

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
ÇALIŞMA EKONOMİSİ VE ENDÜSTRİ İLİŞKİLERİ ANABİLİM DALI
DOKTORA TEZİ

**ÖZEL SAĞLIK KURUM VE KURULUŞLARI
PERSONELİ:
İSTİHDAMI VE SOSYAL GÜVENLİKLERİ**

Özkan BİLGİLİ

**Danışman
Prof. Dr. Ali Nazım SÖZER**

2008

YEMİN METNİ

Doktora Tezi olarak sunduğum “**Özel Sağlık Kurum ve Kuruluşları Personeli: İstihdamı ve Sosyal Güvenlikleri**” adlı çalışmanın, tarafımdan, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin bibliyografyada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

Tarih

...../...../.....

Özkan BİLGİLİ

DOKTORA TEZ SINAV TUTANAĞI

Öğrencinin

Adı ve Soyadı : Özkan BİLGİLİ
Anabilim Dalı : Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri
Programı : Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri
Tez Konusu : Özel Sağlık Kurum ve Kuruluşları Personeli:İstihdamı ve Sosyal Güvenlikleri
Sınav Tarihi ve Saati :

Yukarıda kimlik bilgileri belirtilen öğrenci Sosyal Bilimler Enstitüsü'nün tarih ve Sayılı toplantısında oluşturulan jürimiz tarafından Lisansüstü Yönetmeliğinin 30.maddesi gereğince doktora tez sınavına alınmıştır.

Adayın kişisel çalışmaya dayanan tezini dakikalık süre içinde savunmasından sonra jüri üyelerince gerek tez konusu gerekse tezin dayanağı olan Anabilim dallarından sorulan sorulara verdiği cevaplar değerlendirilerek tezin,

BAŞARILI O OY BİRLİĞİ ile O
DÜZELTME O* OY ÇOKLUĞU O
RED edilmesine O**
ile karar verilmiştir.

Jüri teşkil edilmediği için sınav yapılamamıştır. O***
Öğrenci sınava gelmemiştir. O**

* Bu halde adaya 3 ay süre verilir.
** Bu halde adayın kaydı silinir.
*** Bu halde sınav için yeni bir tarih belirlenir.

Tez, burs, ödül veya teşvik programlarına (Tüba, Fullbright vb.) aday olabilir. Evet
Tez, mevcut hali ile basılabilir. O
Tez, gözden geçirildikten sonra basılabilir. O
Tezin, basımı gerekliliği yoktur. O

JÜRİ ÜYELERİ

..... Başarılı Düzeltme Red İMZA
..... Başarılı Düzeltme Red
..... Başarılı Düzeltme Red
..... Başarılı Düzeltme Red
..... Başarılı Düzeltme Red

ÖZET

Doktora Tezi
Özel Sağlık Kurum ve Kuruluşları Personeli:
İstihdamı ve Sosyal Güvenlikleri
Özkan BİLGİLİ

Dokuz Eylül Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü
Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı

Son yıllarda ülkemizdeki özel sağlık kurum ve kuruluşlarının sayısı gittikçe artmaktadır. Bu artışta sağlık ve sosyal güvenlik politikalarının önemli bir payı bulunmaktadır. Özellikle tedavi edici sağlık hizmetleri alanında hizmet veren özel sağlık kurumları olan özel hastaneler öne çıkarken, farklı tıbbi alanlarda olmak üzere çok sayıda da özel sağlık kuruluşu açılmaktadır. Özel hastaneler dışındaki özel sağlık kurum ve kuruluşlarının açılması ve işletilmeleri ise Yönetmeliklerle düzenlenmiştir. Buda birçok sorunu beraberinde getirmektedir.

Özel sağlık kurum ve kuruluşlarında sağlık ve diğer personelin istihdamının ise diğer işyerlerinden farklı özellikleri bulunmaktadır. Bu farklılık, özel sektör tarafından üretilse bile sağlık hizmetinin bir kamu hizmeti sayılmasından kaynaklanmaktadır. Özel sağlık kurum ve kuruluşlarında istihdam edilecek olan personel için bazı niteliklere sahip olmaları, çalışma izinlerinin bulunması ve çalışma yasaklarının bulunmaması gibi şartlar aranmaktadır.

Bazı sağlık personelinin kamu sektöründe çalışırken aynı anda özel sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışması yasal olarak mümkün olduğu gibi aynı anda birden fazla özel sağlık kurum ve kuruluşunda çalışması da olanaklıdır. Bu olanak sosyal sigorta ve genel sağlık sigortası uygulamasında bazı sorunları da beraberinde getirmektedir. Öte yandan sağlık hizmetlerinin kendine has özellikleri bulunmaktadır. Bu ise Sağlık Bakanlığı tarafından özel sağlık kurum ve kuruluşları için personel alt yapı standartları tespit etmesi sonucunu doğurmaktadır. Öyle ki, sağlık hizmetinin özelliklerinden dolayı, atılda kalsalar belirlenen sayı ve nitelikte sağlık personelinin özel sağlık kurum ve kuruluşlarında bulundurulması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: 1) Sağlık hizmetleri, 2) Özel sağlık kurum ve kuruluşları, 3) Sağlık personeli, 4) Sosyal sigorta, 5) Genel sağlık sigortası

ABSTRACT

Ph.D. Thesis

Personnel of Private Health Care Organizations: Employing and Social Insurance

Özkan BİLGİLİ

Dokuz Eylül University

Institute of Social Sciences

Department of Labour Economics and Industrial Relations

In recent years the number of private health care organizations are increasing rapidly in our country. “Health and social safety policies” have an important role about this increasement. Especially; while private health care organizations, named as “private hospitals “, are becoming foremost in curing health services, also a lot of new small private health care organizations, which are working in different medical fields, are opening too. Opening and managing rules of this private health care organization are arranged with regulations but this application causes lots of problems.

Employing of health care and other personnel in private health care organizations has different properties from other organizations. Although this difference is produced by private sector, health care service is known as a public service. Personnel who are going to be employed in private health care organizations must have some special qualifications, must have working permissions and must not have working prohibitions etc.

It is legal that some health care personnel can also work in private health care organizations while working in public health care organizations or they can work in different private health care organizations at the same time. But this possibility causes some problems in “social insurance and general health insurance application”. On the other hand; because of the health care services have their own special features; “Health Ministry” must prepare special personnel substructure standards for private health care organizations. Once again the cause of the health care services own special features; private health care organizations must employ in determined number and qualified health care personnel and this causes some social insurance obligations.

Keywords: 1) Health Care, 2) Private Health Care Organizations, 3) Health Personnel, 4) Social Insurance, 5) General Health Insurance

İÇİNDEKİLER
ÖZEL SAĞLIK KURUM VE KURULUŞLARI PERSONELİ:
İSTİHDAMI VE SOSYAL GÜVENLİKLERİ

YEMİN METNİ.....	II
DOKTORA TEZ SINAV TUTANAĞI.....	III
ÖZET.....	IV
ABSTRACT.....	V
İÇİNDEKİLER.....	VI
KISALTMALAR.....	XXXI
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	XXXIII
TABLolar LİSTESİ.....	XXXIV
GİRİŞ.....	1

BİRİNCİ BÖLÜM
TÜRKİYE’DE SAĞLIK SEKTÖRÜNÜN GENEL GÖRÜNÜMÜ
VE ÖZEL SAĞLIK KURUM VE KURULUŞLARININ SEKTÖR
İÇERİSİNDEKİ YERİ

I- SAĞLIK VE SAĞLIK HAKKI KAVRAMLARI.....	4
I.1- Genel Olarak Sağlık.....	4
I.2- Sağlık Hakkı Kavramı.....	9
I.2.1 – Tanım.....	9
I.2.2 – Anayasa ve Yasalarımızda Sağlık Hakkı.....	11
I.2.3 – Uluslararası Sözleşmelerde Sağlık Hakkı.....	15
I.2.4 – Uluslararası Bildirgelerde Sağlık Hakkı.....	21
II- DÜNYADA VE TÜRKİYE’DE SAĞLIKTA DEĞİŞİM.....	22
II.1- Devlet Anlayışındaki Değişimin Sağlığa Etkisi.....	22
II.2 – Sağlık ve Sosyal Güvenlik Alanındaki Yansımaları.....	25

II.3 – Türkiye’de Sağlık Alanındaki Gelişmeler.....	28
II.3.1 – Kurumsallaşma Dönemi: 1920 – 1960.....	28
II.3.2 –Birinci Dalga Sağlık Reformları: 1960-1980	31
II.3.3 – İkinci ve Üçüncü Dalga Sağlık Reformları	31
II.3.3.1 –Sosyal Güvenlik ve Sağlık İlişkisi.....	32
II.3.3.2 – Sağlık ve Sosyal Güvenlik Reform Süreci	33
III – SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROJESİ	40
III.1 – Tarihsel Gelişim	40
III.2- Planlayıcı ve Denetleyici Bir Sağlık Bakanlığı	44
III.3- Herkesi Tek Çatı Altında Toplayan Genel Sağlık Sigortası	45
III.4- Yaygın, Erişimi Kolay ve Güler Yüzlü Sağlık Hizmeti Sistemi	48
III.5- Bilgi ve Beceri İle Donanmış, Yüksek Motivasyon İle Çalışan Sağlık İnsan Gücü	53
III.6- Sistemi Destekleyecek Eğitim ve Bilim Kurumları.....	56
III.7- Nitelikli ve Etkili Sağlık Hizmetleri İçin Kalite ve Akreditasyon.....	57
III.8- Akılcı İlaç ve Malzeme Yönetiminde Kurumsal Yapılanma.....	57
III.9- Karar Sürecinde Etkili Bilgiye Erişim: Sağlık Bilgi Sistemi	58
IV- TÜRKİYE’DE SAĞLIK SEKTÖRÜNÜN YAPISI	61
IV.1 – Sağlık Kurumu ve Sağlık Kuruluşu Ayrımı	61
IV.2 – Kamu Sağlık Kurum ve Kuruluşları	66
IV.2 .1– Ayrımın Sınırları.....	66
IV.2 .2– Kamu Sağlık Kuruluşları	67

IV.2 .3– Kamu Sağlık Kurumları.....	68
IV.3– Özel Sağlık Kurum ve Kuruluşları	72
IV.3.1– Ayrımın Sınırları.....	72
IV.3.2– Özel Sağlık Kuruluşları.....	73
IV.3.3– Özel Sağlık Kurumları	73
V- SAĞLIK HİZMETLERİNİN TÜRLERİ VE ÖZELLİKLERİ.....	75
V.1- Sağlık Hizmetleri	75
V.2- Sağlık Hizmetlerinin Türleri.....	79
V.2.1- Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri	81
V.2.1.1- Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Niteliği	81
V.2.1.2- Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Sunumu.....	84
V.2.2- İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri	89
V.2.3- Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri	95
V.3- Sağlık Hizmetlerinin Temel Özellikleri.....	97
V.3.1- Yarı Kamusal Olması.....	97
V.3.2- Üretiminin Ekip İşi Olması.....	100
V.3.3- Arz Esnekliğinin Katı Olması.....	102
V.3.4- Fiyat Esnekliğinin Düşük Olması	105
V.3.5- Talebinin Tesadüfi Olması.....	108
V.3.6- İkamesinin Olmaması ve Talebinin Ertelenemez Olması.....	109
V.3.7- Piyasasında Atipik Bilginin Belirleyici Olması.....	111

VI- SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİYATLANDIRILMASI.....	113
VI.1- Genel Olarak.....	113
VI.2- Özel Sektör Fiyat Tarifeleri	114
VI.3- Kamu Sektörü Fiyat Tarifeleri.....	118
VI.4- Bedelsiz Sağlık Hizmetleri	123
VI.4.1- Bedelsiz Kamu Hizmetleri	123
VI.4.2- Bedelsiz Kamu Sağlık Hizmetlerinin Kapsamı.....	124
VI.4.2.1 –Gaziler, Şehit Yakınları, Öğrenciler ve 2022 Sayılı Kanun Kapsamında Olanlar İle Askerlik Yükümlüleri	125
VI.4.2.2 – İnsan Ticareti Mağdurları	127
VI.4.2.3 – Özürlüler	128
VI.4.2.4 – Hiçbir Sosyal Güvencesi Olmayanlar.....	128
VI.4.2.5 – Tutuklu ve Hükümlüler.....	130
VI.4.2.6 – Denetimli Serbestlik Tedbiri Uygulanan Kişiler	133
VI.4.2.7 – Trafik Kazazedeleri.....	135
VI.4.2.8– Aile İçi Şiddette Kusurlu Eş ve Diğer Aile Üyeleri..	137
VI.4.2.9 – Sigortalılar İçin İndirimli ve Ücretsiz Uygulama	138
VI.4.3- Özel Sektörün Ücretsiz Sağlık Hizmeti Vermesi	139

İKİNCİ BÖLÜM
TÜRKİYE’DE ÖZEL SAĞLIK KURUM VE KURULUŞLARININ
AÇILMASI VE BİLDİRİMİ

I - ÖZEL SAĞLIK KURUMLARININ AÇILMASI	142
I.1- Özel Hastaneler	142
I.1.1 – Özel Hastane Kavramı	142
I.1.2 – Özel Hastanelerin Planlanması	145
I.1.3 – Özel Hastane Türleri	146
I.1.4 – Özel Hastanelerin Kuruluşu.....	149
I.1.4.1 – Kuruluş Başvurusu.....	149
I.1.4.2 – İnceleme ve Ön İzin.....	151
I.1.4.2.1– Özel Hastaneler Teknik Komisyonu.....	151
I.1.4.2.2– Yer Seçimi	152
I.1.4.2.3–Ön İzin	153
I.1.4.2.4– Bina Durumu	154
I.1.4.3 –Ruhsatlandırma	155
I.1.4.4 – Faaliyet İzni	157
I.1.4.5 – Özel Hastanelerin Devri.....	158
I.1.5 – Özel Hastane Faaliyetinin Sona Erdirilmesi.....	159
I.1.5.1 –Özel Hastanelerin Denetlenmesi.....	159
I.1.5.2 – Faaliyetin Geçici Olarak Durdurulması.....	160

I.1.5.2.1 – Hastanenin Bir Kısımında Faaliyetin Geçici Olarak Durdurulması.....	160
I.1.5.2.2 – Hastanenin Tamamında Faaliyetin Geçici Olarak Durdurulması.....	161
I.1.5.3– Ruhsatın Geri Alınması	162
I.1.6 – Sadece Hastanelerde Açılabilen Sağlık Birimleri.....	162
I.1.6.1 –Yoğun Bakım Üniteleri.....	162
I.1.6.1.1 –Tanım.....	162
I.1.6.1.2 –Sınıflandırma	163
I.1.6.2- Elektro Konvülsif Tedavi Ünitesi.....	165
I.1.6.3 – Organ ve Doku Nakli Merkezleri	166
I.1.6.3.1 – Genel Olarak	166
I.1.6.3.2 – Açmaya Yetkili Olanlar	167
I.1.6.3.3 – Kuruluş Süreci	168
I.1.6.3.3.1 – Yetkili Kurullar.....	168
I.1.6.3.3.2 –Kuruluş Başvurusu.....	170
I.1.6.3.3.3 –Açılma İzni Verilmesi.....	171
I.1.6.4 – Kordon Kanı Bankacılığı.....	172
I.1.6.4.1 – Kordon Kanı ve Saklanması	172
I.1.6.4.2 – Açmaya Yetkili Kişiler	172
I.1.6.4.3 – Kuruluş Süreci	173

I.1.6.4.3.1 – Ulusal Kordon Kanı Koordinasyon Kurulu (UKOK)	173
I.1.6.4.3.2 – Kuruluş Başvurusu.....	174
I.1.6.4.3.3 – Çalışma Onayı.....	175
I.2 – Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kurum ve Kuruluşları.....	176
I.2.1 –Genel Olarak	176
I.2.2 – Merkezler	177
I.2.2.1- Özel Tıp Merkezleri	178
I.2.2.2 – Özel Dal Merkezleri.....	179
I.2.3 – Özel Poliklinikler.....	179
I.2.4 – Muayenehaneler.....	180
I.2.5 – Açılma/Kuruluş Süreci	180
I.2.5.1 – Açmaya ve İşletmeye Yetkili Kişiler.....	180
I.2.5.2 – Özel Sağlık Kuruluşları Teknik Komisyonu	183
I.2.5.3 – Kuruluş Başvurusu.....	184
I.2.5.4 – Bina Durumu	188
I.2.5.5 – Sağlık Kuruluşuna Açılma İzni Verilmesi.....	189
I.2.5.6 – Sağlık Kurum ve Kuruluşunun Devri.....	190
I.2.6 – Sağlık Kuruluşlarındaki Özellikli Birimler.....	191
I.2.6.1 – Cerrahi Müdahale Birimleri.....	191
I.2.6.1.1 – Tanım ve Niteliği.....	191

I.2.6.1.2 - Cerrahi Müdahale Birimi Bilim Komisyonu.....	192
I.2.6.1.3 – Başvuru Esasları	193
I.2.6.1.4 – Aranacak Şartlar ve İzin	195
I.2.6.2 – Eksimer Lazer Cerrahisi Uygulanacak Cerrahi Müdahale Birimleri	197
I.2.6.2.1 – Niteliği ve Yapılacak Müdahaleler	197
I.2.6.2.2 – Başvuru ve izin	198
I.3 – Teşhis Merkezleri	200
I.3.1 – Tanım ve Türleri	200
I.3.2 – Kuruluş Süreci ve Ruhsatlandırma	202
II - ÖZEL SAĞLIK KURULUŞLARININ AÇILMASI	203
II .1 – Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Özel Sağlık Kuruluşları.....	203
II.1.1 –Tanım ve Türleri.....	203
II.1.2 –Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri	204
II.1.3 – Ağız ve Diş Sağlığı Polikliniği.....	204
II.1.4 – Muayenehane ve Müşterek Muayenehane	204
II.1.5 – Açılma/Kuruluş Süreci	205
II.1.5.1 – Açmaya ve İşletmeye Yetkili Kişiler	205
II.1.5.2 –Kuruluş Başvurusu	206
II.1.5.3 – Bina Durumu	207
II.1.5.4 – Başvurunun Değerlendirilmesi.....	208

II.1.5.5 – Devir	209
II.2 – Sağlık Kabinleri.....	209
II.2.1 – Genel Olarak.....	209
II.2.2 – Açmaya Yetkili Kişiler.....	210
II.2.3 – Başvuru İşlemleri	211
II.2.4 – Başvurunun Değerlendirilmesi ve Açılış	212
II.2.5 – Bina Durumu ve Denetim.....	213
III- BAĞIMSIZ OLARAK DA AÇILABİLEN DİĞER SAĞLIK KURULUŞLARI.	214
III .1 –Özel Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezleri (ÜYTE)	214
III.1.1 – Niteliği ve Verilecek Hizmet	214
III.1.2 – Kuruluş Süreci.....	215
III.1.2.1 –Açmaya Yetkili Kişiler	215
III.1.2.2 – Kuruluş Başvurusu	216
III.1.2.3 – Bina Durumu.....	217
III.1.2.4 – Ruhsatlandırma	218
III.1.3 – Ruhsatnamenin İptali	219
III .2 –Özel Genetik Hastalıklar Tanı Merkezleri	219
III.2.1 – Niteliği ve Verilecek Hizmet	219
III.2.2 – Kuruluş Süreci.....	220
III.2.2.1 – Açmaya Yetkili Kişiler ve Kuruluş Başvurusu.....	220

III.2.2.2 – Bina Durumu.....	221
III.2.2.3 – Ruhsatlandırma	221
III.2.2.4 – Çalışma İzni veya Ruhsatın İptali	223
III .3 –Özel Diyaliz Merkezleri.....	223
III.3.1 –Genel Olarak	223
III.3.2 –Kuruluş Süreci.....	225
III.3.2.1 –Açmaya Yetkili Kişiler ve Başvuru	225
III.3.2.2 – Bina Durumu.....	228
III.3.2.3 – Açılma İzni.....	229
III.3.3 – Diyaliz Merkezinin Faaliyetinin Durdurulması	232
III .4 –Özel Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezleri	234
III.4.1 –Niteliği ve Verilecek Hizmet	224
III.4.2 – Açmaya Yetkili Kişiler	235
III.4.3 – Kuruluş Süreci.....	236
III.4.3.1 – Kuruluş Başvurusu ve Ruhsata/İzne Esas Belgeler ...	236
III.4.3.2 – Madde Bağımlılığı Tedavi Usulleri Bilim Komisyonu	237
III.4.3.3 – Ön İzin.....	238
III.4.3.4 – Ruhsatlandırma	239
III.4.3.4.1 – Başvurunun Değerlendirilmesi.....	239
III.4.3.4.2 – Ruhsatname Düzenlenmesi	240
III.4.4 – Faaliyetin Durdurulması.....	241

III.5 – Özel Evde Bakım Merkezleri.....	241
III.5.1 – Genel Olarak Evde Bakım Hizmetleri	241
III.5.2 – Kuruluş Süreci.....	243
III.5.2.1 – Açmaya Yetkili Kişiler	243
III.5.2.2 – Kuruluş Başvurusu	243
III.5.2.3 – Açılma İzni.....	245
III.5.3 – Faaliyetin Durdurulması	246
III.6 – Güzellik ve Estetik Amaçlı Sağlık Kuruluşları.....	247
III.6.1 – Güzellik ve Estetik Amaçlı Tıbbi İşlemler.....	247
III.6.2 – Kuruluş Süreci.....	249
III.6.2.1 – Açmaya Yetkili Kişiler	249
III.6.2.2 – Kuruluş Başvurusu	251
III.6.2.3 – Açılma İzni.....	252
III.6.3 – Faaliyetin Durdurulması.....	254
III.7 – Hiperbarik Oksijen Tedavisi Uygulanan Özel Sağlık Kuruluşları.....	255
III.7.1 – Niteliği ve Verilecek Hizmet	255
III.7.2 – Kuruluş Süreci.....	256
III.7.2.1 – Açmaya Yetkili Kişiler	256
III.7.2.2 – Kuruluş Başvurusu	258
III.7.2.3 – Açılma İzni.....	260
III.7.3 – Faaliyetin Durdurulması	261

III.8 – Özel Ambulans Servisleri	262
III.8.1 – Ambulans Hizmetleri	262
III.8.2 – Açmaya Yetkili Kişiler ve Başvuru	264
III.8.3 – Ruhsatlandırma	266
III.8.3.1 – Ambulans ve Acil Sağlık Aracı Tescili.....	266
III.8.3.2 – Ambulans Servislerinin Ruhsatlandırılması.....	266
III.8.4 – Ambulans Servislerinin Bölümleri.....	267
III.8.5 – Faaliyetin Durdurulması.....	268
IV – ÖZELLİKLİ DİĞER SAĞLIK KURULUŞLARININ AÇILMASI	269
IV.1- Kanser Erken Teşhis ve Tarama Merkezleri (KETEM).....	269
IV.1.1 – Genel Olarak	269
IV.1.2 – Açılış ve İşleyiş.....	270
IV.2 – Akupunktur Tedavisi Uygulanan Özel Sağlık Kuruluşları.....	271
IV.2.1 –Genel Olarak	271
IV.2.2 – Türleri	272
IV.2.2.1 – Akupunktur Üniteleri.....	272
IV.2.2.2 – Akupunktur Merkezleri.....	272
IV.2.2.3 – Akupunktur Muayenehaneleri	272
IV.2.3 – Sağlık Kuruluşunun Açılma/Kuruluş Süreci	273
IV.2.3.1 – Sağlık Kuruluşu Açmaya Yetkili Kişiler	273
IV.2.3.2 – Akupunktur Bilim Komisyonu	274

IV.2.3.3 – Başvuru İçin Gereken Belgeler	275
IV.2.3.4 – Başvurunun Değerlendirilmesi	276
IV.2.4 – Faaliyetin Durdurulması	277
IV.3 –Psiko-Teknik Değerlendirme Merkezleri	278
IV.3.1 – Psiko-Teknik Değerlendirme	278
IV.3.2 – Psiko-Teknik Değerlendirme ve Psikiyatri Uzmanı Muayenesi... 279	
IV.3.3 – Merkezlerin Açılışı	279
IV.3.3.1 – Açmaya Yetkili Kişiler	279
IV.3.3.2 – Başvuru	280
IV.3.3.3 – Başvurunun Değerlendirilmesi	281
IV.4- Sürücü Olur Raporu Veren Sağlık Kuruluşları.....	281
IV.5 – Gemiadamları Sağlık Raporları Veren Özel Sağlık Kuruluşları	282
IV.5.1 – Gemiadamları Sağlık Raporları	282
IV.5.2 – Yetkilendirilecek Özel Sağlık Kurum ve Kuruluşları.....	283
IV.6 – Kaplıcalar	284
IV.6.1 – Genel Olarak	284
IV.6.2 – Kaplıca Tesislerinin Türleri	285
IV.6.3 – Açmaya Yetkili Kişiler ve İzin Zorunluluğu	286
IV.6.4 – Tesis ve İşletme İzni	287
IV.6.4.1- Tesis İzni.....	287
IV.6.4.2- İşletme İzni	288

V- ÖZEL SAĞLIK KURUM VE KURULUŞLARININ BİLDİRİMİ.....	289
V.1- Sosyal Güvenlik Kurumu'na Bildirim.....	289
V.1.1 – Sosyal Sigorta İşlemleri Açısından	289
V.1.1.1 – Genel Olarak İşverence Bildirim.....	289
V.1.1.2 – Ticaret Sicil Memurluğunca Bildirim	291
V.1.1.3 – Sağlık Bakanlığı'nca Kuruma Bildirim	291
V.1.2 – Genel Sağlık Sigortası İşlemleri Açısından	292
V.2- Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'na Bildirim.....	294
V.3- Mahalli İdareye Bildirim	296
V.4 – Özel Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Açılma Harcı	298
V.4 .1- İşyeri Açma İzin Harcı.....	298
V.4 .2- Ruhsatlandırma Bedelleri	300

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM
TÜRKİYE'DE ÖZEL SAĞLIK KURUM VE KURULUŞLARINDA
PERSONEL İSTİHDAMININ USUL VE ESASLARI

I- ÖZEL SAĞLIK KURUM VE KURULUŞLARINDA PERSONEL İSTİHDAMININ KOŞULLARI.....	302
I.1 – Sağlık Personeli Olma	302
I.1.1- Sağlık Personelinin Nitelikleri	302
I.1.1.1 –Genel Olarak	302
I.1.1.2 – Hekimler	304
I.1.1.2.1 – Tanım.....	304

