. Hastaları için gece-gündüz, Cumartesi- Pazar fedakârca çalışan hekimlerin bu fedakarlığı, mecburiyet olarak gösterildi. Memur muamelesi yapıp, memur değilmiş gibi hizmet bekledi. Hekimler; sarf edilen sözler, kamuoyunda hekimleri küçük düşüren politikalarla mesleklerinden soğutuldu. Sonuç olarak, hekimler öldürülür hale geldi.**



netisel baskı da dahil olmak üzere her türlü baskı, iyi hekimlik uygulamasına zarar vermektedir. İyi hekimlik, ancak hekimin vicdanı özgür hale geldiğinde yapılabilir.

Hasta hakları birimleri ve SABİM; hekimlere hakaret, darp ve öldürme hakkına dönüştü. Hastaları için gece-gündüz, Cumartesi- Pazar fedakârca çalışan hekimlerin bu fedakarlığı, mecburiyet olarak gösterildi. Memur muamelesi yapıp, memur değilmiş gibi hizmet bekledi. Hekimler; sarf edilen sözler, kamuoyunda hekimleri küçük düşüren politikalarla mesleklerinden soğutuldu. Sonuç olarak, hekimler öldürülür hale geldi.

Sağlıkta dönüşüm ile uygulamaya konulan zorunlu mesleki sigortayla, hekimleri kolayca şikâyet eden hasta ve hasta sahipleri, hekimin yaptığı ameliyat ve girişimlerde çıkabilen en ufak bir komplikasyonda, hekimi dava eder hale geldi. Bazı fırsatçılar, hekimlerin zaten sigortası var deyip, hastaların dava açmasını teşvik eder hale getirdi.

Bir hekime dava açıldığında, hekim o davadan bir şey çıkmayacağını tahmin etse bile, ülkemizde yıllarca süren dava süreçleri göz önüne alındığında, o hekimin 3-5 senesi zehir oldu. Bazen de hekimler hastalarını kurtarmak için yaptıkları girişimlerden, "tıbben istenmesine dahi gerek olmadığı halde", istemediği bir tetkikten dolayı binlerce lira tazminata mahkûm edildi. Bu durumu yaşayan meslektaşlarını gören diğer hekimler, artık kendini garantiye alabilmek için "defansif tıp" olarak birçok lüzumsuz tetkik ister, yapabileceği girişim ve ameliyatları daha ileri merkezlere gönderir hale geldi. Sonuç olarak, bu durumda hekimler mutsuzluğa, hastalar mağduriyete, devlet ise maddi kayba uğradı.

Performans sistemi hekimler adına iyi bir girişim gibi görülse de, hekimlerin gelirinin %75'inden fazlasını bu yolla vermeye kalkan bu sistem, motivasyonu çok fazla düşürmezken; tıbbi etiği, bürokratik işlemleri ve çalışma barışını olumsuz etkiledi. Yapılan muayene, ameliyat ve diğer uygulamaların sayısı arttı,

hastaya ayrılan süre kısıtlandı. Nitelik kaygısı azaldı, nicelik ön plana geçti. Endikasyonlar değişti. Puan kaybına uğramamak için hekim izin alamaz, tatil yapamaz hale geldi. Performans sistemi; bir işlemin bir hastanede başka, diğer hastanede başka karşılığı olduğu, kazandığımız puanın bir ay başka, bir diğer ay başka gelir getirdiği, aynı ücretleri kazanabilmek için gittikçe daha çok puan üretmek zorunda kaldığımız ve yapılan girişimlerin puanlamasında dengesiz, karmaşık, yapılan birçok girişimin karşılığı bulunamayan bir sistem haline geldi, başlangıçta hekimler arasında taraftar bulurken, bu desteğini de kaybetti. Muayenehaneler kapatılarak, hasta ile hekim arasından kaldırılmak istenen paranın yerini, puan aldı.

Üniversite hastanelerinde uygulamaya konulan performansa dayalı döner sermaye ödemesi, öğrenci ve asistan eğitimini, yapılan işin çeşitliliğini, akademik faaliyetleri olumsuz etkiledi. Sistem, üniversitelerin gelirlerini düşürürken, giderlerde bir değişiklik olmadı. Üniversite hasta-

nelerinde dağıtılan döner sermaye miktarları azaldı. Öğretim üyeleri puan peşinde koşar hale geldi. Bir kısmı da özel sektöre geçmeyi veya muayenehane açmayı tercih etti. Hastalar, bu öğretim üyelerine ameliyat olabilmek için özel hastanelere binlerce lira ödemek zorunda kaldı. Tamgün Yasası, hekimlerin görüşleri alınmadan hazırlandı. Eş değer mesleklere göre çok gerilerde kalmış sabit maaş gelirleri artırılmadan, yukarıda sözünü ettiğim, çarpık performans uygulamasıyla hekimler tam gün çalışmaya zorlandı. Emekliliğe yansımayan döner sermaye gelirleri nedeniyle, hekimler emekli olamaz hale geldi.

Adına aile hekimliği denilen uygulama, aslında eski sağlık ocağı sisteminin, hastaların hekimlere paylaştırılması ve sistemin otomasyona geçişinden başka bir şey değildi. Başlangıçta, pratisyen hekimlere şahsiyet ve gelir artışı sağlar gibi görünen uygulama; getirdiği iş yüküyle, aile hekimlerinin statüsünün ne olduğunun belirlenememesiyle,

gelirlerin “gözünün üstünde kaşın var” yaklaşımıyla kesilerek azaltılmasıyla, aile hekimlerini de mutsuz etti. Halbuki, aile hekimliğindeki övülen başarı, bizzat bu işi uygulayan aile hekimlerindendi.

Bütün hekimlerin en büyük kaygısı belirsizliktir. Sağlıkta dönüşüm sürecinde hekimler; geleceğini göremeyen, yarınına yatırım yapamayan, bugünden yarına değişen kanun ve yönetmeliklerle hayatına yön veremeyen, müşteri konumuna getirilen hastalarına sınırsız hizmet etmeye zorlanan bir meslek grubu haline getirildi.

Bütün bunların yanında birçok uygulamayı boşa çıkaran, hastanelerin işletimi için iyi gibi görünen, ancak çalışanlar ve özellikle hekimlerin yakın gelecekteki durumu hakkında birçok soru işareti barındıran “Kamu Hastaneleri Birlikleri” kuruldu ve işlemeye başladı. Baskı altında kalacakmış gibi görünen “sözleşmeli yöneticilerin”, sabah imza föyünün kontrolüyle başladığı

uygulama, hekimlerin belirsizliğine belirsizlik kattı.

Sonuç olarak, sağlıkta dönüşüm çarkı içinde hekimlik mesleği, aile hekiminden kamuda çalışanlara, öğretim üyelerinden asistanlara, özel hastane hekimlerinden, muayenehane çalıştıran hekimlere kadar karamsar, mutsuz, geleceğini göremeyen, birbirinin derdini anlamayan bir meslek haline geldi. Hekimler, “Alinteri teşekkürsüz ödenemeyecek” olan bir mesleğin sadece gururunu taşıyan, ancak yaptığı hizmet karşılığında çoğu zaman hakarete maruz kalan bir duruma geldi.

*“ÇARESİZ KALDIĞINIZDA BİLİN Kİ, ÇARE SİZSİNİZ”* anlayışını benimseyemeyen hekimler, maalesef birlik beraberlik gösterememekte, hekimlik kimliğini ön plana çıkararak beraber hareket edememektedir. Unutmayalım ki; rüzgarın yönünü belirleyemeyiz, ama geminin yönünü değiştirebiliriz. Sağlıcakla kalın.

**“Çaresiz Kaldığınızda Bilin Ki, Çare Sizersiniz.”**  
anlayışını benimseyemeyen hekimler, maalesef birlik beraberlik gösterememekte, hekimlik kimliğini ön plana çıkararak beraber hareket edememektedir. Unutmayalım ki; rüzgarın yönünü belirleyemeyiz, ama geminin yönünü değiştirebiliriz.

# Sağlıkta Dönüşüm ve Devlet Hastaneleri

**Dr. Kazım SARICI**

*Eskişehir Devlet Hastanesi Hastane Yöneticisi  
Nöroloji Uzmanı*

**Zaman çabucak geçip gidiyor...Geçip giden zaman içinde, içinden çıkılmaz gibi görünen sektör problemlerinin bir bir çözüldüğüne şahit olduk.Hatta bu problemlerin bir çoğu, bizler için bile eskidi, unutulup gitti. Yeniler ise bambaşka bir fanusun içinde hayatlarına başladılar.**

Zaman çabucak geçip gidiyor... Geçip giden zaman içinde, içinden çıkılmaz gibi görünen sektör problemlerinin bir bir çözüldüğüne şahit olduk.Hatta bu problemlerin bir çoğu, bizler için bile eskidi, unutulup gitti. Yeniler ise bambaşka bir fanusun içinde hayatlarına başladılar.

Birkaç gün önce, yakın bir ülkeye resmi bir gezimiz oldu. Gezdiğimiz her kurum, gördüğümüz her

manzara bizi eskilere götürdü. Her birimiz, "Tıpkı bizim eski halimiz" gibi itiraflarda bulunduk. Sanki, tarih içinde bir gezinti yaptık. Sağlıkta ne büyük mesafelerin alındığını, hafızalarımızı tazeleyerek yeniden yaşadık...Sistemi olmayan bir sistem. İçi boş hastaneler, hizmet karşılığı alınan bahşişler, hastanelerden daha donanımlı muayenehaneler, ilacı, tedavisi karşılanmayan hastalar, geleceğini ülkesinde göremeyen ve kaçmaya çalışan çiçeği burnunda

sağlık çalışanları ...Liste uzayıp gidiyor. İmrenilerek bakılan bir ülke olmaksızın, bize gurur veriyor...

Gecenin bir yarısında servis koridorunda sedyede bir hasta. Yoğun bakım ihtiyacı var, ancak biz hasta yatağı bile bulamıyoruz. İstanbul nöroloji camiası anlaşmış; hiçbir hasta, yeri bulunmadan hastane dışına sevk edilmiyor. Devletin hastaneleri dolu. Fakülte hastanesi var, ancak eşref saatini beklemek



gerekiyor. Saati gelse bile, daha kapıdaiken imzalamanız gereken yüklü bir senetle yüzleşiyorsunuz. Özel hastane...geceliği iki bin dolardan başlıyor. İşte, bu çaresizlik içinde hasta yakını bu bedeli bile nimet kabul ediyor, sineye çekiyor. "Hele bir gidelim, para bulunur nasıl olsa"... Bu arada, yüksek yerlerden telefonlar geliyor. Bir hasta yakını, sizin çaresizliğinizi umursamazlık olarak algılıyor. Ardından, televizyonun çok tanınan savaş muhabirinin kamera-

larıyla acilden giriş yaptığını öğreniyorsunuz. Hastayı çaresizce sedye üzerinde yoğun bakım yataklarının arasına sıkıştırıveriyorsunuz...Bu kaçınçlı sıkışan sedye, kimsenin haberi olmuyor. Derken, televizyonlara konu oluyorsunuz. "Flaşş! Muhabirimiz gelince yok deneni yatak bulundu. Nasıl da bulundu?" Yoğun bakım içinde, sedyelerden zor hareket ediliyor. Yoğun bakım dediğin... Zar zor çalışan bir kaç monitör ve bir aspiratörden ibaret..Şayet solu-

num desteği gerekirse,ambu nöbeti başlıyor.Bir siz -bir hemşire, bir siz-bir hemşire.Arada bir de, yetiştirdiğiniz aklı başında bir hasta yakını. Bazen öyle oluyor ki, hasta yakınının bile elindeki ambudan usandığını hissediyorsunuz...

Aynı koridor...Yine bir gece yarısı. Perişanlığı her halinden belli bizim insanlarımız. Her biri sedyenin bir köşesinden tutmuş. Taa Ağrı'dan Avrupa yakasının bir eğitim hasta-

**Hastaneler belli standartlar içerse de, her birinin nevi şahsına münhasır dinamikleri vardır. Aynı otomasyonun, birçok hastanede farklı kılıklara bürünmesi de bundandır. Şu günlerde hissedilen; hizmetlerdeki standartlaşmanın, kurum kimliğine de sirayet ettirilmesidir. Kurumların kimliklerini standartlaştırmak, tek tipleştirmek, kurumları sıradanlaştırmaya götürecektir. Kurumu için çalışma, kurumunun bayrağını daha ileriye taşıma duygusu, çalışan için önemli bir motivasyon aracıdır. Ortada taşınacak bir bayrak bırakmamak, önemli bir aracı kaybetmek demektir. Kurumların bir kısmının istenilen seviyeyi yakalayamamış olması, tamamını aynı renge boyamamızı netice vermemelidir. Aynı mevzuatla diğerine göre çok gerilerde kalan kurum, aynı boya küpüne de daldırılrsa rengini ergeç atacaktır.**

nesine gelmiş. Kara ambulansıyla!.. Bütün anadoluyu boylu boyunca katetmiş. Anadolu yakasının eğitim hastanelerini de aşmış, bin bir meşakketle sizin servisimize kendini bırakvermiş. Bunca yol boyunca kendisini kabul edecek bir kurum bulamamış. Bunca yol boyunca varlığından yalnızca kendisini getiren ambulansın personeli haberdar olmuş. Serviste yeriniz olmasa bile, bu çileye bir çare bulmak için elinizden ne gelse yapıyorsunuz.

Her şey ateş pahası. Hastalık servet tüketiyor. Onuncu gününde bir yoğun bakım hastası. Özel hastanede. Artık takati kalmamış, elde avuçta ne varsa harcanmış. Devletin hastanesinde tedavinin devam ettirileceği bir yer arıyor. Hatırı sayılır kişiler araya giriyor. Ancak nafile...sırasını beklemek zorunda. Tüm donanımsızlığına rağmen yoğun bakımlar...Hekimin kaygısını gidermekten öteye geçemeyen bakım üniteleri.

Elinde yeşil kartıyla bir adam. Asistan hekimle kavga ediyor. Geçmiş tarihe, 300 gm aspirin yazdırmak istiyor. Olumsuz cevaba öfkeyle karşılık veriyor. Bunun hesabını soracağı tehdidiyle, hışımla ayrılıyor odadan. Asistan, adamın mercedesine binip gidişini seyrediyor. Kahrediyor. Çalışma saatini aldığı ücretle kıyaslıyor. Asgari ücretin altında kaldığına kendisi de hayret ediyor.

Hastanede, ileri tam imkânları yok. Ancak, nedense küçük muayenehanelere sığıveriyor onca cihaz. Tetkikler dış merkezde yapılmak zorunda. Nöroloji bu, tetkiksiz olmaz. Hasta çaresiz boynunu büküyor. Merkezler tetkik başına "teşvik desteği" veriyor. Asistanlar anlaşmışlar, bu imkânı parası olmayan çaresiz hastalar için kullanıyorlar. "Abii çek bir MR GRATIS olsun."

Bütün bu dönüp duran hikayeler, günler, aylar ve yıllar boyunca binlerce ,on binlerce kez yaşanıp duruyor. Sistemin çıldırtıcılığı içinde hekimler..Fedakar hekimler, hastası için derman olmaya çalışıyor, çarpınıyor...

Sağlıkta dönüşüm...Veya siz ne dersenez adına. Biz çalışanların hayatında ne kadar çok şeyi değiştirdiğini, dünyanın birçok yerinde yok zannettiğiniz problemlerin, hala yaşandığını gördüğünüzde anlıyorsunuz.

Bu yazının, bir tahlil yazısı olmasını arzu etmiştim. Ancak taze duygular beni başka mecralara sürükledi. Yine de birkaç kelam etmek gerekirse:

Çok iyi şeyler yapılmıştır. Daha da iyisinin yapılacağına herkesin inancı vardır.

### **Şu Günlerde Beliren Bir Tehlike: Standartlaşmanın Silikleştirmesi**

Hastaneler belli standartlar içerse de, her birinin nevi şahsına münhasır dinamikleri vardır. Aynı otomasyonun, birçok hastanede farklı kılıklara bürünmesi de bundandır. Şu günlerde hissedilen; hizmetlerdeki standartlaşmanın, kurum kimliğine de sirayet ettirilmesidir. Kurumların kimliklerini standartlaştırmak, tek tipleştirmek, kurum-

ları sıradanlaştırmaya götürecektir. Kurumu için çalışma, kurumunun bayrağını daha ileriye taşıma duygusu, çalışan için önemli bir motivasyon aracıdır. Ortada taşınacak bir bayrak bırakmamak, önemli bir aracı kaybetmek demektir. Kurumların bir kısmının istenilen seviyeyi yakalayamamış olması, tamamını aynı renge boyamamızı netice vermemelidir. Aynı mevzuatla diğeri-ne göre çok gerilerde kalan kurum, aynı boya küpüne de daldırılrsa rengini er-geç atacaktır.

### **Samimiyet, İyi Niyet**

İyi niyet tesis ettirir. Kötüyü düşünmek ise idame. Kaynak olmadan sağlık hizmetlerinin istenilen seviyede verilemeyeceği açıktır. Ancak ben, ülkemiz hastanelerinde ve top yekün sağlık hizmetlerinde elde edilen başarımın, mevcut maddi kaynaklarla izah edilemeyeceği inancındayım. İyi niyetin, samimi ve yapıcı hizmet anlayışının her şeyin üstünde olduğunu düşünenlerdenim. Bu anlayışı kaybetmenin ise; bir gün her şeyin ters yüz olup gerisin geriye gitmesine sebep olacağı kanaatini taşımaktayım.