I.1.1.2.2 – Hekimlik Yapabilmenin Koşulları.....	305
I.1.1.2.2.1 – Türk Vatandaşı Olmak.....	305
I.1.1.2.2.2 – Tıp Fakültesi Diplomasına Sahip Olmak.....	306
I.1.1.2.2.3 – Tabip Odasına Kayıtlı Bulunmak	309
I.1.1.2.2.4 – Hekimlik Mesleğinin İcrasına Engel Hali Bulunmamak	311
I.1.1.2.2.4.1 – Geçici Engel Halinin Bulunmaması	311
I.1.1.2.2.4.2 – Sürekli Engel Halinin Bulunmaması	311
I.1.1.3- Diş Hekimliği Yapabilmenin Koşulları.....	312
I.1.1.3.1- Türk Vatandaşı Olmak	312
I.1.1.3.2 – Diş Hekimliği Fakültesi Diplomasına Sahip Olmak	313
I.1.1.3.3 – Diş Hekimleri Odasına Üye Bulunmak	314
I.1.1.3.4 – Diş Hekimliği Mesleğinin İcrasına Engel Hali Bulunmamak	315
I.1.1.3.4.1 – Geçici Engel Halin Bulunmaması	315
I.1.1.3.4.2 – Sürekli Engel Halin Bulunmaması	316
I.1.1.4- Hemşirelik Yapabilmenin Koşulları.....	317
I.1.1.5- Ebelik Yapabilmenin Koşulları	319
I.1.1.6- Eczacılık Yapabilmenin Koşulları.....	320
I.2 – Çalışma Yasağı Kapsamında Olmama	321

I.2.1- Genel Yasaklama (Devlet Hizmet Yükümlülüğü)	321
I.2.2- Kamuda Sözleşmeli Sağlık Personeli Olarak Çalışanlar.....	323
I.2.3 – Kamuda İl Sağlık Müdürü ve Başhekim Olarak Çalışanlar	323
I.2.4 – Kamudaki Bazı Sağlık Personelinin Durumu.....	324
I.2.5 – Kamu Görevinden Ayrılmasına Rağmen Kamuya Karşı İş Yapan Sağlık Personeli.....	324
I.2.5 .1– Genel Olarak	324
I.2.5.2 – SGK İle Sözleşme Yapacak Özel Sağlık Kurum ve Kuruluşlarındaki Sağlık Personeli Açısından	325
I.2.5.3 – Özelde Çalışan Sağlık Personelinin İhale İle Kamuda İstihdamı Durumu	326
I.2.6 – Yabancılar	327
I.2.6.1 – Genel Olarak	327
I.2.6.2 – Yabancılara Yasak Sağlık Meslekleri.....	329
I .2.6.3 – İstisnalar.....	331
I.2.6.3.1 – Genel Olarak	331
I.2.6.3.2 – Türk Soylu Yabancılar.....	333
I.2.7– Sağlık Mesleğini Yapması Geçici veya Sürekli Olarak Yasaklananlar	335
I.2.8 – Çalışması Yasak Olmasına Rağmen Çalışan/Çalıştırılan Sağlık Personeli Sebebiyle Uygulanacak Yaptırımlar	336
I.2.8.1 – İdari Para Cezaları	336

I.2.8.2 – İdari Para Cezalarına İtiraz	337
I.2.8.3 – Faaliyet Durdurma Cezaları.....	337
I.2.8.4 – Faaliyet Durdurma Cezalarının Kanuniliği.....	339
I.3 – Çalışma İzin Belgesi Alınması	343
I.3.1 – Genel Olarak	343
I.3.2 – Mesul Müdürlük ve Çalışma İzin Belgesi Bedelleri.....	344
I.4 – İşe Giriş Sağlık Raporu Alınması	344
I.5 – İş Sözleşmesinin Bağıtlanması	347
I.5.1 – Sağlık Personelinin İş Sözleşmesi Yapmasına İlişkin Sınırlamalar	348
I.5.1.1 – Genel Olarak	348
I.5.1.2 – Yaş Küçüklüğü	349
I.5.1.3 – Cinsiyet	351
I.5.2 – İş Sözleşmesinin Şekli	353
I.5.2.1 – Genel Olarak	353
I.5.2.2 – Sağlık Personeli Açısından	354
I.5.3 – Belirli ve Belirsiz Süreli İş Sözleşmesi.....	356
I.5.3.1 – Genel Olarak	356
I.5.3.2 – Sağlık Personeli Açısından	358
I.5.4- Kısmi Süreli ve Tam Süreli İş Sözleşmesi	363
I.5.4.1 – Genel Olarak	363
I.5.4.2 – Sağlık Personeli Açısından	366

I.5.5 – İş Sözleşmesinin Geçersizliği (Hükümsüzlüğü).....	367
I.5.5.1 – Genel Olarak	367
I.5.5.2 – Sağlık Personeli Açısından	371
I.6 – Bildirim Yükümlülüğünün İfası	373
I.6.1 – Sosyal Güvenlik Kurumu’na Bildirim.....	373
I.6.1.1 – Sosyal Sigorta İşlemleri Açısından.....	373
I.6.1.2 – Genel Sağlık Sigortası İşlemleri Açısından.....	376
I.6.2- Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı’na Bildirim	379
I.6.3- Kolluk Örgütüne Bildirim	381
I.6.3.1 – Sorumlu İşleticinin Bildirimi.....	381
I.6.3.2 – Diğer Çalışanların Bildirimi	382
I.6.4- Sağlık Bakanlığı’na Bildirim.....	383
I.6.4.1 – Sağlık Personelinin Kendini Bildirmesi	383
I.6.4.2 – Sağlık Kurum ve Kuruluşlarınca Bildirim.....	384
I.6.4.2.1 – Özel Hastanelerde	384
I.6.4.2.2 – Özel Tıp Merkezi ve Polikliniklerde	385
I.6.4.2.3 – Özel Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri ve Polikliniklerinde.....	387
I.6.4.2.4 –Müstakil Özel Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezlerinde	387
I.6.4.2.5 – Müstakil Özel Genetik Hastalıklar Tanı Merkezlerinde	388

I.6.4.2.6 – Müstakil Özel Diyaliz Merkezlerinde	388
I.6.4.2.7 – Müstakil Özel Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezlerinde	389
I.6.4.2.8 – Özel Evde Bakım Merkezlerinde.....	389
I.6.4.2.9 – Müstakil Özel Hiperbarik Oksijen Merkezlerinde	390
I.6.4.2.10 – Özel Ambulans Servisinde.....	391
I.6.5 – Meslek Örgütüne Bildirim	391
II – ÖZEL SAĞLIK KURUM VE KURULUŞLARINDA İSTİHDAM ŞEKİLLERİ	392
II.1 –Sağlık Personelinin Mesleğini Serbestçe İcrası.....	392
II.2 – Sağlık Personelinin Birden Fazla Özel Sağlık Kurum ve Kuruluşunda Çalışması.....	395
II.2.1 – Birden Fazla Muayenehane ve Sağlık Kabini Yasağı.....	395
II.2.2 – Kamuda Çalışan Sağlık Personelinin Özelde Çalışması	396
II.2.2.1 – Genel Olarak.....	396
II.2.2.2 – Kamuda Çalışırken Özelde Çalışması Yasak Olanlar .	398
II.2.2.3 – Kamuda Çalışan ve Muayenehanesi Olan Hekimin Özelde Çalışması.....	400
II.3 – Özelde Çalışan Sağlık Personelinin Durumu	401
II.3.1 –Özelde Çalışan Sağlık Personelinin Diğer Özel Sağlık Tesislerinde Çalışması.....	401
II.3.1.1 – Genel Olarak.....	401
II.3.1.2 – Özel Sağlık Kurumlarında Çalışan Sağlık Personeli....	402

II.3.1.2.1 – Özel Hastanelerde	402
II.3.1.2.2 – Özel Tıp Merkezlerinde.....	406
II.3.1.3 – Özel Sağlık Kuruluşlarında Çalışan Sağlık Personeli ..	411
II.3.1.3.1 – Özel Polikliniklerde.....	411
II.3.1.3.2 – Özel Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri ve Polikliniklerde.....	413
II.3.1.3.3 – Diğer Müstakil Özel Sağlık Kuruluşlarında Çalışan Sağlık Personeli.....	414
II.3.1.3.3.1 –Özel Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezlerinde	414
II.3.1.3.3.2 – Özel Genetik Hastalıklar Tanı Merkezlerinde	415
II.3.1.3.3.3 – Özel Diyaliz Merkezlerinde	416
II.3.1.3.3.4 – Özel Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezlerinde	419
II.3.1.3.3.5 – Özel Evde Bakım Merkezlerinde ...	420
II.3.1.3.3.6 – Hiperbarik Oksijen Tedavisi Uygulanan Özel Sağlık Kuruluşlarında	422
II.3.1.3.3.7 – Özel Ambulans Servislerinde	424
II.3.1.3.4 – Özellikle Diğer Özel Sağlık Kuruluşlarında Çalışan Sağlık Personeli.....	425
II.3.1.3.4.1 – Kanser Erken Teşhis ve Tarama Merkezlerinde	425

II.3.1.3.4.2 – Akupunktur Tedavisi Uygulanan Özel Sağlık Kuruluşlarında	426
II.3.1.3.4.3 – Kaplıcalarda.....	427
II.3.1.3.4.4 – Psiko-Teknik Değerlendirme Merkezlerinde	428
II.3.2 – Serbest Çalışan Hekimin Başka Bir Özel Sağlık Kurum ve Kuruluşunda Hasta Bakımı	429
II.3.3 – Özelde Çalışan Sağlık Personelinin Kamuda Çalışması:İhale İle Sağlık Personeli İstihdamı	430
II.3.3.1 – Tarihsel Gelişim	430
II.3.3.2 – İhale Mevzuatındaki Düzenleme.....	432
II.3.3.3 – Anayasa Mahkemesi Kararı	434
II.3.3.4 – Anayasa Mahkemesi Kararı Sonrası Satın Alınacak Sağlık Hizmeti.....	436

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM
TÜRKİYE’DE ÖZEL SAĞLIK KURUM VE KURULUŞLARINDA
İSTİHDAM EDİLEN PERSONELİN SOSYAL GÜVENLİĞİ

I- SAĞLIK PERSONELİNİN SİGORTALILIĞI.....	438
I.1 – Sosyal Güvenlik Reform Süreci	438
I.2 – Sigortalı Sayılma	440
I.2.1 – Genel Olarak.....	440
I.2.2 – Sağlık Personelinin Sigortalı Sayılması.....	441
I.3 – Çalışma Yasağı Olanların Sigortalılığı.....	442
I.3.1 – Genel Olarak.....	442

I.3.2 – Sağlık Personeli Açısından	444
II – SİGORTALILIK HALLERİNİN BİRLEŞMESİ.....	445
II.1 – Sosyal Güvenlikte Teklik İlkesi	445
II.2 – Sigortalılık Hallerinin Birleşmesinin Sonuçları	447
II.2.1 – Kısa Vadeli Sigorta Kolları Açısından	447
II.2.2 – Uzun Vadeli Sigorta Kolları Açısından.....	450
II.2.2.1 – Malüllük ve Ölüm Sigortasında	450
II.2.2.2 – Yaşlılık Sigortasında	451
II.2.3 – Genel Sağlık Sigortası Açısından	453
III – ÜÇÜNCÜ KİŞİ OLARAK SAĞLIK PERSONELİNİN SORUMLULUĞU	454
III.1 – Sosyal Sigorta Uygulamasında	454
III.1.1 – Uzun Vadeli Sigorta Kolları Açısından	454
III.1.2 – Kısa Vadeli Sigorta Kolları Açısından.....	455
III.2 – Genel Sağlık Sigortası Uygulamasında.....	456
III.3 – Üçüncü Kişinin Tespiti	457
III.4 –Üçüncü Kişinin Sorumluluğunun Tespiti.....	458
III.5 – Kurumun Ödettirme Yetkisi.....	460
III.6 – Özel Sağlık Kurum ve Kuruluşlarının Sorumluluğu.....	461
III.7 – Özel Sağlık Kurum ve Kuruluşu İle Hasta Arasındaki Hukuki İlişkinin Niteliği	462
III.8- Hukuki Sorumluluk	464

III.9- Ceza Sorumluluğu.....	466
III.10 – İdarenin Sorumluluğu	467
III.10.1-Sağlık Bakanlığı’nın Sorumluluğu	467
III.10.2-Sosyal G¼venlik Kurumu’nun Sorumluluğu	468
IV – FİİLİ HİZMET S¼RESİ ZAMMI	470
IV.1 – Genel Olarak	470
IV.2 – Sağlık Personeli Açısından	472
IV.3 – Fiili Hizmet Zammının Etkisi	472
IV.4 – Fiili Hizmet Zammı Primi.....	473
V – KURUMUN RESEN D¼ZENLEME YETKİSİ.....	474
V.1 – Genel Olarak	474
V.2 – Fiilen Tespit İle Resen D¼zenleme	474
V.3 – Kayden Tespit İle Resen D¼zenleme	476
V.4 – Kamu Kurum ve Kuruluşları İle Bankalar Tarafından D¼zenlenen Belge veya Alınan Bilgilerden Tespit İle Resen D¼zenleme	477
V.5 – Kurumun Resen D¼zenleme Yetkisinin Sonuçları.....	478
VI – ASGARİ İŐİŐİLİK UYGULAMASI.....	479
VI.1 – Genel Olarak	479
VI.2 – Resen Hesaplama İŞlemi ve Resen D¼zenleme İŞlemi Farkı.....	481
VI.3 – Kurumun Resen Hesaplama Yetkisi	481
VI.3.1 – Asgari İŐiŐiliđin Tespiti.....	481

VI.3.2 – Asgari İşçilikte Uzlaşma	482
VI.3.3 – Resen Hesaplama Yetkisinin Sonuçları	483
VI.4- Çalıştırılacak Sağlık Personelinin Sayısına İlişkin Baraj	486
VI.4.1- Özel Sağlık Kurumlarında	486
VI.4.1.1 – Özel Hastanelerde	486
VI.4.1.1.1 – Genel Olarak	486
VI.4.1.1.2 – Sadece Hastanelerde Açılabilen Sağlık Birimlerinde	490
VI.4.1.1.2.1– Yoğun Bakım Ünitelerinde	490
VI.4.1.1.2.2– Elektro Konvülsif Tedavi Ünitesinde	493
VI.4.1.1.2.3– Organ ve Doku Nakli Merkezlerinde	494
VI.4.1.1.2.4– Kordon Kanı Bankasında	499
VI.4.1.2 – Özel Tıp Merkezlerinde	500
VI.4.2- Özel Sağlık Kuruluşlarında	505
VI.4.2.1- Özel Polikliniklerde	505
VI.4.2.2- Özel Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi ve Polikliniklerinde	507
VI.4.3 – Diğer Özel Sağlık Kuruluşlarında	507
VI.4.3.1 – Özel Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezlerinde	507
VI.4.3.2 – Özel Genetik Hastalıklar Tanı Merkezlerinde	509
VI.4.3.3 – Özel Diyaliz Merkezlerinde	510

VI.4.3.4 – Özel Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezlerinde	512
VI.4.3.5 – Özel Evde Bakım Merkezlerinde.....	513
VI.4.3.6 –Özel Hiperbarik Oksijen Merkezlerinde.....	513
VI.5- Çalıştırılacak Sağlık Personelinin Ücretine İlişkin Baraj	514
VI.5.1- Genel Olarak.....	514
VI.5.2- Ücret Uyuşmazlıklarının Çözümü	515
VI.5.3- Teşmil Kararları ve Sigorta Primine Esas Kazanç	518
VI.5.4- Sağlık Personelinin Ücretinin Süresinde Ödenmemesi Sebebiyle İş Görmekten Kaçınma Hakkı.....	519
VI.6- Sağlık Personelinin Çalışma Süresine İlişkin Baraj	521
VI.6.1 – Genel Olarak	521
VI.6.2 – Ay İçinde Eksik Gün Sigorta Bildirimi	523
VI.6.3 – İstirahatlı Sağlık Personelinin 30 Gün Üzerinden Bildirimi.....	525
VI.6.3.1 – Ücretin Bir İş Karşılığı Olması İlkesi	525
VI.6.3.2 – Maktu Aylıklı İşçilerin(Sağlık Personelinin) Özel Durumu	527
VI.6.3.3 – Maktu Aylıklı İşçiler Bakımından Ücret İle Geçici İş Göremezlik Ödeneği Arasındaki İlişki.....	530
VI.6.3.4 – İstirahatlı Maktu Aylıklı İşçinin Sigorta Primleri ve Bildirimi	531

SONUÇ VE ÖNERİLER

YARARLANILAN KAYNAKLAR

KISALTMALAR

AB	Avrupa Birliği
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
ADSÖY	Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik
AHY	Ambulanslar ve Acil Sağlık Araçları İle Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği
ATÖSY	Akupunktur Tedavisi Uygulanan Özel Sağlık Kuruluşları İle Bu Tedavinin Uygulanması Hakkında Yönetmelik
bkz.	Bakınız
C:	Cilt
Çev.	Çeviren
DB	Dünya Bankası
DMY	Diyaliz Merkezleri Hakkında Yönetmelik
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
DPT	Devlet Planlama Teşkilatı
EBHT	Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Tebliğ
EBHY	Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik
Ed.	Editör
EKT	Elektro Konvülsif Tedavisi
ELCMT	Eksimer Lazer Cerrahisi Uygulanacak Cerrahi Müdahale Birimleri Hakkında Tebliğ
GHTY	Genetik Hastalıklar Tanı Merkezleri Yönetmeliği
GSS	Genel Sağlık Sigortası
GASKY	Güzellik ve Estetik Amaçlı Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik
GMEY	Güzellik Merkezlerinde Yapılacak Tıbbi Uygulamalar İle İlgili Sertifika Eğitimi ve Eğitim Verecek Merkezlerin Nitelikleri, Tespiti, Çalışma Usul Esaslarına Dair Yönerge
HBOTY	Hiperbarik Oksijen Tedavisi Uygulanan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik
HHK	Hususi Hastaneler Kanunu
IMF	Uluslararası Para Fonu
İÇRİY	İşyeri Açma ve Çalışma Ruhsatlarına İlişkin Yönetmelik

İLO	Uluslararası Çalışma Örgütü
KHK	Kanun Hükmünde Kararname
KKMY	Kanser Kayıt Merkezleri Yönetmeliği
KKBY	Kordon Kanı Bankacılığı Yönetmeliği
KETEM	Kanser Erken Teşhis ve Tarama Merkezleri
KETEMY	Kanser Erken Teşhis ve Tarama Merkezleri Yönetmeliği
KY	Kaplıcalar Yönetmeliği
MBMT	Madde Bağımlılığı Merkezlerinde Görev Yapacak Personelin Eğitimine ve Sertifikalandırılmasına Dair Tebliğ
MBMY	Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezleri Yönetmeliği
OECD	Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü
ONHY	Organ ve Doku Nakli Hizmetleri Yönetmeliği
ÖHT	Özel Hastaneler Tüzüğü
ÖHY	Özel Hastaneler Yönetmeliği
ÖSKY	Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik
s:	Sayfa No
S:	Sayı
SDP	Sağlıkta Dönüşüm Projesi
SGK	Sosyal Güvenlik Kurumu
SUT	Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği
TAEK	Türkiye Atom Enerjisi Kurumu
TDB	Türk Dişhekimleri Birliği
TTB	Türk Tabipleri Birliği
UKK	Ulusal Organ ve Doku Nakli Koordinasyon Kurulu
UKOK	Ulusal Kordon Kanı Koordinasyon Kurulu
ÜYTE	Üremeye Yardımcı Tedavi
ÜYTET	Üremeye Yardımcı Tedavi Yöntemleri Konusunda Eğitim Verecek Merkezlerin Nitelikleri, Tespiti, Çalışma Usul ve Esasları İle Eğitim Programı ve Sertifika Verilmesine Dair Tebliğ
ÜYTEY	Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezleri Yönetmeliği
vb.	Ve Benzeri

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: Sağlık Hizmetlerinin Kapsamı.....	78
--	----

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1: Yıllar İtibariyle Yurtdışında Yerleşik Olanların Türkiye'deki Doğrudan Yatırımlarında Sağlık ve Sosyal Hizmet Sektörünün Payı	40
Tablo 2: SGK İle Sözleşme İmzalayan Özel Sağlık Kurum Ve Kuruluşları	75
Tablo 3: Özel Hastanelerde Bulundurulacak Asgari Sağlık Personeli.....	486
Tablo 4: Yoğun Bakım Ünitelerinde Bulundurulacak Asgari Sağlık Personeli	491
Tablo 5: Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde Bulundurulacak Asgari Sağlık Personeli.....	493
Tablo 6: Elektro Konvülsif Tedavi Ünitesinde Bulundurulacak Asgari Sağlık Personeli.....	494
Tablo 7: Organ ve Doku Nakli Merkezi Olan Hastanelerde Bulundurulacak Asgari Sağlık Personeli.....	495
Tablo 8: Kordon Kanı Bankasında Bulundurulacak Asgari Sağlık Personeli	499
Tablo 9/A: Mevcut Özel Tıp Merkezi ve Dal Merkezlerinde Bulundurulması Zorunlu Asgari Sağlık Personeli	501
Tablo 9/B: Yeni Yönetmelikten Sonra Açılacak Özel Tıp Merkezlerinde Bulundurulması Zorunlu Asgari Sağlık Personeli	502
Tablo 10/A: Mevcut Özel Polikliniklerde Bulundurulması Zorunlu Asgari Sağlık Personeli.....	505
Tablo 10/B:Yeni Yönetmelikten Sonra Açılacak Özel Polikliniklerde Bulundurulması Zorunlu Asgari Sağlık Personeli	506
Tablo 11: Özel Ağız ve Diş Sağlığı Merkez ve Polikliniklerinde Bulunması Zorunlu Asgari Sağlık Personeli	507
Tablo 12:Özel Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezlerinde Bulundurulması Zorunlu Asgari Sağlık Personeli	508
Tablo 13:Özel Genetik Hastalıklar Tanı Merkezlerinde Bulundurulması Zorunlu Asgari Sağlık Personeli	509
Tablo 14:Özel Diyaliz Merkezlerinde Bulundurulması Zorunlu Asgari Sağlık Personeli.....	511
Tablo 15:Özel Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezlerinde Bulundurulması Zorunlu Asgari Sağlık Personeli	512

Tablo 16:Özel Evde Bakım Merkezlerinde Bulundurulması Zorunlu Asgari Sağlık Personeli.....	513
Tablo 17:Özel Hiperbarik Oksijen Merkezlerinde Bulundurulması Zorunlu Asgari Sağlık Personeli.....	513

GİRİŞ

Genel olarak sağlık, sadece bir hastalığın veya maluliyetin olmayışı değil, aynı zamanda beden, zihnen ve sosyal yönden tam bir huzur ve iyilik içinde olmaktır. Sağlık hakkı ise en temel insan haklarından birisidir. Devlet, sağlık hakkının yaşama geçirilmesinde, ulusal ve uluslar arası hukuki belgelerde görevli ve sorumlu sayılmıştır. Bu bakımdan, devletin denetiminde açılan ve işletilen özel sağlık kurum ve kuruluşlarında verilen sağlık hizmeti de kamu hizmeti sayılmaktadır.

Anayasamıza göre devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenlemekle görevlidir. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlardan yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir. Bu konuda devletin görevli sayılması, sağlık hizmetinin kendine has özelliklerinden kaynaklanmaktadır.

Ülkemizde, Sağlık Bakanlığı'nın verdiği izin ve onay ile özel sağlık kurum ve kuruluşları açılmaktadır. Şüphesiz denetimini de Sağlık Bakanlığı yapmaktadır. Son yıllarda, ülkemizdeki özel sağlık kurum ve kuruluşlarının sayısında önemli artışlar olmaktadır. Bu artışta izlenen iktisat politikaları ile sağlık ve sosyal güvenlik politikalarının da önemli bir payı bulunmaktadır. Şöyle ki; hem kalkınma planlarında hem de hükümet programlarında özel sektörün sağlığa yatırım yapmasının teşvik edileceği belirtilmekte, sağlıkta dönüşüm programı ile de bu husus ete kemiğe büründürölmeye çalışılmaktadır. Genel sağlık sigortasının yaşama geçirilmesi süreci de özel sağlık kurum ve kuruluşlarının sayısını artırmaktadır.

Özel sağlık kurum ve kuruluşlarında sağlık personeli istihdamı ise özellikli bir durum sergilemektedir. Sağlık mevzuatındaki sağlık personelinin çalıştırılmasına ilişkin özel düzenlemelerin yanı sıra, konu, iş hukuku ve sosyal güvenlik mevzuatı ile de doğrudan ilgilidir. Böyle olunca, özel sağlık kurum ve kuruluşlarında sağlık personeli istihdamı, bu üç farklı mevzuatın kesişme alanı olarak karşımıza çıkmaktadır. Sağlık ve sosyal güvenlik mevzuatındaki hızlı ve sürekli değişikliklerin takibinin zorluğu bir yana, bu değişiklikler yazılanları da “hızlı” bir biçimde

“eskitmektedir”. 2008/Mayıs ayı sonu itibariyle mevzuattaki son durum dikkate alınmak suretiyle tez yazım çalışmamız sonuçlandırılmıştır.

Çalışmamızın birinci bölümünde; genel olarak sağlık ve sağlık hakkı kavramları ile sağlık hizmetlerinin temel özelliklerine yer verilmiş, sağlık hizmetlerinin kendine has özelliklerinden ötürü fiyatlandırma süreci ile bedelsiz sağlık hizmeti verilen durumlara değinilmiş, sağlık kurumu ve sağlık kuruluşu ayrımı sağlık mevzuatı özelinde açıklanarak, hem kamu sağlık kurum ve kuruluşları hem de özel sağlık kurum ve kuruluşlarının hangileri oldukları gösterilmiştir.

Çalışmamızın ikinci bölümünde; özel sağlık kurum ve kuruluşu ayrımına uygun olarak, her bir özel sağlık kurum ve kuruluşu ayrı ayrı ele alınarak; tanımlarına, kimler tarafından açılacaklarına, kuruluş süreçlerine, ruhsatlandırılma veya uygunluk belgesi verilme süreçlerine, denetlenmelerine, faaliyetlerine geçici veya sürekli olarak son verilmesi hususlarına açıklık getirilmeye çalışılmıştır. Bilinenin aksine, özel hastaneler dışında Sağlık Bakanlığı’na ruhsatlandırılan birçok özel sağlık kurum ve kuruluşu açıklanmıştır.

Çalışmamızın üçüncü bölümünde ise özel sağlık kurum ve kuruluşlarında sağlık personeli istihdamını ele aldık. Buralarda sağlık personeli istihdamının özel koşullarını inceledik. Bu kapsamda olmak üzere, sağlık personelinin niteliklerine, çalışma yasağı kapsamında olan sağlık personelinin kimler olduğuna, çalışma izin belgesi ve işe giriş sağlık raporu alınması zorunluluklarını ve iş sözleşmesinin bağitlanması hususlarını açıklamaya çalıştık. Hem bu hem önceki bölümler hem de son bölümde sıkça karşımıza çıkan, sağlık mevzuatındaki kanuni dayanağı olmadan ceza uygulanmasını da kısaca tartıştık. Bu bölümde son olarak, sağlık personeline has istihdam şekillerine değindik.

Çalışmamızın dördüncü ve son bölümünde ise; özel sağlık kurum ve kuruluşlarında çalıştırılan sağlık personelinin sigortalılığına, büyük ölçüde sağlık personeli istihdamında karşımıza çıkan sigortalılık hallerinin birleşmesinin sosyal sigorta ve genel sağlık sigortası açısından muhtemel sonuçlarını ele aldık. Ayrıca, sağlık personelinin özel sağlık kurum ve kuruluşlarındaki çalışması sırasında üçüncü kişi olarak meydana gelmesine sebep olduğu sosyal sigorta riskleri ile genel sağlık

sigortası açısından sorumluluğunu inceledik. SGK'nin resen düzenleme yetkisi kapsamında sağlık personelinin tespiti ile sigortalılığının sağlanması ve özel sağlık kurum ve kuruluşlarında asgari işçilik uygulaması incelediğimiz diğer konular arasında olmuştur.

BİRİNCİ BÖLÜM

TÜRKİYE’DE SAĞLIK SEKTÖRÜNÜN GENEL GÖRÜNÜMÜ VE ÖZEL SAĞLIK KURUM VE KURULUŞLARININ SEKTÖR İÇERİSİNDEKİ YERİ

I - SAĞLIK VE SAĞLIK HAKKI KAVRAMLARI

I.1 - Genel Olarak Sağlık

Sağlık kavramı, Türkçede, “*vücudun hasta olmaması durumu, vücut esenliği, vücudun iyi veya kötü olması durumu, canlı, sağ, diri olma durumu*” olarak tanımlanmaktadır.¹ Başlangıçta “*hasta olmayan insan sağlıklıdır*” şeklindeki bu yalın tanımlar, sağlığın hastalığın tersi olarak kabul edilmesinden kaynaklanmıştır.² Günümüzde sağlık kavramının bu dar çerçevenin çok ötesine geçtiği söylenebilir.

Kısaca sağlık, hasta olmamak şeklinde tanımlanabilirse de, bu tanım yetersizdir ve hastalığın nasıl algılandığına bağlıdır. Oysa hastalığın tanımı da en azından sağlığın tanımı kadar belirsizlikler içermektedir.³ Gerçekten de, insanın kendini iyi hissetmemesi ile hasta olması arasında ciddi bir fark olup, hastalık tanısının konulmamış olması da kişinin sağlıklı olduğu anlamına gelmemektedir.

Sağlıklı ya da hastalıklı olma kişiden kişiye göreli olarak değişen bir durum iken, hastalık, herhangi bir birey için, belli bir anda tam sağlık (%0) dan ölüm(%100) e değin değişen yüzdesel bir tanım olarak kabul edilebilir.⁴ Hastalık, herhangi bir kimsenin beden ve ruh sağlığının veya sağlık düzeninin bozulması olarak da ifade edilebilir.⁵ Sağlık ve hastalık bugün için birbirinden tamamen ayrı kavramlar değil,

¹ Türk Dil Kurumu, Türkçe Sözlük, Türk Dil Kurumu Yayınları:549, 10.Baskı, Ankara 2005, s: 1680

² AKBULUT, Turhan: İşçi Sağlığı Prensip ve Uygulamaları, Sistem Yayıncılık, Yayın No:17, 2.Baskı, İstanbul 1994, s:3

³ MAZGİT, İsmail: Ekonomik Kalkınma Sürecinde Türkiye’de Sağlık Sektörünün Yeniden Yapılanması, Dokuz Eylül Üniversitesi (Yayımlanmamış Doktora Tezi), İzmir 1998, s:21

⁴ TAYLAN, Bahattin: Genel Sağlık Sigortasına Özgü Aktüeryal Teknikler ve Türkiye Uygulaması, Dokuz Eylül Üniversitesi (Yayımlanmamış Doktora Tezi), İzmir 1992, s:3

⁵ MAYKOVİCH, Minako K.:Medical Sociology, Alfred Publishing Co., California 1980, s:61-62

örtüşen kavramlardır. Kişilerin ve hekimlerin en zorluk çektikleri yön de, bu örtüşmenin en fazla olduğu durumlarıdır.⁶

Örneğin; bir insanın ağrısı, ateşi olmayabilir, iştahı da iyidir, kısaca hiçbir hastalık belirtisi yoktur. Fakat bu kişi karamsar veya aşırı derecede heyecanlı ise, durumundan memnun değilse, hırçın ve endişeler içinde ise sağlıklı olarak nitelendirilemez.⁷ Öte yandan, kişilerin sağlık ve hastalık algılarının, onları hastalıkla ilgili gerçeklerden daha çok etkilediği belirtilmektedir.⁸

Tüm hukuk dalları ve tıbbi açıdan geçerli bir tanımı bulunmamakla⁹ birlikte, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından yapılan tanımda hastalık aşağıdaki gibi tanımlanmıştır:

“Hastalık, organizmanın yaralanması ya da çeşitli nedenlerle dengesinin bozulması olup, beraberinde fizyolojik, psikolojik, sosyal ve ekonomik sorunları da getiren bir durumdur.”¹⁰

Genel olarak hastalık, en geniş tanımıyla, bedensel veya ruhsal bir normalden sapma durumuna işaret ederken, doğuştan ya da sonradan olması veya üçüncü bir kimsenin kusurlu bir eylemi ile meydana gelmesinin İş ve Sosyal Güvenlik Hukuku anlamında farklı sonuçları olduğunu da söyleyebiliriz.¹¹ Örneğin; hastalığı nedeniyle istirahatli işçiye maktu aylıkla çalışması durumunda ücreti tam ödenirken, diğer tür ücretle çalışan işçilere istirahat süreleri için işverence ücret ödenmesi zorunlu olmadığından Sosyal Güvenlik Kurumu’na hastalık ödeneği verilir.¹² Sigortalının hastalanmasına üçüncü bir kimse kasdı ya da suç sayılı bir hareketi ile neden olur ise

⁶ BALTAŞ, Zühal: Sağlık Psikolojisi, Remzi Kitabevi, İstanbul 2000, s:34-35

⁷ AKBULUT, Turhan: İşçi Sağlığı Prensipleri ve Uygulamaları, Sistem Yayıncılık, Yayın No:17, 2.Baskı, İstanbul 1994, s:3

⁸ BALTAŞ, Zühal: Sağlık Psikolojisi, Remzi Kitabevi, İstanbul 2000, s:37

⁹ SÖZER, A.Nazım: Hasta İşçinin İş İlişkisi, Ege Üniversitesi, (Yayımlanmamış Doktora Tezi), İzmir 1981, s:6

¹⁰ TUNCEL, Nur; ŞANLI, Türkan ve PEKER, Müeyyet: Halk Sağlığı Hemşireliği, (Editör:Naci GÜÇHAN), Anadolu Üniversitesi Yayınları, No:568, Eskişehir 1993, s:4

¹¹ SÖZER, A.Nazım: Hasta İşçinin İş İlişkisi, Ege Üniversitesi, (Yayımlanmamış Doktora Tezi), İzmir 1981, s:6-15; CANIKLIOĞLU, Nurşen:Hastalık ve Sakatlığın Hizmet Akdine Etkisi, Beta Yayınları, İstanbul 2002, s:7-12

¹² Maktu aylıklı işçilerin, istirahatliken dahi ücretlerinin tam ödenmesi hususu, çalışmamızın dördüncü bölümünde detaylı olarak incelenmiştir.

hastalık sigortası kapsamında Kurumca yapılan masraflar üçüncü kimseye ödettirilmektedir.

Sağlık kavramı biyomedikal, psikolojik ve sosyolojik açılardan da tanımlanabilmekle¹³ birlikte, bireyin fizyolojik yapısı ile birlikte toplumun ve çevrenin yaptığı etkileri de göz önünde bulundurun bir yaklaşımla sağlık; *“bireyin yalnızca hastalık ya da sakatlığının(fiziksel eksikliklerinin) bulunmayışı değil, aynı zamanda bedensel, ruhsal, sosyal ve çevresel yönden tam bir uyum içinde huzur ve iyilik haliyle yaşantısını sürdürebilme durumu”* biçiminde tanımlanmaktadır.¹⁴ Bugüne kadar en çok kabul görmüş ve günümüzde de en yaygın şekilde kullanılan sağlık tanımı ise, 1946 yılında Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılan sağlık tanımıdır. Bu tanıma göre sağlık, *“sadece bir hastalığın veya maluliyetin olmayışı değil, aynı zamanda beden, zihnen ve sosyal yönden tam bir huzur ve iyilik içinde olmaktır.”*¹⁵

Diğer taraftan, Dünya Sağlık Örgütü'nün bu tanımına göre kimin ne kadar sağlıklı olduğunu ölçmenin mümkün olamayacağı, ölçülebilir bir kavram veya bir standart içermediğinden kişilerin hangi kriterlere ulaştıklarında ya da hangi standartları yerine getirdiklerinde “tam bir iyilik hali” içinde olacaklarının belirsiz olduğu da dile getirilmiştir.¹⁶

Yukarıdaki tanımlamaya uygun olarak Türk sağlık mevzuatında, 224 sayılı Sağlık Hizmetlerin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanununun 2.maddesinde de sağlık; *“yalnız hastalık ve maluliyetin yokluğu olmayıp, beden, ruhen ve sosyal bakımdan tam bir iyilik hali”* olarak tanımlanmıştır. Bu tanımlardaki, bedence ve ruhça tam iyilik durumunu anlamak kolaydır. Ancak, “sosyal yönden iyilik durumu” ve bunun

¹³ DEMİRBILEK, Sevda: Sosyal Güvenlik Sosyolojisi, Legal Yayıncılık, İstanbul 2005, s:144-145

¹⁴ AKSOY, Osman Gazi: “Sağlık Kavramı ve Bireyin Yaşamında Sağlık Hakkı”, **Yeni Türkiye**, Temmuz-Ağustos 2001, S:40, s:1803-1808

¹⁵ BALTAŞ, Zühal: Sağlık Psikolojisi, Remzi Kitabevi, İstanbul 2000, s:34; WILKINSON, Carol: Fundamentals of Health at Work, Taylor&Francis, London 2001, s:7 ÖZTEK, Zafer: “Sağlık Kavramı ve Sağlık Hizmetleri”, **Yeni Türkiye**, Mayıs-Haziran 2001, S:39, s:294-298; AK, Bilal: “Kavramlar ve Sağlık Sistemi”, **Yeni Türkiye**, Mayıs-Haziran 2001, S:39, s:299-311

¹⁶ UZ, M.Hulki: “Sağlığı Tanımlamak, Dünya Sağlık Örgütü'nün Tanımı Üzerine Düşünceler”, **Yeni Türkiye**, Mayıs-Haziran 2001, S:39, s:321-322; SCHULTZ, R ; JOHNSON, A.C: Fundamentals of Health at Work, Taylor&Francis, London 2001, s:7; DEMİRER, Yücel: “Kültür ve Siyaset Ekseninde Sağlıkta Kavramsallaştırma: “Hasta” ve “Hastalık” Örnekleri”, **Toplum ve Hekim**, Ocak-Şubat 2006, C:21, S:1, s:25-31

sağlıkla ilişkisinin; sağlıklılık ve hastalık durumlarının kişinin sosyal ve ekonomik durumları ile yakından ilgili olduğu, birçok hastalığın temel nedenleri arasında bozuk bir çevrede yaşamak, yanlış inanışlar, eğitim yetersizliği, ekonomik yetersizlikler sonucu iyi beslenememe, sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanamama gibi sosyal faktörlerin bulunduğu belirtilmiştir.¹⁷

Esasen hastalık, ağrı ve rahatsızlık ile birlikte kişinin kendini nasıl gördüğünü ve saygınlığını da etkileyen yoğun kişisel ve subjektif bir deneyimdir. Hastalığın, hastanın rolünü yerine getirememe ögesine “işlevsel”, diğer etkilere ise “duygusal” tanımı getirilebilir. Sağlık sistemleri hastalığın her iki yönüyle de baş etmek üzere kurulmuştur. Buna karşılık, toplumlar hastalığın işlevsel yönüyle, kişiler ise duygusal yönüyle ilgilidir.¹⁸

Bireylerin sağlıklarına genellikle önem ve değer verdikleri düşüncesi yanlıştır. Kişiler genellikle, hasta oldukları ya da ölümden korktukları zamanlarda sağlıklarının değerini anlar, durumları düzeldiğinde çoğu zaman bunu unuturlar.¹⁹ Sağlıkla ilgili şikayetler ortaya çıktığında, insanın kendini iyi hissetmemesi ile başlayan, giderek kötü hissetmesine ve daha sonra da tükenmişliğini ifade etmesine kadar uzanan bir dizi süreç yaşanır:²⁰ Beden faaliyetlerinin uygun biçimde yapılmaması konusunda objektif semptomlar olması(tansiyon, yüksek ateş, görme alanı bozukluğu vb.) ve hastalığa ait subjektif semptomların bulunması(ağrı, bulantı, baş dönmesi, göz kararması vb.)

Diğer taraftan, sağlık hizmetlerindeki çağdaş yaklaşımlardan birisinin de herkesin kendi sağlığından sorumlu olması gerekliliği vurgulanmaktadır.²¹ Yani herkes sağlığının önemini kavrayacak ve onu korumaya çaba gösterecektir. Ancak, kişilerin bu şekilde davranabilmeleri onların eğitim ve sosyo-ekonomik düzeyleri ile yakından ilgilidir. Oysa sağlık hizmetlerinin en önemli özelliklerinden birisi de

¹⁷ ÖZTEK, Zafer: “Sağlık Kavramı ve Sağlık Hizmetleri”, **Yeni Türkiye**, Mayıs-Haziran 2001, S:39, s:294-298;

¹⁸ FIELD.G.Mark: “Ulusal sağlık Sistemlerinde Başarı ve Kriz”,(Çeviren:Ömer TARIM), **Toplum ve Hekim**, Aralık 1991, S:48, s:27-32

¹⁹ ÖZTEK, Zafer: “Sağlık Kavramı ve Sağlık Hizmetleri”, **Yeni Türkiye**, Mayıs-Haziran 2001, S:39, s:294-298

²⁰ BALTAŞ, Zühal: Sağlık Psikolojisi, Remzi Kitabevi, İstanbul 2000, s:34-35

²¹ ÖZTEK, Zafer: “Sağlık Kavramı ve Sağlık Hizmetleri”, **Yeni Türkiye**, Mayıs-Haziran 2001, S:39, s:294-298

kişinin ihtiyacının derecesini kendisinin belirleyememesidir. Zira, sağlık hizmetlerinde asimetrik bilgi bulunmaktadır. Yani, sağlık hizmetinin boyutunu ve kapsamını kullanan değil hekim belirler.²²

Kaldı ki; tıp alanındaki bilimsel ve teknolojik gelişmeler insanoğlunun yaşamına önemli katkılar sağlamayı sürdürmekle birlikte, genel olarak neoliberal politikaların hakimiyetini sürdürdüğü günümüzde, “ilaç pazarının hasta insanlarla sınırlı olmasının” ilaç tekellerinin karları açısından sıkıntı yarattığından hareketle, “korkunun pazarlanması” yolu ile insanların genel rahatsızlıkları algılama şeklini değiştirerek doğal süreçlerin hastalıklara dönüştürülmesinin hedeflendiği, bu sayede insanların daha önce sadece küçük bir sıkıntı gibi gördükleri kellik, kırışıklıklar, cinsel sorunlar gibi dertlerin “tıbbi müdahale gerektirdiğine ikna” edilmeye çalışıldığı, böylece günlük hayatın iniş çıkışlarının sinir rahatsızlıkları, genel şikayetlerin ise korkutucu rahatsızlıklara dönüştürüldüğü ve gittikçe daha fazla sağlıklı insanın hastaya çevrildiği dile getirilmektedir.²³

Örneğin; ufak sorunlar ciddi hastalıklarmış gibi resmedildiğinden, utangaçlık, sosyal anksiyete belirtisi sayılıyor. Kadınlarda adet öncesi gerginlik “regl öncesi disforik bozukluk” isimli bir zihin hastalığıymış gibi tanımlanıyor. Cinsellikteki gündelik dalgalanmalar, cinsel işlev bozuklukları oluyor. Hayatın doğal değişimlerinden biri olan menopoz, “bir hormon eksikliği hastalığı” olarak adlandırılıyor. İşyerlerinde dikkati dağılan çalışanların ise artık “dikkat eksikliği sendromu” isimli bir hastalığı var. Böylece, bir hastalığın salt riskini taşımak bile hasta sayılmaya yetebiliyor.²⁴

Yukarıdaki yaklaşıma uygun olarak, çağdaş tıbbi teknolojinin son kuşaklarda sınırlı sayıda birtakım spesifik yöntemlerde yararlı olduğu biryana, günümüzün en

²² SALTİK, Ahmet: “Sağlık Ekonomisinde Yeni Kavramlar”, **Toplum ve Hekim**, Temmuz-Ağustos 1996, S:68, s:38-44

²³ MOYNIHAN, Ray ve CASSELS, Alan: Satılık Hastalıklar, (Çeviren:Gökçesu TAMER, Evren YILDIRIM), Hayykitap, İstanbul 2006, s: 9 vd.; YENEN, Osman Şadi: “Hastalık İcadı Ya da İlaç Pazarının Genişletilmesi”, **Bilim ve Ütopya**, Mart 2007, S:153, s:4-8; BABAOĞLU, Ali Nahit: “Yeni Hastalıklar Nereden Çıkıyor?”, **Bilim ve Ütopya**, Mart 2007, S:153, s:9-14; SAVAŞ, Cem İsmail ve GÜRÇAN, Efe Can: “Hastalık İcadına Karşı Toplumcu Tıp ve Milli Sağlık Anlayışımız”, **Bilim ve Ütopya**, Mart 2007, S:153, s:18-23

²⁴ MOYNIHAN, Ray ve CASSELS, Alan: Satılık Hastalıklar, (Çeviren:Gökçesu TAMER, Evren YILDIRIM), Hayykitap, İstanbul 2006, s: 10

az uzaya roket fırlatmak kadar masraflı olan tıbbi harcamalarının etkisinin olsa olsa tartışmalı olan tanı ve tedavi türlerine tahsis edildiği belirtilmektedir.²⁵ Öte yandan, sağlıkta pazarlamanın yönlendirici, gereksiz talep yaratıcı etkileri olduğu da ileri sürülmektedir.²⁶

I.2 - Sağlık Hakkı Kavramı

I.2.1 – Tanım

Genel olarak hak; “hukuk düzeni tarafından kişilere tanınmış irade gücü”, “hukuk düzeni tarafından korunan çıkarlar”, “hukuk düzeni tarafından korunmuş ve kullanılıp kullanılmaması sahibinin iradesine bırakılmış çıkarlar” şeklinde tanımlanmaktadır.²⁷ Bireyin hak sahipliği durumunu hukuk alanına yansıtarak, kişinin kendi kişiliğine bağlı bir somut temel hakkın olduğunu görürüz. Bu da “bireysel kişilik hakkı”dır. Bu bireysel temel kişilik hakkının gözüktüğü, belirlediği, fişkırdığı alanda “beden bütünlüğü”dür. Bu bütün içinde bireyin “yaşam” ve “sağlığının sürmesi” bireyin hukukça korunan varlığının temel öğeleridir.²⁸ Kişilik haklarından en önemlisi yaşam hakkı iken, sağlık hakkı “yaşama” temel hakkının ayrılmaz bir parçasıdır. Yaşama hakkı, kişinin sağlıklı ve eksiksiz bir beden varlığına sahip olması ve bunu sürdürmesi olarak nitelendirilir.²⁹

Yaşama ve sağlık, temel bir insan hakkıdır.³⁰ Bireysel ‘sağ’lık, bedensel ve tinsel sağlamlık, toplumsal esenlik, varlık ve mutluluk kaynağıdır.³¹ İnsanın diğer temel hak ve özgürlüklerini kullanabilmesi de sağlık hakkının varlığına bağlıdır. Bu yanıyla sağlık hakkı bireyi birinci derecede ilgilendiren bir haktır. Öte yandan sağlık hakkının temel haklar ve özgürlükler bağlamında ikinci kuşak haklar(sosyal haklar)

²⁵ ILLICH, Ivan: Sağlıkın Gasbı, (Çeviren:Süha SERTABİBOĞLU), Ayrıntı Yayınları :128, İstanbul 1995, s:25

²⁶ KARAFAKIOĞLU, Mehmet: Sağlık Hizmetleri Pazarlaması, İÜ.İşletme Fakültesi Yayın No:271, İstanbul 1998, s:18-21

²⁷ AYAN, Mehmet: Medeni Hukuka Giriş, Mimoza Yayınları: 76, Konya 2003, s:79-80

²⁸ OKUR, A.Rıza:Sağlık Hakkı ve Sağlık Sigortaları, İstanbul 1992, s:12

²⁹ SARITAŞ, Hatice: Hasta Hakları Açısından Hekim Sorumluluğu, Bilge Yayınevi, Ankara 2003, s:10

³⁰ OKUR, A.Rıza:Sağlık Hakkı ve Sağlık Sigortaları, İstanbul 1992, s:1-38

³¹ AY, Nihad: “Toplumsal Yönetim Açısından Türkiye’de Sağlık Sorunu”, DEÜ 1.Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, 4 - 7 Mayıs 1994, Kuşadası-AYDIN, DEÜ Rektörlük Matbaası, İzmir 1995, s:403-421

içerisinde yer aldığı belirtilmektedir.³² Sağlık hakkı yalnızca temel bir hak olarak kalmayıp bir kişinin gelir getirici üretken faaliyetlerinin temelini oluşturmaktadır. Sağlık hizmetlerinin sunulmasında da amaç, hem sağlık hakkını güvence altına almak hem de kişinin faktör olarak üretimde kullanılmasını sağlamaktır.³³

Gerçekten de sağlık hakkının da, tıpkı yaşama hakkı gibi, diğer hak ve hürriyetlerden tamamen ayrı olarak gerçekleşeceğini düşünmeye imkan bulunmamaktadır. Beslenme, dinlenme, konut ihtiyaçlarının düzenlenmesi, ihtiyarlıkta, analıkta güvenliğin sağlanması, hastalık sigortalarının, sosyal sigortaların ve sosyal yardım teşkilatının gerçekleştirilmesi ve hatta öğrenimin ve sanatlardan faydalanabilmenin geliştirilmesi; kişinin sağlık hakkına tam olarak sahip olabilmesini sağlayacaktır.³⁴

Sağlık hakkının varolabilmesinde iktisadi sebepler en önemli etkenlerden birini teşkil etmektedir. Tıp biliminin gelişmesi, tıp tekniğinin hızla ilerlemesi, buluşları, tedavide kullanılan yeni imkanları ve makinaları yaratmaktadır; fakat bu durum büyük iktisadi kaynaklarla meydana getirilmekte ve bireylerin yeni buluşlardan faydalanabilmeleri ancak büyük ücret karşılığında mümkün olabilmektedir. Ayrıca tıp sınırlarının geçmiş yüzyıllara göre daha genişlemesi, insanların gittikçe daha çok hekimlere başvurması sonucu bireyler, tıbbi konulara gelirlerinin önemli bir kısmını ayırmak zorunda kalmaktadırlar. Bu da, iktisadi durumu iyi ve kötü olan yığınlar arasında eşitsizlikler meydana getirmekte ve herkesin sağlığının korunması ve iyileştirilmesinde devletin her türlü tedbirleri almasını gerektirmektedir.³⁵

Sağlık hakkı, *“kişinin, toplumdan, devletten, sağlığının korunmasını, gerektiğinde tedavi edilmesini, iyileştirilmesini isteyebilmesi ve toplumun sağladığı*

³² DEMİR, Fevzi: Anayasa Hukukuna Giriş, 5.Baskı, Fakülteler Kitabevi, İzmir 1998, s:311

³³ BATIREL, Ömer Faruk: “Sağlık Hizmetleri ve Devlet Politikası”, **MÜ? İİBF Dergisi**, 1986, C:3, S:3, s:171–180

³⁴ BAYRAKTAR, Köksal: Hekimin Tedavi Nedeniyle Cezai Sorumluluğu, (Doktora Tezi), İstanbul Üniversitesi Yayınları No:768, Hukuk Fakültesi Yayınları No:391, Sermet Matbaası, İstanbul 1972, s:18

³⁵ BAYRAKTAR, Köksal: Hekimin Tedavi Nedeniyle Cezai Sorumluluğu, (Doktora Tezi), İstanbul Üniversitesi yayınları No:768, Hukuk Fakültesi Yayınları No:391, Sermet Matbaası, İstanbul 1972, s:18

imkânlardan faydalanabilmesidir.”³⁶ Sağlık, bireyin cenin durumundan ölüncüye kadar sahip olduğu temel bir haktır. Bireyi birinci derecede ilgilendiren bir hak olması nedeniyle de diğer tüm haklardan önce gelir. Bu nedenle, genel olarak toplumun, özel olarak her bireyin sağlık haklarını kollamak ve sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanmalarını sağlamak devletin dolayısıyla da devleti temsil eden hükümetlerin öncelikli görevleri içerisinde yer almaktadır. Birey açısından hak, devlet açısından görev olarak Anayasal ve uluslararası hukuk belgeleri ile de desteklenmiştir.³⁷

I .2 .2 – Anayasa ve Yasalarımızda Sağlık Hakkı

Anayasa'nın 17.maddesinde, *“Herkes yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahiptir. Tıbbi zorunluluklar ve kanunda yazılı haller dışında kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamaz; rızası olmadan bilimsel ve tıbbi deneylere tabi tutulamaz.”* hükmü yer almaktadır.

Anayasa'nın *“Sosyal ve Ekonomik Haklar ve Ödevler”* başlıklı üçüncü bölümü 56.maddesinde ise daha kapsamlı bir düzenlemeye gidilmiştir:

“Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir.

Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek Devletin ve vatandaşların ödevidir.

Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler.

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

Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir.”