**İyi niyet tesis ettirir. Kötüyü düşünmek ise idame. Kaynak olmadan sağlık hizmetlerinin istenilen seviyede verilemeyeceği açıktır. Ancak ben, ülkemiz hastanelerinde ve top yekün sağlık hizmetlerinde elde edilen başarımın, mevcut maddi kaynaklarla izah edilemeyeceği inancındayım. İyi niyetin, samimi ve yapıcı hizmet anlayışının her şeyin üstünde olduğunu düşünenlerdenim. Bu anlayışı kaybetmenin ise; bir gün her şeyin ters yüz olup gerisin geriye gitmesine sebep olacağı kanaatini taşımaktayım.**



## 10 Yılda Birinci Basamak

**Sağlıkta Dönüşüm Programının onuncu yılına yaklaşan önümüzdeki günler için sağlık sektörü ile ilgili herkes iyi kötü hesaplar yapıyor, kimi kendileri ile kimi ise başkaları ile hesaplaşmalara başlıyor. Bu on yıl içinde, sağlık sektörümüz ve sağlık sistemimiz için “Kabuk değiştirdi, alt üst oldu, memnuniyet çok iyi, aslında çok kötü oldu da siz daha göremiyorsunuz, bu iş böyle sürdürülemez”, diye pek çok yorumlar yapıldı, önümüzdeki yıllarda da benzer konular çok konuşulacak.**



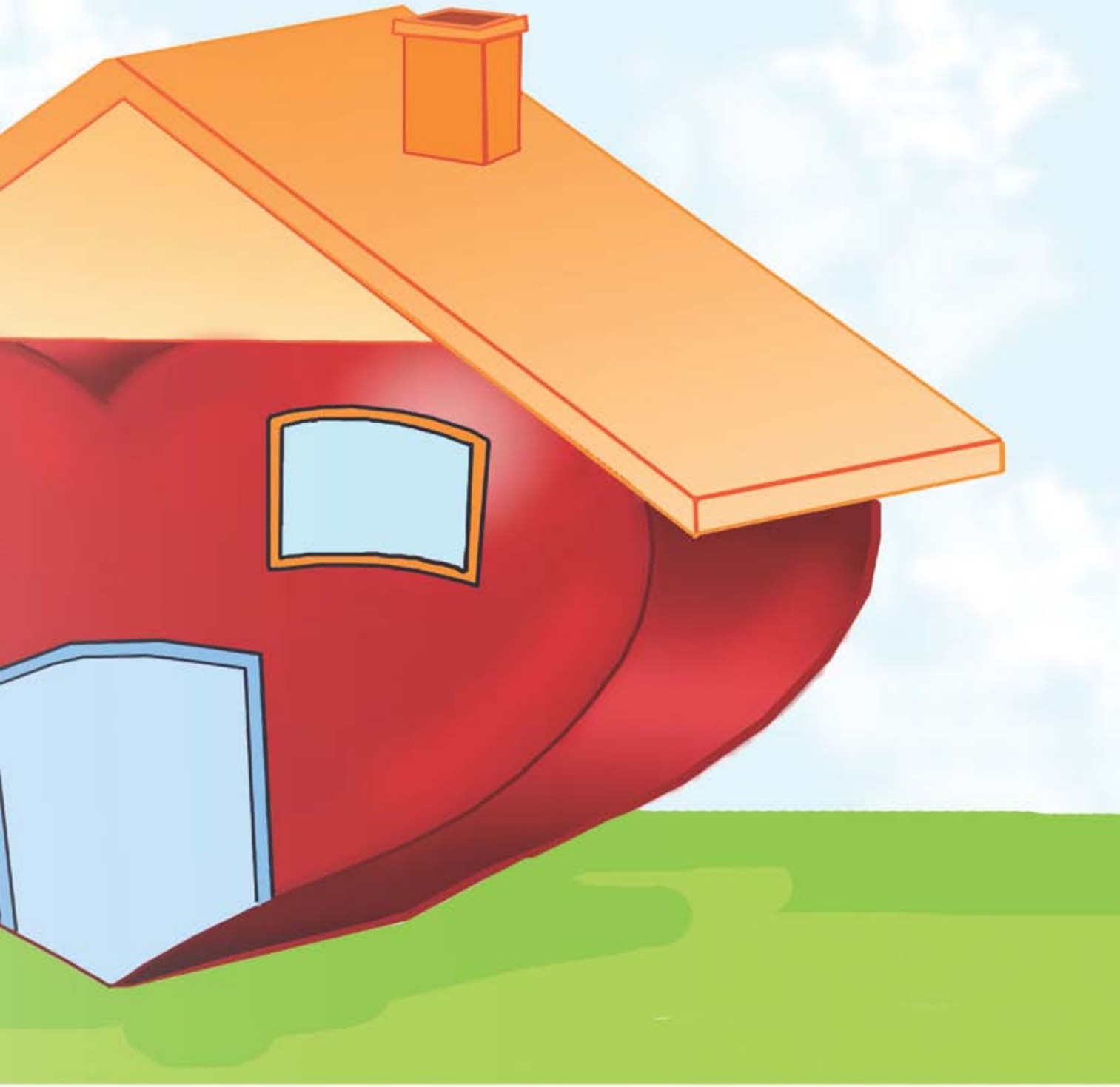
**Uzm. Dr. Sinan KORUKLUOĞLU**  
Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi  
Aile Hekimliği Uzmanı

Sağlıkta Dönüşüm Programının onuncu yılına yaklaşan önümüzdeki günler için sağlık sektörü ile ilgili herkes iyi kötü hesaplar yapıyor, kimi kendileri ile kimi ise başkaları ile hesaplaşmalara başlıyor. Bu on yıl içinde, sağlık sektörümüz ve sağlık sistemimiz için

“Kabuk değiştirdi, alt üst oldu, memnuniyet çok iyi, aslında çok kötü oldu da siz daha göremiyorsunuz, bu iş böyle sürdürülemez”, diye pek çok yorumlar yapıldı, önümüzdeki yıllarda da benzer konular çok konuşulacak.

Ülke içinde tüm söylenenler ne olursa olsun, bu program ile ortaya konulan işler dünyada dikkat çekti, hiç de az olmayan sayıda uluslararası yayın yapıldı, ülke içinde pek çok makale yazıldı, sayısı kestirilemeyecek miktarda haber, köşe yazısı, televizyon ve





radio programı yapıldı. Google’da, “Sağlıkta Dönüşüm Programı” kelimelerinin her üçü yan yana olacak şekilde aratırıldığında çıkan 100 bine yakın sonuç, internet üzerinde bu konunun ne kadar gündemde olduğunun da bir başka göstergesi. Bu program

çerçevesinde yapılan değişiklikler, sağlık sektörü ile uzaktan yakından ilgisi olan tüm sektörlerde, bir hareketlenmeye ve bu değişikliklere ayak uydurmak için kendini yenileme gayretine yol açtı. Bu yazı, bu dönem içinde birinci basamakta neler olduğunu sizlere topar-

lama gayreti ile yazılmış bir yazı. Çünkü, değişikliklerin hepsini tek tek incelemek, ne bu kadar kısıtlı sayfa içinde mümkün, ne de bu saturaların yazarı bu kadar büyük bir iddiaya sahip değil.



**Sağlık ocakları yıllar boyunca çok büyük hizmetler ve başarılar kazanmıştı, ama artık bu yapı içinde; çalışanların motivasyon ve prestij kaybı, organizasyon yapısı içinde atıl insan gücü oluşması, vatandaşın bu merkezlerden sonuç alacağına dair inancının azalması gibi sebepler ile özellikle şehirlerde hak ettikleri başarıyı bir türlü gösteremiyorlardı. Bu nedenle, birinci basamak sağlık hizmetlerinin daha çağdaş bir yapıya kavuşturulması amacıyla, aile hekimliği uygulamasına geçildi.**

On yıl önceki sağlık sisteminin fotoğrafını çekerek kıyaslama yapmak, aslında en kolayı, ama o günleri pek çoğumuz içinde yaşayarak gördük. Günümüzde yine sorunsuz bir sistem var demek mümkün değil; ama sorunların kaynağının çoğunun kaynak noktası yine sistem, ama artık basit müdahalelerle bile çözülebilecek sorunlar nedeniyle mağduriyetler daha az görülüyor. Basit sorunları çözdükçe karşılaşılan sorunlar, daha büyük ve zor olduğu için oluşan moral bozukluğu ve şevk kırılması daha büyük gibi hissediliyor.

“Birinci basamakta, on yıl öncesi ile bugün arasında ne fark var?” sorusunun cevabı, aslında tek şekilde veriliyor: Aile hekimliği. Cevabın tek olması, aslında bu sahada yaşanan değişimin niteliğini de, niceliğini de açıklamaya yeterli değil. Birinci basamakta aile hekimliği uygulamasının başlangıcı, aslında çok kısır bir tartışma ile başladı, aile hekimliği mi, genel pratisyenlik mi? Kavramın adının ne olduğu, aslında ideolo-

jik bir platform savaşı idi. Birinci basamak sağlık hizmetinin adının ABD’de aile hekimliği olması, ama Avrupa ülkelerinin çoğunda genel pratisyenlik olması, aslında yapılması gereken işlerin vasfını değiştirmiyordu. Hizmetlerin finansmanının nasıl yapılacağı tartışmaları çerçevesinde yürütülmesi gereken çalışmalar, isim seviyesinde ideolojik boyutta çözümsüz hale getirilmişti.

Sağlık ocakları yıllar boyunca çok büyük hizmetler ve başarılar kazanmıştı, ama artık bu yapı içinde; çalışanların motivasyon ve prestij kaybı, organizasyon yapısı içinde atıl insan gücü oluşması, vatandaşın bu merkezlerden sonuç alacağına dair inancının azalması gibi sebepler ile özellikle şehirlerde hak ettikleri başarıyı bir türlü gösteremiyorlardı. Bu nedenle, birinci basamak sağlık hizmetlerinin daha çağdaş bir yapıya kavuşturulması amacıyla, aile hekimliği uygulamasına geçildi.

Bu uygulamanın, sağlık ocağı

uygulamasından en önemli farkı; bir merkezdeki sağlık personelinin tamamının, bir bölgedeki insanların tümünün sağlığından sorumlu olması yerine, bir hekim ve hala ismi çok tartışılan aile sağlığı elemanı adı verilen bir hemşire, ebe veya sağlık memurundan oluşan bir ekibin, yaklaşık 3.000 kişinin sağlığından sorumlu olması idi. Ayrıca, sağlık ocağının yine üzerindeki halk sağlığı ile ilgili genel hizmet ve denetim yükümlülüklerinin de bu ekip üzerinden alınması hedeflenmişti. Bu çerçevede de, çalışanların özlük haklarının da iyileştirilmeye çalışılması unutulmamıştı. Sağlık hizmetlerinin ilk giriş yeri olarak aile hekimlerinin olması isteniyor, etkili ve verimli bir sevk zinciri uygulaması ile hastanelerin yükünün de hafifletilmesi amaçlanıyordu. Tabii ki bu kadar hedefin yanında, sağlık harcamalarının verimli halde yürütülmesi de unutulmamıştı. Günümüze geldiğimizde, durumun ne olduğunu ve hedeflenen noktaların neresinde olduğuna bir bakılması ve yeniden bir değerlendirilmesi

dirme yapılması geleceği de planlama açısından önem arz etmekte.

Aile hekimliğinde en önemli hedeflerden birisi, vatandaşların birinci basamak sağlık kuruluşuna, adındaki gibi ilk başvurması idi. On yıllık dönemde birinci basamakta yapılan muayene oranı %38'den, %48'e ulaştı. Hekime başvuru sayısındaki mutlak artış da hesaba katarsak, birinci basamağın muayene sayısı 70 milyondan 240 milyona ulaştı. Neredeyse aynı sayıdaki insan gücü ile hizmet kapasitesinin yükseltilmesi, aslında büyük bir başarı. Ancak, ülkemiz için ilk başta hedeflenen, hekim başına bağlı kişi sayısının 3.000 olması. Bu sayı, gelişmiş ülkelerin neredeyse iki katına denk gelmektedir, zorunluluklar nedeniyle 4.000'e çıkması, aslında aile hekimlerinin baş etmekte çok zorlanacağı bir yük anlamına da gelmektedir.

Yine, birinci basamakta yapılması gereken, ama eskiden çeşitli nedenlerle hastanelere yük olarak devredilmiş olan aşılama, bebek takibi, gebe takibi gibi görevler de artık aile sağlığı merkezlerinin tamamıyla yürüttüğü görevler haline gelmiştir. Bu alanda elde edilen takip oranlarının yüksekliği, aşılama oranlarının neredeyse tamamıyla yürüttüğü görevler haline gelmiştir. Bu alanda elde edilen takip oranlarının yüksekliği, aşılama oranlarının neredeyse tamamıyla yürüttüğü görevler haline gelmiştir. Bu alanda elde edilen takip oranlarının yüksekliği, aşılama oranlarının neredeyse tamamıyla yürüttüğü görevler haline gelmiştir.

Bu kadar yoğun çalışma ve başarının yanında, maalesef ilk başta konulan hedeflerin hala birçoğundan uzakta kalınmışsa da, bazı hedeflerden zaman içinde sapılması da, birinci basamak çalışmalarının zaferine gölge düşürmektedir. En başta, aile sağlığı merkezlerinin tamamlayıcısı olan

toplum sağlığı merkezleri hala organizasyonlarını tamamlayamamışlardır. Bu nedenle, esasen toplum sağlığı merkezleri tarafından yürütülmesi gereken bazı görevler, çeşitli mevzuat düzenlemeleri ile aile sağlığı merkezlerine görev olarak verilmekte, bu da aile sağlığı ekiplerinin ağır iş yükünü daha da ağırlaştırmakta, çalışma şevklerini kırmaktadır. En son verilen, hastanelerde nöbet tutma görevi, aile sağlığı hizmetlerinin tüm mantığına aykırı bir görev olarak bu ekiplerin karşısına çıkmaktadır. Ayrıca, toplum sağlığı merkezlerinin aile sağlığı merkezlerini denetleme yetkisi, bazı yerlerde istismar edilmekte ve bir makinenin dişlileri gibi çalışması gereken bu iki ekip arasında, çoğu zaman gereksiz ve anlamsız çekişmelere yol açmaktadır.

Aile hekimliği, gelişmiş ülkelerde uzmanlık seviyesinde sunulan

**Aile hekimliği, gelişmiş ülkelerde uzmanlık seviyesinde sunulan bir hizmettir. Ülkemizde, mecburiyetten lisans seviyesinde verilmeye başlanan bu hizmette, ilk başta hizmet içi eğitimlerle kalitenin arttırılması ve zamanla bu hizmetin uzman hekimlerce verilmesi hedeflenmişken; hizmet içi eğitimler geçen bunca zamana rağmen başlatılamamış, zamanla bu görevi devralacak uzman hekim yetişmesi için de yeterli asistanlık kadroları açılmamıştır. Bu yaklaşım, ülkemizin bu alanda gelişmiş ülkeler ligine girmesine gelecekte engel olacak bir durumdur.**



bir hizmettir. Ülkemizde, mecburiyetten lisans seviyesinde verilme-ye başlanan bu hizmette, ilk başta hizmet içi eğitimlerle kalitenin artırılması ve zamanla bu hizmetin uzman hekimlerce verilmesi hedeflenmişken; hizmet içi eğitimler geçen bunca zamana rağmen başlatılmamış, zamanla bu görevi devralacak uzman hekim yetişmesi için de yeterli asistanlık kadroları açılmamıştır. Bu yaklaşım, ülkemizin bu alanda gelişmiş ülkeler ligine girmesine gelecekte engel olacak bir durumdur.

Aile hekimlerine ilk başta sağlanan ücret iyileştirmelerinin, aile sağlığı elemanlarına aynı ölçüde yansıtılmamış olması da, hizmeti yürüten ekipler içinde zaman zaman dile getirilen sancılı bir durumdur. Pek çok hastane uzmanının aldığı ücretin, aile hekimlerinin ücretinin altında kalması ise saha ile klinisyenler arasında bir gerginliğe sebep olmaktadır. Hastane hekimleri aleyhine olan bu

dengeyin de telafi edilmesi, birinci ve ikinci basamak ilişkilerini ve işbirliğini artırıcı etki gösterecektir.

Geçen on yıl içinde sevk zinciri oluşturulamamıştır. Bu konuda bir girişimde bulunulsa da, sevk mecburiyetinin konulması, beklenildiği üzere aile sağlığı merkezlerini kitlemiş ve eski sağlık ocakları gibi birer sevk merkezine dönüşmesine yol açmıştır. Aile hekimi başına düşen nüfus makul bir sayıya inmeden, sevk zincirinin oluşturulması mümkün gözükmemektedir. Bu aşamaya kadar, birinci basamakta çözülebilecek sorunlar hem aile sağlığı merkezlerinde, hem de hastanelerde müştereken çözülmeye devam edecek gibi görünmektedir.

Aile sağlığı elemanlarının performans göstergelerinin, hizmet unsuruna doğrudan bağlı olmayan pek çok faktörle kırılması da, sahada kurgunluğa yol açmaktadır. Bu unsurların yeniden gözden ge-

çirilip, bu göstergelerin cezalandırıcı değil; teşvik edici indikatörlerle değiştirilmesi uygun olacaktır.

Aile hekimliği uygulaması mükemmel bir uygulama değildir; ancak, günümüzde bilinen hizmet uygulamalarının en iyisidir. Aile hekimliği uygulamasının, birinci basamak sağlık hizmetlerinde yaşanan zorluk ve sıkıntuların tümüne çözüm getirmesi gibi bir şey yoktur ve olamaz. Ancak, eski dönemdeki sorunların pek çoğunu hafifletmiştir. Mevcut haliyle, uygulamanın pek çok eksiği ve hatası olabilir. Ancak, burada yapılması gereken; sürekli takip ve geri bildirimlerin dikkate alınması ile ana hedeflerden sapmadan gerekli düzenlemelerin yapılmasıdır, tutuculuk rahatlığına yakalanmadan yenilikleri uygulamaktır. Aksi takdirde, yakın zaman içinde sağlık ocağı çalışmalarında yaşadığımız verimsizlik ve atalet tuzağına düşebiliriz.





## Sağlıkta Dönüşümde 112 Hizmetleri

**Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri; herhangi bir kaza ya da yaşamı tehlikeye düşüren bir durumda, bu konuda eğitim almış profesyonel sağlık ekiplerinin en kısa sürede olay yerine ulaşarak, hasta ve yaralılara olay yerinde ve gerekiyorsa hasta ve yaralıların bir sağlık merkezine nakli sırasında, tıbbi araç gereç desteği ile yaptığı hayat kurtarıcı müdahalelerin bütünüdür.**

**Yaşar GÖKBAYRAK**  
Acil Tıp Teknisyenleri Derneği  
Genel Başkanı

Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri; herhangi bir kaza ya da yaşamı tehlikeye düşüren bir durumda, bu konuda eğitim almış profesyonel sağlık ekiplerinin en kısa sürede olay yerine ulaşarak, hasta ve yaralılara olay yerinde ve gerekiyorsa hasta ve yaralıların bir

sağlık merkezine nakli sırasında, tıbbi araç gereç desteği ile yaptığı hayat kurtarıcı müdahalelerin bütünüdür.

Ülkemizde çok köklü bir geçmişe sahip olmayan hastane öncesi acil sağlık hizmetlerine, 2003

yılından itibaren uygulamaya konulan Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın etkilerini analiz etmek için öncelikle dünyada ve ülkemizde, bu hizmetlerin tarihsel gelişimine bakmak gerekmektedir:

Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri konusunda, özellikle savaş dönemlerinde oluşan ihtiyaç doğrultusunda atılan adımları görmekteyiz. 5000 yıl önce Mısır'da, Eski Yunan ve Roma uygarlıklarında, acil tıbbi müdahalelerin yapıldığı ve yaralıların savaş meydanlarından uzaklaştırılması için yöntemler geliştirildiği bilinmektedir. İlk ambulans benzeri atlı araçlar, Kraliçe Isabella zamanında, 1487 yılında İspanyol Ordusu tarafından Malaga Kuşatması'nda kullanılmıştır. Hastaneye bağlı ilk ambulans hizmeti, 1865'te ABD Ohio kentinde, ilk sivil ambulans organizasyonu da Londra'da kurulmuştur. Ülkemizde ambulans hizmetleri ise ilk olarak 1986 yılında İstanbul, Ankara ve İzmir'de, "077 Hızır Acil Servis" in kurulması ile başlamıştır. Bu sistemde; ambulans, şoför ve maddi destek büyükşehir belediyeleri tarafından, doktor ve tıbbi malzeme desteği de Sağlık Bakanlığı tarafından karşılanmaktaydı. 1994 yılında ise Sağlık Bakanlığı tarafından, "112 Acil Yardım ve Kurtarma" adı altında bir sistem kurulmuştur. İlk yıllarda ambulans ekiplerinde sağlık memurları, ebeler, hemşireler, doktorlar ve şoförler görev yapmaktayken; 2004 yılından itibaren acil tıp teknisyeni ve paramedikler de sistemde görev almaya başlamıştır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı hakkında, bugüne kadar birçok şey söylendi. Kendilerini siyasi yelpazenin içerisinde konumlandıranlar, buldukları konuma göre ya projenin yanında yer alarak methiyeler düzdü, ya da karşısında yer alarak kıyasıya eleştirdi. Sorumluluk duygusu ile yaklaşarak programın eksilerini ve artılarını görmeye/göstermeye çalışan sivil toplum örgütleri de vardı, ama



o kadar gürültünün içerisinde cıvıllı bir ses olarak kaldılar. Ben de, acil sağlık hizmetlerinin içerisinde bilfiil görev yapan bir sivil toplum örgütünün temsilcisi olarak, kendi alanımızı değerlendirirken, tamamen objektif bir perspektifle olayları yorumlamaya çalışacağım.