³⁶ BAYRAKTAR, Köksal: Hekimin Tedavi Nedeniyle Cezai Sorumluluğu, (Doktora Tezi), İstanbul Üniversitesi Yayınları No:768, Hukuk Fakültesi Yayınları No:391, Sermet Matbaası, İstanbul 1972, s:16-17

³⁷ YEĞİNBÖY, Yasemin E.:Ulusal Düzeyde Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi, Sağlık Hizmetleri ve İşletmeleri Serisi:1, Doğruluk Matbaacılık, İzmir 1993, s:3

Böylece, Anayasanın 56.maddesi ile 17.maddesi hükmü tamamlanarak, devlet; herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içerisinde sürdürmesini sağlamakla görevlendirilmiştir. Anlaşılacağı üzere, korunmuş çevre koşullarında beden ve ruh sağlığı içinde hayatlarını sürdürmeleri bireyler için bir hak, bu hakkı sağlamak da devlet için bir ödevdir.³⁸

Devletin sağlık hakkının gerçekleşmesi görevini yerine getirirken 1982 Anayasası ile ilk defa özel sektörden ve genel sağlık sigortasından bahsedilmiş, çevre sağlığının korunup geliştirilmesinde devlet ve vatandaş birlikte görevli kılınmıştır. Genel sağlık sigortası ise 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun 60-78. maddeleri arasında düzenlenmiştir.³⁹ 5510 sayılı Kanunun genel sağlık sigortasına ilişkin düzenlemelerinin ise Uluslararası Çalışma Örgütü'nün 102 sayılı Sosyal Güvenliği Asgari Normları Hakkında Sözleşme hükümlerinin gerisinde olmadığı, edimlere hak kazanma ve edim türleri bakımından daha ileri düzeyde hükümlerde ihtiva ettiği, ancak Kuruma edim türleri ve edim sunum süreleri bakımından tanınan takdir yetkisinin bu düzeyi tehdit ettiği de ifade edilmektedir.⁴⁰

Devlet sağlık hakkına ilişkin görevini “ekonomik istikrarın korunmasını gözeterek” yerine getirecektir. Zira, yapılan Anayasa değişikliği⁴¹ ile Anayasanın 65.maddesinin kenar başlığı “Devletin İktisadi ve Sosyal Ödevlerinin Sınırı” olarak değiştirilerek, “*Devlet, sosyal ve ekonomik alanlarda Anayasa ile belirlenen görevlerini, bu görevlerin amaçlarına uygun öncelikleri gözeterek mali kaynaklarının yeterliliği ölçüsünde yerine getirir.*” hükmü getirilmiştir. Daha önce devlet, ekonomik ve sosyal haklara ilişkin ödevlerini “ekonomik istikrarın korunmasını gözeterek” yerine getirirken, artık “bu görevlerin amaçlarına uygun öncelikleri gözeterek” yerine getirecektir. Böylece, Devletin alacağı ekonomik ve

³⁸ SERİM, Bülent: “Sosyal Devlet, Sağlık Hakkı ve Getirilen Sınırlamalar”, **Mülkiye**, S:106, s:47

³⁹ Anayasa Mahkemesi'nin 15.12.2006 tarihli, E:2006/111, K:2006/36 sayılı yürütmeyi durdurma kararından sonra 15.12.2006 günlü, E. 2006/111, K. 2006/112 sayılı kararı ile de kimi madde hükümlerini iptal edilen, uygulama tarihi önce 5565 sayılı Kanunun 30.maddesi ile 01.07.2007'ye, 5655 sayılı Kanunun 2.maddesi ile 01.01.2008'e, 5724 sayılı Kanunu 28.maddesiyle de 01.06.2008 ertelenen ve nihayet 5754 sayılı Kanun ile de bir bütün olarak 01.10.2008'de yürürlüğe girecek olan 5510 sayılı Kanun ile ilgili açıklamalarımıza ileride yeri geldikçe değinilecektir.

⁴⁰ SÖZER, Ali Nazım: “5510 Sayılı Kanun'un Genel Sağlık Sigortasına İlişkin Düzenlemeleri”, Sosyal Güvenlik Hukuku, Yasalar ve Gerçekler, İstanbul Barosu Yayınları, Haziran 2007, s:150-167

⁴¹ 17.10.2001 tarih ve 24556 (Mükerrer) sayılı Resmî Gazetede yayımlanmıştır.

sosyal tedbirlerle daha korumacı davranmak suretiyle vatandaşın önceliklerine dikkat etmesini gerektirir bir düzenlemeye gidildiği söylenebilir.

Belirtelim ki; Anayasa'nın 56.maddesi ile tanınan hak, Anayasa'nın 17.maddesinde düzenlenen "yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma hakları" ile bağlantılı olduğundan; Anayasa'nın 65.maddesinde yer verilen, Devletin, "*Anayasa ile belirlenen görevlerini... mali kaynaklarının yeterliliği ölçüsünde yerine getireceği*" yolundaki hüküm, en önemli sosyal haklardan biri olan ve doğrudan insan yaşamını ilgilendiren sağlık hakkına ulaşılmasına ve bu haktan en iyi biçimde yararlanılmasına engel oluşturacak biçimde yorumlanmamalı ve hakkın özü zedelenmemelidir.⁴² Ancak son yıllarda, hasta sevk işlemlerinden başlayarak, muayene, tedavi, yolluk, özel sağlık kurumlarında tedavinin yapılması ve ücret ödemeleri ile ilgili ayrıntıları içeren Bütçe Uygulama Talimatlarındaki mali kaygılarla ve tasarruf amacıyla yapılan sınırlandırmalar ile kamu sağlığının dolaylı da olsa göz ardı edildiği belirtilmektedir.⁴³

Anayasa Mahkemesi de 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanununun 34. maddesindeki sigortalıya yapılacak sağlık yardımlarını 18 ay ile sınırlayan düzenlemesini iptal ederken, 17.01.1991 günlü ve E:1990/27, K:1991/2 sayılı kararında; Avrupa Sosyal Güvenlik Sözleşmesinin 13.maddesi ve İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nin 22. maddesi ile de bağlantı kurarak, "*Kişinin yaşama hakkı ile maddi ve manevi varlığını koruma hakkının, birbirleriyle sıkı bağlantıları olan, devredilmez, vazgeçilmez temel haklar olduğu, bu haklara karşı olan her türlü engelin ortadan kaldırılmasının da devlete ödev olarak verildiği, güçsüzleri güçlüler karşısında koruyacak olan devletin, gerçek eşitliği sağlayacağı, toplumsal dengeyi koruyacağı, böylece gerçek hukuk devleti niteliğine ulaşacağı, hukuk devletinin amaç edindiği yaşama hakkının korunmasının da, sosyal güvenliğin sağlanmasıyla gerçekleşeceği, sosyal güvenliği sağlayacak olan kuruluşların yasal düzenlemelerinin "yaşama hakkı ile maddi ve manevi varlığı koruma haklarını"*

⁴² Danıştay, 5.D. 13.10.2006, E:2006/4184; Danıştay 5.D.13.10.2006, E:2006/5135

⁴³ SANCAKDAR, Oğuz: "Bütçe Uygulama Talimatları İle Tedavi Giderlerinin Sınırlandırılması Sorunu ve Dış Tedavisi Örneği", **DEÜ Hukuk Fakültesi Dergisi**, İzmir 2004, C:6, S:1, s:203-232

zedeleyecek veya ortadan kaldıracak hükümler içermemesi gerektiği...” ifadelerine yer vermiştir.⁴⁴

Anayasa Mahkemesi benzer nitelikli 17.11.1998 günlü ve E:1998/35, K:1998/70 sayılı kararında ise, “Anayasa’nın 60. maddesinde tanınan “sosyal güvenlik hakkı” yine Anayasa’nın 17. maddesinde düzenlenen “yaşama, maddî ve manevî varlığını koruma hakkı” ile bağlantılı olduğundan devlet, ekonomik ve sosyal alandaki görevlerini yerine getirirken yapacağı düzenlemelerde “yaşama hakkı”nı ortadan kaldıran ya da kısıtlayan kurallar koyamayacaktır.” demiştir.⁴⁵

Öte yandan Anayasa Mahkemesi, 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu’nun 68.maddesinde düzenlenmiş olan katılım payı alınmasına ilişkin iptal istemini reddederken, 15.12.2006 günlü ve E:2006/111, K:2006/112 sayılı kararında; Avrupa Sosyal Güvenlik Sözleşmesine ve “Sosyal Güvenliğin Asgari Normlarına İlişkin” Uluslararası Çalışma Örgütü’nün 102 sayılı Sözleşmesi’nin 10. maddesine atıfla, katkı payının “... normalde kişilerin kendilerinin karşılaması gereken sağlık giderlerinin Devletçe karşılanması nedeniyle kendilerinden istene katkı payı...” olduğunu belirtmiştir.⁴⁶ Anayasa Mahkemesinin bu yaklaşımı ile sağlık hizmetlerini geleneksel olarak bir kamu hizmeti olarak görmek yerine, “kişilerin kendilerince karşılanması gereken” bir gider olarak görme eğilimine girdiği anlaşılmaktadır.

Yukarıda teorik tanımlarına yer verdiğimiz sağlık hakkı kanunlarımızda düzenlendiği gibi idari düzenlemelerin de konusu olmuştur. Örneğin; 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanunun 1.maddesinde sağlık hakkının nasıl gerçekleştirileceği uluslararası hukuk belgelerine de atıf yapılmak suretiyle açık olarak şu şekilde belirtilmiştir : *“İnsan Hakları Evrensel Beyannameinde bir hak olarak tanınan sağlık hizmetlerinden faydalanmanın sosyal adalete uygun bir şekilde ifasını sağlamak maksadiyle tababet ve tababetle ilgili hizmetler bu kanun çerçevesinde hazırlanacak bir program dahilinde sosyalleştirilecektir.”* Benzer biçimde 1930 tarihli ve 1593 sayılı Umumi Hıfzısıhha

⁴⁴ 19.08.1991 tarih ve 20965 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

⁴⁵ 15.01.2003 tarih ve 24994 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

⁴⁶ 30.12.2006 tarih ve 26392 (Mükerrer) sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

Kanunu'nun 1. maddesinde de, “*memleketin sıhhi şartlarını ıslah ve milletin sıhhatine zarar veren bütün hastalıklarla... mücadele etmek... umumi devlet hizmetlerindedir.*”denilmiştir.

Sağlık hizmetinin aksaklık ve bozukluklarından mağdur olanların, sağlık hakkı kavramı ile istenilen sonuca ulaşamadıkları, bu sebeple de hasta hakları kavramına yöneldikleri ileri sürülmektedir.⁴⁷ Kuşkusuz insan hakları, sağlık hakkı ve hasta hakları birbirinden kopuk, bağımsız birer hak kategorileri değildir. Hasta hakları sağlık hakkının hasta açısından somutlaşmasını ve bireyselleşmesini ifade eder, aynı zamanda sağlık hizmetlerinin sunumunda insan onurunun ve bütünselliğinin korunması amacına yönelik olarak geliştirildiği (ve halen de geliştirilmekte olduğu) için insan haklarının sağlık alanına yansımaları işlevini de görür.⁴⁸

*Hasta Hakları Yönetmeliği*⁴⁹,nin 4.maddesinde “hasta hakları” şu şekilde tanımlanmıştır: “*Sağlık hizmetlerinden faydalanma ihtiyacı bulunan fertlerin, sırf insan olmaları sebebiyle sahip buldukları ve T.C. Anayasası, milletlerarası andlaşmalar, kanunlar ve diğer mevzuat ile teminat altına alınmış bulunan haklarını ifade eder.*” *Halkın Sağlık Eğitimi Yönetmeliği*⁵⁰,nin 4.maddesinde de Hasta Hakları Yönetmeliği'ndeki “hasta hakları” tanımına benzer bir şekilde “sağlık hakları” tanımına yer verilmiştir: “*Kişilerin sağlıklarının devamı için; sırf insan olmaları sebebiyle sahip buldukları ve T.C. Anayasası, milletlerarası andlaşmalar, kanunlar ve diğer mevzuat ile güvence altına alınmış bulunan temel insan haklarını ifade eder.*”

I .2 .3 – Uluslararası Sözleşmelerde Sağlık Hakkı

Sağlık hakkına uluslararası belgelerde de yer verilmiştir. Sağlık hizmetlerini kapsayan birey ve toplum arasındaki ilişki biçiminin; birisi için “hak”, diğeri için “ödev” şekline dönüşmesi ancak 1948 yılında Birleşmiş Milletler tarafından ilan

⁴⁷ GEMALMAZ, Mehmet Semih : “Turşu Fıçısı ya da Hasta Hakları”, **Toplum ve Hekim**, 1996, C:11, S:75-76, s:36-39

⁴⁸ ALPTEKİN, Kamil: “Sağlık Hakkı ve İnsan Hakları Üzerine Bir Değerlendirme”, **Türkiye Klinikleri, Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi**, 2004, C:12, S:2, s:132-139

⁴⁹ 01.08.1998 tarih ve 23420 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

⁵⁰ 06.08.2000 tarih ve 24132 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

edilen “İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi” ile gündeme gelmiştir. Böylece sağlık hakkı, toplumların insan hakları olarak kavramlaştırılan bu düşünsel akımla ve onun içeriğini oluşturan alt kavramlarla tanışıklıklarına, onları benimseme oranlarına bağlı olarak, insan hakları sözleşmesinin onayından sonra hukuksal açıdan devleti bağlayıcı bir ilke olmuştur.⁵¹

İnsan Hakları ve Temel Özgürlükleri Korumaya İlişkin Sözleşme’nin 25.maddesinde sağlık hakkı, “... herkesin gerek kendisi gerekse ailesi için gerekli tıbbi bakıma, gerekli sosyal hizmetleri de kapsayan sağlığını koruyacak uygun bir yaşam düzeyine sahip olma ve hastalık durumlarında da güvenlik hakkı vardır.” şeklinde açıklanmaktadır.⁵² *Çocuk Hakları Sözleşmesi*’nin 24.maddesinde ise çocukların en yüksek derecede sağlık ve hastalıkların tedavisi için oluşturulan kurumlardan faydalanma hakkına sahip oldukları hüküm altına alınmıştır. *Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi*’nin 2.maddesi birinci fıkrasında, “Herkesin yaşama hakkı hukuken korunmalıdır. Hiç kimse kanunda cezası belirlenmiş bir suçu işlemesi nedeniyle mahkemece verilen kararın infazı amacıyla dahi olsa yaşama hakkından bilinçli olarak mahrum bırakılamaz.” denilmektedir.⁵³

Buna göre, kişinin yaşam hakkının korunmasında Devlete birçok ödev düşmektedir. Sağlık hakkı için kişi; *toplumdan, devletten, sağlığının korunmasını, gerektiğinde tedavi edilmesini, iyileştirilmesini isteyecek*, “Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirecektir.” Dahası devlet, kişiyi öldürmeme ve öldürmeye karşı koruma yükümü altına da girmiştir.⁵⁴

Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi’ni tamamlayan hatta “insan hakları belgesi olarak onun ikizi” olduğu söylenen⁵⁵ metinlerden olan *Avrupa Sosyal Şartı*; 1961

⁵¹ ALPTEKİN, Kamil: “Sağlık Hakkı ve İnsan Hakları Üzerine Bir Değerlendirme”, **Türkiye Klinikleri, Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi**, 2004, C:12, S:2, s:132-139

⁵² YEĞİNBOY, Yasemin E.:Ulusal Düzeyde Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi, Sağlık Hizmetleri ve İşletmeleri Serisi:1, Doğruluk Matbaacılık, İzmir 1993, s:3

⁵³ SARITAŞ, Hatice: Hasta Hakları Açısından Hekim Sorumluluğu, Bilge Yayınevi, Ankara 2003, s:10

⁵⁴ GÜVEN, Kudret: Kişilik Hakları ve Ötenazi, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara 2000, s:102

⁵⁵ GÜLMEZ, Mesut: “Avrupa Sosyal Şartı ve Türkiye’nin Çekinceleri”, Avrupa Birliği Müzakere Sürecinde Avrupa Sosyal Modeli ve Sendikal Haklar Uluslararası Sempozyumu, 3-4 Ekim 2006, Ankara, Türk-İş Yay, Grup Matbaacılık, Mart 2007, s: 85-96

yılında Torino’da Avrupa Konseyi bünyesinde üye ülkelerin imzasına açılmış ve 1965 yılında yürürlüğe girmiş, Türkiye ise 4 Temmuz 1989 yılında onaylamış ve Şart 24 Aralık 1989 tarihi itibarıyla ülkemiz bakımından da yürürlüğe girmiştir.⁵⁶

Avrupa Sosyal Şartı’nı feshetmeden zaman içinde onun yerini alacak olan Yeni(Gözden Geçirilmiş) Sosyal Şart 1 Temmuz 1999’da kabul edilerek AB ülkelerinde yürürlüğe girmiştir. Ülkemizde de 5546 sayılı Avrupa Sosyal Şartına Değişiklik Getiren Protokolün Onaylanmasının Uygun Bulunduğuna Dair Kanun ile 5547 sayılı (Gözden Geçirilmiş) Avrupa Sosyal Şartının Onaylanmasının Uygun Bulunduğuna Dair Kanun kabul edilerek yürürlüğe girmiş⁵⁷ ve “Gözden Geçirilmiş Şartın” onaylanması ise Bakanlar Kurulunun 2007/11907 sayılı kararı ile kararlaştırılmıştır⁵⁸. Söz konusu metin artık hem AB Hukuku’nun ve hem de aşağıda açıklanacağı üzere iç hukukumuzun bir parçası haline gelmiştir.

(Gözden Geçirilmiş) Avrupa Sosyal Şartının “sosyal ve tıbbi yardım hakkı” başlıklı 13.maddesinde; *“Akit Taraflar sosyal ve tıbbi yardım hakkının etkili bir biçimde kullanılmasını sağlamak amacıyla: 1- Yeterli olanağı bulunmayan ve kendi çabasıyla veya başka kaynaklardan, özellikle bir sosyal güvenlik sisteminden yararlanarak böyle bir olanak sağlayamayan herkese yeterli yardımı sağlamayı ve hastalık halinde bunun gerektirdiği bakımı sunmayı; 2- Böyle bir yardım görenlerin, bu nedenle siyasal ve sosyal haklarının kısıtlanmasını önlemeyi; 3- Herkesin, kişisel veya ailevi mahrumiyet halini önlemek, gidermek ya da hafifletmek için gerekebilecek öneri ve kişisel yardımları uygun kamusal ya da özel hizmetler eliyle alabilmesini sağlamayı... taahhüt ederler.”*denilmektedir.

Öte yandan Sosyal Haklar Avrupa Komitesinin Avrupa Sosyal Şartı’na ilişkin olarak saptamış olduğu eksiklikler listesinde sağlığa erişim hakkındaki yetersizlikler ile hastalıkların önlenmesindeki yetersizliklerin bulunmasının, Gözden Geçirilmiş

⁵⁶ ZENGİN, Tarkan: “Avrupa Sosyal Şartı ve Sendikal Özgürlükler”, **Türk-İş**, Temmuz-Ekim 2006, S:373, s:87-90; TİSK Görüşü: “Gözden Geçirilmiş Avrupa Sosyal Şartı”, **İşveren**, Ekim 2006, C:45, S:1, s:62-65

⁵⁷ 03.10.2006 tarih ve 20308 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmışlardır.

⁵⁸ 09.04.2007 tarih ve 26488 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

Avrupa Sosyal Şartı'ndan doğan yükümlülüklerin de kolayca yerine getirilemeyeceği belirtilmektedir.⁵⁹

Sosyal Güvenliğin Asgari Normları Hakkında Sözleşme'nin(102 Nolu Sözleşme) 7.maddesinde; “sözleşmenin bu bölümünü tatbik eden her Üye, korunan kimselere sağlık durumları gerektirdiği zaman, bu bölümün aşağıdaki maddelerine uygun olarak, koruyucu mahiyette veya tedavi şeklinde sağlık yardımları yapılmasını teminat altına alır” hükmüne yer verilmiş, aynı bölümde yer alan 10. maddesinde de yardımların en az neler olduğu sayma suretiyle belirtilmiştir. Bunlar arasında; hastalık halinde evde yapılacak muayeneler dahil, pratisyen hekimler tarafından yapılacak muayene ve tedaviler, mütehassıs hekimler tarafından hastanelerde yatarak veya ayakta yapılacak muayene ve tedavilerle hastane dışında sağlanabilecek tedaviler sayılmıştır.

102 Nolu Sözleşmenin 10.maddesinin ikinci fıkrasında, “yardımdan faydalananlar veya bunların aile reisleri, hastalık halinde yapılacak sağlık yardımı masraflarına iştirak ettirilebilir. Bu iştirake taallük eden esaslar ilgiliye ağır bir yük teşkil etmeyecek şekilde tesbit edilmelidir” hükmüne yer verilmiş, üçüncü fıkrasında “bu madde gereğince yapılacak yardımların, korunan kimsenin sağlığını korumaya, çalışma gücünü iadeye ve şahsi ihtiyaçlarını karşılayabilme kabiliyetini artırmaya matuftur” denilmiş, dördüncü fıkrasında ise “sağlık yardımlarının ifasıyla görevli Devlet daireleri veya müesseseler, korunan kimseleri, amme idareleri tarafından veya bu idarelerce yetkili kabul edilmiş diğer teşekküller tarafından, kendi hizmetlerine arz edilen umumi sağlık müesseselerine müracaat etmeye, uygun görülebilecek her türlü vasıtalarla, teşvik ederler” hükmüne yer verilmiştir.

Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Sözleşmesi'nin⁶⁰ 12.maddesi birinci fıkrasında, “bu Sözleşmeye taraf devletler, herkesin, ulaşılabilecek en yüksek fiziksel ve zihinsel sağlık standardına sahip olma hakkını kabul ederler.” hükmüne yer verilerek ikinci fıkrasında sözleşmeye taraf devletlerin bu hakkın tam olarak kullanılmasını sağlamak üzere alacakları tedbirler sayılmış, (c) bendinde; salgın,

⁵⁹ GÜLMEZ, Mesut: “Gözden Geçirilmiş Avrupa Sosyal Şartına Uyum Sağlayabilecek Miyiz ?”, **Çalışma ve Toplum**, 2007/1, S:12, s:27-52

⁶⁰ Söz konusu sözleşme, 04.06.2003 tarih ve 4867 sayılı Kanun ile uygun bulunmuş, Bakanlar Kurulunun 10.07.2003 tarih ve 2003/5923 sayılı kararı(11.08.2003-25196 RG) ile onaylanmıştır.

yöresel, mesleki ve diğer hastalıkların önlenmesi, tedavisi ve kontrolü, (d) bendinde ise; hastalık durumunda herkese tıbbi hizmet ve tıbbi bakım sağlayacak koşulların yaratılması amacıyla taraf devletlerin gerekli tedbirleri alacakları hükme bağlanmıştır.

Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi(İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi)⁶¹,nin 1.maddesinde; *“Bu Sözleşmenin Tarafları, tüm insanların haysiyetini ve kimliğini koruyacak ve biyoloji ve tıbbın uygulanmasında, ayırım yapmadan herkesin bütünlüğüne ve diğer hak ve özgürlüklerine saygı gösterilmesine güvence altına alacaklardır.”* denilirken, 3.maddesinde; *“Taraflar, sağlığa duyulan ihtiyaçları ve kullanılabilir kaynakları göz önüne alarak, kendi egemenlik alanlarında, uygun nitelikteki sağlık hizmetlerinden adil bir şekilde yararlanılmasını sağlayacak uygun önlemleri alacaklardır.”* hükmüne ve 4.maddesinde; *“araştırma dahil, sağlık alanında herhangi bir müdahalenin, ilgili mesleki yükümlülükler ve standartlara uygun olarak yapılması gerekir.”* hükmüne yer verilmiştir.

Türkiye Cumhuriyeti ile Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı arasında “Türkiye’de Yerel Gündem 21 Yönetişim Ağı Kanalıyla BM Binyıl Kalkınma Hedeflerinin Yerelleştirilmesi” Projesi imzalanmış ve Bakanlar Kurulunun 29.03.2007 tarih ve 2007/11942 sayılı kararı⁶² ile de onaylanması kararlaştırılmıştır. Buna göre; Eylül 2000’de yapılan Binyıl Zirvesi’nde belirlenen ve 2015 yılına kadar gerçekleştirilmesi öngörülen, kalkınmaya ve yoksulluğun azaltılmasına yönelik sekiz hedeften (***“Binyıl Kalkınma Hedefleri”***) üçü sağlık hakkının gerçekleştirilmesine yöneliktir: Bunlardan Hedef 4; Çocuk ölümlerinin azaltılması, Hedef 5; Ana-çocuk sağlığının iyileştirilmesi ve Hedef 6; HIV/AIDS, sıtma ve diğer hastalıklarla mücadele edilmesi ile ilgilidir.

Belirtelim ki; sözkonusu uluslararası sözleşme hükümleri yasal ve idari düzenlemeler yapılırken dikkate alınacaktır. Zira, Anayasa’nın 90.maddesi son

⁶¹ Sözkonusu sözleşme, 03.12.003 tarih ve 5013 sayılı Kanun(09.12.2003- 25311 RG) uygun bulunmuştur. Belirtelim ki; 12 Ocak 1998 tarihinde Paris’te imzalanan İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesinin İnsan Klonlanmasının Yasaklanmasına İlişkin Ek Protokolü’nü Türkiye imzalamış olmakla birlikte henüz(31.12.2007tarihi itibariyle) onaylamamıştır.

⁶² 24.04.2007 tarih ve 26502 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

fikrası; “*Usulüne göre yürürlüğe konulmuş Milletlerarası andlaşmalar kanun hükmündedir. Bunlar hakkında Anayasaya aykırılık iddiası ile Anayasa Mahkemesine başvurulamaz.*” şeklinde iken, 5170 sayılı Kanunun⁶³ 7.maddesi ile Anayasanın 90.maddesi son fıkrasına aşağıdaki cümle eklenmiştir :

“Usulüne göre yürürlüğe konulmuş temel hak ve özgürlüklere ilişkin milletlerarası andlaşmalarla kanunların aynı konuda farklı hükümler içermesi nedeniyle çıkabilecek uyuşmazlıklarda milletlerarası andlaşma hükümleri esas alınır.”