Öncelikle Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın uygulamaya konulduğu 2003 tarihinden önce, hastane öncesi acil sağlık hizmetleri alanında atılan adımlarla, 2003 yılından günümüze kadar yapılan çalışmaları, rakamlara bakarak bir değerlendirme yapalım:

Sağlık Bakanlığının kayıtlarına göre; ülkemizde 2002 yılı sonunda 618 olan tam donanımlı 112 ambulans sayısı, 2011 yılı sonu itibarıyla 2766'ya; 481 olan 112 istasyon sayısının da 1460'a yükseldiği

görülmektedir. Sadece kara ambulansları ile yürütülmekte olan 112 hizmetlerinde çeşitlilik sağlanarak, iklim koşulları ve coğrafi bölge özelliklerine göre hastaya ulaşımı kolaylaştıracak ambulans uygulamalarına başlanmıştır. Kış şartlarının yoğun yaşandığı ve zor iklim şartları nedeniyle ulaşımında güçlük çekilen yerlerde, kar paletli ambulanslar ve snow track araçlar hizmet vermeye başladı. Büyük kazalar ve küresel olaylarda, 4 hasta taşınmasına imkan veren 15 ambulans, 112 filosuna dahil edildi. Dar sokaklarda ve trafiğin yoğun olduğu yerlerde hizmet vermek üzere, 50 motorsikletten oluşan motorize ekipler kuruldu. 4 adet deniz ambulansı İstanbul, Gökçeada, Çanakkale ve Balıkesir'de faaliyete başladı. Yine, ülkemizde ilk defa uygulamaya konan, 19 adet helikopter ve 2 uçaktan



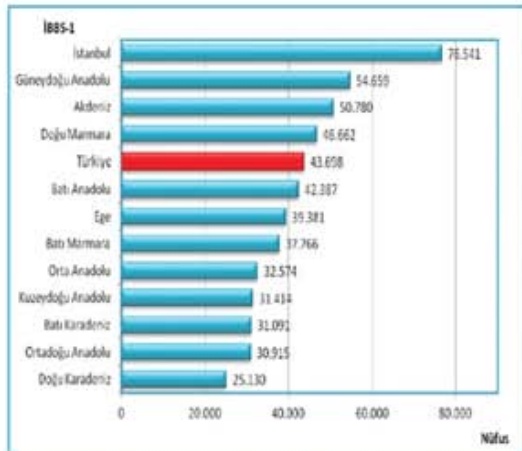
oluşan hava ambulans sistemi ile hastalar hava yoluyla da nakledilmeye başladı.

Rakamlara baktığımızda, bu alanda çok hızlı bir dönüşüm

yaşandığını söyleyebiliriz. 112 hizmetlerinin bütün ülkeyi kapsayacak şekilde örgütlenmesi, il merkezlerinde ilk 10 dakikada, periferde ise ilk 30 dakikada vakaya ulaşım oranlarının %96 ya ulaş-

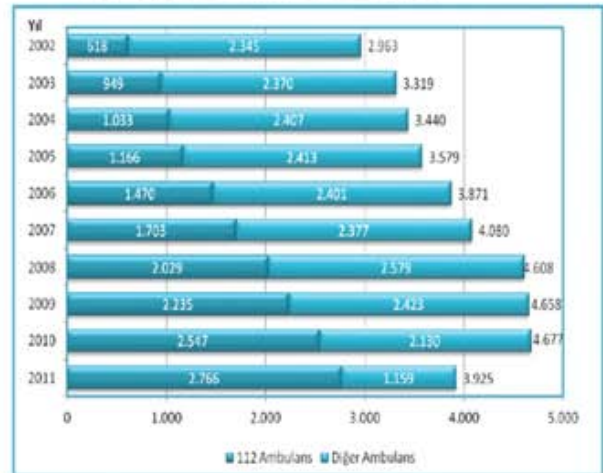
ması ve bu hizmetten faydalanma oranını büyük ölçüde artması, Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın 112 hizmetleri açısından artılarını ifade etmektedir.

İBBS-1'e Göre 112 Acil Yardım İstasyonu Başına Düşen Nüfus, Sağlık Bakanlığı, 2011



Kaynak: Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Yıllara Göre Ambulans Sayısı, Sağlık Bakanlığı, Türkiye



Kaynak: Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

## **Bütün bu olumlu gelişmelere rağmen, özellikle 112 çalışanları açısından çözüm bekleyen bir dizi sorun da, programın eksileri olarak göze çarpmaktadır**

- Personel istihdamında, sözleşmeli personel alımlarının yapılması, aynı işi yapan 112 çalışanları arasında özlük hakları açısından bir adaletsizliğe sebep olmaktadır.
- 7 gün 24 saat kesintisiz hizmet veren 112 çalışanlarının mesai saatleri, verilen hizmetin sürekliliği göz önüne alınarak yeniden düzenlenmelidir. Çünkü, 112 çalışanları normal mesaisini tamamlayan memurdan farklı olarak; gece, hafta sonu ve resmi tatillerde de görev yapmaktadır.
- Yıllık izin, bütün çalışanların özlük hakkı olmasına rağmen; yıllık izin kullanan sağlık çalışanlarının döner sermayelerinden kesinti yapılması, bir hak mağduriyetine sebep olmakta ve bu nedenle birçok sağlık çalışanı yıllık izin kullanamamaktadır.
- 112 çalışanlarına döner sermaye adı altında yapılan ek ödemeler, emekliliğe yansımamaktadır. Ya döner sermaye kaldırılarak maaşlar emsal memur maaşları seviyesine getirilmeli, ya da döner sermayeler emekliliğe yansıtılmalıdır.
- Bilindiği gibi, Şubat ayında Cumhurbaşkanı Abdullah Gül ile riskli birim üzerine yaptığımız görüşmeden sonra oluşan kamuoyu desteği ile 112 çalış-

şanları da riskli birim olarak kabul edildi ve buna bağlı olarak döner sermayelerinde bir artış söz konusu oldu. Riskli birim olarak tescillenen 112 hizmetleri çalışanları, 5510 sayılı yasada yer alan riskli meslek grupları arasına alınarak, fiili hizmet zammı yani erken emeklilik hakkından faydalandırılmalıdır.

- Hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde, yetişmiş ve nitelikli personel bakımından ilk sırada yer alarak, sistemin yüküne omuz veren acil tıp teknisyenlerinin, üst öğrenimde yaşadığı sıkıntılar çözülerek, eğitim seviyelerinin artırılması, sunulan hizmet kalitesinin artırılması adına oldukça önemli bir adım olacaktır.
- 26 Mart 2009 tarihinde yayımlanan "Ambulans ve Acil Bakım Teknikerleri ile Acil Tıp Teknisyenlerinin Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Tebliğ" ile önemli bir adım atılarak, her iki meslek grubu için mezuniyet sonrası eğitim programları belirlenmişti. Ancak, geçen süre zarfında illerde bu eğitimlerin verilmesi noktasında ciddi sıkıntılar yaşanmaktadır ve tebliğ tam anlamıyla hayata geçirilememiştir. Bu alanda yaşanan eğitmen sıkıntısı, süratle giderilerek bir eğitim seferberliği başlatulmalıdır.
- Son dönemlerde yaşanan, sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olaylarından en fazla etkilenen birimlerin başında, 112 gelmektedir. Yaşanan şiddet olayları sonucunda açılan davaların uzun sürmesi ve verilen cezaların caydırıcılıktan uzak olması, şiddeti önleme çabalarının önündeki en büyük engeldir. Bu konuda gerekli yasal düzenleme bir an önce yapılmalı, görevi başındaki sağlık çalışanına sözlü ya da fiili saldırıda bulunanlar, en ağır şekilde cezalandırılmalıdır.

Sonuç olarak; Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın hastane öncesi acil sağlık hizmetlerine sağladığı katkılar, hiç şüphesiz ülkemizde sunulan 112 hizmetlerinin kalitesini artırarak, vatandaşımızın bu hizmetlere erişimini kolaylaştırmakta ve 112 hizmetlerini sağlık sisteminin vitrini konumuna getirmektedir. Halkımızın, 112 hizmetlerinden memnuniyet oranının yüksekliği, bunun en açık göstergesi olarak göze çarpmaktadır. Halkın memnuniyetine rağmen, sağlık çalışanlarında aynı oranda bir memnuniyet oranının yakala-

namaması, Programın en önemli eksiklikleri arasındadır. Burada ihmal edilen nokta; bu hizmeti gerçekleştiren sağlık çalışanlarının, çözüm bekleyen sorunlarına aynı hassasiyetle yaklaşılmasıdır. Unutulmamalıdır ki; bu alanda

yakalanan sinerji, 112 çalışanlarının büyük bir özveriyle ve fedakarca çalışması ile sağlanmıştır ve kalıcı bir başarı hedefleniyorsa, bu başarı 112 çalışanlarının memnuniyeti ve motivasyonu ile sağlanacaktır.





## Sağlıkta Dönüşümün Özel Sağlığa Etkileri

**2002’de cepten harcamaların tavan yaptığı, sağlığa ulaşımın inanılmaz düşük olduğu bilirse, dönüşümün zorunlu olduğu ve nereye geldiğimiz daha iyi anlaşılır.**

*Dr. Reşat BAHAT*  
OHSAD Genel Başkanı

2002’de cepten harcamaların tavan yaptığı, sağlığa ulaşımın (yılda 2.1) inanılmaz düşük olduğu bilirse, dönüşümün zorunlu olduğu ve nereye geldiğimiz daha iyi anlaşılır.

Ashında, özel sektöre Sağlıkta Dönüşümün etkilerini 2008’e kadar ve sonrası olarak değerlendirmek mümkün.

2005 yılında kamunun özel sektörden bütüncül hizmet alım kararı, bizim de istediğimiz, halkın da istediği bir durumdu. Korkularımızı (devletin fiyat baskısı kurabileceğini) ifade ettiğimizde, “Kamunun ödediğinin üstünü halktan talep edebileceğimiz ve korkmamamız gerektiği” söylendi.

2005-2009 yılları arasında özel sağlık, Türkiye’nin inşaatından sonra en hızlı büyüyen sektörü oldu. 2007 yılında Sn.Başbakanımızın, “Acile gelen vatandaşlardan para talep etmeyiniz” genelgesini (acile gelen hastaların üçte birini faturalayacak bir kurum bulamamak bile), fevkalade haklı ve insani bulduk.

Bu arada, özel sektör hızlı ve plansız büyüdü. Kamudan bir anda binlerce doktor özel sektöre geçti veya kendi işletmelerini açtı. Bunun üzerine, 2008 yılı 15 Şubat' ta planlama denilen, ama özel sektörü (açılmış olanları özellikle) tarifi imkânsız sıkıntıya sokan yönetmelik geldi. Yine SGK yoğun bakımlar, açık kalp, kanser tedavileri, diyaliz, transplantasyon vs. gibi birçok hizmetten fark almayı yasakladı. Daha da beteri, özel sektöre fark alınması yasak kalemler dışındaki hizmetlerden, %30 fark alabileceği şartı getirildi.

Görüldüğü gibi baştan planlaması yapılmadan, finansmanı iyi hesaplanmadan başlanılan dönüşüm, çoğu doktor olan küçük yatırımcılar başta olmak üzere tüm sağlık yatırımcılarına ciddi zararlar verdi. Daha önce planlamayı öngörüp!.. ön izin dilekçesi veren bazı grupların, sektör içinde asimetrik büyümesine de sebep oldu.

Geldiğimiz noktada hala kuruluşlarımız doktor, yatak, branş ilavesi yapamıyor. Hala, 2006 yılındaki SUT fiyatlarıyla (bazılarında daha da düşük) hizmet veriyoruz. Türkiye'de, fiyatı güncellenmeyen

tek hizmet sağlık hizmetleri. Sağlık hizmet sunumunun artışından dolayı, sağlığa devletin ödediği miktar artıyor, ancak birim fiyatlar sabit. Güncellenmeyen fiyatlar yüzünden, her yıl ücret artışı talebiyle gelen çalışanlarımızla çalışma barışımız bozuldu. Üstelik, personelinin ücretlerini Maliye Bakanlığı'nın ödediği kamu sağlık kuruluşları, az da olsa artışlarını düzenli aldılar.

Mevcut durumumuz; geldiğimiz noktada özel sağlık sektörünün 540'ı hastane, 2000'e yakın kurum ve kuruluşu vardır. 21 bini doktor olan 200 bine yakın çalışanı olan

### **Biraz da dönüşümü madde madde ele alıp, yapılmasını arzu ettiğimiz konulara değinelim:**

- Üniversiteler dışında tüm kamu hastaneleri birleştirildi. Sonuç, olumlu ve özel sektöre etkisi yok diyebiliriz.
- Sosyal güvenlik kuruluşları tek çatı altında birleştirildi. Tek alıcılı ve 3000 civarında (kamu-özel) sunuculu; sunucular için alternatifsiz, riskli bir model haline geldi. Üstelik primle mi, vergiyle mi, karma mı? Nasıl finanse edileceğine henüz karar verilmeyen SGK, haklı olarak açık vermekte. Bu açık, kurum üzerinde ve hizmet sunucuları üzerinde baskı oluşturmaktadır. Kurum başkanlarına, düzenli ödemeler için ve sektörle sürekli bilgi alışverişleri için teşekkür ederiz, ama sorunlarımızın henüz çözüm yoluna girdiğini söyleyemeyiz.
- Eczanelerden ilaç alımı, istediği doktoru ve hastaneyi vatandaşın seçmesi kocaman bir alkış hak ediyor. Vatandaş memnuniyeti inanılmaz. Özel sektöre etkisi çok olumlu.
- Aile hekimliği; yıllardır konuşulan sistem hayata geçirildi. Daha başlangıç aşamasında, ama vatandaş memnuniyeti oluşmaya başladı. Gelecekte çok daha faydalı olacağına inanıyoruz. Sevk zorunluluğu olmadığı sürece, özel sektöre olumsuz etkisi olmaz.
- Kamu hastane birlikleri: Bir değişim şarttı. Bu sefer uzun süre düşünüldük ve planlanarak bu yola girildi. Özele ve GSS'ye etkisi ne olacak bilmiyoruz, ama bu köklü değişimin tüm etkilerinin olumlu olmasını arzu ediyoruz.
- Şehir hastaneleri: Bu konuda ciddi endişelerimiz var, çok da iyi anladığımızı söyleyemem. Sonuçlarını hep birlikte göreceğiz. Problem çıkarsa, mali yükünün ağır olacağı ve özel sektör gerçeği hiç hesaplanmadan planlandığı endişesini taşıyoruz.

sektör, yılda 90 milyondan fazla muayene yapmakta, SGK'ya sunulan hizmetlerin %30-35'ini karşılamaktadır. Bunun karşılığında SGK'dan 6.8 milyar yıllık para alan kuruluşlarımız, bunun yaklaşık %40'ını da (katılım, SSK primi, KDV, vergi v.s. gibi) devlete geri ödemektedir. Vatandaşın sağlıktan memnuniyetinin %77'lere çıkmasında, sektörümüzün katkısının çok büyük olduğu herkesin malumudur. Yine bu memnuniyetin GSMH'nin %6.4 sağlığa harcanarak sağlanmasında, özel sağlık hizmetinin kamu için ekonomik olmasının önemi büyüktür.

Vatandaşın da çok olumlu bulunduğu dönüşümün; sağlık çalışanlarının memnuniyetini %40 gibi bir seviyeden, en az vatandaş memnuniyeti seviyesine çıkartmalı. Sunuların memnun olmadığı hiçbir hizmet sürdürülebilir olamaz. Bu konu, sektörün belki de en önemli sorunudur. Bu konuda, özel sektörün de karnesinin zayıf olduğunu üzümlere belirtmeliyim.

Neticede, Türkiye'de sağlıkta büyük işler başarıldı. Bunda başta Sn.Başbakanımızın liderliği, Sn.Sağlık Bakanımızın, Sn.Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlarımızın

emeği takdire şayan. Vatandaş-siyaset-sağlık sektörü (çalışanlarıyla birlikte), birlikte memnun olacağımız bir sistemin bir an önce kurulmasını arzu ediyoruz. Burada, birçok özel kuruluşun Sağlık Bakanlığının katı planlaması ve fiyat güncellemesi yapılmaması sebebiyle, adeta borç batağına saplandığımızı özellikle belirtmeliyim. Daha fazla hıza neden ihtiyaç duyduğumuzu sürekli söylemememizin sebebi de budur.

Tüm kesimlerin mutlu olacağı bir sağlık sistemi ve en kısa sürede konuşmak üzere emeği geçen tüm kişi ve kuruluşlara teşekkür ederim.

## İsteklerimiz ve Sorunlar

- Yeterli doktor ve hemşire sıkıntımız çok büyük, hızla çözülmeli, bu elemanların paylaşımında özel sektörün hizmet sunum büyüklüğünün dikkate alınması,
- Açılmış olan kurumların büyümelerine imkân tanıyacak, özendirici yönetmeliklere hızla ihtiyacımız var (birleşmelerde tanınacak avantajlar veya daha modern binalara geçmeleri özendirilecek avantajlar sağlanması),
- Sağlık turizminde, Sağlık Bakanlığımızın ve Ekonomi Bakanlığımızın çalışmalarını teşekkürle karşılıyoruz. Ancak, kamu-özel ülkenin tümüyle tanıtılıp sektörün kamu desteğiyle iyi pazarlanması gerektiğine inanıyoruz. Çıkan teşviklerin hızla uygulanmasını ve artmasını istiyoruz. Türkiye, Hükümetimizin 2023 vizyonundaki sağlık gelirini elde edecekse, daha fazla hıza ve isteklerimizin daha fazla dikkate alınmasına ihtiyaç var.



# Sağlıkta Dönüşüm Programına, Üniversitelerin Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezlerinden Bakış

*Prof. Dr. Muhammet GÜVEN*  
Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanı  
*Prof. Dr. Kudret DOĞRU*  
Erciyes Üniversitesi Hastaneleri Başhekimisi

Sağlık alanında, 2003 yılında başlayan ve “Sağlıkta Dönüşüm” adı verilen bir program uygulanmaktadır. Bu programın uygulanmasında, Dünya Bankası (WB)’nin öncülük ettiği bilinmektedir. Programın amacı; sağlığa erişimi kolaylaştırmak, harcamaları azaltmak ve verimliliği arttırmaktır.

Sağlıkta Dönüşüm başlığı altında, “Üniversite Hastanelerinin Dönüşümü” adında bir makale yazmamız istendiğinde, “Neyi? Neye?” diye bir soru sormak ihtiyacı hissettik. Bunu daha da somutlaştırmak için “Sağlıkta Dö-

nüşüm Programı”nın içeriğine göz atmak gerekmektedir.