Kuşkusuz bu terim, ne Anayasadaki “temel hak ve hürriyetler” ile sınırlı olarak anlaşılabilir, ne de Anayasadaki temel hak ve özgürlükler listesiyle sınırlı tutulabilir. Usulüne göre yürürlüğe koyduğumuz, yani kısaca onayladığımız tüm uluslararası sözleşmelerdeki insan hakları ve temel özgürlükler, bu terimin kapsamı içindedir. Bu terim, ister kişisel ve siyasal hakları, ister ekonomik, sosyal ve kültürel hakları, isterse “üçüncü” ya da / hatta “dördüncü” kuşak olarak nitelenen görece yeni insan hakları olsun, onayladığımız ve onaylayacağımız tüm sözleşmelerde güvenceye bağlanan tüm insan haklarını kapsar. “Temel” sözcüğü, ne hukuksal ne de felsefi yönden herhangi bir sınırlandırma içerir ve içerdiği yolunda da yorumlanabilir. Cümledeki “temel hak ve özgürlükler”, Uluslararası İnsan Hakları Hukukunun; Antlaşma, Sözleşme, Şart, Pakt vb. belgeler ile tanıyıp güvenceye aldığı ve içtihatlarla geliştirdiği tüm insan haklarını kapsayan bir terim olarak anlaşılmalıdır. Dolayısıyla sözü edilen antlaşmalar, salt İnsan Hakları Avrupa Sözleşmesi gibi “birinci kuşak” insan haklarını içeren ve yargısal nitelikli bir koruma sistemi öngören belgelerle sınırlı tutulamaz. “Temel hak ve özgürlüklerin” pozitif dayanağı, usulüne göre yürürlüğe konulmuş tüm uluslararası antlaşmalar, kısacası uluslararası insan hakları sözleşmeleridir.⁶⁴

Şu halde tüm uluslararası sözleşmeler, usulüne göre yürürlüğe konulduktan sonra, yani uygun bulma yasasından sonra, Anayasa gereği Cumhurbaşkanı ve

⁶³ 22.05.2004 tarih ve 25469 sayılı Resmî Gazetede yayımlanmıştır.

⁶⁴ GÜLMEZ, Mesut : “Sendikal Haklara İlişkin Sözleşmelerin İç Hukuka Üstünlüğü ve Yasalarımızdaki Aykırılıklar”, **Çalışma ve Toplum**, 2005/1, S:4, s:11-57; ODAMAN, Serkan: “Sosyal Hukuk Alanında Uluslar Arası Sözleşmeler Işığında Evrensel Hukuk-Ulusal Hukuk İlişkisi”, **Legal İş Hukuku ve Sosyal Güvenlik Hukuku Dergisi**, 2004/3, s:816-834

Bakanlar Kurulu tarafından onaylanarak ortak kararnamenin Resmi Gazetede yayımlanmasından sonra, Anayasanın 90/son maddesi anlamında “ulusalüstü hukuksal bağlayıcılık” kazanacaktır. Başka bir anlatımla, özellikle hak öznelere için kişisel hak doğurmaları nedeniyle özel yasal düzenlemeye gerek kalmaksızın, ulusal hukuka üstün tutularak, öncelikle ve doğrudan doğruya uygulanacaktır.⁶⁵ Bu durumda da yasama ve yürütme organları ile yargı organları sözkonusu sözleşme hükümlerini herhangi bir özel kanuni düzenleme beklemeksizin kendiliğinden yerine getireceklerdir.⁶⁶

I .2 .4 – Uluslararası Bildirgelerde Sağlık Hakkı

Sağlığın korunması, geliştirilmesi ve yaygınlaştırılmasında ortak hareketi belirlemek amacıyla, çeşitli örgütler tarafından, dünyanın çeşitli yerlerinde çok uluslu konferanslar düzenlenmekte; hedefler ortaya koyulmakta; bu konuda birçok bildirge yayınlanmaktadır.⁶⁷

Bunlardan 1978 yılında yayınlanan Alma Ata Bildirgesi’nde temel sağlık hizmetlerinin önceliği vurgulanmış; 1981 yılında yayınlanan Lizbon Bildirgesi’nde hasta hakları üzerinde durulmuş; 1986 yılında yayınlanan Ottawa Şartı ile sağlığı geliştirme yalnızca sağlık sektörüne ait bir sorumluluk olmaktan çıkarılmış; 1988 tarihli Adelaide Tavsiyeleri ile sağlıklı halk politikası stratejileri belirlenmiş; 1994 tarihli Amsterdam Bildirgesi’nde, sağlık hakları, bilgilendirme, onay, mahremiyet ve özel hayat, bakım ve tedavi ile başvuru başlıkları altında ele alınmış; 1995 tarihli Bali Bildirgesi’nde ise Amsterdam Bildirgesi’ne ek olarak intihar girişimi, dini temsilcilerin ruhi ve moral desteği, sağlık eğitimi görme hakkı ile ilgili düzenlemelere yer verilmiş; 1997 tarihli Jakarta Deklarasyonu ile 21.yüzyılda sağlığı

⁶⁵ GÜLMEZ, Mesut: “Anayasa Değişikliği Sonrasında, İnsan Hakları Sözleşmelerinin İç Hukuktaki Yeri ve Değeri”, **Türkiye Barolar Birliği Dergisi**, Eylül-Ekim 2004, S:54, s:147-161

⁶⁶ Danıştay’ın sağlıklı yaşama hakkının sağlanmasına yönelik çeşitli idari düzenlemelerdeki sınırlamaların iptali ya da yürütmesinin durdurulmasına ilişkin kararlarında, Anayasanın 90.maddesi son fıkrası kapsamında zorunlu olarak sözü edilen uluslar arası sözleşme hükümlerine dayandığı görülmektedir.(Danıştay, 14.11.2007, E:2005/621, K:2007/4361; Danıştay, 23.10.2007, E:2007/1200)

⁶⁷ AKTAN, C.Can ve IŞIK, A.Kadir: “Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesine Yönelik Evrensel Sağlık Bildirgelerine Toplu Bir Bakış”, Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi(Editörler: Coşkun Can AKTAN – Ulvi SARAN), Aura Kitapları, İstanbul 2007, s:206-262

geliştirme eylem planları sunulmuş ve 2001 tarihli Dubrwnik Sözleşmesi ile de sağlık alanındaki hedef ve stratejilerin belirlenmesi üzerinde durulmuştur.⁶⁸

II - DÜNYADA VE TÜRKİYE'DE SAĞLIKTA DEĞİŞİM

II.1- Devlet Anlayışındaki Değişimin Sağlığa Etkisi

Çağdaş devletler, geleneksel işlevlerinin yanı sıra halkın refah düzeyini yükseltmek amacıyla yeni görevler yüklenmişler; savunma, güvenlik gibi fonksiyonlarının yanı sıra eğitim, sağlık ve sosyal güvenlik gibi alanlarda daha geniş harcamalar yaparak çağdaş işlevler üstlenmişlerdir.⁶⁹ Sosyal devlet ya da refah devleti uygulaması denilen bu noktaya çok da kolay gelinmemiştir. İnsanlık onurlu ve sağlıklı bir şekilde yaşama hak ve özgürlüğünü elde etmek için önemli mücadeleler vermiş, böylece bir takım haklar da elde etmişlerdir. Bunların içinde en önemlisi ise “sosyal güvenlik hakkı”dır. Böylece çağdaş devlet, sadece kişi haklarını ve özgürlüklerini tanımakla yetinen hukuk devleti değil; aynı zamanda kişilerin, insan onuruna yaraşır bir yaşam seviyesine ulaşmaları için gerekli önlemleri aldığı bir sosyal devlettir.⁷⁰ Kaldı ki, devletin önemli yeni fonksiyonlar yüklenmesi ile ekonomi içerisinde yer ettiği büyüklüğü teknik olmaktan çok ideolojik bir tercih olarak ortaya çıkmıştır.⁷¹

1920’li yıllarda kapitalizmin yaşadığı ekonomik kriz, 2.Dünya savaşı sonrası dünya ekonomilerinin yeniden yapılanma süreci içinde aşılmıştır. Teorik temeli Keynes tarafından oluşturulan yeniden yapılanmanın temel öğeleri ise refah devleti ve demokrasinin gelişimidir. Refah devleti uygulaması toplumsal kaynakların önemli bir bölümünün kullanımını pazar mekanizmasının dışına çıkartmıştır. Adil ve eşitlikçi bir toplum için, devletin ekonomiye müdahalesi esas alınmış; devletin

⁶⁸ ÖZLÜ, Tefvik: Hasta hakları, Timaş Yayınları, İstanbul 2005, s:241-252; AKTAN, C.Can ve IŞIK, A.Kadir: “Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesine Yönelik Evrensel Sağlık Bildirgelerine Toplu Bir Bakış”, Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi(Editörler: Coşkun Can AKTAN – Ulvi SARAN), Aura Kitapları, İstanbul 2007, s:206-262

⁶⁹ YEĞİNBOY, Yasemin ve TAYLAN, Bahattin: Ulusal Düzeyde Sağlık Sigortası, Veyeriler Sigortacılık Kültür Dizisi, İzmir 1993, s:19

⁷⁰ DEMİR, Fevzi: “Anayasa Hukuku ve Anayasal İktisat-Anayasa Tekniği Açısından Bir Değerlendirme”, Anayasa-Sosyal Devlet ve Sosyal Güvenlik Sorunları Sempozyumu, 10-11 Nisan 1997, Ankara, Türkiye İşçi Emeklileri Cemiyeti Yayınları, Yayın No:5, Ankara 1997, s:64-79

⁷¹ ALTUĞ, Nuray: “Ekonomide Devletin Yeri”, **Toprak İşveren**, Aralık 2005, S:68, s:11-19

ekonomideki rolü güçlendirilmiştir. Böylece, sağlık, eğitim, konut, sosyal güvenlik alanlarında önemli gelişmeler kaydedilmiştir.⁷²

19.yüzyılın sonlarına doğru, liberal fikirlerin giderek zayıflaması, etkilerinin azalması ve sosyalist görüşlerin ortaya çıkıp güçlenmesi devleti sosyal alanda önemli bazı önlemler almaya mecbur bırakmış,⁷³ refah devleti kavramı ilk kez Almanya’da 19.yüzyılın sonunda sosyal güvenlik alanında alınan önlemler nedeniyle kullanılmaya başlanmıştır.⁷⁴ Sosyal devletin, sermaye adına artı değer bir kısmını emek-gücünün yeniden üretimine ayrılması esasına dayalı, bu anlamıyla da işçi sınıfı ve tarihsel bağlaşıkları ile burjuvazi arasındaki bir denge durumu olduğu ve işçi sınıfını sisteme entegre etmeye yönelik çok önemli bir işlevi bulunduğu da ifade edilmektedir.⁷⁵

İkinci Dünya Savaşı sonrasında, Doğu Avrupa ülkelerinin birçoğunun sosyalist sistem içerisinde yer almasının, Batı Avrupa ülkelerini korkuttuğu, onları işçi hakları ve refah devleti hakkında daha fazla düşünmeye ittiği, bu akımın kısa bir sürede Türkiye’yi de etkisi altına aldığı dile getirilmektedir.⁷⁶ Sosyalist ülkelerdeki çöküş sürecinden sonra, sosyal güvenlik alanında yaşanan yeni gelişmeler ve sosyal güvenlik harcamalarının kısılması eğiliminin, yukarıdaki iddiaların sağlaması olduğu belirtilmektedir.⁷⁷

Refah devleti; liberal, muhafazakar ve sosyal demokrat refah devleti modelleri olarak uygulamada kimi farklılıklar ihtiva etmektedir.⁷⁸ Müdahaleci, düzenleyici ve geliri yeniden dağıtıcı fonksiyonları olan refah devletini, temel sosyal hizmetlerin sağlanmasına yönelik devlet önlemleri (genellikle sağlık, eğitim, konut,

⁷² ÖZŞUCA, Şerife Türcan: “Yapısal Uyum, Küresel Bütünleşme ve Refah Devleti”, **Kamu-İş**, 2003, C:7, S:2, s: 227-237; EREN, İpek: “Refah Devleti ve Sosyal Politikalar”, **Toplum ve Hekim**, Ocak-Şubat 2005, C:20, S:1, s:20-27

⁷³ SERTER, Nur: Devlet Görevlerindeki Gelişmelerin Sonucu Olarak Sosyal Devlet, İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi, Rektörlük No:3856, Fakülte No:547, İstanbul 1994, s:14-15

⁷⁴ KORAY, Meryem: Sosyal Politika, Ezgi Kitabevi Yayınları, Bursa 2000, s:53

⁷⁵ BELEK, İlker: Sosyal Devletin Krizi ve Sağlığı Ekonomi Politikası, Sorun Yayınları, İstanbul 1994, s:124

⁷⁶ BAKAN, Yaşar: : ”Sosyal Güvenlik Kuruluşları ve Kriz”, **Ekonom**, S.1, Haziran 1996, s.23

⁷⁷ NOYAN, Süha: “Kapitalizm ve Sosyal Güvenlik”, **Sağlıkta Sınıf Tavrı**, Mayıs-Haziran 1996, S.7, s.7-8; IŞIKLI, Alpaslan: “Sosyal Güvenliği Sonu mu?”, **Türk-İş**, Temmuz-Ağustos 2004, S:362, s:46-52

⁷⁸ EREN, İpek: “Refah Devleti ve Sosyal politikalar”, **Toplum ve Hekim**, Ocak-Şubat 2005, C:20, S:1, s:20-27

gelirin korunması ve kişisel sosyal hizmetleri kapsar) olarak ifade etmek mümkündür.⁷⁹ Başka bir söyleyişle refah devleti; bireylere ve ailelere asgari bir gelir güvencesi veren, onları toplumsal tehlikelere karşı koruyan, onlara sosyal güvenlik olanakları sağlayan, toplumsal konumları ne olursa olsun tüm vatandaşlara eğitim, sağlık, konut gibi sosyal hizmetler alanında belirli bir standart getiren devlettir.⁸⁰

Anayasa Mahkemesi de 18.12.1985 gün ve E:1984/9, K:1985/4 sayılı kararında sosyal hukuk devletini; “*İnsan hak ve hürriyetlerine saygı gösteren, ferdin huzur ve refahını gerçekleştiren ve teminat altına alan, kişi ile toplum arasında denge kuran, emek ve sermaye ilişkilerini dengeli olarak düzenleyen, özel teşebbüsün güvenlik ve kararlılık içinde çalışmasını sağlayan, çalışanların insanca yaşaması ve çalışma hayatının kararlılık içinde gelişmesi için sosyal, iktisadi ve mali tedbirler olarak çalışanları koruyan, işsizliği önleyici ve milli gelirin adalete uygun biçimde dağılmasını sağlayıcı tedbirler alan, adaletli bir hukuk düzeni kuran ve bunu devam ettirmeye kendini yükümlü sayan, hukuka bağlı, kararlılık içinde ve gerçekçi bir özgürlük rejimini uygulayan devlet.*” olarak tanımlamıştır.⁸¹

Sosyal refah devletinin zıddı diyebileceğimiz, gruplar ve sosyal sınıflar arasındaki ilişkilere sırtını çevirmek suretiyle bütün şifa ve çareyi “tabii düzen”den bekleyen devlet tipinin, bir daha dirilmemek üzere tarihin derinliklerine karışmış bulunduğu iddia olunurken,⁸² 1970’lerde yaşanan krizin, geçmişte izlenen yüksek toplam talep ve tam istihdam politikaları, yüksek vergi oranları, cömert sosyal refah uygulamaları ve artan devlet müdahaleleri ile ortaya çıktığının kabulü ile izlenen sosyal refah devleti politikalarının sorgulanmasına neden olmuştur.⁸³

⁷⁹ ÖZDEMİR, Süleyman: Küreselleşme Sürecinde Refah Devleti, İstanbul Ticaret Odası Yayın No:2004/69, İstanbul 2004, s:38

⁸⁰ KORAY, Meryem: Sosyal Politika, Ezgi Kitabevi Yayınları, Bursa 2000, s:52

⁸¹ <http://www.anayasa.gov.tr/eskisite/KARARLAR/IPTALITIRAZ/K1985/K1985-04.htm>

(Erişim:15.01.2007) Aynı yöndeki Anayasa Mahkemesi kararlar için bkz: 27.09.1967, E:1963/336, K:1967/29, AMKD, S:6, s:26-27; 21.10.1986, E:1986/16, K:1986/25, AMKD, S:22, s:290-291; 26.10.1988, E:1988/19, K:1988/33, AMKD, S:24, s:451-452)

⁸² SERTER, Nur: Devlet Görevlerindeki Gelişmelerin Sonucu Olarak Sosyal Devlet, İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi, Rektörlük No:3856, Fakülte No:547, İstanbul 1994, s:1-5

⁸³ ÖZŞUCA, Şerife Türcan: “Yapısal Uyum, Küresel Bütünleşme ve Refah Devleti”, **Kamu-İş**, 2003, C:7, S:2, s: 227-237; SÖNMEZ, Sinan: “Mali Dengesizlik, Kriz ve Devlet”, **Toplum ve Hekim**, Ocak-Şubat 2005, C:20, S:1, s:4-19; TEMİZ, Hasan Ejder: Küreselleşmenin Sosyal Boyutları ve Türkiye Açısından Etkileri, Genel-İş Matbaası, Ankara 2004, s:68-98

Piyasa ekonomisinin sonuçlarını dengeleyen ve yumuşatan bir işlev de gören sosyal devlet uygulamalarının, küreselleşme sürecinde sermaye tarafından artık “pahalı” bulunduğu, hatta kendisi için zararlı olarak değerlendirildiği ifade edilmiştir.⁸⁴ Küreselleşme ile devletin ekonomideki rolü ve etkisi azaltılırken, devleti sınıf mücadelesinin bir alanı olarak gören yaklaşım, tezat bir biçimde küreselleşme sürecinin gerçekleşmesinde devletin aktif rolü olduğunu da vurgulamıştır.⁸⁵

Böylece, sosyal devlet uygulamalarının temelleri sarsılırken,⁸⁶ 1975’li yıllardan sonra rehaf devletinden neo-liberal refah anlayışına geçiş başlamıştır. Krizden çıkış arayışları refah devletinin yeniden yapılandırılmasını gündeme getirmiş, bu çerçevede; kamu refah harcamalarının(sosyal refah hizmetlerinin) kısılması, sosyal refah kurumlarının reformu, devletin üzerindeki sorumlulukların azaltılması ve sosyal refah hizmetlerinin özel kesime devri(özelleştirilmesi) politika seçenekleri olarak gündeme gelmeye başlamıştır.⁸⁷

Öyle ki; sosyal devlet ve bu düşünceye bağlanacak sosyal politika anlayışının, özellikle gelişmekte olan ülkelerde yalnız uygulamalar açısından değil, fakat bu uygulamaların gerisindeki ideoloji veya anlayış açısından da “haktan himmete doğru” bir değişim geçirdiği, sosyal politika anlayışının adeta “yardımseverlik” ahlakına dönüştürülmekte olduğu dile getirilmektedir.⁸⁸

II .2 – Sağlık ve Sosyal Güvenlik Alanındaki Yansımaları

Yukarıda yer verdiğimiz üzere sosyal refah devleti alanındaki dönüşümlere paralel olarak günümüzde; sosyal devleti dışlayan neo-liberal politikalara üstünlük tanındığı; bu politikaların sözcülüğünü ve temsilciliğini yapan uluslararası finans kuruluşlarının (Dünya Bankası, IMF), sosyal devletin ve bu arada kamu sosyal

⁸⁴ KORAY, Meryem: “Küreselleşmenin Mağdurları: Ekonomi Karşısında Sosyal, Sermaye Karşısında Emek, Piyasa Karşısında Siyaset”, Sosyal Politika Tartışmaları-II, 22 Mayıs 1997, İzmir, s:42-59

⁸⁵ KALFA, Ceren: “Küreselleşme:Devlet Eliyle Neo-Liberal Dönüşüm”, **Toplum ve Hekim**, Ocak-Şubat 2005, C:20, S:1, s:28-35

⁸⁶ ROSANVALLON, Pierre: Refah Devletin Krizi, (Türkçesi:Burcu ŞAHİNLİ), Dost Kitabevi Yayınları, Ankara 2004, s:20 vd.; CASTEL, Robert: Sosyal Güvensizlik, (Çeviren:Işık ERGÜDEN), İletişim Yayınları, İstanbul 2004, s:9 vd.

⁸⁷ ÖZDEMİR, Süleyman: Küreselleşme Sürecinde Refah Devleti, İstanbul Ticaret Odası Yayın No:2004/69, İstanbul 2004, s:256-290; Kamu Hizmetinde Özelleştirme, KİGEM, Kardelen Ofset, Ankara 1997, s:10-13

⁸⁸ KORAY, Meryem: “Sosyal Politikanın Anlamı ve İşlevini Tartışmak...”, **Çalışma ve Toplum**, 2007/4, s:19-55

güvenlik rejimlerinin tafsiye edilmesini, yani özelleştirilmesini talep ettikleri, “sosyal güvenlik sistemlerinde yeniden yapılanmanın” bu ideolojinin damgasını taşıdığı, ülkemizdeki reform çalışmalarının da bu sürecin bir halkasını oluşturduğu belirtilmektedir.⁸⁹

Sosyal refah ve sosyal adalet politikaları çerçevesinde devlete yüklenen kimi hizmet ve görevlerin, her şeyi devletten beklememek lazım gibi popülerlermiş bir kanaat eşliğinde hem devlet hem de yönetilenler gözünde eski geçerliliğini kaybettiği de ifade edilmektedir.⁹⁰ Dahası, sosyal refah devleti uygulamalarının gelişkin olduğu ülkelerde, işçilerin sahte raporlar ve belgeler uydurmak gibi yöntemlerle kurumlarını nasıl soyup soğana çevirdiklerine dair hikayeler anlatıla anlatıla bitirilemez ve sözkonusu ülkelerdeki ekonomik tikanıklığın asıl sebebini sosyal devlet kurumlarının varlığında aramak gerektiği ileri sürülür.⁹¹

Bu kapsamdaki gelişmeler özellikle sosyal refah devletinin en önemli fonksiyonunu teşkil eden sosyal güvenlik alanında radikal reformları gündeme getirmiş, emeklilik yaşlarının yükseltilmesi, aile yardımlarının kapsamının daraltılması şeklindeki daha ılımlı politikalardan, özel sektörün sosyal refah hizmeti sunumunda rolünün artırılması, kamu emeklilik programlarının özelleştirilmesi şeklindeki daha radikal politikalar gündeme getirilmiştir.⁹² Sosyal güvenlik sistemleri görece daha küçük olan Şili gibi ülkelerde özelleştirmeler yaşanmış olmakla birlikte,⁹³ ABD gibi büyük bir sisteme sahip ülkelerde henüz ciddi bir reform yapılmamıştır.⁹⁴

⁸⁹ GÜZEL, Ali: “Türk Sosyal Güvenlik Sisteminde Öngörülen Reform Mevcut Sorunlara Çözüm mü?”, **Çalışma ve Toplum**, 2005/4, s:61-76; IŞIKLI, Alpaslan: “Sosyal Devletin Sonu”, **Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi**, Ekim-Kasım-Aralık 2004, S:20, s:2-11

⁹⁰ BAŞER, Ertuğrul: “Özelleştirme Vesilesiyle İktisada ve Kamusala Dair (I)”, **Birikim**, Aralık 1995, S:80, s:7-19; BAŞER, Ertuğrul: “Özelleştirme Vesilesiyle İktisada ve Kamusala Dair (II)”, **Birikim**, Şubat 1996, S:82, s:25-34

⁹¹ IŞIKLI, Alpaslan : Dünya Bankası'nın Laik İmparatorluğunda Kumarhane Kapitalizmi, Otopsi Yayınları, İstanbul 2002, s.9-10

⁹² ÖZDEMİR, Süleyman: Küreselleşme Sürecinde Refah Devleti, İstanbul Ticaret Odası Yayın No:2004/69, İstanbul 2004, s:256-260; ÖZŞUCA, Şerife Türcan : “Özel Emeklilik Programları Kamu Emeklilik Programlarına Alternatif Olabilir mi?”, **Ekonomik Yaklaşım**, İlkbahar-Yaz 1997, C.8, S.24-25, s.31-45

⁹³ SÖZER, Ali Nazım: “Sosyal Sigortalarda Yeniden Yapılanma ve Şili Modeli”, **Sosyal Güvenlik Dünyası Dergisi**, Nisan 2001, S.10, s.1-14; KAPAR, Recep: “Şili Sosyal Güvenlik Sisteminde Sağlık Ve Emeklilik Sigortalarında Yaşanan Değişimler”, **DEÜ. SBE Dergisi**, 1999, C:1, S:1, s:167-189; AYDIN, Ufuk: “Sosyal Güvenlikte Özelleştirme ve Şili Uygulaması”, **Sosyal Demokrat Değişim**

Refah devletleri, sosyal güvenlik sistemlerinin bir alt unsuru olarak sağlık alanında da önemli bir reform sürecinden geçmektedir. Genel olarak hastanelerde sunulan sağlık hizmetlerinin kapsamı daraltılmış, gittikçe artmakta olan ilaç masraflarının hastalardan alınmasına karar verilmiştir.⁹⁵ Öte yandan, diğer sosyal devlet olanaklarından farklı olarak, sağlıkla ilgili uygulamaların aşınmaya karşı daha dirençli olmakla birlikte, bu alanın da giderek hedef kapsamına alınacağı, muayene ücretlerinin yükseltilmesi, kısıtlanmış hizmetler, hizmetlerin kalitesinde düşme ve özelleştirmelerin gündeme geleceği belirtilmiştir.⁹⁶

Belirtelim ki; Dünya Bankası, OECD, IMF gibi devletlerarası kuruluşlarında tavsiyeleri ve teşvikleriyle, özel sektör birçok ülkede sosyal hizmetler alanında etkinliğini artırmaya başlamış, böylece kamu yararı ve kamu hizmeti kavramlarının da unutturulması hedeflenmiştir.⁹⁷ Yeni dönemde devlete biçilen rol, yalnızca sağlanacak hizmetlerin yasal çerçevesini belirlemek ile sınırlı kalmıştır. Ancak, bütün bu gelişmelere rağmen, refah devletinin küçültülmesi konusunda fazla bir yol katedilemediği, devletin hala çoğu refah hizmetini sunmayı sürdürdüğü gözlenmektedir.⁹⁸

Gerçektende, özellikle Dünya Bankası'nın koyduğu koşullara bağlı olarak, Latin Amerika ve Avrupa'nın eski sosyalist ülkelerinde emeklilik rejimleri büyük ölçüde liberalleştirilmiş ve özelleştirilmiştir. Buna karşılık Batı Avrupa ülkelerinde radikal bir liberalleşme olmamıştır.⁹⁹ IMF-Dünya Bankası destekli politikalar ile sağlık sektörünün de piyasaya açılması önerilirken, günümüzde Batı Avrupa ülkelerinde sağlık hizmetlerinin pazar mekanizması dışında kaldığı, hatta ABD'de

Dergisi, 1997/9, s.65-68; MIZRAK, Nihal Yıldırım: "Sosyal Güvenlik Alanındaki Gelişmeler ve Bir Özelleştirme Örneği: Şili Özel Emeklilik Sistemi", **Mülkiyeliler Birliği Dergisi**, C.17, S.152, s.43-50

⁹⁴ ÖZDEMİR, Süleyman: Küreselleşme Sürecinde Refah Devleti, İstanbul Ticaret Odası Yayın No:2004/69, İstanbul 2004, s:263

⁹⁵ ÖZDEMİR, Süleyman: Küreselleşme Sürecinde Refah Devleti, İstanbul Ticaret Odası Yayın No:2004/69, İstanbul 2004, s:260

⁹⁶ ÖZDEMİR, Süleyman: Küreselleşme Sürecinde Refah Devleti, İstanbul Ticaret Odası Yayın No:2004/69, İstanbul 2004, s:266; MARTİN, Brendan : Özelleştirme Kamu Yararına mı?, Türk Harb-İş Sendikası Yayınları, Eylül 1994, s.215; İŞIKLI, Alpaslan: "Özelleştirme ve Sağlık Politikaları", **Toplum ve Hekim**, Temmuz –Ağustos 1996, C:11, S:74, s:11-14

⁹⁷ SÖNMEZ, Sinan: "Küreselleşmenin Nişan Tahtası: Kamu Yararı ve Kamu Hizmeti", **Toplum ve Hekim**, Ocak-Şubat 2001, C:16, S:1, s:14-19

⁹⁸ ÖZDEMİR, Süleyman: Küreselleşme Sürecinde Refah Devleti, İstanbul Ticaret Odası Yayın No:2004/69, İstanbul 2004, s:258

⁹⁹ ROSSKAM, E: "Winners or Losers?", *Liberalizing Public Services*, Cenevre 2006, s:379

bile bu yönde güçlü eğilimlerin bulunduğu belirtilmektedir.¹⁰⁰ Buna rağmen, ABD’de yaklaşık 40 milyon insanın sağlık güvencesinin bulunmadığı, yaklaşık 100 bin insanın da gerekli bakımdan yoksun oldukları için öldükleri ifade edilmektedir.¹⁰¹

II .3 – Türkiye’de Sağlık Alanındaki Gelişmeler

Ülkemizdeki sağlık alanında yapılmaya çalışılan reform çalışmaları dönemsel olarak esasen birkaç başlık altında toplanabilir. Bu reform süreçlerini veya dalgalarını birbirinden kesin çizgilerle ayırmak olanaklı olmamakla birlikte, kavramsal olarak Türk sağlık sisteminin tarihsel gelişimini, Türkiye’nin ekonomik ve politik dinamiğine paralel olarak dört aşamada ve bu bağlamda sağlık reform girişimlerini de üç ana dalga kapsamında ele almanın olanaklı olduğu söylenebilir.¹⁰² Bunlar; kurumsallaşma dönemi, birinci dalga sağlık reformları, ikinci dalga sağlık reformları ve üçüncü dalga sağlık reformları olarak ifade edilebilir.¹⁰³

II .3. 1 – Kurumsallaşma Dönemi: 1920 – 1960

Osmanlı Devleti’nde XV.yy.’dan itibaren yaklaşık 400 yıl sağlık işlerini hekimbaşılar yürütmüşken, sağlık hizmetlerinin modern anlamda bir devlet görevi olarak ele alınmasının temeli TBMM Hükümetinin kuruluşu ile atılmıştır. Memlekette tüm sağlık hizmetlerinin yürütülmesi görevi, Milli Mücadelenin başlangıcında Ankara’da kurulan ilk Milli Hükümet bünyesinde, 2 Mayıs 1920 tarih ve 3 sayılı Kanunla Sıhhiye ve Muavenet-i İçtimaiye Vekaleti’ne (Sağlık Bakanlığı) verilmiştir.¹⁰⁴ Bu olgu, sağlık işlerinin İçişleri Bakanlığı’na bağlı bir Sağlık İşleri Genel Müdürlüğü yerine sayıları az bakanlıklardan birine teslimi anlamında ve halk sağlığına biçilen değerın göstergesi olarak görülmelidir.¹⁰⁵

¹⁰⁰ KERMAN, Uysal: Sosyal Devletin Tasfiyesi ve Sağlık, Mucize Reklam ve Matbaacılık, Ankara 2004, s:10

¹⁰¹ NAVARRO, Vicente: “Birleşik Devletler Sağlık Hizmetlerinin İnsanlık Dışı Durumu”, (Çeviren:Erce SEVİN), **Toplum ve Hekim**, Kasım-Aralık 2003, C:18, S:6, s:443-445

¹⁰² YILDIRIM, Hasan Hüseyin: “Nasıl Bir Sağlık Reformu?”, www.absaglik.com, (Erişim:25.05.2007)

¹⁰³ YILDIRIM, Hasan Hüseyin: “Nasıl Bir Sağlık Reformu?”, www.absaglik.com, (Erişim:25.05.2007)

¹⁰⁴ 80.Yılında Tedavi Hizmetleri (1923-2003), T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara 2004, s:4

¹⁰⁵ SALTİK, Ahmet: “Cumhuriyet Dönemi Sağlık Hizmetlerinin Tarihçesi”, **Bilim ve Ütopya**, Şubat 1998, S:44, s:16-20

Esasen bu süreç, kamu hizmeti ile vatandaş arasındaki organik ilişkiden kaynaklanmaktadır. İleri de ayrıca gösterileceği üzere, sağlık hizmeti de temel kamu hizmetlerinden sayılmaktadır. Kamu hizmeti ise, gerçek anlamda vatandaş kavramının ortaya çıkışı ile yeni ve özde bir hukuksal nitelik kazanmıştır.¹⁰⁶ Nitekim, *“Padişah zamanında kamu hizmeti yoktu; çünkü kamu görevlileri kamu hizmeti yapmak için değil, padişaha hizmet etmek için çalışıyorlardı; ama, Osmanlı'nın son dönemlerinde vatandaş kavramı ortaya çıkınca kamu hizmeti, kamuya hizmet etme anlayışı da yerleşti.”*¹⁰⁷

Anayasa Mahkemesi'nin 09.12.1994 tarih ve E:1994/43, K:1994/42-2 sayılı kararına göre, *“kamu hizmeti, devlet ya da diğer kamu tüzel kişileri tarafından ya da bunların gözetim ve denetimleri altında, genel ve ortak gereksinimleri karşılamak, kamu yararı ya da çıkarını sağlamak için yapılan ve topluma sunulmuş bulunan sürekli ve düzenli etkinliklerdir. Toplumsal yaşamın zorunlu gereksinmelerini karşılayan hizmetler, nitelikleri gereği kamu hizmeti olarak görülmüştür. Düzenlilik ve süreklilik kamu hizmetinin önemli öğelerinden birini oluşturmuştur. Çünkü, bunun yokluğu toplum yaşamını altüst eder. Bir hizmetin kamu hizmeti olup olmadığı saptanırken, niteliğine bakmak gerekir. Nitelik yönünden kamu hizmeti olan bir hizmetin özel kesimce yürütülmesi, onun niteliğine de etkili görülemez.”*¹⁰⁸ Kamu hizmeti, kamuya yönelik ve kamuya yararlı olan ve kamu kuruluşlarınca ya da kamu kuruluşunun sıkı denetim altında özel kişilerce yürütülebilir. Anayasa yargısı alanında bir hizmetin kamu hizmeti olup olmadığı ise yasaya değil, niteliğine bakılarak saptanabilir.¹⁰⁹

Sağlık Bakanlığı'nın 1925 yılında hazırlamış olduğu ilk çalışma programında; devlet sağlık örgütünü genişletmek, hekim, ebe ve sağlık memuru yetiştirmek, numune hastaneleri ile doğum ve çocuk bakımevleri açmak, sıtma, verem, trahom,

¹⁰⁶ Kamu hizmeti kavramı hakkında geniş bilgi için bkz. KARAHANÖĞLU, Onur: Kamu Hizmeti (Kavram ve Hukuksal Rejim), Ankara 2004

¹⁰⁷ Cumhuriyetin 75.Yılında Kamu Hizmeti Kamu Mülkiyeti, KİGEM Vakfı, Kardelen Ofset, Ankara 1998, s:4-5

¹⁰⁸ <http://www.anayasa.gov.tr/eskisite/KARARLAR/IPTALITIRAZ/K1994/K1994-42.htm>, (Erişim:10.04.2007); Aynı yönde Anayasa Mahkemesi kararı için bkz. 23.06.1995 tarih ve E:1994/71, K:1995/23 (20.03.1996 – 22586 RG)

¹⁰⁹ SOYSAL, Mümtaz ve ERTUĞRUL, İlter: Kamu Hizmeti ve Tahkim, KİGEM Vakfı, Temmuz 1999, s:7-8; ATAAY, Faruk: “Kamu Hizmetlerinin Metalaştırılması ve Sağlıktaki Yansımaları”, **Toplum ve Hekim**, Ocak-Şubat 2005, C:20, S:1, s:65-71

frenji ve kuduz gibi önemli hastalıklarla mücadele etmek, sağlık ve sosyal yardım örgütünü köylere kadar götürmek, sağlıkla ilgili kanunlar yapmak, Merkez Hıfzısıhha Enstitüsü ve Hıfzısıhha Okulu kurmak, çözülmesi zorunlu sağlık sorunları olarak sıralanmıştır.¹¹⁰ Disiplinli ve programlı çalışmalarla önemli başarılar elde edilmiştir. Örneğin; trahom 1954 yılından itibaren hızla düşmeye başlamış ve ülkemizde 1960'lı yıllarda önemini kaybetmiştir.¹¹¹

Cumhuriyetin ilanı ile birlikte dönemin sağlık hizmetlerinin organize edilmesinde ve gelişiminde önemli katkısı olan bu dönemde yaklaşık 15 yıl Sağlık Bakanlığı yapan Refik SAYDAM'ın; halk sağlığı ve koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verdiği, numune hastanelerini kurduğu, dönemin önemli hastalıklarından sıtma, frenji gibi hastalıklarla mücadele ettiği ve bu alanlarda başarılı olduğu belirtilmektedir.¹¹²

Bu dönemin önemli gelişmelerini, örgütsel yapılanma ve sağlık hizmetlerine ilişkin çıkarılan yasal düzenlemeler bağlamında şu şekilde sıralayabiliriz: 1928 yılında Refik saydam Merkez Hıfzısıhha Enstitüsü kurulurken, 1936 yılında Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Teşkilat Yasası çıkarılmıştır. 1945'de İşçi Sigortaları Kurumu'nun kuruluşunu, 1952'de Ana Çocuk Sağlığı Örgütü'nün kurulması izlemiştir. Hekimlik mesleğinin uygulanma kurallarını düzenleyen ve halen yürürlükte olan 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun 1928 yılında, halen daha ülkemizde koruyucu sağlık hizmetlerinin adeta anayasası sayılan 1593 sayılı Umumi Hıfzısıhha Kanunu ise 1930 yılında çıkarılmıştır. 1933 tarihli ve 2219 sayılı Hususi Hastaneler Kanunu da bu dönemin ürünlerindedir.¹¹³

¹¹⁰ 80.Yılında Tedavi Hizmetleri (1923-2003), T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara 2004, s:6

¹¹¹ HOT, İnci: "Ülkemizde Trahom İle Mücadele", **Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi**, 2003, C:11, S:1, s:22-29

¹¹² Sağlık Hizmetlerinde Mevcut Durum, TC. Sağlık Bakanlığı 1.Ulusal Sağlık Kongresi, 23-27 Mart 1992, s:12; EREN, Nevzat ve KARS, Zafer: "Refik Saydam'ın Koruyucu Tıp, Halk Sağlığı Ve Tıp Mesleği Anlayışının Kökeni", **Bilim ve Ütopya**, Şubat 1998, S:44, s:22-23; KARS, Zafer: "Refik SAYDAM: Bağımsızlık, Cumhuriyet, Halk Sağlığı", **Bilim ve Ütopya**, Şubat 1998, S:44, s:24

¹¹³ SALTİK, Ahmet: "Cumhuriyet Dönemi Sağlık Hizmetlerinin Tarihçesi", **Bilim ve Ütopya**, Şubat 1998, S:44, s:16-20; SOYER, Ata: "Türkiye'nin İktisadi ve Sosyal Tarihi Bağlamında Başlangıcından 1960'a Kadar Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Bakanlığı", **Toplum ve Hekim**, Kasım-Aralık 2001, C:16, S:6, s:413-429

II .3. 2 –Birinci Dalga Sağlık Reformları: 1960-1980

1960 sonrası planlı kalkınma dönemi ile birlikte sağlık alanında iki önemli düzenleme yapılmıştır. Bunlar; 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun ve 554 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun'lardır. 224 sayılı Kanuna göre sağlık hizmetleri, sağlık evleri, sağlık ocakları ve sağlık merkezleri eliyle çevreden merkeze doğru örgütlenecekti.¹¹⁴

Sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinin 1975 yılına kadar bütün yurdu kapsamı planlanırken, sosyalleştirilmenin tarihi önce 1982'ye sonra da 1987'ye ertelenmiştir. Gerekli alt yapı hazırlanmadan 1984 yılında fiilen sosyalleştirme uygulamasına başlanmasına rağmen, hekim ve diğer sağlık personeli eksikliği gibi nedenlerle istenen başarı sağlanamamıştır. Nitekim, 224 sayılı Kanun halen yürürlükte olmakla birlikte, 1980'den beri ekonomi politikalarındaki dönüşüme de paralel olarak sosyalizasyon hükümet programlarında hiç yer almamıştır.¹¹⁵

224 sayılı Kanun öngördüğü örgütlenme yapısında; kamu sağlık çalışanları için tam gün çalışma, basamaklandırılmış sağlık hizmetleri, sevk sistemi, entegre hizmetler, nüfusun ihtiyaçları ile orantılı hizmetler, ekip temelli sağlık hizmetleri, sürekli eğitim, alt yapı sağlama, planlama ve değerlendirme için üst konsey oluşturma, toplum katılımı ve sektörler arası işbirliği unsurları bulunmaktadır. Bununla birlikte, uygulama sürecinde hükümetler ve diğer sivil aktörler hiçbir zaman yeterli desteği sağlamadıklarından, sınırlı düzeyde finansman ve insan kaynakları ve düşük politik destek nedenleriyle program amaçlarına ulaşmada başarısız olmuştur.¹¹⁶

II .3. 3 – İkinci ve Üçüncü Dalga Sağlık Reformları

Sağlık alanındaki reform çalışmalarından ikinci dalga olarak 1980-2002 dönemini ayrı, üçüncü dalga olarak da 2002 sonrası süreci ayrı incelemek mümkün

¹¹⁴ AKIN, Ülgen ve AKSOY, Serap: Sağlık Hizmetlerine Verimlilik Açısından Bir Yaklaşım, MPM Yayınları:332, Ankara 1985, s:12

¹¹⁵ DEDEOĞLU, Necati: "1960-80 Arası:Sosyalizasyon", **Bilim ve Ütopya**, Şubat 1998, S:44, s:25-27; KARS, Zafer: "27 Mayıs'ın Sağlık Politikaları", **Bilim ve Ütopya**, Şubat 1998, S:44, s:29

¹¹⁶ YILDIRIM, Hasan Hüseyin: "Nasıl Bir Sağlık Reformu?", **www.absaglik.com**, (Erişim:25.05.2007)

olmakla birlikte, süreç kesin çizgileriyle birbirinden ayrılmadığı gibi birbirine paralellik de gösterdiğinden iç içe geçmiş bir biçimde ele alınmaya çalışılacaktır.

Dahası, bu süreç sadece sağlık değil sosyal güvenlik alanında da önemli değişikliklerin yapıldığı bir dönem olduğu ve yapılan değişikliklerin sonuçları sağlık ve sosyal güvenlikte birbirlerinin girdisi olarak karşımıza çıktığı için birlikte değerlendirilmesinin uygun olacağı düşünülmüştür. Ancak, 2002 sonrası “sağlıkta dönüşüm” olarak adlandırılmış olup önemli değişiklikleri de içerdiğinden aşağıda ayrı bir bölüm olarak incelenmiştir.

II .3. 3 .1 –Sosyal Güvenlik ve Sağlık İlişkisi

Devlet anlayışındaki dönüşümün sosyal güvenlik ve sağlık alanında da değişiklikleri beraberinde getirdiğini yukarıda açıklamaya çalıştık, teorik ve ideolojik boyutlarına yer verdik. Burada ise, bu dönüşümün ülkemiz özelindeki seyrini açıklamaya çalışacağız. 24 Ocak 1980 ekonomik kararları ile iç piyasayı koruyan ithal ikameci politikalar yerine dışa dönük, serbest piyasa koşullarının hâkim olduğu liberal ekonomi politikalarını benimseyen Türkiye, özel sektörü önceleyen politikalarını sosyal güvenlik ve sağlık alanında da uygulamaya başlamıştır.¹¹⁷

Belirtelim ki; sağlığı da sosyal güvenliğin içinde önemli bir öge olarak ele almak gerekmektedir. Bunun terside doğrudur. Çünkü, sosyal güvenliğin varlığı, sağlık araştırmalarının ve hizmetlerinin daha yüksek düzeyde verilmesini; toplumun “iyilik hali göstergeleri”ni daha da geliştirebilecektir. Keza, sosyal sigorta riskleri olan hastalık, analık, iş kazalarıyla meslek hastalıkları, maluliyet, ölüm ve yaşlılık risklerinin sağlıklı bir sonuca ulaştırılması, önlenmesi ya da geciktirilmesi için tıp biliminin gerekleri doğrultusunda çabalar gösterilebilir.¹¹⁸

Aynı şekilde, “tıbbi bakım hizmetleri” şeklinde de anılan tedavi edici sağlık hizmetleri, hemen hemen tümüyle muayene ve tedaviden oluştuklarından, özellikle bu hizmetler sosyal güvenliğinde bir parçasıdır. Bireyler, hastalık, kaza, analık ve yaşlılık gibi nedenlerle sözkonusu hizmetlere ihtiyaç duyabilmekte ve bunlardan

¹¹⁷ ÜÇKUYU, Yavuz: “Küreselleşme, Küreselleşme Ekseninde Sağlık Politikaları”, **Özgür Üniversite Forumu**, Nisan-Eylül 2004, S:26-27, s:30-45

¹¹⁸ FİŞEK, A.Gürhan: “Sosyal Barışıklığın Tutkalı:Sağlık”, **Yeni Türkiye**, Mayıs-Haziran 2001, S:39, s:313-320

faydalanarak yeniden çalışma güçlerine kavuşabilmektedirler.¹¹⁹ Öyle ki; ülkemizde oluşturulmaya çalışılan genel sağlık sigortasının başarısı, Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen Sağlıkta Dönüşüm Programının hedeflerinin gerçekleştirilmesi ile yakından ilişkilendirilmiş¹²⁰, sistemin mali olarak sürdürülebilirliği, Sağlıkta Dönüşüm Programı ile Genel Sağlık Sigortasının bir arada şekillendirilmesine ve verimli sağlık hizmeti sunum yapısının kurulmasına bağlanmıştır.¹²¹

II.3.3.2 – Sağlık ve Sosyal Güvenlik Reform Süreci

1960 yılına kadar yasal düzenlemelerde yer alan sosyal haklar ve sosyal güvenlik konusu, 1961 Anayasası ile anayasal bir nitelik kazanmıştır. 61 Anayasası'nın 48.maddesinde bu husus, *“Herkes sosyal güvenlik hakkına sahiptir. Bu hakkı sağlamak için sosyal sigortalar ve sosyal yardım teşkilatı kurmak ve kurdurmak devletin ödevlerindedir”* şeklinde ifadesini bulmuştur. 1982 Anayasası'nda da sosyal güvenlik hakkı ayrıntılı olarak, Sosyal ve Ekonomik Haklar ve Ödevler bölümünde düzenlenmiştir.

1961 ve 1982 Anayasalarında sosyal güvenlikle ilgili olarak farklı anlatımların yer aldığı dikkat çekmektedir. Şöyle ki, 1961 Anayasası, 48.maddesinde sosyal güvenlik hakkını sağlamak için devlete *“sosyal sigortalar ... teşkilatını kurmak ve kurdurmak”* görevlerini yüklerken, 1982 Anayasası'nın 60.maddesinde *“... devlet gerekli tedbirleri alır ve teşkilatı kurar”* denilerek ‘sosyal sigortalar’ deyiminin kullanımından kaçınılmıştır.¹²²

Anayasa Mahkememizin 18.02.1985 tarihli ve E:1984/9, K:1985/4 sayılı kararına göre de, çok partili demokratik rejimi benimseyen Anayasamızda, Anayasa ilkelerine ters düşmemek koşuluyla, iktidarların ekonomi alanında müdahaleci veya

¹¹⁹ BATIREL, Ömer Faruk: “Sağlık Hizmetleri ve Devlet Politikası”, **MÜ. İİBF Dergisi**, 1986, C:3, S:3, s:171-180; DEMİRBİLEK, Sevda: Türkiye’de Sağlık Hizmetleri, İlkem Ofset, İzmir 1999, s:57

¹²⁰ Sosyal Güvenlik Sisteminde Reform Önerisi (Taslak Metin), TC. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı, 29 Temmuz 2004, s:34; Sosyal Güvenlik Reformu:Sorunlar ve Çözüm Önerileri, TC. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı, Nisan 2005, s:35; Sağlıkta Dönüşüm, TC. Sağlık Bakanlığı, Aralık 2003, s:27-29

¹²¹ TEKSÖZ, Tuncay: “Genel Sağlık Sigortası ve Sağlıkta Dönüşüm Projesi”, Sağlık Bakanlığı tarafından 31 Mart-1 Nisan 2006 tarihinde İstanbul’da gerçekleştirilen “Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Finansmanında Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Bakanlığı’nın Yeniden Yapılandırılması” konulu uluslararası toplantıda sunulan tebliğ.

¹²² CENTEL, Tankut: Sosyal Sigortalar Kanunu ve İlgili Mevzuat, İstanbul 1994, s.8

liberal bir politika izlemelerine bir engel bulunmamaktadır.¹²³ Böylece Yasa koyucu siyasi iktidarlara, sosyal güvenlik rejimleri arasında tercih yapmada, geniş bir serbesti tanımıştır. Bu serbesti 53. TC.Hükümet Programında sonuna kadar kullanılmıştır. 53. Hükümet Programında hastanelerin özelleştirilmesi öngörülürken TBMM’nde okunmadan geçilen ilgili maddesinde; “*Emekli Sandığı, SSK ve Bağ-Kur zaman içerisinde tasfiye edilerek ... işlemleri ve tasarrufları özel sigorta şirketleri ve özel emekli fonları aracılığıyla yürütülecek...*” denilmiştir.^(124, 125)

Görüldüğü üzere sosyal güvenliğin gerçekleştirilmesinde özel sigortalardan sadece, “tamamlayıcı nitelikte olmak kaydıyla”¹²⁶ değil, bütünüyle yararlanmanın anayasal bir sakıncası kalmamıştır. Kaldı ki, bu düzenlemelerin uluslar arası dayanakları da bulunmaktaydı. Örneğin, Dünya Bankasından sağlanan kredi ile Hazine Müsteşarlığı İLO’ya sosyal güvenlik ve sağlığa ilişkin projeler hazırlatmıştır.¹²⁷

Belirtelim ki, SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı bu şekilde tasfiye edilmemiş, ancak sosyal güvenlik reform çalışmaları kapsamında, 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu ile sosyal güvenliğin kurumsal yapısını oluşturan Sosyal Güvenlik Kurumu’na (SGK) devredilmişlerdir. Sosyal güvenlik alanında 4447 sayılı Kanun ile norm ve standart birliğinin sağlanmasına yönelik olarak başlayan ve esas olarak emeklilikte yaş şartının getirilerek, çalışma statüsü ne olursa olsun 08.09.1999 tarihinden sonra çalışmaya başlayanlarda kadın ise 58 erkek ise 60 yaşın ikmali ve 7000 gün sayısının doldurulması halinde emekli aylığının bağlanması, aylık tutarında ise çalışılan bütün dönemlerdeki kazançların dikkate alınması esasını benimseyen

¹²³ SÖZER, Ali Nazım: “Genel Sağlık Sigortası: Reform mu Deform mu?”, Yeni Düzenlemeler Çerçevesinde Sosyal Güvenlik Mevzuatı Semineri, **Kamu-İş**, Ankara 2007, s:124-147; SÖZER, Ali Nazım: “Anayasal İktisat ve Sosyal Devlet”, Anayasa-Sosyal Devlet ve Sosyal Güvenlik Sorunları Sempozyumu, 10-11 Nisan 1997, Ankara, Türkiye İşçi Emeklileri Cemiyeti Yayınları, Yayın No:5, Ankara 1997, s: 83-102

¹²⁴ SÖZER, Ali Nazım: “Sosyal Sigortalarda Yeniden Yapılanma Konusunda Tarafların Görüşleri”, Sosyal Politika Tartışmaları-I, 24 Mayıs 1996, İzmir, s:80-101; BORATAV, Korkut:13.03.1996 Günlü Cumhuriyet, Naklen, 53. TC.Hükümet Programı, s:8

¹²⁵ Dönemin Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanı Emin KUL, bu ifadenin hükümet programından çıkarılmasından sonra, “***Bu hükmün programa nasıl girdiğini ben de keşfedemedim***” diyerek “***redaksiyon heyetinde***” eklenmiş olabileceğini açıklamıştır. (09.03.1996 tarihli Cumhuriyet Gazetesi)

¹²⁶ Sosyal Güvenlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu: TOBB Yay., No:264 BÖM:17, 2.Baskı, s:81

¹²⁷ Türkiye Cumhuriyeti Sosyal Güvenlik ve Sağlık Sigortası Reform Projesi, Sosyal Güvenlik Nihai Rapor, İLO/TF/Türkiye/R.60, İLO, Cenevre, Mart 1996; Türkiye- Sağlık Finansmanı Politika Seçenekleri Çalışması, Nihai Rapor(Özet), Avustralya Sağlık Sigortası Komisyonu, Mart 1996

reform sürecini,¹²⁸ 2006 yılında hem sosyal güvenlik kurumlarının birleştirilmesi ve hem de uygulama kanunlarının teke indirilmesi süreci izlemiştir.