Sağlık alanında, 2003 yılında başlayan ve “Sağlıkta Dönüşüm” adı verilen bir program uygulanmaktadır. Bu programın uygulan-

masında, Dünya Bankası (WB)’nin öncülük ettiği bilinmektedir. Programın amacı; sağlığa erişimi kolaylaştırmak, harcamaları azaltmak ve verimliliği arttırmaktır.

### Sağlıkta Dönüşüm Programının hedefleri

1. Planlayıcı ve denetleyici bir Sağlık Bakanlığı
2. Herkesi tek çatı altında toplayan Genel Sağlık Sigortası
3. Yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmeti sistemi
  - a) Güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri ve aile doktorluğu
  - b) Etkili, kademeli sevk
  - c) İdari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri
4. Bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonlu sağlık çalışanları
5. Sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumları
6. Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon
7. Akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma
  - a) Ulusal İlaç Kurumu
  - b) Tıbbi Cihaz Kurumu
8. Karar sürecinde etkili bilgiye erişim: Sağlık Bilgi Sistemi

Ülkemizde esas olarak kamu hastanelerinin işletmeler haline getirilmesi, sağlık hizmeti sunumunda özel sektör payının artırılması ve sağlık hizmeti kullanımında katılım payı alınması biçiminde uygulamalar dikkati çekmektedir. Programın geneline bakıldığında,

doğrudan üniversite hastanelerini hedef alan bir program olmadığı, ilerleme raporları incelendiğinde de üniversite hastaneleri ile ilgili tek bir cümle geçmediği görülmektedir. Zaten, bu konuda üniversitelerden görüş alındığına dair kanıt da yoktur. Maddeleri tek

tek incelediğimizde; 1. maddenin Sağlık Bakanlığının dönüştürülmesi, 2. maddenin Sosyal Güvenlik Kurumlarının dönüştürülmesi ile ilgili olduğu, 3. maddenin (a) ve (b) fıkralarının Sağlık Bakanlığının görevleri ile ilgili olduğu görülmektedir.



**Uygulamaya konulan performans sisteminin en temel çıktısı, ister gerçek ister yapay talep yaratmak şeklinde olsun, sağlık hizmeti ve sağlık teknolojisi tüketimini arttırmak, temel tıp eğitimi ve bilimsel araştırma nicelik ve niteliğinde azalma olmuştur. Bu uygulamalar sonucunda, bir yandan sağlık harcamalarında önu alnamaz artışlar kaydedilirken, bir yandan da öğretim üyelerinin eğitime daha az vakit ayırmasına, bilimsel araştırmalarda ise daha az üretken olmaya yönelmiştir.**

Benzer şekilde, 7. ve 8. maddeler de Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Güvenlik Kurumu ile ilgili konular olarak karşımıza çıkmaktadır. Belki zorlama ile 4, 5 ve 6. maddeler ile 3. maddenin (c) fıkrası, üniversiteler (üniversite hastaneleri değil) ile ilişkilendirilebilir. Programın 3. maddesinin (c) fıkrasının, devlet politikaları ile ilgili olduğu ve bununla ilgili önemli bir gelişme sağlanmadığı, hatta mali açıdan daha bağımlı hale geldiği görülebilir.

Dünya Bankasının web sayfasından bakıldığında, Türkiye Sağlıkta Dönüşüm hedeflerinden birinin, kurumlara yapılacak ödeme şeklinin düzeltilmesi olarak görülmektedir. Hedef olarak, DRG (TIG) temelinde bir ödeme öngörülmüş, geçiş aşamaları olarak

vaka başı ve global bütçe seçilmiştir. Bugün Bakanlık global bütçeye geçmiş ve kendi hastaneleri arasında TIG'i kullanmaya başlamıştır. Üniversiteler, hala vaka başı ödeme almaktadır. Bunun muhtemel nedeni; DRG çalışmalarının, üniversitelere verilmesi gereken paranın daha fazla olduğunu göstermiş olmasıdır. Yani üniversiteler, hala hak ettiğinden az almaktadır.

4. madde eğitim, istihdam ve ücret politikaları ile ilgili olup; üniversitelerin bu konuda herhangi bir yetkisi ve dâhili yoktur. 5. madde yine eğitim araştırma hastaneleri ve üniversitelerin sağlık insan gücü yetiştiren birimlerinin eğitim politikaları ile ilgili olup; üniversite hastaneleri ile ilgili değildir. Belki, tıp fakülteleri ile ilgili

olabilir. "Kalite ve Akreditasyon" konusunda ise hastanelerin gönüllülüğüne dayanan bir uygulama söz konusu olup; uluslararası akreditasyon alan kamu kurumlarının daha çok üniversitelerde olduğu görülmektedir.

Burada bir yanlış düzeltmek gerekir: Yazının başından beri bilerek yanlış olarak kullandığımız, "Üniversite hastaneleri" ifadesi "Sağlık uygulama ve araştırma merkezleri" olarak düzeltilmelidir. O zaman, "Neyi? Neye?" sorusunun cevabı daha iyi anlaşılacaktır. İsrarla, üniversite hastaneleri ifadesinin kullanılması, bu kurumların da sisteme dâhil edilmesi arzusundan kaynaklanmaktadır. Bu kurumlar, Bakanlık hastanelerinin sağlık hizmeti sunumu görevinin yanında; başta tıp fakülteleri olmak üzere, hemşirelik, diyet, fizyoterapi ve çok sayıda sağlıkla ilgili teknik elemanların yetiştiği fakülte ve yüksekokulların da uygulama alanıdır.

2547 sayılı Kanunda "Uygulama ve Araştırma Merkezi: Yükseköğretim kurumlarında eğitim öğretimin desteklenmesi amacıyla çeşitli alanların uygulama ihtiyacı ve bazı meslek dallarının hazırlık ve destek faaliyetleri için eğitim - öğretim, uygulama ve araştırmaların sürdürüldüğü bir yükseköğretim kurumudur." şeklinde tanımlanmıştır. Her üniversitede zorunlu olmamakla birlikte, 2547 sayılı Kanun'un 7/d maddesinin 2.fıkrasına dayanılarak uygulama ve araştırma merkezleri kurulabilmektedir. Bu nedenle bu kurumlar verimli, karlı ve yüksek kurumsal ve kişisel performansı öngören, Sağlıkta Dönüşüm Programının bir parçası olan "hastanelere" dönüştürülemez, dönüştürülmemelidir. Eğitim-öğretim ve bilimsel çalışmalar yapılan uygulama ve araştırma merkezlerinin,

maddi kâr etmesi ve ticari işletme hedefi olmamalıdır. Temel görevleri eğitim ve araştırma olan bu merkezlerde; "Hangi hekim hastasını daha çok memnun ediyorsa, daha çok muayene yapıyorsa, müdahalede bulunuyorsa, ameliyat yapıyorsa, hasta takip ediyorsa", o hekimin performansı, yani döner sermaye ek ödemesi daha yüksek olacak ve bu sayede doktorlar kendi aralarında rekabete teşvik edilecektir. Uygulamaya konulan bu performans sisteminin en temel çıktısı, ister gerçek ister yapay talep yaratmak şeklinde olsun, sağlık hizmeti ve sağlık teknolojisi tüketimini arttırmak, temel tıp eğitimi ve bilimsel araştırma nicelik ve niteliğinde azalma olmuştur. Bu uygulamalar sonucunda, bir yandan sağlık harcamalarında önü alnamaz artışlar kaydedilirken, bir yandan da öğretim üyelerinin eğitime daha az vakit ayırmasına, bilimsel araştırmalarda ise daha az üretken olmaya yönelmiştir.

Program sayesinde, üniversitelerin uygulama ve araştırma merkezleri temel amaçlarından uzaklaşırken, eğitim ve araştırmayı ikinci plana almak ve daha çok ciro artışı, daha az gider mantığı içinde yönetim anlayışına yaklaşmıştır. Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK), 2003 yılı sonrası sağlık hizmetlerinde majör finansör haline gelmiştir. Bunun sonucunda SGK, sağlık hizmetlerinde tek fiyat belirleyicisi olmuştur. SGK fiyat politikaları gereği, 2004 yılı sonrasında sağlık hizmetleri ücretlerinde artış olmamış, yeterli gelir artışı sağlayamayan sağlık uygulama ve

araştırma merkezlerinin her geçen gün gelirlerde anlamlı bir artış olmamasına rağmen; ciddi gider artışı gözlenmiştir. Bu nedenle, 2010 yılında gelir-gider dengesini koruyamayan pek çok üniversite hastanesi, Maliye yardımına ihtiyaç duymuş ve borç gelir oranı %20'nin üzerinde olanlara mali yardım yapılmıştır. Bu yardımlardan sonra, 2 yıl geçmeden yeniden üniversite hastaneleri mali yardıma muhtaç hale gelmiştir.

Günümüzde artık hastaların sıra beklemesi, ilaca ulaşamaması, muayenehanede hekime para ödemesi, üniversite hastanelerinde öğretim üyesi farkı alınması gibi konular ulusal basın gündeminden kalkarken yerine; çığ gibi büyüyen Sosyal Güvenlik Kurumu mali açıkları ve eczanelerde alınan yüksek katkı payları, borçlarını ödeyemeyen üniversite hastaneleri gündeme gelmiştir.

Sağlık Bakanlığının gerek mevcut, gerekse eski bürokratları sıklıkla üniversite hastanelerinin Sağlıkta Dönüşümü başaramadığını beyan etmektedir. Bunu belirtirken hiçbir zaman kalite, nitelik ve akreditasyondan bahsetmemektedirler. Genellikle, ekonomik durum ön plana çıkarılmaktadır. Gerçekte, kalite yönünden hala en iyi sağlık hizmeti, üniversitelerde verilmektedir. Kamu kurumları arasında, uluslararası akredite olanlar hala üniversite hastaneleridir. Tüm hastaneler gibi bu kurumlar da, bilgi teknolojilerini kullanmaya başlamışlardır. Ancak, geline nokta da persone-

li, inşaat ve demirbaş giderlerini sadece döner sermaye imkânları ile sağlar hale gelmişlerdir. Bakanlık yatırımlarına bakıldığında, 2003-2008 döneminde harcamaların %60'ının genel bütçe, il özel idaresi, TOKİ ve Hudut ve Sahiller bütçesinden yapıldığı görülmektedir. Döner sermaye payı %40'larda kalmıştır. Aynı dönemde, üniversiteler diğer kaynaklardan ne kadar pay almışlardır?

Sonuç olarak, 2003 yılından beri uygulanan program neticesinde, niceliksel sağlık hizmetleri ve sosyal güvenlik harcamaları artmış, koruyucu sağlık hizmetlerinden ziyade tedavi edici sağlık hizmetleri ön plana çıkmış ve üniversite hastanelerinin döner sermaye işletmeleri sürdürülemez hale gelmiştir. Verimli, karlı ve yüksek kurumsal ve kişisel performansı öngören Sağlıkta Dönüşüm Programında, üniversite hastaneleri fiyat-gelir-gider kıskacından çıkarılıp, maddi kar gözetken kurumlar olmak yerine; eğitim ve bilimsellik performansına göre değerlendirilen kurumlar haline gelmelidir.

Dönüşümün göstergesi ciro artışı olarak görülecekse; üçüncü basamak sağlık hizmeti veren hastanelerimizin, ikinci basamaktaki fiyatlarla bunu nasıl sağlayabileceklerinin bize anlatılması gerekir.

Son olarak şu sorunun cevabı nedir: "Sağlık Bakanlığı hastaneleri ve özel hastanelerin yapabildiği, üniversite hastanelerinin yapamadığı ne vardır?"

**Dönüşümün göstergesi ciro artışı olarak görülecekse; üçüncü basamak sağlık hizmeti veren hastanelerimizin, ikinci basamaktaki fiyatlarla bunu nasıl sağlayabileceklerinin bize anlatılması gerekir. Son olarak şu sorunun cevabı nedir: "Sağlık Bakanlığı hastaneleri ve özel hastanelerin yapabildiği, üniversite hastanelerinin yapamadığı ne vardır?"**

# Sağlıkta -Kalıcı- Dönüşüm Programı

**Sağlıkta Dönüşüm Programı, 2003 yılında “Herkes için ulaşılabilir, nitelikli ve sürdürülebilir sağlık hizmetinin, etkili, kaliteli, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde sunulması” prensipleri ile başlatılmıştır**

**Dr. Murtaza YETİŞ**

AK Parti Adıyaman Milletvekili,  
TBMM Sağlık, Aile, Çalışma ve  
Sosyal İşler Komisyonu Üyesi

Sağlıkta Dönüşüm Programı, 2003 yılında “Herkes için ulaşılabilir, nitelikli ve sürdürülebilir sağlık hizmetinin, etkili, kaliteli, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde sunulması” prensipleri ile başlatılmıştır. Sistem ana hatlarıyla; aile hekimliği, kamu hastaneler birliği, performans ve ek ödeme sistemi, genel sağlık sigortası, sağlık bilgi sistemleri, akılcı ilaç ve malzeme kullanımı ve sağlık hizmetlerine kolay erişim olarak özetlenebilir.

Yolun başında iken, mevcut manzara içler acısıdır ve aradan geçen zaman içinde çok önemli mesafeler alınmıştır. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile:

- 1- Sağlık hizmetinin ulaşılabilirliği 4 kat artmıştır.
- 2- Anne ve bebek ölüm oranları anlamlı derecede düşürülmüştür.
- 3- Birinci basamakta sevk oranları önemli ölçüde azaltılmış ve aile

hekimliği uygulaması ile yerinde hizmet oranı artırılmıştır. Bununla birlikte, sevk zincirinin olmaması ve aile hekimliği sistemine hızlı geçişi gerçekleştirmek amacıyla kısa süreli eğitimlerle sürecin başlatılması, önemli sorunlara yol açmaktadır. Mobil hizmetler verimli götürülemediği, özellikle kırsal bölgelerde yaşayan vatandaşların sağlık hizmetine erişimi zorlaşmıştır.

- 4- Hastanelerin imkânları ge-





liştirilmiş, alt yapıları yenilenmiş, teçhizat eksiklikleri giderilmiştir (üniversite hastaneleri hariç). Bunların sonucunda, kaynaklar daha verimli kullanılmaya başlanmış, yatak devir hızları, hasta yatış sürelerinde önemli düzeltilmeler sağlanmıştır.

5- Kişi başı hastane müracaatları önemli ölçüde artmış, özel sektörden ücretsiz sağlık hizmeti alma imkânı tanınmıştır.

6- Sağlık için ayrılan kaynak, 8 yıl içinde 3 katından fazla artırılmıştır.

7- Sağlık hizmet kalitesinde de önemli artışlar sağlanmış, hasta memnuniyet oranları yükselmiştir.

8- Sağlık çalışanlarının maddi gelirlerinde de önemli sayılabilecek artışlar sağlanmıştır.

9- Koruyucu hekimlik alanında

önemli başarılar elde edilmiş, yıllardır sorun olan kızamık hastalığı yok edilme aşamasına getirilmiştir.

10- Acil servis altyapısı ve hizmetleri dünyaya örnek olacak düzeyde iyileştirilmiş, kapsama alanı genişletilerek kırsal alana ulaştırılmıştır.

11- Tütün mamullerinin kullanım alanlarının sınırlandırılması, obezite ile mücadele ve sağlıklı yaşam gibi konularda önemli mesafe alınmıştır.



**Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte, özel sektörden hizmet alımı uygulamasıyla tanıştık. Bu yöntem, hizmete erişimi kolaylaştırması, yüksek maliyetli teknoloji transferini sağlaması gibi önemli avantajları beraberinde getirmiştir. Ancak, yüksek teknolojiye sahip tıbbi cihazların ulusal maliyeti arttırarak kontrolsüz bir biçimde tıbbi cihaz ithalatına yol açması, sistemin işleyişiyle birlikte çeşitli sağlık meslek gruplarının ucuz işgücü haline getirilip taşeronlaşması gibi önemli sorunlar hala devam etmektedir.**

12- Sağlık Bakanlığı hastaneleri bünyesinde uygulanan, ortak mal alımı ve ortak stok yönetimi önemli kazanımlar sağlamıştır.

13- Hastanelerin ve sağlık finansman kuruluşlarının tek çatı altında toplanması ise devrim niteliğindedir.

Yukarıda ifade edilen önemli kazanımları sağlasa da, Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın uygulanması sürecinde baştan yeterince hesap edilmemiş, deneme-yanılma tarzında üretildiği izlenimi uyandıran çeşitli uygulamalar yapılmıştır.

Mecburi hizmetin kaldırılıp tekrar konulması, özel sektörün önünün açılıp devamında önemli oranda zor şartlar getirilmesi, vb uygulamalar, sağlık hizmeti uygulayıcıları arasında huzursuzluk ve güvensizliğe sebebiyet vermiştir. İşleyiş esnasında getirilen bazı uygulamalar ve kısıtlamalar, salt gider penceresinden bakıldığını, kanıta dayalı tıp uygulamalarının puanlama ve fiyatlandırmada çok

da hesaba katılmadığını işaret etmiştir.

Programın özünde var olan ve merkezi rol yüklenen performans sisteminin çalışma barışını bozucu, çalışanlar arasında rekabet duygusunu geliştirici ve kalitatif olandan ziyade, kantitatif çalışma anlayışını teşvik edici yönleriyle sık sık karşılaşmıştır. Özellikle, puan odaklı hizmet üretimi neticesinde riskli işlemlerden kaçınma ve defansif tıp uygulaması, fason sağlık hizmeti üretimi ortaya çıkmıştır. Hekimlerin kendilerini en az riske atacak şekilde bir davranış tarzı geliştirmesi, uzun vadede sağlık sisteminin olumsuz etkilenmesine, büyük girişimsel işlemleri yapacak hekim sayısının azalmasına yol açabilir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte, özel sektörden hizmet alımı uygulamasıyla tanıştık. Bu yöntem, hizmete erişimi kolaylaştırması, yüksek maliyetli teknoloji transferini sağlaması gibi önemli avantajları beraberinde getirmiştir. Ancak, yüksek teknolojiye sa-

hip tıbbi cihazların ulusal maliyeti arttırarak kontrolsüz bir biçimde tıbbi cihaz ithalatına yol açması, sistemin işleyişiyle birlikte çeşitli sağlık meslek gruplarının ucuz işgücü haline getirilip taşeronlaşması gibi önemli sorunlar hala devam etmektedir.

Sağlık hizmetine erişimin kolaylaşması, Sağlıkta Dönüşüm Programının önemli çıktılarında biri olmuştur. Tabiatıyla, bu sonuca ulaşılmasında sağlık çalışanlarının özverili gayretleri en önemli etken olarak değerlendirilmelidir. İş yükünün artması, ancak buna paralel oranda personel sayısının artmaması, bunun yanı sıra kamuoyunda, çalışan memnuniyetinden daha çok hasta memnuniyetinin esas alındığı algısını güçlendiren tutum ve söylemlerin sergilenmesi, dönüşüm sürecinin ana taşıyıcısı olan sağlık çalışanlarının motivasyonunu zedelemiştir. Son dönemde, sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin görece artışı, hekimin statüsü ve toplumsal algısına ilişkin geriye gidildiği yönündeki değerlendirmeler de, bu

de-motivasyonu arttırmaktadır. Bu durum, gelecek projeksiyonunda ele alınması gereken hususların başında gelmektedir.