Sosyal güvenlik reform çalışmalarının son halkasını oluşturan 2006 yılındaki düzenlemeler ise bir bütün olarak dayandığı gerekçeler ve sonuçları itibariyle özellikle akademik çevrelerden yoğun bir eleştiri almıştır.¹²⁹ Reform çalışmalarının yasalaşma süreçlerinin ise adeta İMF'nin koşullandırmalarından kaynaklandığı ifade edilmiştir.¹³⁰ Ülkemizdeki sağlık reform çalışmalarının, kamu harcamalarının kısılması, özelleştirme ve kullanıcı katkılarının artırılması gibi politika araçlarına

¹²⁸ Bu dönemdeki sosyal güvenlik reform çalışmalarına ilişkin eleştiri ve öneriler için bkz.:IŞIKLI, Alpaslan: “Sosyal Güvenliğin Bunalımı”, **Mülkiyeliler Birliği Dergisi**, Mayıs 1996, C:XX, S:191, s:25-27; OYAN, Oğuz: “Sağlık ve Sosyal Güvenlikte Ekilen Bıçılıyor”, **Mülkiyeliler Birliği Dergisi**, Mayıs 1996, C:XX, S:191, s:36-41; ÖZSEVER, Atilla: “Sosyal Güvenlikte ‘Vahşi Kapitalizm’ Dönemi”, **Mülkiyeliler Birliği Dergisi**, Mayıs 1996, C:XX, S:191, s:51-59; KOÇ, Yıldırım: “Sosyal Güvenlikte 19.Yüzyıla Dönme Çabaları ve SSK”, **Mülkiyeliler Birliği Dergisi**, Mayıs 1996, C:XX, S:191, s:61-63; 35 Soruda SSK Gerçeği, SSK Genel Müdürlüğü, Yayın No:575, SSK Matbaası, Ocak 1996, s:1-21; ILO Raporu ve SSK Değerlendirmesi, SSK Genel Müdürlüğü, Yayın No:580, Haziran 1996, s:1-13; Sosyal Güvenlik Reformu Araştırması, Türk-İş, Mayıs 1996, s:5-32; Dünyada Sosyal Güvenlik Alanında Gelişmeler ve Türkiye, TİSK Yay No.11, Ankara 1994; Emekli ve Mutlu, Türk Sosyal Güvenlik Sisteminin Sorunları, Çözüm Önerileri, Özel Sigortacılık Girişimi, TÜSİAD, İstanbul 1996, Türk Sosyal Güvenlik Sisteminde Yeniden Yapılanma, TÜSİAD, Yay. No:T/97-10/217, İstanbul 1997, 2000’li Yıllara Doğru Türkiye’nin Önde Gelen Sorunlarına Yaklaşımlar:27-Sosyal Güvenlik, TÜGİAD, İstanbul 1997; SSK Raporu (1994-1995), TTB, 1995; Türkiye’de Sosyal Sigorta Kurumlarının Genel Sorunları ve Çözüm Önerileri, EBSO, İzmir 1995, SSK Dosyası(Rapor), Lastik-İş, Mart 1996, ÖZŞUCA, Ş.Türçan: Sosyal Güvenlik Sisteminde Yaşanan Kriz, Sistemin Yeniden Yapılanması Üzerine Öneriler, Türk Harb-İş, Ankara 1995

¹²⁹ Bkz.; GÜZEL, Ali: “Türk Sosyal Güvenlik Sisteminde Öngörülen Reform Mevcut Sorunlara Çözüm mü?”, **Çalışma ve Toplum**, 2005/4, s:61-76; GÜZEL, Ali: “Sosyal Güvenlik Reformuna İlişkin Genel Bir Değerlendirme”, **Toprak İşveren**, Haziran 2006, S:70, s:6-12; GÜZEL, Ali Rıza: “Sosyal Güvenliğin Evrensel Değerleri ve Yeni Liberal Reformlar”, **Tes-İş Dergisi**, Kasım 2006, S:2006/3, s:41-47; KAPAR, Recep:“Taslak Metine İlişkin Eleştiriler:Sosyal Güvenlik Sisteminde Reform Önerisi”, **Sendikal Notlar**, Ağustos 2004, S:23, s:28-52; TOPAK, Oğuz: “Dünya Bankası ve Sosyal Güvenlik Sistemine İlişkin “Yeni” Hedefler”, **Sendikal Notlar**, Ağustos 2004, S:23, s:53-79; TOPAK, Oğuz:”Birlik, Kriz ve Sosyal Güvenlik”, **Toplum ve Hekim**, Mart-Nisan 2005, C:20, S:2, s:112-121; ALPER, Yusuf: “Sosyal Güvenlik Sistemimizde Reform Arayışları”, **Türk-İş**, Temmuz-Ağustos 2004, S:362, s:33-45; ALPER, Yusuf: “Sosyal Güvenlik Sistemimizde Reform:Temel Esaslar ve Tartışmalar”, **İşveren**, Kasım 2005, C:44, S:2, s:54-59; IŞIKLI, Alpaslan: “Sosyal Güvenliğin Sonu mu?”, **Türk-İş**, Temmuz-Ağustos 2004, S:362, s:46-52; SÖZER, Ali Nazım: “Genel Sağlık ve Emeklilik Sigortası Sistemleri İle Sosyal Yardım ve Hizmetler Kanun Tasarı Taslakları Hakkında”, **Türk-İş**, Temmuz-Ağustos 2004, S:362, s:56-60; ERDOĞDU, Seyhan:“Sosyal Politikada Değişim Ve Sosyal Güvenlik Reformu”, **Mülkiye**, Güz/2006, C:XXX, S:252, s:211-236; ÖZŞUCA, Şerife Türçan: “Küreselleşme Sürecinde Sosyal Güvenlik ve İşgücü Piyasası”, **Tes-İş Dergisi**, Kasım 2006, S:2006/3, s:48-59; YÜCESAN ÖZDEMİR, Gamze ve ÖZDEMİR, Ali Murat: “Türkiye’de Devletin Değişen Rolü ve Sosyal Güvenlik Reformu”, **Toplum ve Hekim**, Mart-Nisan 2005, C:20, S:2, s:134-142; KAAAN, Tufan: “Sosyal Güvenliğin Piyasalaştırılması: İstikrar ve Yapısal Uyum Programları”, **Toplum ve Hekim**, Mart-Nisan 2005, C:20, S:2, s:122-128; SARAÇ, Coşkun: “ ‘Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası’, ‘Primsiz Ödemeler’ ve ‘Sosyal Güvenlik Kurumu’ Kanun Tasarılarına İlişkin Genel Bir Değerlendirme”, **DEÜ. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, Ocak-Mart 2006, C:8, S:1, s:325-342

¹³⁰ ŞAKAR, Müjdat: “Sosyal Güvenlik Reformunun Siyasal Riski”, **Yaklaşım**, Mart 2006, S:159, s:15-18; YELDAN, Erinc: “Sosyal Güvenlik ‘Reformu’ “, **Cumhuriyet**, 19.04.2006

dayalı, DB ve İMF himayesindeki yapısal uyum programlarının yönlendirmesi ve krediler ile desteklendiği belirtilmektedir.¹³¹ Emeklilik ve işsizlik programları ile sağlık bakımı gibi sosyal koruma reformlarını yönlendiren temel nedenin mali uyumun sağlanması olduğu dile getirilirken,¹³² mali uyum sürecinde sağlık bakım sistemlerinin değişiminde gözlenen eğilimlerden birisinin piyasa temelinde işleyişin öne çıkarılması, diğerinin de ademi merkezileşme olduğu görülmektedir.¹³³

Esasen bu yaklaşım birer Meclis Kararı olan Plan hedefleriyle de uyum içerisindedir. Bu dönemde özel sigorta şirketleri, sosyal güvenlik sisteminde tamamlayıcı ve alternatif bir unsur olarak yer almak isterlerken, bir Meclis Kararı olan **7.Beş Yıllık(1996-200) Kalkınma Planı**¹³⁴,nda sosyal sigorta, sosyal yardım ve sosyal hizmetlerde norm ve standart birliği sağlamak üzere Sosyal Güvenlik Temel Yasası'nın çıkarılacağı ve bu Yasada ülke gerçekleriyle uyumlu bir Asgari Ulusal Emekli Aylığı tanımının yapılacağı belirtilmiştir. Yine, sosyal güvenlik kurumlarınca sağlanan sağlık hizmetlerinin satın alma yolu ile temin edilmesi,¹³⁵ daha kaliteli ve etkili sağlık hizmeti sunulabilmesi için hastanelerin idari ve mali özerkliğe kavuşturulması, çağdaş işletmecilik anlayışıyla yönetim yapılarının güçlendirilmesi ve bu çerçevede gerekli yasal düzenlemelerin yapılması hedeflenmiştir.

8.Beş Yıllık(2001-2005) Kalkınma Planı¹³⁶,nda ise, emeklilik ve sağlık sigortası hesapları ve hizmetlerinin birbirinden ayrılacağı, sağlık sigortası ve sağlık hizmetlerinin özelleştirilmeye çalışılacağı; sosyal güvenlik kuruluşlarının sigortacılık dışı faaliyetlerinin tasfiye edileceği; özel sağlık ve hayat sigortalarının mevcut sosyal sigorta sistemine ilave ve isteğe bağlı bir sistem olarak destekleneceği ifade

¹³¹ YILDIRIM, Hasan Hüseyin: “Yapısal Uyum Programları ve Sağlık Reformları: Türk sağlık Reformları İçin Çıkarılacak Dersler”, <http://www.absaglik.net/>, (Erişim:20.03.2006) = **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, C:5, S:1(Kış 2000)

¹³² KAPAR, Recep: Sosyal Korumanın İşgücü Piyasasına Etkisi, Birleşik Metal-İş Yayınları, İstanbul 2005, s:134

¹³³ KAPAR, Recep: Sosyal Korumanın İşgücü Piyasasına Etkisi, Birleşik Metal-İş Yayınları, İstanbul 2005, s:144-145

¹³⁴ 25.07.1995 tarih ve 22354 (Mükerrer) sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

¹³⁵ Bu hedefin 5510 sayılı Kanunun ertelenmesi ile genel sağlık sigortası yoluyla gerçekleştirilememesine rağmen, nitelik olarak genel sağlık sigortası uygulamasının bir nüvesi de sayılabilecek olan SGK Sağlık Uygulama Tebliği(25.05.2007 tarih ve 26532 Mükerrer sayılı RG) ve MB Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliği(25.05.2007 tarih ve 26532 Mükerrer sayılı RG) ile 15.06.2007 itibarıyla gerçekleştirilmeye başlandığını söyleyebiliriz.

¹³⁶ 05.07.2000 tarih ve 24100 (Mükerrer) sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

edilmiştir. Nitekim, 5510 sayılı Kanun ile sosyal sigorta işlemleri ile genel sağlık sigortası işlemlerinin birbirinden ayrılması yoluna gidilmiş, 5283 sayılı Kanun¹³⁷ ile de SSK sağlık tesisleri dahil bazı kamu kurum ve kuruluşlarına ait sağlık birimleri 19.02.2005 tarihi itibariyle Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir.

Hasta odaklı bir sağlık sistemi oluşturulması, aile hekimliği modelinin 2008 sonu itibariyle tüm illere yaygınlaştırılması, kamu hastanelerinin idari ve mali açıdan kademeli olarak özerkleştirilmesi, özel sektörün sağlık alanında yapacağı yatırımların teşvik edilmesi^(138,139) ise **9.Beş Yıllık(2007-2013) Kalkınma Planı**¹⁴⁰,nın öne çıkan hedefleri olarak görülmektedir.^(141,142) Esasen, kamu kurum ve kuruluşlarına ait sağlık kuruluşlarının sağlık işletmesine dönüştürülmesini hedefleyen, bir bakıma sağlık hizmetlerinde özelleştirme/özerkleştirmenin altyapısını oluşturma amaçlı¹⁴³ 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu¹⁴⁴,nun birçok hükmü Anayasa aykırılığı

¹³⁷ 19.01.2005 tarih ve 25705 (Mükerrer) sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

¹³⁸ Bakanlar Kurulu'nun 2006/10508 sayılı kararı ile kabul edilen "Orta Vadeli Program(2007-2009)"da da; yurt çapında aile hekimliği uygulamasına geçileceği, sağlık hizmetlerinin sunum ve finansmanının birbirinden ayrılma sürecinin tamamlanacağı, hastane yönetimlerinin idari ve mali açıdan özerk ve rekabetçi bir yapıya kavuşturulacağı, özel sektörün sağlık yatırımlarının teşvik edileceği kararlaştırılmıştır.(13.06.2006 tarih ve 26197 sayılı RG)

¹³⁹ Bakanlar Kurulu'nun 2006/10399 sayılı kararı ile kabul edilen "Dokuzuncu Kalkınma Planı Stratejisi (2007 - 2013) Hakkında Karar"da ise, diğer unsurlardan başka sağlık sektöründe kamunun düzenleyici ve denetleyici rolü güçlendirilirken, hizmet sunumunda özel kesimin payının arttırılacağı ifade edilmiştir.(13.05.2006 tarih ve 26167 sayılı RG). Nitekim bu politikaların sonuçları gazetelere haber olmaya başlamıştır: "Sağlığın Yıldızı Parladı Petrolcü de İnşaatçı da Kebapçı da Hastaneciliğe Soyundu", 24.02.2008 tarihli Referans Gazetesi

¹⁴⁰ 01.07.2006 tarih ve 26215(Mükerrer) sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

¹⁴¹ Bakanlar Kurulu'nun 2007/12300 sayılı kararı ile kabul edilen "Orta Vadeli Program (2008-2010)"da da; sağlık politikasının temel amacının vatandaşların ekonomik ve sosyal hayata sağlıklı bireyler olarak katılımını sağlamak ve yaşam kalitelerini yükseltmeye katkıda bulunmak olarak belirlenmiştir. Bunun için orta vadede yapılması hedeflenen diğer politika seçeneklerinin yanı sıra; Sağlık Bakanlığı'nın yeniden yapılandırılarak, düzenleme, planlama ve denetleme rolünün güçlendirilmesi, hizmet kalitesini artırmak amacıyla, hastane yönetimlerinin idari ve mali açıdan özerk bir yapıya kavuşturulması hedeflenmiştir.(21.06.2007 tarih ve 26559 sayılı RG)

¹⁴² Bakanlar Kurulu'nun 2007/12701 sayılı kararı eki 2008 Yılı Programında da; vatandaşların ekonomik ve sosyal hayata sağlıklı bireyler olarak katılımını sağlamak ve yaşam kalitelerini yükseltmeye katkıda bulunmak sağlık politikasının temel amacı olarak belirlenmiştir. Bu amaca ulaşmak için de öncelikle koruyucu sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi, aile hekimliği sistemine geçilerek birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkinleştirilmesi, altyapı ve sağlık personeli ihtiyacının karşılanması ve ülke genelindeki dağılımlarının dengelenerek bölgeler ve sosyo-ekonomik gruplar arasındaki farklılıkların azaltılması, sağlık hizmetlerinin eşitlik ve hakkaniyet ilkesiyle, hasta haklarına saygılı, erişilebilir, etkin ve kaliteli bir yapıya kavuşturulması, akılcı ilaç kullanım mekanizmalarının oluşturulması ve Sağlık Bakanlığının yeniden yapılandırılarak düzenleme, planlama ve denetleme rolünün güçlendirilmesi hedeflenmiştir.(28.10.2007-26668 Mükerrer RG)

¹⁴³ SALTİK, Ahmet: "1960'dan Günümüze Sağlık Hizmetleri", **Bilim ve Ütopya**, Şubat 1998, S:44, s:28-29

¹⁴⁴ 15.05.1987 tarih ve 19461 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

yüzünden Anayasa Mahkemesi'nin 19.04.1988 günlü, E:1987/16, K:1988/8 sayılı kararı¹⁴⁵ ile iptal edildiği için uygulama kabiliyeti oldukça azalmıştır.

Geçmiş dönemdeki planlarda da sağlık hizmetlerinin eşit ve sürekli bir biçimde topluma ulaştırılması, koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin rasyonel sunumu temel ilkelerinin yanı sıra özel sağlık müesseselerinin ve hastanelerin teşvik edilmesi, özel sağlık sektöründen hizmet alınarak güçlendirilmeleri öngörülmüştür.¹⁴⁶

*“Sağlık işletmeciliği pazarının ABD içinde doygunluğa ulaşması ve Avrupa’da gelişiminin sınırlı olması sebebiyle sağlık işletmelerinin gözlerini geliştirmekte ülkelere çevirmelerinin”*¹⁴⁷ de sonucu olarak, *“diğer ülkelerin sağlık ve sosyal hizmetlerini de kapsayan çok geniş bir yelpazede piyasa payı kaparak ticari olanaklar yaratmayı ve bu alanlarda ticaret yapılmasını öngören”*¹⁴⁸ Amerika Birleşik Devletleri Ticaret Bakanlığı'nın 1994 yılında yayınladığı bir raporda, ihracatta öncelenecek, Türkiye'nin de içinde bulunduğu belli başlı on ülke saptadığı, her ülke için bir hedef sektör belirlediği, Türkiye içinse sağlığın hedef sektör olarak seçildiği belirtilmektedir.¹⁴⁹

Türkiye’de milli gelirden sağlığa ayrılabilen pay yıllara göre farklılık arz etmekle birlikte son on yılda %3-8 arasında değişiklik gösterirken,¹⁵⁰ sağlık sektörünün hedeflenmesinin gerekçesi olarak da, “Ankara Hükümetlerinin sağlık sektöründe gerçekleştirmeyi planladıkları büyük dönüşümlerin yaratacağı olanaklar”

¹⁴⁵ <http://www.anayasa.gov.tr/eskisite/KARARLAR/IPTALITIRAZ/K1988/K1988-08.htm> (Erişim:05.12.2006)

¹⁴⁶ Sağlık Hizmetlerinde Mevcut Durum, TC. Sağlık Bakanlığı 1.Ulusal Sağlık Kongresi, 23-27 Mart 1992, s:14-19; KERMAN, Uysal: Sosyal Devletin Tasfiyesi ve Sağlık, Mucize Reklam ve Matbaacılık, Ankara 2004, s:24

¹⁴⁷ WAITZKIN, Howard: “ABD’den Sağlık İşletmeciliği İhracı”, (Çeviren:Önder ERGÖNÜL), **Toplum ve Hekim**, Kasım-Aralık 2001, C:16, S:6, s:448-452

¹⁴⁸ AKSAKOĞLU, Gazanfer ve SÖNMEZ, Yonca: “Küreselleştirme ve Toplum Sağlığı”, **Toplum ve Hekim**, Mayıs-Haziran 2003, C:18, S:3, s:196-199

¹⁴⁹ “Sam Amca’nın Türkiye’deki Hedefi Sağlık Pazarı”, **Hekim Forumu Dergisi**, Mayıs 1995, S:100, s:24

¹⁵⁰ OECD verilerine göre 1995 yılında milli gelirimizin %3.4’ü 2004 yılında ise %7.7’si sağlık harcamalarına ayrılmıştır. Bu payla Türkiye 30 OECD ülkesi içinde sağlığa ayrılan pay açısından 22. sırada yer almıştır. Bütçeden sağlığa ayrılan pay ise, 2006 yılında % 4.3 iken, 2007 yılında % 3.2’ye indirilmiştir.

olarak ifade edildiği belirtilmektedir.¹⁵¹ Yapılan çalışmaların yukarıdaki beklenti paralelinde olup olmadığı tartışılır olmakla birlikte, gerçekten de ülkemizde sağlık alanında önemli sayılabilecek gelişmelerin yasal çalışmaları sürdürülmektedir.

Aşağıda **Tablo 1**'de 2002-2006 döneminde, sağlık sektörüne yönelik olarak ülkemize gelen doğrudan yabancı sermaye rakamlarına yer verilmiştir. Sağlıkta dönüşüm projesinin başlaması ve hedeflerin ortaya konulması ile bu alana yabancı sermayenin ilgisinin arttığı görülmektedir.¹⁵² Öte yandan yabancı doğrudan yatırımlar sanayiye gelmediği¹⁵³ gibi beklenen istihdamı da yaratamamaktadır.¹⁵⁴ Öte yandan, bankacılık ve finans sektöründe yabancı sermaye için sınırlamalar getirilmesi gerektiği sektörü en üst düzeyde düzenleme ve denetlemekle görevli birimlerce dile getirilmektedir.^(155, 156)

¹⁵¹ GÖKÇAY, İrfan : “Sağlık Hizmetleri”, Özelleştirme Değil Kamulaştırma, Kaynak Yayınları, İstanbul 1995, s:131-164

¹⁵² Örneğin; bankalar ve alışveriş merkezlerinin ardından, sağlık reformu ile birlikte özel hastanelerin de yabancı fonların yakın markajına girdiği, bazı büyük hastanelerin el değiştirdiği haber verilmektedir.(11.11.2007 tarihli **Sabah Gazetesi**)

¹⁵³ Örneğin, MB verilerine göre 2006 yılında, doğrudan yatırım için toplam 17.814 milyon ABD Doları sermaye fiilen giriş yaparken, 6.699 milyon ABD Doları taşımacılık, depolama ve haberleşme sektörü, 7.002 milyon ABD Doları da finansal aracılık olmak üzere hizmetler sektörüne toplamda 15.697 milyon ABD Doları girerken, sanayi sektörüne yatırım 2.111 milyon ABD Dolarında kalmıştır. Belirtelim ki, 2006 yılının ilk yedi aylık döneminde yaklaşık 2 milyar ABD Dolarının gayrimenkul alımı için gelmiştir. (**İşveren**, Eylül 2006, C:44, S:12, s:15)

¹⁵⁴ “Örneğin, 2006 yılında Türk özel sektörü yaşadığı zorluklara karşın 70 milyar ABD Doları yatırım yaparak 700 bin kişilik istihdam sağlarken, yabancı sermaye ancak 27 bin kişilik istihdam sağlamıştır. Eğer gelen yabancıların tümü sabit sermaye yatırımı yapsa idi yaklaşık 200 bin kişilik istihdam sağlanacaktı.” <http://www.gozlemgazetesi.com/20070428/haber.php?haberid=3589>, (Erişim:28.04.2007)

¹⁵⁵ BDDK Başkanı Tefik BİLGİN; aracı kurumlar ve sigorta şirketleri hariç, borsa payı ile beraber banka ve finans sektöründe yabancı sermayenin payının 2007/Mart itibariyle %43'e vardığını belirterek, 27 Nisan 2007'den sonraki küçük bir dalgalanmada bile yabancı sermayeli bir banka yönetimine “kredilerde frene basın geri çağırılmaya başlayın” talimatının verildiği örneğini de vermek suretiyle, yabancı sermaye girişi konusunda gerekli uyarılarda bulunmaktadır.(**CNBC-E BUSINESS**, Ağustos 2007, S:10, s:64-67)

¹⁵⁶ Ülkemizde “paranın milliyeti olmaz” denilerek stratejik sektörler dahil yabancı sermaye girişi savunulup teşvik edilirken, yabancı ülkelerin örneğin, ABD, Kanada, Rusya, Almanya ve Fransa'nın sınırlamalar getirdikleri belirtilmektedir.(TUĞRUL, Aslı: “Kapitalistler de Sermaye Düşmanı Oldu”, **CNBC-E BUSINESS**, Ağustos 2007, S:10, s:46-47)

TABLO 1: Yıllar İtibariyle Yurtdışında Yerleşik Olanların Türkiye’deki Doğrudan Yatırımlarında Sağlık ve Sosyal Hizmet Sektörünün Payı, (Milyon ABD Doları), 2002-2006

2002	2003	2004	2005	2006
5	23	53	74	264

Kaynak: TC. Merkez Bankası, TC.Hazine Müsteşarlığı

III – SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROJESİ

III .1 – Tarihsel Gelişim

Ülkemizde 1990’lı yıllarda sağlık alanında yapılan çalışmalar “sağlıkta reform” olarak adlandırılırken, 2003 yılından itibaren bu süreç “sağlıkta dönüşüm” olarak ifade edilmeye başlanmıştır. Sağlıkta reform hareketinin başlangıcı, ilki Sağlık Bakanlığı tarafından 1990 yılında hazırlanan *2000 yılında Herkese Sağlık-Türk Milli Sağlık Politikası* isimli doküman, ikincisi DPT tarafından Price Waterhouse’a yaptırılan ve 1991 yılında yayınlanan *Sağlık Master Planı*’dır.¹⁵⁷ 1992 yılında da Sağlık Bakanlığı tarafından Sağlık Sektörü Reform Taslağı hazırlanmıştır.¹⁵⁸ Öneriler arasında evrensel sağlık sigortası verimliliği artırma ve sağlık hizmetlerinden eşit derecede yararlanma imkanı sayılabilir. Bu önerilerin amacı ise, bu hedeflere finansman, hizmet sunma ve kurumsal yapı gibi alanlarda reformlar yaparak ulaşmaktır.^(159, 160)

¹⁵⁷ TATAR, Mehtap ve TATAR, Fahreddin: Yerel Yönetimler ve Sağlık, Türk Belediyecilik Derneği ve Konrad Adenauer Vakfı, Ankara 1998, s:131

¹⁵⁸ Türkiye Sağlık Reformu -Sağlıkta Mega Proje, TC Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara 1992, s:2-1/2-25; Türkiye Sağlık Reformları- 1998, TC Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara 1998, s:19-32

¹⁵⁹ Türkiye:Daha İyi Erişim ve Etkinlik İçin Sağlık Sektörü Raporu, Cilt I:Ana Rapor, Rapor No:24358-TU, Dünya Bankası Beşeri Kalkınma Sektörü Birimi Avrupa ve Orta Asya Bölgesi, Mart 2003, s:2

¹⁶⁰ Sözkonusu reform çalışması sonuçlandırılmamakla birlikte, bu kapsamda hazırlanan kanun tasarısı ve tasarıları şunlar olmuştur:

1- Kişisel Sağlık Sigortası Sistemi ve Sağlık Sigortası İdaresi Başkanlığı Kuruluş ve İşleyiş Kanun Tasarısı

2- Hastane ve Sağlık İşletmeleri Temel Kanunu Tasarı Taslağı

3- Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği Kanun Tasarı Taslağı

Sağlık Bakanlığı'nın "sağlık reformu" adına yürüttüğü çalışmaların asıl ve örtülü hedefinin; başta yataklı tedavi kurumları olmak üzere sağlık hizmetlerinin verilmesindeki birinci derecede icracı, asli görev ve sorumluluklarından kurtulmak, böylece görev ihmalî ve yönetim yetersizliklerini gizlemek, sonuçta da, devletin temel hizmet sorumlulukları kapsamında çıkartılan sağlık hizmetlerini serbest piyasaya/özel teşebbüse bırakmak olduğu, buna da Dünya Bankası teklif ve kredileri ile işlerlik kazandırılmaya çalışıldığı dile getirilmektedir.¹⁶¹ Buna paralel olarak, Dünya Bankası'nın Türk Hükümeti'ne(Sağlık Bakanlığı) teklif ettiği "sağlık projesi"nde sağlık hizmetleri sunumunda verimliliği artırmak, Sağlık Bakanlığı'nın yönetim kapasitesini güçlendirmek, sağlık sektörünün finansman imkanlarını geliştirmek gibi amaçlar öne çıkarılmaktaydı.¹⁶²