1. basamak sağlık hizmetlerinde, aile hekimliği sistemine geçilmesi tarihi bir adım olmuştur. Bu adıma eşlik eden sistematik izleme birlikte gebe takibi, aşı uygulamaları, sağlam çocuk takibi, vb. koruyucu hekimliğe tekabül eden alanlarda önemli başarılar kaydedilmiştir. Ancak; sürece hızlı geçilmesi, pratisyen hekimlikten aile hekimliği algısına dönüşümün doğasındaki zorluk ve bu zorluktan kaynaklanan uygulama eksiklikleri, mobil hizmet, evde sağlık bakımı hizmetleri, kayıtlı hasta profilinin daha yakından takibi gibi hususların istenilen düzeyde gerçekleşmesini engellemiştir. Kırsal bölgelerde, sistemin hala yeterince oturmadığı da bilinmektedir.

2. basamak sağlık hizmetlerinde ise, kamu hastanelerinin tek elden yönetimiyle başlanmış, kamu hizmetlerinin daha etkin yürütülmesine ilişkin sistematik yaklaşımlar geliştirilmiş, ardından kamu yükünü paylaşmak üzere özel sağlık sektörünün önü açılmıştır. Hastaneye erişim kolaylaşmış, kuyruklar ve bekleme süresi azalmış, hizmet kalite standartlarında belirgin iyileşme görülmüş, hasta memnuniyetindeki artış buna eşlik etmiştir. Yılların eskittiği binalar, çağdaş bir anlayışla yenilenmeye başlanmıştır. Tüm bu olumlu gelişmelerle birlikte, sağlık hizmetinin içeriğinde ve niteliğinde problemler devam etmekte ve ileriye yönelik rekabet edebilme, inovatif altyapı yetersiz görünmektedir. Kantitatif performans ve fiyat politikaları, yetersiz tıp

eğitiminin ve mezuniyet sonrası periyodik temel eğitim yokluğunun tetiklediği malpraktis kaygıları ve defansif tıp uygulamaları, önümüzdeki dönemde çözülmesi gereken başat konular arasında değerlendirilebilir.

Üniversite hastanelerinin durumu ise Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın, ülkemizin çarpık ve vesayetçi yapısına toslamasının sonucunu yansıtmaktadır. Adeta, Sağlık Bakanlığı ile YÖK ayrı ülkelerin kurumlarıymışçasına kamplaşmış bir yapı ve anlayışla süreç sabote edildi. Sonuç olarak, sağlık sektörü kamu ve özel sektörüyle tarihi bir dönüşüm yaşarken, üniversite hastaneleri bu sürecin dışında kalma başarısını! büyük bir maharetle gösterebilmiştir. Gelecek planlamasında ele alınması gereken bir konu da, üniversite hastanelerinde yapısal dönüşümün sağlanması olacaktır.

Özel sağlık sektörü, Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın önemli amillerinden biri olarak görülmüştür. Kamu yükünü özel sektörün de paylaşmasını esas alan bir yaklaşımla, programın uygulanmasıyla birlikte sektöre önemli kolaylıklar ve teşvikler getirilmiştir. Özel sektörün sağlık hizmeti sunucuları arasındaki payı bindeler düzeyinde iken; yüzdelerle ifade edilir düzeye gelmiştir. Sektörün özünde var olan ticari kaygılar, yetersiz denetimlerle birlikte çeşitli suiistimalleri de gündeme getirmiş, alınan toptancı tedbirlerle topyekün cezalandırma anlamına gelen sonuçlar yaşanmış ve hizmet kalitesinde belirgin geriye gidişler yaşanmıştır. Dönüşüm programıyla birlikte sağlık sektörü önemli değişimler yaşarken; özel

sağlık sektörü dönüşüm içinde dönüşüm yaşamış, önemli badireler atlatmıştır. Sektör, hala çeşitli sorunlarla boğuşmaktadır. Yedi kocalı Hürmüz gibi her gün alınan yeni kararlarla sektör, önünü göremez hale gelmiştir. Özellikle, Şubat 2008 genelgesiyle sektörün önü tıkanmış, Sağlık Bakanlığının kadro tahsisi yetkisini piyasadan alıp elinde toplamasıyla birlikte, ülkemizde ilk defa "kadro parası" olgusuyla karşılaşmıştır. Yatırımcının belirsizliği sevmemesi gerçeği, her geçen gün sektördeki yatırımcıları daha çok rahatsız etmektedir. Özel sağlık sektörünün de ulusal sağlık sistemimizin bir parçası olduğu kabulüyle, sektöre ilişkin kalıcı çözümler üretilerek sektör rahatlatılmalıdır.

Özetle; Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın uygulanması ile ülkemizde tarihsel bir başarı elde edilmiştir. Türkiye, sağlık alanında yakalamış olduğu bu başarının büyüklüğünü dahi henüz algılayabilmiş değildir. Vatandaşlarımız her yeni uygulamaya çabucak alışmakta ve geçmişte olanları kısa sürede unutmaktadır. Bu durum ise beklentileri yükseltmektedir. Bu aşamadan sonra en önemli sorun, mevcut durumun çeşitli güncellemeler ile sürdürülmesidir.

Unutmamak gerekir ki; sürdürülebilir olmayan hiçbir sistem mükemmel değildir. Sürdürülebilirlik, en az sistemin kendisi kadar önemlidir. Sürdürülemeyen en mükemmel sistemler bile yıkılmaya mahkumdur. Finansman ve insan kaynakları sorunu, sürdürülebilirliğe ilişkin en önemli sorun alanlarını oluşturmaktadır.

# Özel Hizmet Alımı Yoluyla İstihdam Edilen Personelin Değerlendirilmesi

Prof. Dr. Aliye MAVİLİ AKTAŞ  
Selçuk Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanı

**Sosyal hizmetler; çocuklar, gençler, aileler, özürllüer, yaşlılar, güçlük içindeki yada şiddet altındaki kadınlar, psiko-sosyal destek bekleyen hastalar, mülteci, sığınmacı ve göçmenler, sapma davranışı gösteren grup ve suçlular, yoksulların sosyal refahını, gelişimini, mutluluğunu hedefleyen ve bu hedefi koruyucu-önleyici, iyileştirici- rehabilite edici, değıştirici-geliştirici bir çerçevede sunan, prim-siz sosyal güvenlik aracıdır.**

## Giriş

Sosyal hizmetler; çocuklar, gençler, aileler, özürllüer, yaşlılar, güçlük içindeki yada şiddet altındaki kadınlar, psiko-sosyal destek bekleyen hastalar, mülteci, sığınmacı ve göç-

menler, sapma davranışı gösteren grup ve suçlular, yoksulların sosyal refahını, gelişimini, mutluluğunu hedefleyen ve bu hedefi koruyucu-önleyici, iyileştirici- rehabilite edici,

değıştirici-geliştirici bir çerçevede sunan, prim-siz sosyal güvenlik aracıdır.( 10. Kalkınma Planı, 2012)

Ülkemizde Aile ve Sosyal Po-



litikalar Bakanlığının kurulduğu 2011 yılına kadar birbirinden kopuk olarak yürütülen sosyal hizmet ve sosyal yardımların kısmen sosyal hizmetlerin içinde, kısmen de sosyal yardım ve dayanışma vakıflarından alınan destekle yürütülmekteydi. Bakanlığın yeni yapılanması sosyal hizmetler ve sosyal yardımları, henüz kurumsal ve işleyiş olarak belirsizlikler olsa da aynı Bakanlığın çatısı altında toplayabilmiştir. 2002 yılından beri, kurumun yatılı bakım

veren sosyal hizmet kuruluşlarının (çocuk yuvası, yetiştirme yurdu ... vb.) büyük bir bölümünün sevgi evleri, çocuk evleri gibi daha küçük, daha fazla aile modeline benzer yapılara dönüştürme çabası olumlu bir gelişme olarak değerlendirilmektedir.

Avrupa Adalet Divanının bazı kararlarında sosyal hizmet ve yardımların ihtiyaca göre, ihtiyaçların da aileye göre belirlenmesi ilkesi be-

nimsenmektedir. Bu çerçevede pek çok Avrupa ülkesinde sosyal hizmet ve yardımlar aile yardımları olarak yürütülmektedir. Bu doğrultuda aile üyelerinden birisinin başvurusu, ailenin tamamını kapsayıcı haklar sağlamaktadır. İsveç, Hollanda, İngiltere, Fransa gibi pek çok ülkede ise durum, bireysel bir hak olarak ele alınmaktadır. (Buğra, Keyder, Erdem...2012,20-28)

Yoksulluğa bağlı olarak kurum

bakımına yerleşme isteklerine, asgari gelir desteği ile aile yanında bakımı ve desteğinin teminine yönelik 2002' den bu yana yapılan sosyal yardımların aynı-nakdi yardım ödeneklerinde önemli artışlar olması sevindiricidir. Çünkü, istihdamda olmayan, olsa da düşük geliri, konutu olmayan, sosyal refah harcamalarını (eğitim vb...) yerine getiremeyen ailelerin, okuması gerekçesiyle koruma altına aldıkları istedikleri çocuklarını kendileri bakmak kaydıyla asgari gelir desteği verilerek aile ortamında büyümelerinin teşvik edilmesi son derece olumludur. Bunun dışında, istismar, enstest gibi durumlara sürüklenen, risk altındaki çocukların kurum bakımı altında olmaları kaçınılmazdır. Benzer durumun özürsüz, yaşlı grup için de geçerli olduğu söylenebilir. Kadının

istihdamda ve kariyer mesleklerde olduğu kentli ailelerin de özürsüzü, yaşlısı için yatılı kurum bakımı olması ihtiyacı kaçınılmaz olabilir.

Bu doğrultuda son dönemde gerçekleştirilen pek çok projeye ülkemiz nüfusunun "yoksulluk haritasından", ihtiyaç analizleri gerçekleştirilmeye, sosyal yardım ve sosyal hizmetlere ilişkin yararlanıcıların belirlenmesi ile ilgili objektif kriter (puanlama) geliştirilmeye çalışılmaktadır. Bu çabaların nihai hedefinin, başvuru esasına göre yürütülen tortusal (residual) (Mavili Aktaş, 1991) sosyal hizmet ve yardım anlayışının kurumsal (institutionalized)- ihtiyaç odaklanmaya dönüştürülmesinin olumlu olduğuna inanıyorum.

Ancak, daha önceki çalışma-

larımızda da vurguladığımız gibi, sosyal hizmet alanının hem nitelikli, hem yardımcı personel ihtiyacı çok büyüktür ve çoğu zamanda hizmetlerin arzu edilen amaçlarına hizmet etmesini, ihtiyaç sahiplerinin gelişimi ve refahını olumsuz etkileyebilmektedir. Söz gelimi; teke-teke iletişiminden mahrum, barınma ihtiyacı ve yeme-içme gibi, asgari yaşam koşullarını temin eden, kurum bakımı altındaki koruma, istendik bir bakım modeli olmaktan uzaktır. (Mavili Aktaş, 2002) Üstelik, günümüz koşullarında 3200 gibi yüklü bir maliyetle yürütülen bu bakımdan, en azından daha az riskli sevgi evleri ya da çocuk evleri gibi modellere dönmeyi hızlandırmada yarar olduğu düşünülmektedir.

Bu hedefin hem profesyonel,



**Sosyal hizmet alanının hem nitelikli, hem yardımcı personel ihtiyacı çok büyüktür ve çoğu zamanda hizmetlerin arzu edilen amaçlarına hizmet etmesini, ihtiyaç sahiplerinin gelişimi ve refahını olumsuz etkileyebilmektedir. Söz gelimi; teke-teke iletişiminden mahrum, barınma ihtiyacı ve yeme-içme gibi, asgari yaşam koşullarını temin eden, kurum bakımı altındaki koruma, istendik bir bakım modeli olmaktan uzaktır.**

hem para-profesyonel, hem de yardımcı profesyonel ihtiyacının da hizmet alımıyla karşılanması kaçınılmaz hale gelmiştir. Yüz binin üzerindeki müracaatçı kitlesine, asgari düzeydeki yeterli hizmeti nasıl götürüleceği oldukça kritik bir sorundur. Hizmetlerin hangi personelle, nasıl yürütüleceği sorusu, yerindelik ve yerellik tartışmalarını

da gündeme getirmektedir. Çünkü, mevcut durumda il ve ilçelerdeki personel sayısı yetersiz, yetişmiş personel başına düşen ihtiyaç sahibi sayısı çok fazladır.

Yeni hizmet modellerinden olan sevgi evleri ve çocuk evleri gibi modellerle, diğer yatılı bakımlar özel hizmet alımıyla sürdürülmekte-

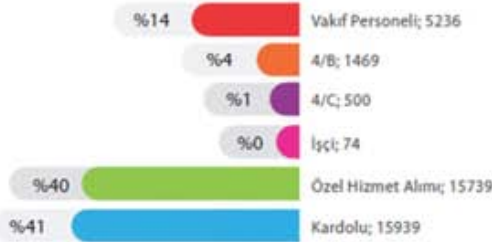
dir. Sosyal hizmet alanında çalışan profesyonel, yardımcı ve hizmetli kesimin tükenme sendromuna düşme riskinin de olduğu gerçeği göz önünde bulundurmanın da önemi inaniyorum.

Bu noktada, Bakanlığın personel durumuna yakından bakmak istiyorum:

2011 Yılı Bakanlık Kadro ve Personel Durumu

TEŞKİLAT		TOPLAM KADRO/ POZİSYON	DOLU	BOŞ
Merkez	KADROLU	1.859	966	893
	ÖZEL HİZMET ALIM	100	100	0
	4/B	19	10	9
	4/C	500	0	500
Taşra	KADROLU	13.799	9.681	4.118
	ÖZEL HİZMET ALIM	15.342	15.342	0
	İŞÇİ	39	39	0
	4/B	1.448	900	548
Döner Sermaye	KADROLU	281	69	212
	ÖZEL HİZMET ALIM	297	297	0
	İŞÇİ	35	22	13
	4/B	2	2	0
KADROLU TOPLAM		15.939	10.716	5.223
ÖZEL HİZMET ALIM		15.739	15.739	0
İŞÇİ TOPLAM		74	61	13
4/B TOPLAM		1.469	912	557
4/C TOPLAM		500	0	500
VAKIF PERSONELİ		5.236	5.236	0
GENEL TOPLAM		38.957	32.664	6.293

ASPB Tahsisli Kadro ve Pozisyon Sayısı:



Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Dolu Boş Durumu



YILLAR İTİBARIYLA FİİLİ ÇALIŞAN PERSONEL DURUMU (31.12.2010)				
		2008	2009	2010
Merkez	KADROLU	493	506	508
	ÖZEL HİZMET ALIM	40	46	48
	4/B			
Taşra	KADROLU	8758	8844	9210
	ÖZEL HİZMET ALIM	10017	11214	13304
	4/B	24	24	24
Döner Sermaye	KADROLU	31	34	32
	ÖZEL HİZMET ALIM	253	285	267
	İŞÇİ	29	29	25
	4/B	50	50	47
<b>KADROLU TOPLAM</b>		<b>9282</b>	<b>9384</b>	<b>9750</b>
<b>ÖZEL HİZMET ALIM TOPLAMI</b>		<b>10310</b>	<b>11545</b>	<b>13720</b>
<b>4/B TOPLAMI</b>		<b>74</b>	<b>74</b>	<b>71</b>
<b>İŞÇİ</b>		<b>29</b>	<b>29</b>	<b>25</b>
<b>GENEL TOPLAM</b>		<b>18883</b>	<b>21032</b>	<b>23465</b>

Tablolarda da görüldüğü gibi; özel hizmet alımı yoluyla Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'na bağlı olarak çalışan 15.739 personel bulunmaktadır. Bu sayı, Kurumun tüm çalışanlarının %40'ına denk gelmektedir. Ağırlıklı olarak bakım, temizlik, güvenlik, danışma ve yönlendirme hizmetlerinde istihdam

edilen bu personel ihale yöntemiyle hizmet satın almak suretiyle çalıştırılmaktadır. İstihdam edilen personel, ihaleyi alan ve idareyle sözleşme imzalayan firmanın elemanı olarak işe başlamaktadır.

Özlük hakları açısından 4857 sayılı İş Kanunu'na tabi olan ele-

manların, işe alımları ve işten çıkarılmaları şirketin uhdesindedir. İdarenin, personelin işe alınması sürecinde mülakat yapma ve çalışacak kişinin işe uygunluğunu tespit etme yetkisi bulunmaktadır. İşe alım sürecinde oluşturulacak komisyonda, firma yetkilisi de temsilci bulundurma hakkına sahiptir.

### Özel Hizmet Alımı Yoluyla Personel Çalıştırmanın Güçlü Yönleri (Avantajları)

1. Özel hizmet alımı yoluyla çalıştırılan personel, şirket elemanı olması nedeniyle hizmette eksiklik ya da kusur yaptığında işten çıkarılacağını bildiği için yüksek performansla çalışmaktadır. Daha önce 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'na tabi yardımcı hizmetler sınıfındaki memurlar eliyle yürütülen bakım, temizlik, güvenlik ve yemek hizmetlerinde aksaklıklar ve kalite sorunu yaşanmaktaydı,

2. Bakım, temizlik, güvenlik ve yemek satın alma hizmetlerinde her yıl ihale yapılması nedeniyle yeni standartlar ekleme fırsatının olması,

3. İşe uygunluğu çalışma sürecinde ancak tespit edilebilen personel konusunda, esnek işlem yapılabilmesinin mümkün olması.





## Özel Hizmet Alımı Yoluyla Personel Çalıştırmanın Zayıf Yönleri (Dezavantajları)

1. Özel hizmet alımı yoluyla çalıştırılan personelin eğitim düzeyinin düşük olması nedeniyle, bakım ve koruma sistemini algılamada yetersiz kalmaları,

2. Özel hizmet personelinin etik değerleri özümseyememesi nedeniyle bakım ve korunma altında bulunan çocuk, özürlü, yaşlı ve mağdur kadının bireysel ve aile yaşamları ile ilgili bilgilerini, özel durumlarını yetkili makamlar dışındaki kişilerle paylaşmaları,

3. İhmal, istismar konularında yeterli bilinç ve duyarlılığa sahip olmamaları nedeniyle hizmet ettiği risk grubu bireylerin incinmesine neden olabilmektedirler.

4. Özellikle bakım elemanları -çocuk evleri modelinde olduğu gibi- kuruluşun işleyişini ve çocukların bakımlarını tek başına üstlenmek durumunda kalmaları nedeniyle, tükenmişlik sendromu yaşama riski yüksek olmaktadır. Bakım ve temizlik hizmetinin doğası gereği, sürekli verici olmak durumunda

kalan personelin bir süre sonra umutsuzluğa kapılma riski bulunmaktadır.

5. Özel hizmet personelinin iş alınması sürecinde siyasi müdahalenin olması nedeniyle işe uygun vasıfta olmayan kişilerin kuruluşa çalışması, risk oluşturmaktadır.

6. Özel hizmet alımı yoluyla çalışanlar, iş yükü kadar ücret almadıklarını savunarak ücretlerinin artırılmasını ve iş güvencelerinin olmasını talep etmektedirler.

## Sonuç ve Değerlendirme

Özel hizmet alımı yoluyla sosyal hizmet kuruluşlarında çalıştırılacak personelin kişiliğinin, özgeçmişinin ve aile yaşantısının çok iyi analiz edilmesi gerekmektedir. Özellikle çocuk koruma alanında çalışacak personelin rol-model olacağı düşünüldüğünde, asgari etik değerlere sahip olmayan kişilerin, bu kuruluşlarda çalıştırılmaması gerekmektedir. İşe alımlarda liyakat ve işe uygunluk esas olmalı; siyasi referans ya da akrabalık ilişkileri dikkate alınmamalıdır. İşe alımlarda oluşturulan mülakat komisyonlarında mutlaka sosyal çalışmacı, psikolog bulundurulmalı ve mülakat kriterleri önceden belirlenmelidir. İşe alınan personel için

iş başında ve teorik olmak üzere iki ayrı eğitim yapılmalı. Eğitimlerde, grup çalışması ve interaktif eğitim yöntemleri kullanılmalıdır. Personelin, tükenmişlik duygularını yenmeleri için belli aralıklarla moral, motivasyon etkinlikleri yapılmalıdır.

Ayrıca, sosyal hizmet alanında yardımcı personelin yetiştirilmesi için örgün sosyal hizmet, yaşlı bakımı, çocuk bakımı vb. ön lisans programları açılmalıdır. Personelin eğitim seviyesinin yüksek olması sağlanmalıdır.

Özel hizmet personelinin motive edilmesi oldukça önemlidir. Bu

doğrultuda;

a) Hizmet personelinin kişiliği değerlendirilemez; davranışları değerlendirilir.

b) Kimsenin dışarıdan motive edilemeyeceği açıktır. Bu personelin de, kendi içinden gelen boyutları harekete geçirmek için moral açıdan da desteklenmeleri gerekir.

c) Hizmet verdiği gruba yönelik ve kuruma yönelik olumlu aidiyet duyguları, çalışan personelin yeni eğitim alanlarına yönelerek, niteliklerini geliştirmelerini teşvik edebilir.



### Kaynaklar

1. Buğra A. Keyder Ç., Erdem İ. "Sosyal Yardım Uygulamaları ve Toplum Yararı Faaliyet Kapsamında Asgari Gelir Desteği Uygulaması" 2.01.2012
2. T.C. Kalkınma Bakanlığı Oruncu Kalkınma Planı: Sosyal Hizmetler ve Yardımlar Sistemi Çalışma Grubu Raporu -Ankara 2012.
3. Meyilli Aktaş, "Korunmaya Muhtaç Çocuklar Raporu" Cumhurbaşkanlığı Devlet Denetleme Kurulu Geçici Utmanlık Raporu 2002-Ankara.

4. Meyilli Aktaş, Sosyal Hizmet İl Müdürlüğünün Etkililiğinin Değerlendirilmesi H.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Basımına Geçmiş Doktora Tezi- 1991-Ankara.
5. SHÇEK 2010 Faaliyet Raporu

# Güvenilir, Objektif ve Etik Sağlık Haberleri Nasıl Olmalı?

**Esra ÖZ**

*Dünya Sağlık Ajansı Yayın Yönetmeni*

**Sağlık haberciliğinde uzun yıllar geride bırakılırken, bu alandaki büyük eksiklikler de daha net görülebiliyor. Sağlık haberlerinin kanıta dayalı, etik ve objektif iletilmesinin ne derece önemli olduğunu, yanlış haberleri gördükçe anlıyorsunuz.**

Sağlık haberciliğinde uzun yıllar geride bırakılırken, bu alandaki büyük eksiklikler de daha net görülebiliyor. Sağlık haberlerinin kanıta dayalı, etik ve objektif iletilmesinin ne derece önemli olduğunu, yanlış haberleri gördükçe anlıyorsunuz. İnsanlar, sağlık haberlerine güvenmemelerine rağmen, gazete ya da televizyonda konuşan herkesi, o alandaki otorite kabul ediyor. Bu

nedenle de, yalan yanlış bilgilerin aktarılması sonucu, bilinç seviyesi gittikçe düşüyor. Para karşılığı haber yaptırma, programa çıkma ve köşe yazılması nedeniyle, halka reklam haberciliği sunuluyor. Alanında uzman olmayan, gazeteciliğe yeni başlamış kişiler, sağlık muhabiri yapıyor. Bilgiden çok magazinsel içerik veriliyor. Haberlerde, 5N-1K kuralına uyulmuyor. Bilgiler ye-

tersiz kalıyor. Etik kurallara önem verilmiyor. Kaynak ve bilgi sorgulanmadan haber hazırlanıyor. İnternette, doğru ve güvenilir kaynak sıkıntısı yaşanıyor. Genelde, forum sayfalarında katılımcıların yazdıklarına göre hareket ediliyor. Yanlış ya da eksik haberler insan hayatını tehlikeye sokabilen, iyileşmeyecek ruhsal yaraların ya da korkuların oluşmasına neden olabiliyor.

## Peki, Bu Yalan Yanlış Deddiğimiz Haberler Neler?

### “İnsan beynini hack'lediler!”

başlıklı haberde şunlar söyleniyor: “Piyasada rahatlıkla bulunabilen ve herkesin sahip olabildiği bir alet sayesinde, bilgisayar kullanıcılarının beyinlerinden bilgilerin hack'lenebildiği ortaya çıktı. ABD'nin saygın üniversitelerinden Berkeley ile İngiltere'nin Oxford ve İsviçre'nin Cenevre Üniversitesi'nden bir araştırmacı grubu, el kullanmadan bilgisayar oyunu oynamaya yarayan Emotiv adlı bir beyinbilgisayar ara yüzü aletiyle, bilgisayar kullanıcılarının banka kartı şifrelerini, adres bilgilerini ve

**Dünya** (<http://www.sabah.com.tr/Dunya/2012/08/28/insan-beynini-hacklediler>)



**İnsan beynini hack'lediler!**

28.08.2012

Piyasada rahatlıkla bulunabilen ve herkesin sahip olabildiği bir alet sayesinde, bilgisayar kullanıcılarının beyinlerinden bilgilerin hack'lenebildiği ortaya çıktı. ABD'nin saygın üniversitelerinden Berkeley ile İngiltere'nin Oxford ve İsviçre'nin Cenevre Üniversitesi'nden bir araştırmacı grubu, el kullanmadan bilgisayar oyunu oynamaya yarayan Emotiv adlı bir beyinbilgisayar ara yüzü aletiyle, bilgisayar kullanıcılarının banka kartı şifrelerini, adres bilgilerini ve özel yaşamlarına dair birçok özel ayrıntıyı öğrenmeyi başardı. Deneyin yüzde 40 oranında başan sağladığı kaydedilirken, Emotiv'in piyasada yalnızca 299 dolara bulunabilmesi uzmanlar arasında alarmla geçti. Araştırmacılar, deney grubuna Emotiv'i takılarak, bilgisayar ekranının önünden banka fotoğraflarını, tanıdıklarının isimlerini ve şifreleri geçirmeye başladı. Tanıdık objeler ve bilgiler geçtikçe beyin P300 adı verilen özel bir sinyal yaydı. Bu yöntemin kriminal vakalarda kullanıldığı takdirde faydalı olacağını kaydeden araştırmacılara göre, sistem rahatlıkla özel bilgilerin çalınması amacıyla da kullanılabilir.

Yorum Yap | Editöre e-posta | Yazın Gönder | Çab Al

<http://www.zdnet.com/mind-hackers-could-get-secrets-from-your-brainwaves-700003267/>

Topic: Emerging Tech

## 'Mind hackers' could get secrets from your brainwaves

**Summary:** Security researchers have used cheap Emotiv headsets to capture people's subconscious responses to stimuli and use them to uncover data directly from their subjects' brains. It's a theoretical risk to privacy and security that could become significant with further advances in technology

By Jack Schofield for Zed's Blog | August 23, 2012 — 23:10 GMT (18:10 PDT)



Could hackers get access to your bank details and PIN codes by reading your mind? It wouldn't be easy, but computer scientists reckon it's theoretically possible using wireless EEG headsets like Emotiv's Epic, which costs only \$299. These are not yet mass-market devices, but people who use headsets to play games and control devices such as wheelchairs could conceivably have their brains hacked if they download rogue applications.

Juan Martinovic, from the University of Oxford, explored the idea in his talk at the Usenix Security Symposium held in Seattle earlier this month (video). The team behind the research — which also included members from the University of California at Berkeley and the University of Geneva — has published a paper: On the Feasibility of Side-Channel Attacks with Brain-Computer Interface (PDF).



özel yaşamlarına dair birçok özel ayrıntıyı öğrenmeyi başardı. Deneğin yüzde 40 oranında başarı sağladığı kaydedilirken; Emotiv' in piyasada yalnızca 299 dolara bulunabilmesi uzmanları alarma geçirdi. Araştırmacılar, denek grubuna Emotiv'i taktırarak, bilgisayar ekranının önünden banka fotoğraflarını, tanıdıklarının isimlerini ve şifreleri geçirmeye başladı. Tanıdık objeler ve bilgiler geçtikçe beyin, P300 adı verilen özel bir sinyal yaydı. Bu yöntemin, kriminal vakalarda kullanıldığı takdirde faydalı olacağını kaydeden araştırmacılara göre, sistem rahatlıkla özel bilgilerin çalınması amacıyla da kullanılabilir."

Habere konu olan sunumu ve makaleyi incelerken, % 60 gibi bir başarıyla resimler üzerinden tanıdık kişileri ve yerleri anlayabildiklerini göreceksiniz. Ama, banka şifresi gibi veriler üzerinde denememiş, teorik olarak olabileceğini düşünüyorlar. Ayrıca, bunun olabilmesi için bilgi alınmak istenen kişinin aleti takması ve sistemin öğrenmesi için gerekli süre boyunca eğitim resimlerine bakması gerekiyor. Yani, birinin çıkıp sokakta onun bunun şifresini çalması ya da düşüncelerini okuması gibi bir durum söz konusu değil. (<http://www.zdnet.com/mind-hackers-could-get-secrets-from-your-brainwaves-700003267/>)

**"Beyni hiç böyle görmediniz"** Haberde: Harvard Üniversitesi'nden bilim insanları, beynin bugüne kadar en detaylı haritasını çıkardı. Beynin MR'ını çekerek, yüksek teknoloji ile üç boyutlu haritasını oluşturan bilim insanları, bu sayede beyindeki işlev bozukluklarını daha kolay tedavi edebilecek. Bugüne kadar beynin en kapsamlı haritası olarak nitelendirilen bu çalışma, bilim insanlarına olağanüstü olanaklar sunuyor. Prof. Jan Wede-

en, gökkuşağı rengindeki bu taramanın ilk kez beyin içindeki 100 milyar hücrenin nasıl çalıştığıyla ilgili bilgi vereceğini belirtiyor."

Jan değil de Van Wedeen diye aratınca ilgili sayfalar çıkıyor. Meselâ 4 numaradaki şekil, insan da MR görüntülemesi değil, fare hipokampusu MRI değil, konfokal mikroskopisi ile çekilmiş ve özel bir teknikle resim alınmış. Brainbow, farelerde genetik manipülasyonla

beyin hücrelerini değişik renkte floresan veren hale getirme işlemi ile oluşan görüntü. Yani, insan beyni diye paylaşılan görüntü fareye ait, bilim insanının ismi de yanlış verilmiş. (<http://www.nih.gov/news/health/mar2012/nimh-29.htm>)

**Beyni hiç böyle görmediniz**

<http://www.milliyet.com.tr/fotogaleri/43112-yasam-beyni-hic-boyle-gormediniz/4/>

Prof. Jan Wedeen gökkuşağı rengindeki bu taramanın ilk kez beyin içindeki 100 milyar hücrenin nasıl çalıştığıyla ilgili bilgi vereceğini belirtiyor

Kategori: Tıp ve Sağlık Görüntüleme: 11.364

Etiketler: Jan Wedeen, beyin, beyin MRI

**Brain wiring a no-brainer?**

Scientists reveal astonishingly simple 3D grid structure — NIH-funded study

The brain appears to be wired more like the checkerboard streets of New York City than the curvy lines of Columbia Avenue. Source: Jan Wedeen, M.D., Harvard Center and Dept. of Radiology, Massachusetts General Hospital and Harvard University Medical School

Far from being just a tangle of wires, the brain's connections turn out to be more like ribbon cables — falling 2D sheets of parallel neuronal fibers that cross paths at right angles, like the redwood, M.D., of Massachusetts General Hospital (MGH), the Harvard Medical School, and the Harvard Medical School. "This grid structure is continuous and consistent at all scales and across humans and other primate species."

Wedeen and colleagues report new evidence of the brain's elegant simplicity March 29, 2012 in the journal Science. The study was funded in part by the NIH's National Institute of Mental Health (NIMH), the Howard Hughes Medical Institute (HHMI), the National Science Foundation, and other NIH components.

Getting a high resolution wiring diagram of our brain is a landmark in human neuroscience," said NIMH Director Thomas R. Insel, M.D. "This new technology may reveal individual differences in brain connections that could aid diagnosis and treatment of brain disorders."

Knowledge gained from the study helped shape design specifications for the most powerful brain scanner of its kind, which was installed at MGH's Martinos Center last fall. The new Connectom diffusion magnetic resonance imaging (MRI) scanner can visualize the networks of crossing fibers — by which different parts of the brain communicate with each other — in 10-fold higher detail than conventional scanners, said Wedeen.

This one-of-a-kind instrument is bringing into sharper focus an astonishingly simple architecture that makes sense in light of how the brain grows," he explained. "The wiring of the mature brain appears to mirror three primal pathways established in embryonic development."

As the brain gets wired up in early development, its connections form along perpendicular pathways, running horizontally, vertically and transversely. This grid structure appears to guide connectivity, like lane markers on a highway, which would limit options for growing nerve fibers to change direction during development. If they can turn in just four directions, left, right, up or down, this may

## Çözüm nedir?

*Sağlık haberciliği alanında uzman muhabir ve editörlerin yetişmesi gerekiyor. Habere konu olan makalelerde, "bilim adamları" demek yerine; "bilim adamı ve ekibinin ismini" belirtmeli. Habere konu olan "bilimsel araştırmalar" demek yerine; "araştırmayı kaynak" göstermeli. Bu alanda uzmanlaşarak, doğru bilgileri doğru şekilde vermeli. İşlenen konu hakkında, bilim insanlarından haber teyit edilmeli. Sağlık konusunda sansasyondan kaçınılmalı. İnsanlara, umutsuzluk veya sahte umut verecek yayın yapılmamalı. Tıbbi alandaki araştırmalar kesinleşmiş sonuçlar gibi yayımlanmamalı. İlaç tavsiyesi verilmemeli ya da yönlendirilmemeli. Sağlık alanındaki haber kaynakları da eğitilmeli. Her edinilen bilgiden haber yazılmamalı. İnsanların kişisel haklarını korumalı.*

*Sağlık haberciliğinde güvenilir, objektif, kanıta dayalı, etik ve ulaşılabilir olmak çok önemli.*

## Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Çalışanları Sosyo-Demografik Durum Belirleme ve Tükenmişlik Araştırması

F. Nihan READY

Sağlık-Sen Genel Merkezi AR-GE Uzmanı

**Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı çalışanlarının sosyo-demografik özelliklerini belirlemek ve tükenmişlik düzeylerini ölçmek amacıyla, "Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Çalışanları Sosyo-demografik Durum Belirleme ve Tükenmişlik Araştırması" yapılmıştır.**

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı çalışanlarının sosyo-demografik özelliklerini belirlemek ve tükenmişlik düzeylerini ölçmek amacıyla, "Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Çalışanları Sosyo-demografik Durum Belirleme ve

Tükenmişlik Araştırması" yapılmıştır.

Araştırmada, nicel araştırma teknikleri kullanılmıştır. TÜİK verilerinden de faydalanılan araştırmada, istatistiksel olarak

Türkiye'de Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı çalışanlarının evrenini temsil edebilecek bir örneklem kullanılmıştır. Araştırmaya toplam 300 kişi ve Balıkesir, Elazığ, Erzurum, Giresun, Kahramanmaraş, Karaman, Kırşehir, Konya, Ma-



latya, Manisa, Muğla, Samsun, Tekirdağ olmak üzere toplam 13 il katılmıştır. Bilindiği gibi, sosyal ve ekonomik yönden tatmin olmuş çalışan, hizmet sürecinde verimlidir ve genel memnuniyet düzeyi yüksektir. Aile ve Sosyal

Politikalar Bakanlığı çalışanlarının demografik, sosyal, ekonomik ve sağlık özellikleri ile tüketmişlik durumlarını incelediğimiz araştırmada, elde edilen verilerle yaşam kalitesi ve yaşam memnuniyet düzeyleri arasındaki ilişki

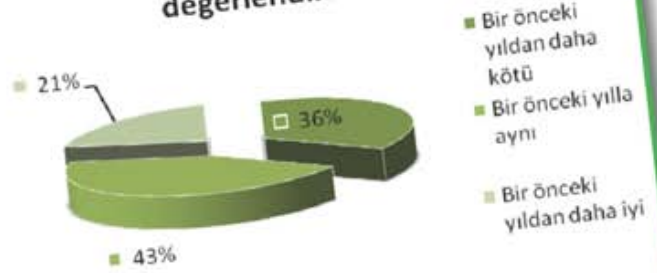
incelenmiştir. Sosyo-demografik yapıda görülen değişimlerin, çalışma hayatına ve yaşam kalitesine/memnuniyetine nasıl yansıdığı ve ne yönde yansıdığı belirlenmiştir. Araştırmanın bazı çarpıcı sonuçlarına aşağıda verilmiştir.

## Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Çalışanları Ekonomik Özellikleri

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı çalışanlarının %49,2'si, son bir yıl içerisinde bankadan kredi çekmiştir ve %10,5'i borçlarını ödeyemedikleri için kredi kartı takibine alınmıştır. %36'sı bugünkü ekonomik durumlarını bir önceki yıla kıyasla daha kötü olarak tanımlamışlardır. Katılımcıların %27,9'u ekonomik sıkıntılar sebebiyle psikolojik sorun yaşamakta olduklarını belirtmişlerdir. Araştırmanın bir diğer çarpıcı sonucu, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı çalışanlarının %80,7'sinin, gelecekleri için birikim yapamıyor olmalarıdır. Katılımcılar ayrıca, gelirlerinin büyük bir kısmını sırasıyla, ev giderleri, banka kredisi ve kredi kartı ödemesi için harcamaktadırlar. Araştırmaya katılan Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı çalışanlarına, ekonomik sıkıntılar

sebebiyle aile içinde sorun yaşayıp yaşamadıkları sorulmuş, katılımcıların %36,1'i ekonomik sıkıntılar sebebiyle aile içinde sorun yaşadıklarını belirtmişlerdir. Bu bulgulardan

### Bir önceki yıla kıyasla bugünkü ekonomik durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?



da anlaşılacağı gibi, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı çalışanlarının ekonomik anlamda tatmin olmadıklarını ve bu durumun hayatlarının birçok kesimine olumsuz anlamda yansıdığı söylemek mümkündür.

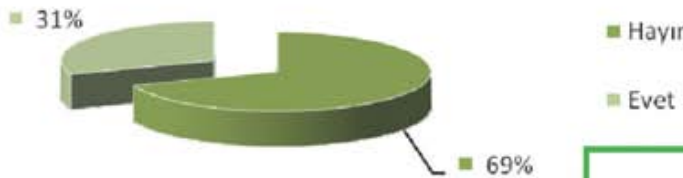
## Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Çalışanları Sağlık ve Sosyal Özellikleri

Katılımcıların %21'inin kronik bir rahatsızlığı olduğu, %23,5'inin düzenli olarak ilaç kullandığı, %33,8'inin sigara kullandığı ve %6,1'inin antidepresan özellikli ilaç kullandığı belirlenmiştir. Ka-

tılımcıların %31'i mesleklerinden dolayı psikolojik sorunlar yaşadıklarını belirtmişlerdir. Bu verilerden, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı çalışanlarının mesleklerinin yıpratıcı olduğunu ve zor şartlar altında

görevlerini yerine getirdiklerini bir kez daha görmekteyiz. Katılımcıların %87,3'ü düzenli olarak spor yapmamaktadırlar ve %50'den fazlası sağlık durumlarını orta ve daha kötü olarak belirtmişlerdir.

### Mesleğinizden dolayı psikolojik sorunlar yaşıyor musunuz?



Katılımcıların %60,3'ü günlük kişisel bakımlarına önem vermediklerini belirtirken, "En son ne zaman kendiniz için giyim veya kişisel bakım alışverişi yaptınız?" sorusuna, %26,3'ü "Hatırlamıyorum bile" cevabını vermiştir.

Araştırmanın bir diğer çarpıcı sonucu, katılımcıların %60,4'ü ailesi ile yeterince vakit geçiremediğini düşünmekte ve bu durum yaşam memnuniyetini olumsuz etkilemektedir.

### Ailenizle yeterince vakit geçirebildiğinizi düşünüyor musunuz?





Bilindiği gibi, hayattan memnuniyeti etkileyen birçok etmen vardır. Bunlar arasında sağlık, ekonomik özellikler, çalışma koşulları, kişinin sosyal ve bireysel yaşamı, ailevi özellikler sayılabilir. Katılımcıların yaklaşık yarısı hayattan memnun

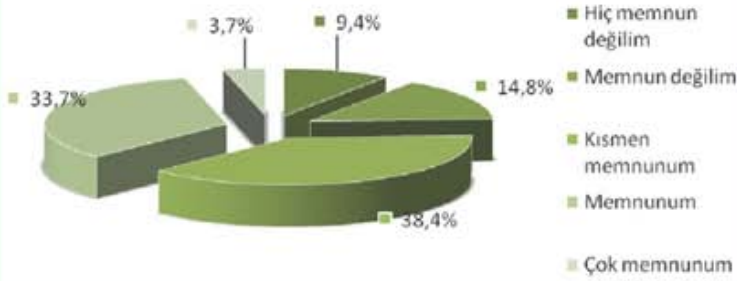
değil ya da kısmen memnundur.

Yaşam kaliteleri düşüktür; %62,6'sı yaşam kalitelerinden memnun değil ya da kısmen memnundur.

Çalışma koşullarını iyi değil-

dir: %68,4'ü çalışma koşullarından memnun değil ya da kısmen memnun olduklarını belirtmişlerdir. %72,3'ü mesleklerinin toplumda pozitif bir ayrıcalık getirmediğini, mesleki saygınlıklarının olmadığını düşünmektedir.

### Yaşam kalitenizden memnun musunuz?



**Bu verilerden de yola çıkarak, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı çalışanlarının yoğun stres içeren, hizmet verme gücünü bulanan ve kişilerin yoğun kaygılar yaşadıkları ortamlarda görevlerini yaptıklarını görmekteyiz. Diğer iş ortamlarından farklılık gösteren çalışma koşulları, bu sebeptir ki farklı ele alınmalıdır.**

Tükenmişliğin Boyutları	Tükenmişlik Ölçeği Puanlarının Araştırma Sonuçları		Tükenmişlik Ölçeği Puanlarının Yorumlama Tablosu		
	Ortalama Puan Düzeyleri	Standart Sapma	Düşük	Orta	Yüksek
Duygusal Tükenme Boyutu	22,0307	7,06633	0-16	17-26	27 ve üzeri
Duyarsızlaşma Boyutu	9,0080	3,44659	0-6	7-12	13 ve üzeri
Kişisel Başarı	28,7048	5,21961	39 ve üzeri	32-38	0-31

» Aile hayatı: Aile ile vakit geçiremem, tükenmişliği artırmaktadır.

Tükenmişlik ölçeğinden elde edilen puan ortalamaları, tükenmişlik ölçeği puanlarının yorumlama tablosuna göre değerlendirildiğinde, örneklemin duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt boyutları açısından orta, kişisel başarı alt boyutu açısından ise yüksek düzeyde tükenmişlik yaşadığını göstermektedir.

Tükenmişliğe sebep olan bazı etkenler şöyle sıralanabilir:

» Hizmet Sınıfı: Tüm hizmet sınıfları orta düzeyde tükenmişlik yaşamakla birlikte; sağlık hizmetleri sınıfı diğer hizmet sınıflarına göre

daha fazla duygusal tükenmişlik yaşamaktadırlar.

» Ekonomik durum: Gelir arttıkça, kişisel başarı oranı da artmaktadır. Artan gelir, kişisel başarıyı %13,7 oranında artırmaktadır. Gelir düşüktüğü, tükenmişlik artmaktadır.

» Sosyal aktivite düzeyi: Sosyal aktivite düzeyi düştükçe, tükenmişlik artmaktadır.

» Yaşam kalitesi: Yaşam kalitesindeki düşüş, tükenmişliği artırmaktadır.

» Çalışma koşulları: Çalışma koşulları kötüleştiğinde, tükenmişlik artmaktadır.

Tükenmişliği önlemek için bireysel ve örgütsel mücadele yöntemleri geliştirilebilir. Araştırmanın sonuçlarından yola çıkarsak; bireysel olarak kişi, gerçekçi hedefler belirleyerek, işini farklı yöntemlerle yaparak, kısa süreli molalar vererek, kendisine zaman ayırıp, hobiler edinerek, arkadaşlarıyla ve ailesiyle daha fazla zaman geçirerek tükenmişlikten kurtulabilir.

Örgütsel mücadelede ise; yönetim tükenmişliğe neden olan durumları belirlemeli, aşırı iş yükünü hafifleterek çalışma koşullarını iyileştirmeli, çalışanlara işle ilgili daha fazla söz hakkı tanımalı, proje çalışmaları çalışanların istek ve beklentileri göz önüne alınarak geliştirilmelidir.



# Mazhar Osman

Türkiye'de İlk Modern Ruh Sağlığı Hastanesini Kuran Hekim

**Ord. Prof. Dr. Mazhar Osman, ruh ve sinir hastalıkları uzmanı, Türkiye'de ilk modern ruh sağlığı hastanesini kuran Türk hekimidir. Türkiye'de akıl ve sinir hastalıklarının çağdaş yöntemlerle tedavisinde öncülük etmiştir.**

Mazhar Osman, 5 Mayıs 1884 tarihinde o zamanlar Osmanlı devletinin olan Batı Trakya'yadaki Meriç Nehri kıyısındaki Sofulu'da doğdu. Babası Ziraat Bankası'nda memur Osman Zühtü Efendi'dir, Annesi Çerkes Süleyman Beyin kızı Atiye Hanım'dır. Doğduğunda adını Yusuf Mazhar Osman koydular. 3 kardeşi kuşpalazından ölmüştü.

Kırkkilise (Kırklareli) şubesine tayini için gittikleri belde Mazhar Osman İptida ve rüştiye eğitimlerini tamamladı. Babası Osman Efendi bankanın Üsküdar şubesine terfi ederek 1894'te tayin olduğunda Yusuf Mazhar Osman 10 yaşındaydı. İstanbul'a gelince Üsküdar Mülki İdadisi'ne başladı. Buradan okul birincisi olarak 1898'de mezun oldu.

Ardından Mülkiye'ye gitmek istese de mali sorunlar yüzünden gidemedi. Tıbbiye-i Askeriye'ye girdi.

Yoksuldu, yolunu dişiyile tırnağıyla açtı Son derece de yoksul olan ailesine maddi katkı vermek için hem okudu, hem de çalıştı. Komşuları için kuyudan su çekmek, kışın mangal göbeklerini ocağın başına

taşınmak, yazın bahçeleri-asmaları sulamak, konunun komşunun mektuplarını yazmak üç beş kuruş için daha ilkokul çağlarından itibaren yaptığı işlerdendi. Babası Ziraat Bankasındaki işini kaybettiğinde genç Mazhar Osman askeri tıbbiye devam ediyordu. Bu durum ailenin bütün mali dengelerini bozmuştu, Osman'ın tahsile devam için para kazanması şarttı. O sıralarda İstanbul'da yeni bir adet peydah olmuş; evde, ya da hastanede vefat edenlerin başında sabaha beklenilmeye başlanmıştı. Lübnanlı bir hocasının tavsiyesi üzerine bu süreç dahil olan Osman defnedilmeyi bekleyen ölülerin başında tutmaya başladığı gece nöbetleriyle çok cüz'i paralar kazanır olmuştu. Mazhar Osman, tıbbiyede gözüne kestirdiği branşlar olan kadın doğum ve dahiliye de alınmayınca, Haydarpaşa'ya taşınan Tıbbiye Mektebi'nde son sınıftayken Raşit Tahsin Hoca hocasının yönlendirmesiyle akliye-asabiye branşını seçmişti. Bu duruma yakınları büyük tepki gösterdi. Özellikle de Yakın bir arkadaşının 'Bunca okumadan sonra mecnunlarla mı uğraşacaksın? Yapma Allah aşkına Mazhar. Bu tam manasıyla zekanın intiharı demektir!' diye fevran etmesini Osman hayatı boyunca unuttu.

1904'te Tabip Yüzbaşı rütbesiyle, sınıf dördüncüsü olarak diplomasını aldı. Hicaz'a tayin'i çıktı, gidişi I sene ertelendi. Bir yıl Gülhane Askeri Hastanesi Akliye Servisi'nde staj yaptı. 1906'da Askeri Tıbbiye'de akıl hastalıkları dersi muallim yardımcısı oldu. İlk eseri 'Tababet-i Ruhiye' eseri basılıyor. Meşrutiyet'in yeniden ilan edildiği gün olan 23 Temmuz 1908'de Almanya'ya, Münih ve Berlin Üniversitesi'ne gitti

ve Almanca öğrenip yeniden Psikiyatrisi üzerine tıp eğitimi alarak ihtisasını yaptı. 1911'de yurda dönüşünde Gülhane Askeri Hastanesi Emraz-ı Akliye Kliniği'nde görev aldı. 1912'de askeri hekim olarak Balkan Harbi'ne katıldı, gezici hastane başhekimisi olarak Lüleburgaz ve Çatalca cephelerinde harp sahalarında koleraya karşı verilen mücadeleye katıldı.

1910'da Divanyolu'nda Nüzhet Eczanesinin üstünde muayenehane açtı. Bu serbest hekimliğinin ardından, 1911 - 12 Trablus harbi öncesinde yeniden gittiği Berlin'de Charitee Kliniği'nde Prof. Ziehen ve Oppenheim'la çalıştı.

İstanbul'a döndüğünde Askeri Sıhhiye Reisi Süleyman Numan Paşa, Gülhane'den akliye, asabiye, kadın doğum ve anatomi derslerini kaldırdı. Mazhar Osman değil hocalık yapmak, yıllardan beri canla başla çalıştığı Gülhane'de hasta bile bulamayacaktı. 1914'te Gülhane'den ve askeriye'den istifa etti. 1914 Haziran'ında Haseki Hastanesi başhekimisi oldu. Ardından I. Dünya Savaşının patlaması üzerine binbaşı rütbesiyle yeniden askere alındı ve Haydarpaşa Askeri Hastanesi'nde akliye ve asabiye mütechassışlığına atandı. Bu sırada, esas olarak akıl hastası numaraları yapanların oyunlarını açığa çıkararak onları askere sevk etmekle uğraştı. 1917'de Şişli Fransız Hastanesi (eski Fransız La Paix) Akıl ve Sinir Hastalıkları Bölümü şefliğine, 1919'da Toptaşı Bimarhanesi başhekimliğine, 1920'de Zeynep Kamil Hastanesi'ne nak-



ledilen Akıl ve Sinir Hastalıkları Bölümü Şefliğine, 1922'de Zeynep Kamil ve Toptaşı hastaneleri başhekimliğine atandı. Mazhar Osman Toptaşı بیمارhanesini çağdaş bir modern bir psikiyatri kliniği haline getirmek için uğraştı. Bu sırada Karacaahmet Miskinler Tekkesi'nde barınan cüzamlılar için Toptaşı'nda pavyon ayırdı. Tekke'yi de kapattı. Sıhhiye Umumi Müfettişi Tevfik Rüştü Bey'in emriyle, Edirne'deki ilk Osmanlı بیمارhanesi olan Darüşşifa'yı ziyaret etti. Zincirlerle bağlı akıl hastalarını bu perişanlıktan kurtardı ve onları Kıyık'taki Fransız Hastanesine taşıdı.

Bu dönemde, o güne kadar uygulanan eski tedavi yöntemlerinin yerini çağdaş tedavi yöntemlerinin almasında, yeterince önemsenmeyen bu hekimlik dalının gereken ilgiyi görmesinde ve yeni kadroların bu yönde özendirilmesinde önemli rol oynadı.



1918'de imzalanan Mondros Mütarekesi Mazhar Osman'ın hayatında bir dönüm noktası oldu. Anlaşmayla La Paix yeniden Fransızlara verildi, Haydarpaşa Askeri Hastanesi boşaltıldı. Savaş sırasında Fransız rahibelerin vazifelerine devamını sağladığı için Fransa tarafından madalya ile taltif edildi. Mazhar Osman La Paix'deki başhekimlik görevine devam etti.

Haydarpaşa Askeri Hastanesi'nde, zamanın en ünlü şairi Tevfik Fikret'le samimi olma şerefine nail oldu. Savaş nedeniyle İstanbul'a dönen Abdülhak Hamid'i tedavi etti. Neyzen Tevfik'de hastaneye gelenler arasında idi.

1 Mayıs 1919'da, Türkiye dergicilik tarihinde eşine ender rastlanan bir şekilde, 32 yıl boyunca yayınlanacak olan İstanbul Seririyatı Dergisi'ni çıkarmaya başladı. Derginin başyazarı da Mazhar Osman'dı. 5 Mart 1920'de Yeşilay Cemiyeti'ni kurdu.

Aynı zamanda seroloji, nöropatoloji, deneysel psikoloji laboratuvarları oluşturarak Türkiye'de

nöro-psikiyatri dalının kurulmasına öncülük etti. Sürdürdüğü çalışmalar sonucu 1927'de Bakırköy'de Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'ni kurarak uzun yıllar başhekimliğinde bulundu.

Hükümet, Toptaşı بیمارhanesinde tedavi edilen hastalara Bakırköy'deki Reşadiye kışlalarını tahsis etti. Mazhar Osman, örneklerini Avrupa'da görüp tetkik ve mesai şansı bulduğu insancıl, modern ve ilmi akıl hastanesinin bir numunesini nihayet genç Türkiye Cumhuriyeti'nde yaratmak şansını buldu. 3 yıla yakın süren tadilat, inşaat ve taşınma işlemlerine kararın hemen akabinde başlayan Mazhar Osman ve idealist, çoşkulu ekibi ile 15 Haziran 1927'de İstanbul Emraz-ı Akliye ve Asabiye Hastanesi (Şimdiki Bakırköy akıl hastanesi) resmen hizmete girdi.

1933'te ordinaryüs profesör oldu ve İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniği Başkanlığına getirildi. 1941'de başhekimlik görevini bıraktı ve emekliye ayrıldığı 1952'ye kadar öğretim üyesi olarak çalışmalarını sürdürdü.



Soyadı Kanunu'yla Uzman soyadı alan Mazhar Osman Uzman 1942'de doktorlar arasında Operatör Mim Kemal Öke'yle birlikte "Varlık Vergisi Rekortmeni" oldu: 5 bin lira vergi ödedi o yıl. Gençliğinde mandolin çalıp şarkı söylediği Çamlıca tepesinde büyük bir bahçe içinde eski bir köşk satın aldı.

Hekim ve bilimadamı olarak yürüttüğü çalışmaların yanı sıra İçki ile Mücadele Cemiyeti, Akıl ve Sinir Hastalıkları Cemiyeti gibi çeşitli sağlık derneklerinin kuruculuğunu ve başkanlığını yaptı. Ayrıca Hamburg Akıl Hastalıkları Derneği, Fransız Nöroloji Derneği, New York

Nöroloji Akademisi gibi yurtdışı sağlık kuruluşlarının onur üyeliklerine seçildi. Haksız bir şekilde yolsuzlukla suçlandığı için, 1941 yılında Bakırköy Emraz-ı Akliye ve Asabiye Hastanesi başhekimliği görevinden istifa eden Mazhar Osman, vefatına kadar İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde öğretim üyesi olarak çalışmalarını sürdürmeye devam etmiştir. Mazhar Osman 31 Ağustos 1951 tarihinde şeker hastalığı ve nefes darlığı yüzünden İstanbul'da öldü. Mezarı Zincirlikuyu Mezarlığı'ndadır.

Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, bir dönem "Mazhar

Osman Hastanesi" adıyla anılmıştır. Osmanlı Devleti'nin son ve Türkiye Cumhuriyeti'nin ilk dönemlerini yaşamış bilim adamları arasında, bir tıp adamı olarak Mazhar Osman'ın önemli yeri vardır. Osmanlı'da akıl ve ruh hastalıklarının tedavisinde kullanılan eski geleneksel uygulamalar, Mazhar Osman'la birlikte yerini modern tedavi yöntemlerine bırakmıştır. Evlilikleri; birinci eşi Nedime hanım, ikinci eşi ise 1924 de 40 yaşında iken evlendiği 14 yaşındaki Saadet hanımdır. İkinci eşinden 5 çocuğu vardır.(çocuklarının isimleri: kızı Tuba Ulagay, oğlu Cülmüt)



#### Mazhar Osman'ın eserleri:

İstanbul Seririyatı dergisi, 1919 – 1951; Akıl hastalıkları, 1929; Sıhhat Almanakı, 1933; Keyif Veren Zehirler; 1934; Sinir Hastalıkları – Asap Hastalıkları: Muayene Usulleri, 1934 - 1936, Tababeti Ruhiye; Medikal, Paramedikal konferansların, 1941 (1942?); Lepira ile Mücadele, 1941; Sıcak Çarpması ve Donma;

Sıhhi Hitabeler; Spiritizma Aleyhine; Sıhhi Sahifeler; Bakırköy'de 10 yıl (komisyonla ortak); Şişi Müsamereleeri; Seriri cepheden alkolizm, 1935; Eugene idiş, Kısır iyi çocuk yetiştirme hakkında iki konferans, 1935; Öjenik, 1939; Cınnet-i meşahirden, 1957; Heroinciler, 1957; Psychiatria, 1944

Ölümünden iki gün sonra, Bakırköy'deki kıdemli hastalarından "De Gaulle", pencereden bahçedeki doktorlara seslendi: "Doktor beyler, Mazhar Osman öldü diye uydurmuşlar. Mazhar Osman ölür mü? Ne saçma şey. Bir zamanlar Atatürk için de öldü diye çıkarmışlardı."

Uzun yıllar süren başarılı çalışmalarının sonucunda, Mazhar Osman adı, psikiyatri ile özdeşleşmiş, hikâyeleri dilden dile dolaşmaya başlamıştır. Ününün halk arasında yayılmasıyla, özellikle ruhsal sorunları olanlar için "Mazhar Osmanlık" deyimini kullanılmaya başlanmıştır. Hayatını Türkiye'deki ruh hekimliğinin gelişmesine adanmış olan Mazhar Osman'ın, tarih, edebiyat ve felsefeye karşı da ilgisinin bulunduğu bilinmektedir. Vefatından sonra şahsi kütüphanesi, ailesi tarafından, adına kurulmuş olan İstanbul Üniversitesi Psikiyatri Kliniği Kütüphanesi'ne bağışlanmıştır.



# OSMANLIDA MÜZİKLE TEDAVİ

Kâinata her şey titreşir. Dalga hareketlerini ortaya çıkaran titreşimlerin her biri, ses dalgaları olarak bilinir. Ses dalgalarının ritmik desenleri, musikiyi ortaya çıkarır. Bu açıdan varlıkların aktiviteleri sırasında çıkardığı ses titreşimleri, birer musikidir. Musiki sadece insana has değildir. Her varlık, musikiyle birlikte yaratılır. Düşük frekanslı ses dalgaları ihtiva eden kuş, su ve rüzgâr, uyku esnasındaki insanın beyin dalgalarına yakın dalgalar ürettiğinden insanı dinlendirici tesirlere sahiptir. Duyguları incelten ve gönüllü yumuşatan müzik türleri, asırlardan beri tedavide kullanılmaktadır. Günümüzde araştırmacılar, beden ve zihin hastalıklarının tedavisinde müziğin kullanılması konusunda hemfikirdir. Bu konuda yapılan bir-

çok araştırma, doktor ve müzisyenlerin; depresyondan kansere, yüksek tansiyondan kronik ağrılara, disleksiden akıl hastalıklarına, migrenden uyuşturucu madde bağımlılığına kadar geniş bir sahada tedavi gayesiyle müziği kullandıklarını göstermektedir.

Özellikle hastaların kendine güveninin gelmesinde, sosyal ilişkilerinin gelişmesinde olumlu sonuçları hekimler tarafından da kabul edilen müzikle tedavinin Anadolu'da başlıca merkezleri vardır. Anadolu'da kurulan medeniyetler içerisinde müzikle tedavi yöntemini en fazla uygulayan medeniyetler Selçuklu ve Osmanlı'dır. Ancak müzikle tedavi yöntemi Osmanlılar döneminde zirveye ulaşır. Başta Edirne olmak üzere

re Kayseri, Sivas, Amasya, Manisa ve Bursa'da tedavi yöntemleri kurulur. Sultan II. Bayezid'in, Edirne'de 1488 yılında yaptırdığı darüşşifada hastalara su sesi ve müzikle tedavi yapılmasını emrettiği bilinir. Bu konuda ünlü seyyah Evliya Çelebi, Seyahatnamesinde 'ruh hastalarının burada müzikle nasıl tedavi edildiklerini' yazar. Evliya Çelebi'nin anlattığına göre; "Müziğin insan ruhu üzerindeki olumlu etkisi konusunda yeterli bilgi ve deneyime sahip darüşşifanın hekimbaşısı, hastalarına önce çeşitli müzik makamları dinletiyor, kalp atışlarının hızlanıp ya da yavaşladığına bakıyor, yararlandıkları uygun melodiyi belirliyor ve ondan sonra tedaviye başlıyor." Yine Çelebi, aynı eserde hafıza ve hatıraları güçlendirmede isfehan; aşırı ha-

reketli, heyecanlı hastaları sakinleştirmede rehavi; sıkıntılı, karamsar durgun ve neşesiz hastalara da kuçî makamının iyi geldiğini belirtir.

### Müziğin Tedavi Gücü

Müziğin psikolojik rahatsızlıklar üzerindeki tedavi edici etkisi ilk çağlardan bu yana bilinen bir yöntemdir. Osmanlılarda müzikle tedavi en parlak dönemlerinden birini yaşamıştı. Orta çağda ve batılı ülkelerde ruhlarına şeytan girdi diye akıl hastaları, insanlık dışı ağır işkencelere maruz bırakılırken Sultan 2. Bayezit Edirne'de 1488 de mimar Hayrettin'e inşa ettirdiği külliye'nin darüşşifa (akıl hastanesi) bölümünde hastaları müzikle tedavi ettiriyordu.

Müziğin tedavi gücü, aslında Osmanlı Türk ruh hekimlerinin bir buluşu değildi. Fakat, bilimsel çalışmalar ile ruh hekimliği alanında da, çağdaşlarına göre yüksek düzeye ulaşmış Osmanlı Türk ruh hekimleri, hastaların müzikle tedavi konusunda bir hayli ileri gitmiş, İbn-i Sina, Râzi, Farâbi gibi Türk bilginlerinin öncülüğünü yaptığı müzikle terapi, günümüz modern tıbbına da ışık tutmuştur.

Evliya Çelebi'ye göre "müziğin insan ruhu üzerindeki olumlu etkisi konusunda yeteri bilgi ve deneyime sahip darüşşifanın hekimbaşısı, hastalarına önce çeşitli müzik makamları dinletiyor, kalp atışlarının hızlanıp yavaşladığına bakıyor, yararlandıkları uygun melodiyi belirliyor, şikayetleri ve benzer hastalıkları bir araya getiriyor, darüşşifanın müzik ekibine haftanın belirli günlerine konserler tertipleliyordu. Evliya Çelebi, zihni açma, hafıza ve hatırları güçlendirmede İsfahan, aşırı hareketli, heyecanlı hastaları sakinleştirmede Rehavi, sıkıntılı, karamsar durgun ve neşesiz hastalara da Kuçî makamının iyi geldiğine seyahatnamesinde belirtmişti.

Felsefe, tıp, matematik, astronomi, müzik gibi bilim dallarında

eserler veren İslam âlimi Yakup El Kindi'nin tüccar komşusunun oğlu birdenbire hastalanır. Hastalık, tüccarın işlerini sekete uğratar; çünkü her işi oğlu yönetmektedir. Hastalığa çare bulunamaz. Bir arkadaşı tüccara, bu hastalığı ancak Kindi'nin tedavi edebileceğini söyler. Tüccar, komşusu Kindi'yi bilmektedir ama şimdiye kadar sürekli aleyhinde konuşmuştur. Yine de aracı vastasıyla ondan yardım ister, Kindi de kabul eder. Hastanın nabzını kontrol ettikten sonra musikide hünerli öğrencilerinden birkaçını çağırır.

Onlara ne çalmaları gerektiğini söyler ve sürekli o musikiyi icra etmelerini ister. Dakikalar geçtikçe nabzı kuvvetlenen ve nefesi canlanan hasta bir süre sonra kimildanmaya, oturmaya ve konuşmaya başlar. Kindi, tüccara, "Oğluna ne sormak istiyorsan sor?" der. Sorular sorulup cevaplar alındıktan sonra hasta yeniden eski haline döner. Baba müzisyenlerin devam etmesini isteyince Kindi, "Hasta son gayretini gösterdi. Fazlasına imkan yok; çünkü ömrü tamamdır." diye konuşur.

Tıp bilgin ve filozoflarından İbn-i Sina ( 980-1037), musikinin tıpta oynadığı rolü şöyle tanımla-

maktadır: "Tedavinin en iyi yollarından, en etkililerinden biri, hastanın akli ve ruhi güçlerini arttırmak, ona hastalıkla daha iyi mücadele için cesaret vermek, ona en iyi musikiyi dinletmek, onu sevdiği insanlarla bir araya getirmektir."

### Selçuklu ve Osmanlılarda Müzikle Tedavi

Türklerde ilk ciddi müzikle tedavi Osmanlı devleti zamanında görülmeyle beraber, Orta Asya'da Anadolu öncesi zamanda Baksı adı verilen Saman müzisyenler tarafından, çeşitli hastalıklar için tedavi çalışmaları yapılmıştır. Hala bu faaliyetlerini sürdüren Baksılar Orta Asya Türkleri arasında yaşamaktadırlar. Bir Selçuklu Türk'ünün yaptırdığı Şam'daki Nurettin Hastanesi'nde İbn Sina, müzikle akıl hastalığının tedavisini uygulamıştır. İbn Sina'nın tesirleri Osmanlı devrinde de devam etmiştir. Osmanlı saray hekimi Musa bin Hamun, diğ hastalığı ve çocuk psikoloji hastalıklarını iyileştirmede müzikle tedavi yöntemini kullanmıştır. İbn Sina'nın meşhur eseri " El Kanun fi't-tıbb" adlı eserini tercüme eden Tokatlı Mustafa Efendi'nin talebesi Hekimbaşı Gevrekzade Hasan



Efendi (18yy) yazdığı eserinde İbni Sina'nın eserinden çok faydalandığını ifade etmiştir:

Türk Müziği makamlarının ruha olan etkileri Farabi'ye göre şöyle sınıflandırılmıştır:

**1. Rast makamı:** İnsana sefa(neşe-huzur) verir.

**2. Rehavi makamı:** İnsana beka(sonsuzluk fikri) verir.

**3. Kuçek makamı:** İnsana hüznü ve elem verir.

**4. Büzürk makamı:** İnsana havf(korku) verir.

**5. İsfahan makamı:** İnsana hareket kabiliyeti, güven hissi verir.

**6. Neva makamı:** İnsana lezzet ve ferahlık verir.

**7. Uşşak makamı:** İnsana gülme hissi verir.

**8. Zirgüle makamı:** İnsana uyku verir.

**9. Saba makamı:** İnsana cesaret, kuvvet verir.

**10. Buselik makamı:** İnsana kuvvet verir.

**11. Hüseyini makamı:** İnsana sü-kunet, rahatlık verir.

**12. Hicaz makamı:** İnsana tevazu (alçakgönüllülük) verir.

Farabi Türk müziği makamlarının zamana göre psikolojik etkilerini de şu şekilde göstermiştir:

**1. Rehavi makamı:** yalancı sabah vaktinde etkilidir.

**2. Hüseyini makamı:** sabahleyin etkilidir.

**3. Rast makamı:** güneş iki mızrak boyu iken etkilidir.

**4. Buselik makamı:** kuşluk vaktinde etkilidir.

**5. Zirgüle makamı:** öğleye doğru etkilidir.

**6. Uşşak makamı:** öğle vakti etkilidir.

**7. Hicaz makamı:** ikinci vakti etkilidir.

**8. Irak makamı:** akşam üstü etkilidir.

**9. İsfahan makamı:** gün batarken etkilidir.

**10. Neva makamı:** akşam vakti etkilidir.

**11. Büzürk makamı:** yatsıdan sonra etkilidir.

**12. Zirefkend makamı:** uyku zamanı etkilidir.

### Hangi Makam Hangi Hastalığa İyi Geliyor?

**1) Rast Makamı:** Kemik ve beyne etkili. Fazla uyumayı engeller. Nabız yükselmesine yardımcı olur. Özellikle çocuk bünyesinde nem hakim olduğu için; bu nedenle oluşan dengesizlikleri düzeltir. Akal hastalıklarına iyidir.

**2) Irak Makamı:** Kuşluk ve ikinci vakti etkilidir. Menenjit, beyin ve akıl hastalıklarına faydalıdır. Omuz, kol ve ellere etkilidir. Başın üst tarafına etkisi belirtilmektedir. Lezzet verir; düşünme ve kavrama konusunda etkilidir. Korku gidericidir. Saldırganlığı önleyici ve nevroitik hastaları tedavi edici etkisi vardır.

**3) İsfahan Makamı:** Ateşli hastalıklardan vücudu koruyucu özelliği vardır. Ense, boyun, omuzlar ve sol dirsek için etkilidir. Güven hissi, uyum sağlama, hareket yeteneği, zihin açıklığı, gönül yenileme, düzgünlük verme, zekayı açma ve hatıraları tazeleme özelliği vardır.

**4) Zirefkend Makamı:** Sırt, mafsalları ve kulunca faydalıdır. Beyinle ilgili ağrı çarpılmasına, kalp, ciğer, göğüs, kalça ve sağ omuza etkilidir.

**5) Büzürk Makamı:** Kulunç ve beyin hasarı ile ortaya çıkan şiddetli hastalıklara yararlıdır. Güç kazandırır. Boyun, boğaz, göğüs, ciğer kalp ve yan böğür (basen) için etkilidir.

**6) Zengule Makamı:** Kalça eklemeleri ve bacak içleri ile ilgisi bulunur. Kalp hastalıklarına, menenjit ve beyin hastalıklarına etkilidir. Beyin hastalıkları ve ruh hastalıklarının tedavisi için mide ve karaciğer ateşini yok eder. XIII. asırdan önce hicaz makamından ayrılarak oluşmuştur. Hayal ve sırlar telkin eder, uyku verir, masal duygusu verir.

**7) Rehavi Makamı:** Sağ omuz, baş ağrıları, burun kanamaları, ağrı çarpıklığı ve balgamdan gelen hastalıklara, akıl hastalarına faydalıdır. Doğuma yardımcı olur. Göğüs, mide ve yan böğür için faydalıdır.

**8) Hüseyini Makamı:** Güzellik, iyilik, sessizlik, rahatlık verir ve ferahlatıcı özelliği vardır. Karaciğer ve kalbin iltihabını söndürür. Mide hararetini giderici özelliği vardır. Ateşli nöbetlerin giderilmesinde faydalıdır. Sol omuza etkilidir. Sıtma hastalığına iyidir.

**9) Hicaz Makamı:** Kemiklere, beyne ve çocuk hastalıklarına tedavi edici etkisi vardır. Üro-genital sisteme ve böbreklere etki gücü fazladır. Alçakgönüllülük duygusu verir. Düşük nabız atımını yükseltir ve göğüs bölgesi diğer önemli etki alanıdır.

**10) Nihavend Makamı:** Kan dolaşımı, karın bölgesi, kalça, uyluk ve bacak bölgelerine etkilidir. Kulunç, bel ağrısı ve tansiyon rahatsızlıklarına faydalıdır.

**11) Neva Makamı:** Göğsün sağ tarafına, böbreklere, omurilik, kalça ve uyluk bölgelerine etkisi vardır.





Üzüntüyü giderir ve lezzet verir. Gönül okşayan makamı adıyla bilinir.

**12) Uşşak Makamı:** Kalp, ayak rahatsızlıkları ile nikriz (damla) ağrılarına faydalıdır. Gülme, sevinç, kuvvet ve kahramanlık duyguları verir. Çocukları etkileyen yellerde ve erkeklerdeki ayak ağrılarına faydalıdır.

**13) Acemaşiran Makamı:** Kemiklere ve beyne etkilidir. Yaratıcılık duygusu ve ilham verir. Durgun düşünce ve duyguları canlandırır. Hamımlarda doğumu kolaylaştırır. Anne karnındaki çocuğun yanlış duruşlarının düzelmesine yardım eder. Ağrı giderici ve spazm çözücü özelliği vardır.

**14) Segah Makamı:** Şişmanlık, uykusuzluk, yüksek nabız, kalp, ciğer ve kas rahatsızlıklarına faydalıdır. Beyin nöronlarına etkisi vardır. Mistik duygular oluşturur.

**15) Pentatonik Melodiler:** Pentatonik müzik, Asya kökenli Türk musikisinin en önemli ve karakteristik özelliğidir. Kendine güven ve kararlılık verir, rahatlık sağlar. Çocuklara, 9-10 yaşına kadar sadece pentatonik müzik dinletilmesi önerilir.

### Müzikle Tedavi Bilimsel Bir Gerçektir

Enerjinin biçimleri vardır. Isı, ışık, ses, madde ve sanal gerçeklik, ruhsal gerçeklik. Göremediğimiz ama hissettiğimiz bazen de hissed-

mediğimiz enerji bantları kendi dalga boyu penceresinden beynimize girer. İlgili duyu organı tarafından elektrik enerjisine dönüştürülür. İnsan beyninde 'müziği takdir yeteneği' olduğu, bebekler üzerinde yapılan deneylerle doğrulanmıştır. Müziği, beyinde mutluluk, neşe, elem, öfke, nefret gibi alanları tetikleyen bir enerji bandı olarak tanımlamak doğru olur.

Beyin haritalama tekniği (PET) çalışmalarında ses, ritim, melodi, vurgu ve armoninin beyin sağ yarımküresinde; frekans ve ses şiddetindeki değişimlerle birlikte müzikle ilgili düşünce kalıplarının beyin sol yarımküresine kaydedildiğini gösteriyor. Diğer taraftan korku, öfke, keyif gibi etkiler duygusal bellek ve düzenleyici olan limbik sisteme işleniyor. Müzikle çok ilgilenenlerin beyinin orta kısmında köprü görevini gören 'corpus callosum' bölgesinin fazla genişlemiş olduğu ifade ediliyor.

Müzikte duygularını harekete geçirenler, limbik sistemi konuşurlar. Müzikte düşüncelerini harekete geçirenler, öğrenirken müziksel unsurları kullanarak, sol beyinlerini de işe katar. Müzik kulağı olanlar öncelikle sağ beyinlerini iyi kullanır.

### Günümüzde Müzikle Tedavi

1977'de Amerika müzikle tedaviyi bir bilim dalı olarak kabul etmiştir. Müzik terapisi psikiyatri temelli hastalıklarda 1950'lerden bu yana etkin olarak kullanılmaktadır. Farabi, Razi, İbn-i Sina ve Gevrek-

zade Hasan Efendi gibi Türk alimleri bu alanda çok önemli çalışmalara imza atmışlardır. Batı dünyası da 20. yüzyılın ortalarında keşfettiği müzikle tedavi ya da terapiyi, alternatif tedavi yöntemi değil, geleneksel tıbbı uygun ve kuralları kendine has bilimsel bir tedavi yöntemi olarak kabul etmiştir. İkinci Dünya Savaşı'nda yaralanan askerlerin tedavisinde müzikten yararlanılır ilk olarak. Ardından, 1947'de ABD'nin Michigan Devlet Hastanesi'nde müzik tedavi programına alınır. Böylece bu konuda araştırmalar hızlanır. Depresyon, şizofreni, zeka geriliği, alkol ve madde bağımlılığı ile mücadelede müzik tedavi yöntemi başvurulur. Yeni teknik ve pratik uygulama biçimleri geliştirilir. Amerikan Müzik-terapi Birliği 1997'de bir tanımlama yaparak son noktayı koyar: "Müzikterapi, bazı bireylerin fiziksel, psikolojik, sosyal ve zihinsel ihtiyaçlarını karşılamada müziği ve müzik aktivitelerini kullanan uzmanlık dahidir."

Bugün Batı'da hastane, klinik, gündüz bakımevi, okul, madde bağımlılığı merkezi gibi yerlerde 5 binden fazla uzman, müzik terapisi uygulamaktadır. Şüphesiz, bunda etkili olan temel faktör son yıllarda müzik ve beyin araştırmalarında elde edilen verilerdir. Müziğin, özellikle serotonin, norepinefrin, dopamin, melatonin, kortizol, adrenalin, testosteron gibi psikiyatrik hastalıkların oluşumunda etkili hormonlara; kan basıncı, solunum ritmi, solunum kalitesi, nabız sayısı gibi fizyolojik olaylara olumlu etki yaptığı artık bilinmektedir.

Tüm Çabasını  
İnsanlığın Sağlığına  
Adanmış Olan,  
Sağlık  
Çalışanlarımızın  
14 Mart  
Tıp Bayramını  
Kutluyoruz...





**444 1995**



**SAĞLIK-SEN GENEL MERKEZİ**  
GMK Bulvarı Özveren Sok. No:9/2  
Demirtepe/ANKARA  
Tel: 0 312 444 1995  
Faks: 0 312 230 83 65  
GSM: 0 506 397 92 92  
[www.sagliksen.org.tr](http://www.sagliksen.org.tr)