Genelde de sağlık reformunun amaçları; maliyetleri sınırlama, sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmak ve tüketicileri memnun etme, nüfusun büyük çoğunluğunu sağlık güvencesine alma, eşitliği sağlama, daha fazla verimlilik ve mevcut kaynakların daha etkili bir şekilde kullanımı, sağlık hizmetlerini daha ulaşılabilir kılma şeklinde sıralanmaktadır. Gerekçeleri de; maliyetlerin artışı, toplumun sağlık bakım sistemine ilişkin memnuniyetsizlikleri, medyanın etkisi, uluslar arası kuruluşların etkisi, nüfusun önemli bir kesiminin sağlık sigortasından yoksun oluşu ve sürdürülebilir kalkınmayı temin etme gibi konuların olduğu belirtilmektedir.¹⁶³ Ülkemizde sağlık reformlarının uygulanamamasının sebebi olarak siyasi ve ekonomik istikrarsızlıklar ile çıkar gruplarının olumsuz baskıları gösterilmektedir.¹⁶⁴

4- Sağlık Finansmanı Kurumu Kuruluş ve İşleyişi Kanunu Tasarı Taslağı

5- Ulusal Sağlık Akademisi Kanun Tasarı Taslağı

¹⁶¹ SARGUTAN, Erdal: Sağlık Reformu Temel Yaklaşımlarının Genel Analizi, Ankara, Temmuz 1993, s:10-13

¹⁶² SARGUTAN, Erdal: Sağlık Reformu Temel Yaklaşımlarının Genel Analizi, Ankara, Temmuz 1993, s:13-24

¹⁶³ YILDIRIM, H.Hüseyin ve YILDIRIM, Türkan: "Avrupa Birliği'ne Uyum Süreci ve Türk Sağlık Sektöründe Reform Tartışmaları", YILDIRIM, H.Hüseyin ve YILDIRIM, Türkan: Avrupa Birliği'ne Uyum ve Katılım Sürecinde Türk Sağlık Sektörü Açısından Değerlendirmeler, Ankara Ticaret Odası Yayınları, Ankara 2005, s: 39-63; YILDIRIM, H.Hüseyin: "Yapısal Uyum Programları Ve Sağlık Reformları: Türk Sağlık Reformları İçin Çıkarılacak Dersler", http://www.absaglik.net/hhy_YUP.pdf, (Erişim:10.01.2007) = **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, Kış 2000, C:5, S:1

¹⁶⁴ YILDIRIM, H.Hüseyin:"Türk Sağlık Reformları Neden Uygulanamıyor?", http://www.absaglik.net/hhy_sagref.pdf, (Erişim:10.01.2007) = I.Ulusal Sağlık İdaresi Kongresi:2000'li Yıllarda Sağlık Hizmetleri ve Kurumları Yönetimi, 20-21 Mayıs 2000, Ankara;

1992 yılında başlayan fakat hayata geçirilemeyen “sağlıkta reform” süreci, 2003 yılından itibaren “sağlıkta dönüşüm projesi”(SDP) olarak yeniden gündeme gelmiştir.¹⁶⁵ Dünya Bankası’nın 90’lı yılların başından itibaren Türkiye’ye, sağlıkta yeniden yapılanma için üç kez toplam 240 milyon ABD Doları proje kredi desteği sağlaması,¹⁶⁶ yine 2004-2007 yıllarını kapsayan SDP için 60,61 milyon ABD Doları kredi açması¹⁶⁷ genel olarak şüpheyle karşılanmıştır.¹⁶⁸ Bu kredilerin büyük kısmının Dünya Bankası’nca tayin edilen danışmanlara ödenmesinin sağlandığı ifade edilmiştir.¹⁶⁹ Öte yandan, Sağlık Bakanlığı ile Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı tarafından da Dünya Bankası’na kredi için başvuruda bulunulmuştur.¹⁷⁰

Diğer taraftan, Avrupa Birliği sürecinin sağlık reformunun uluslar arası yönlendiricilerinden biri olduğu belirtilmekle¹⁷¹ birlikte, SDP’nin AB’ye katılma perspektifinin dinamikleri ile şekillendiği ve bu dinamikler üzerine oturtulduğu yaklaşımının yanlış olduğu, AB dinamikleri gözetilerek oluşturulmuş bir program olmadığı dile getirilirken, AB’nin bir sağlık politikası geliştirme yolunda olmakla birlikte henüz ortak bir sağlık politikasının bulunmadığı da ifade edilmektedir.¹⁷²

YILDIRIM, Savaş:”Değişimin Getirdiği Reform İhtiyacı”, **Yeni Türkiye**, Temmuz-Ağustos 2001, S:40, s:1140-1144

¹⁶⁵ Türkiye: Daha İyi Erişim ve Etkinlik İçin Sağlık Sektörü Raporu, Cilt I:Ana Rapor, Rapor No:24358-TU, Dünya Bankası Beşeri Kalkınma Sektörü Birimi Avrupa ve Orta Asya Bölgesi, Mart 2003; Türkiye:Daha İyi Erişim ve Etkinlik İçin Sağlık Sektörü Raporu, Cilt II:Ana Rapor, Rapor No:24358-TU, Dünya Bankası Beşeri Kalkınma Sektörü Birimi Avrupa ve Orta Asya Bölgesi, Mart 2003; Sağlıkta Dönüşüm, TC. Sağlık Bakanlığı, Aralık 2003; Sağlıklı Bir Gelecek:Sağlık Reformu Yolunda Uygulanabilir Çözüm Önerileri, TÜSİAD, Yayın No:T/2004-09/380, Eylül 2004

¹⁶⁶ YILDIRIM, Hasan Hüseyin: “En Değerli Sermayem Ticarileşiyor:Sağlık, Sağlık Reformları ve Sağlıkta Özelleştirme”, http://www.absaglik.net/reform_ozellestirme.pdf, (Erişim:10.01.2007) = **Hastane Yaşam Dergisi**, Ekim-Aralık 2004, Yıl:1, S:3-4 ; BELEK, İlker: “Türkiye Sağlık Reformları”, **Toplum ve Hekim**, Kasım-Aralık 2001, C:16, S:6, s:438-447

¹⁶⁷

<http://www.worldbank.otg.tr/WBSITE/EXTERNAL/COUNTRIES/ECAEXT/TURKEYEXTN/0..contentMDK:20274795-pagePK:141137-piPK:141127-theSitePK:361712.00.html>, (Erişim:20.01.2006)

¹⁶⁸ Bu yolla gelişmekte olan ülkelerin sömürülmesi ve kaynakların gelişmiş ülkelere ve belli başlı şirketlere transferi mekanizmasına ilişkin detaylı bilgi için bkz. PERKİNS, John: Bir Ekonomik Tetikçinin İtirafları, (Türkçesi:Murat KAYI), APRIL Yayıncılık, 3.Baskı, Ankara 2006; PERKİNS, John: Bir Ekonomik Tetikçinin İtirafları 2 - Şirketokrasi ve Ondan Kurtulmanın Yolu, (Türkçesi:Cihat TAŞÇIOĞLU), APRIL Yayıncılık, 3.Baskı, Ankara 2007

¹⁶⁹ HAMZAOĞLU, Onur ve YAVUZ, Cavit Işık: “Sağlıkta AKP’li Dönemin Bilançosu Üzerine”, **Mülkiye**, 2006/Güz. C:XXX, S:252, s:275-296; Aile Hekimliğini kabul etmeyen sağlık çalışanlarına, Dünya Bankası’nın finanse ettiği kişilerce baskı uygulandığına dair haber için bkz, Cumhuriyet Ege, 30.03.2007 tarihli

¹⁷⁰ “Dünya Bankası Sağlıkta Dönüşüm Projesi Değerlendirme Belgesi”, **Toplum ve Hekim**, Kasım-Aralık 2005, C.20, S:6, s:431-447

¹⁷¹ Sağlık Reformu Projesi (Nihai Rapor), Birleşik Sağlık Sistemleri, Haziran 2003, s:4-6

¹⁷² YILDIRIM, H.Hüseyin ve YILDIRIM, Türkan: “Avrupa Birliği’ne Uyum Süreci ve Türk Sağlık Sektöründe Reform Tartışmaları”, YILDIRIM, H.Hüseyin ve YILDIRIM, Türkan: Avrupa Birliği’ne

Dünya Bankası'nın önerilerinin ise büyük ölçüde sağlığın ticarileştirilmesi, tedavi edici hizmetlerde özel sektörün önünün açılması, genel sağlık sigortası ile hizmetin dışarıdan satın alınması vb. şeklinde olmasının temel bir insan hakkı olan sağlığın gerçekleştirilmesini zorlaştıracağı, yoksul kesimler açısından ulaşılabilirliğini engelleyeceği, maliyetleri daha da arttıracığı vb. gerekçelerle eleştirilmektedir.¹⁷³ Öte yandan, sağlık alanında yükselen değerlerin yeni yıldızının Dünya Bankası olduğu,¹⁷⁴ küreselleşme sürecinde, refah devletinin sağlık alanındaki yumuşak yüzü olan Dünya Sağlık Örgütü'nün(DSÖ) gittikçe silikleştiği, yerini uluslar arası bir finans kuruluşu olan küresel deregülasyonun sert yüzü Dünya Bankası'na(DB) bıraktığı, ifade edilmektedir.¹⁷⁵

Esasen 8.Beş Yıllık Kalkınma Planındaki ilke ve hedefleri ihtiva ettiği anlaşılan SDP'nin amacı; "sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde; organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunulması" olarak özetlenirken, temel ilkeleri; insan merkezlilik, sürdürülebilirlik, sürekli kalite gelişimi, katılımcılık, uzlaşmacılık, gönüllülük, güçler ayrılığı, desantralizasyon ve hizmette rekabet olarak sıralanmaktadır.¹⁷⁶

Yukarıda sıralanan amaç ve ilkeler ışığında SDP sekiz bileşenden oluşmaktadır.¹⁷⁷

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

Uyum ve Katılım Sürecinde Türk Sağlık Sektörü Açısından Değerlendirmeler, Ankara Ticaret Odası Yayınları, Ankara 2005, s: 39-63

¹⁷³ AKSAKOĞLU, Gazanfer ve ŞEMİN, Semih: "Dünya Bankası ve Sağlık:Gerçekleri Görmek Bu Kadar Zor Mu?", **Toplum ve Hekim**, Kasım-Aralık 1998, C:13, S:6, s:416-418; PALA, Kayıhan: "Dünya Bankası'nın Türkiye İçin Sağlık Politikası ve Genel Sağlık Sigortası", **Toplum ve Hekim**, Mart-Nisan 2003, C:18, S:2, s:115-119; BAKAR, Coşkun ve AKGÜN, Seval: "Türkiye'de Sağlık Reformları; Sonu Gelmeyen Hikaye", **Toplum ve Hekim**, Eylül-Ekim 2005, C:20, S:5, s:339-352; SOYER, Ata: "Sağlıkta Dönüşüm Öyküsünün Son Üç Yılı", **Tes-İş Dergisi**, Kasım 2006, S:2006/3, s:76-79

¹⁷⁴ ŞEMİN, Semih ve AKSAKOĞLU, Gazanfer: Sağlık Alanında Artan Sorunlar ve Dünya Sağlık Örgütü'nün(DSÖ) Azalan Etkinliği", **Toplum ve Hekim**, Temmuz-Ağustos 1995, C:10, S:68, s:45-53

¹⁷⁵ ÜÇKUYU, Yavuz: "Küreselleşme, Küreselleşme Ekseninde Sağlık Politikaları", **Özgür Üniversite Forumu**, Nisan-Eylül 2004, S:26-27, s:30-45;

¹⁷⁶ Sağlıkta Dönüşüm, TC. Sağlık Bakanlığı, Aralık 2003, s:24-25

¹⁷⁷ Sağlıkta Dönüşüm, TC. Sağlık Bakanlığı, Aralık 2003, s:26-36

- b) Etkili, Kademeli Sevk Zinciri
- c) İdari ve Mali Özerkliğe Sahip Sağlık İşletmeleri
4. Bilgi ve Beceri İle Donanmış, Yüksek Motivasyon İle Çalışan Sağlık İnsan Gücü
5. Sistemi Destekleyecek Eğitim ve Bilim Kurumları
6. Nitelikli ve Etkili Sağlık Hizmetleri İçin Kalite ve Akreditasyon
7. Akılcı İlaç ve Malzeme Yönetiminde Kurumsal Yapılanma
 - a) Ulusal İlaç Kurumu
 - b) Tıbbi Cihaz Kurumu
8. Karar Sürecinde Etkili Bilgiye Erişim: Sağlık Bilgi Sistemi

III .2 - Planlayıcı ve Denetleyici Bir Sağlık Bakanlığı

SDP kapsamında sözü edilen temel bileşenlerden birisi Sağlık Bakanlığı'nın yeniden yapılandırılmasıdır. Böylece Sağlık Bakanlığı, kendi yapılanması ve rolünü değiştirmekte ve “dikey yapılanmayı” ortadan kaldırarak, “Sağlık Bakanlığı'na bağlı kuruluşların yerinden yönetim ilkeleri doğrultusunda yapılandırılması” sağlanarak Bakanlığın, “planlama yapan stratejik bir örgüt” haline dönüştürülmesi hedeflenmektedir.¹⁷⁸

Bu yaklaşıma göre, Sağlık Bakanlığı'nın başlıca görevi ve sorumluluğu politika hazırlamak ve düzeni denetlemek olacaktır. Sağlık Bakanlığı'nın yeniden yapılandırılmasına yönelik olarak hazırlanan kanun tasarısı ve tasarılarının¹⁷⁹ kamuda yeniden yapılanma çalışmalarının sonuçlanması ile yaşama geçirilmesinin hedeflendiğini söyleyebiliriz. Bahsi geçen kanun tasarısı ve tasarılarından bir bölümü de SDP'nin diğer bileşenleri olan, “sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumları”,

¹⁷⁸ HAMZAOĞLU, Onur ve YAVUZ, Cavit Işık: “Sağlıkta AKP'li Dönemin Bilançosu Üzerine”, **Mülkiye**, 2006/Güz. C:XXX, S:252, s:275-296

¹⁷⁹ TC. Cumhurbaşkanlığı'na yayımlanmayarak bazı maddelerinin bir kez daha görüşülmesi için TBMM'ne geri gönderilen, 5227 sayılı Kamu Yönetiminin Temel İlkeleri ve Yeniden Yapılandırılması Hakkında Kanun'un kamu yönetimini yeniden yapılandırma amacına da uygun olarak SDP kapsamında hazırlanan kanun tasarısı ve tasarıları şunlardır:

- 1-Sağlık Kanunu Tasarısı
- 2-Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Tasarısı
- 3-Hudut ve Sahilleri Genel Müdürlüğünün Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Tasarısı
- 4-Türkiye Hıfzıssıhha Kurumunun Kuruluş ve Görevleri Hakkında Kanun Tasarısı Taslağı
- 5-Sağlık Meslek Odaları ve Birlikleri Kanun Tasarısı Taslağı
- 6-Sağlık Uzmanlık Kurumunun Kuruluş ve Görevleri Hakkında Kanun Tasarısı
- 7- Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumunun Kuruluş ve Görevleri Hakkında Kanun Tasarısı

“nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon” ve “akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma”yı yaşama geçirmeyi amaçladığını da belirtelim.

III .3 - Herkesi Tek Çatı Altında Toplayan Genel Sağlık Sigortası

SDP'nin bir bileşeni olarak zorunlu sağlık sigortacılığına ihtiyaç duyulmasının sebebi olarak, “hizmet kalitesini artırmak, her hastaya eşit düzeyde temel sağlık hizmeti sunmak ve hasta ile doktor arasındaki para ilişkisini ortadan kaldırmak” gösterilmiştir. Dahası özel sağlık sigortacılığının gelişimin desteklenmesi ve sistemde tamamlayıcı bir rol üstlenmeleri de hedeflenmiştir.

Genel sağlık sigortasını yaşama geçirmek için çıkarılan 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nda, sosyal sigorta hükümlerinden başka genel sağlık sigortası hükümlerine de yer verilmiştir. Böylece, sağlık hizmetlerinin üretim ve finansmanının birbirinden ayrılması ve toplumun tümünü kapsayacak zorunlu bir sağlık sigortacılığı sistemi oluşturulmaya çalışılmıştır. Genel sağlık sigortasına ilişkin düzenlemeler ise özellikle sağlık hizmetlerinde özelleştirmenin yolunu açması ve dolayısıyla sağlığın bir hak olmaktan çıkarılıp kişisel tüketim olarak sunulması, daha fazla harcamayı gerektirmesi gibi nedenlerle eleştiriye tabi tutulmuştur.¹⁸⁰

Bu kapsamda ilk defa yapılan çalışmaların başında GSS sisteminin nüvesi sayılabilecek, kamunun özel sağlık işletmelerinden hizmet alması esasının benimsendiği kanuni ve idari düzenlemelere gidilmiştir. 25.06.2003 tarih ve 4905 sayılı *Devlet Memurları Kanunu ile Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanunun*¹⁸¹ 1.maddesiyle de 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 209. maddesinin birinci fıkrasında yapılan değişiklik

¹⁸⁰ HAMZAOĞLU, Onur ve YAVUZ, Cavit Işık: “Sağlıkta AKP'li Dönemin Bilançosu Üzerine”, **Mülkiye**, 2006/Güz. C:XXX, S:252, s:275-296; SÖZER, Ali Nazım: “Genel Sağlık Sigortası Kimin Yararına?”, **Mercek**, Ocak 2005, s:21-31; SÖZER, Ali Nazım: “Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanun Tasarısında Genel Sağlık Sigortasına İlişkin Düzenlemeler”, **Legal İş Hukuku ve Sosyal Güvenlik Hukuku Dergisi**, 2005/7, s:1175-1190; SÖZER, Ali Nazım: “Sağlıkta Dönüşüm Projesi ve Genel Sağlık Sigortası”, **TİSK Akademi**, 2006/1, C:1, S:1, s:47-55; KAAAN, Tufan: “Sosyal Güvenlik Reformu ve Genel Sağlık Sigortası”, **Çalışma ve Toplum**, 2006/1 Özel Sayı, S.8, s:147-161; Genel Sağlık Sigortası, Türk Tabipleri Birliği Görüşleri, TTB Yayınları, 3.Baskı, Ekim 2005

¹⁸¹ 01.07.2003 tarih ve 25155 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

ile Devlet memurları ile herhangi bir şekilde sağlık yardımından yararlanmayan eşlerinin veya bakmakla yükümlü buldukları ana baba ve ikiden fazla dahi olsa aile yardımı ödeneğine müstahak çocuklarının hastalanmaları halinde, **özel sağlık kurum ve kuruluşlarında** da ayakta veya yatarak tedavilerinin kurumlarınca sağlanmasını mümkün kılan kanuni düzenleme yapılmıştır.¹⁸²

Aynı şekilde, 4905 sayılı Kanununun 4.maddesiyle de 5434 sayılı Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı Kanununun geçici 139.maddesinde yapılan değişiklik ile, sandıktan emekli, malullük aylığı alanlarla, bunların kanunen bakmakla yükümlü bulunduğu aile fertleri, dul ve yetim aylığı alanların, Kanunla düzenlenecek genel sağlık sigortası kapsamına alınacakları tarihe kadar, hastalanmaları halinde resmî veya **özel sağlık kurum veya kuruluşlarında** yönetmelikle belirlenecek usul ve esaslara göre muayene ve tedavi ettirilecekleri hüküm altına alınmıştır.¹⁸³

4905 sayılı Kanun ile 657 ve 5434 sayılı kanunlarda daha önce var olan “resmi sağlık kurulu” tabirindeki “resmi” kelimesi kaldırılmıştır. Böylece özel hastaneler bünyesinde de sağlık kurulu oluşturulması ve sağlık kurulu raporu düzenlenmesi mümkün hale getirilmiştir.¹⁸⁴ Bu şekilde kesik kesik işleyen süreç, 5655 sayılı Kanun¹⁸⁵ ile 657, 1479, 506, 5434 ve 5510 sayılı Kanunlardaki uzun

¹⁸² Uygulamanın usul ve esasları ise ikincil mevzuatta düzenlenmiştir: Teşhis ve Tedavi Amacıyla Özel Sağlık Kurum ve Kuruluşlarına Hasta Sevkinde İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ (30.05.2003 tarih ve 25123 sayılı RG), Maliye Bakanlığı Bütçe ve Mali Kontrol Genel Müdürlüğü'nün 05.06.2003 tarih ve 10309 sayılı Genelgesi, Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 15.08.2003 tarih ve 2003/97 sayılı Genelgesi

¹⁸³ Bu kapsamda alınacak sağlık hizmetlerine ilişkin usul ve esaslar için bkz; Emekli Ve Malullük Aylığı Bağlanmış Olanlarla, Bunların Kanunen Bakmakla Yükümlü Buldukları Aile Fertleri, Dul Ve Yetim Aylığı Alanların Muayene İle Tedavileri Hakkında Yönetmelik(06.09.2003 tarih ve 25221 sayılı RG)

¹⁸⁴ Belirtelim ki; özel hastaneler bugün için sağlık kurulu raporu düzenleyebilme yetkilerini belli kısıtlar altında kullanabilmekte: Özel hastaneler; **ilaç raporları, istirahat raporları** ile kabul ve tedavi ettiği hastalıkların tedavisinde kullanılan **tıbbi cihaz ve malzemelerin kullanımına yönelik olarak sağlık kurulu raporu** düzenleyebildikleri halde, usulüne uygun olarak teşekkül ettirilmiş olsa bile; **özürlü sağlık kurulu raporu, vergi muafiyeti raporu, yurtdışı tedavi raporu, maluliyet raporu, özel tertibatlı araç ithali amacıyla alınan raporlar gibi** özellikli raporları verememektedir.(Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 07.05.2004 tarih ve 7455 sayılı, (2004/67) Genelgesi)

¹⁸⁵ 20.05.2007 tarih ve 26527 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

sürelî tedaviyi gerektiren hastalıklarda sürekli ilaç kullanımına yönelik “sağlık kurulu raporu” aranan halleri sadece “sağlık raporu”na indirgeyen bir aşamaya gelmiştir.¹⁸⁶

Öte yandan, 5510 sayılı Kanunun yürürlüğe girmesi halinde yapılacak kimi iş ve işlemler 5502 sayılı Kanuna yapılan eklemeler ile sürdürülmüştür. Denilebilir ki, aslında süreç ilerlemektedir. Sağlık hizmeti sunan kamu ya da özel sağlık kurum ve kuruluşlarının, sunulan sağlık hizmeti bedellerinin alınmasında yaşanan sorun ve gecikmelerin kaynağında büyük oranda, çok sayıda fatura ve eki belgelerin varlığı ve bunları inceleyen geri ödeme kurumu(SGK) fatura inceleme birimlerinin kadro ve teknolojik kimi imkansızlıklarının olması, daha önce sadece kamu sağlık tesisleri için getirilmiş olan örnekleme yoluyla fatura inceleme uygulaması, 5597 sayılı Kanun¹⁸⁷ ile 5502 sayılı kanuna eklenen ek 1.madde ile tüm sağlık sektörüne yaygınlaştırılmıştır. Böylece, artık kamu ya da özel sağlık tesisi ayrımı yapılmaksızın, hizmet bedeli olarak düzenledikleri ve ödenmek üzere Kuruma gönderdikleri faturalar, genel sonuçlar verecek şekilde %5 ila %10 oranında örnekleme metoduyla incelenecektir.

Belirtelim ki, bu genel yaklaşımın tersine uygulamalar da göze çarpmaktadır. Örneğin, 5597 sayılı Kanun ile 5502 sayılı Kanuna eklenen ek 2.maddeyle yapılan bir diğer düzenleme ise kamu sağlık güvencesine sahip tüm nüfusun, birinci basamak sağlık hizmetlerinin hizmet alım sözleşmeleriyle Sağlık Bakanlığı’ndan alınacak olmasıdır. Denilebilir ki; birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumu adeta Sağlık Bakanlığı’na devredilmiş ve artık birinci basamak sağlık hizmetleri özel sektörden alınmayacaktır.¹⁸⁸ Bu şekilde, birinci basamak sağlık hizmetlerinin özel sektörden alınmaması sonucunu doğuran düzenlemenin, bir taraftan sağlık hizmetlerine erişimin önündeki engellerinin kaldırılması nedeniyle oluşan sağlık harcamalarını kontrol ihtiyacı, diğer taraftan aile hekimliği pilot uygulamasının tüm ülke geneline

¹⁸⁶ Düzenlemenin genel gerekçesinde, kamu yönetiminde yeniden yapılanma çalışmaları kapsamında kırtasiyeciliğin ve bürokrasinin azaltılmasının amaçlandığı belirtilmiştir. Böylece, uzun süreli tedaviyi gerektiren; tüberkuloz, kanser, kronik böbrek hastalıkları, akıl hastalıkları, organ transplantasyonları gibi durumların tespiti, özel ya da kamu sağlık tesisi ayrımı olmaksızın, artık sadece “sağlık raporu” ile yapılabilecek, hastalar da kullanmaları gereken ilaçları için sürekli olarak hekime başvurmak zorunda kalmaksızın sağlık raporları ile doğrudan eczanelerden temin edebileceklerdir.

¹⁸⁷ 23.03.2007 tarih ve 26471 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

¹⁸⁸ ÇELİK, Hüseyin: “Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Kapıtasyon Yöntemi Uygulaması”, <http://www.medimagazin.com.tr/birinci-basamak-saglik-hizmetlerinde-kapıtasyon-yontemi-uygulamasi-ky-51162.html>, (Erişim:13.05.2007)

yaygınlaşmasının zaman alacağını ortaya çıkmasından kaynaklandığı belirtilmektedir.¹⁸⁹

III .4 - Yaygın, Erişimi Kolay ve Güler Yüzlü Sağlık Hizmeti Sistemi

Bu başlık altında, temel sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi, sevk zinciri sisteminin etkili bir biçimde oturtulması ve idari ve mali özerkliğe haiz sağlık işletmelerinin oluşturulması hedeflenmektedir. Bu kapsamda, “bireye yönelik koruyucu hizmetleri ile birinci basamak tanı ve tedavi hizmetlerinin bireylerin kendi seçecekleri doktorlar tarafından yürütülmesi” amacı esas olarak “aile hekimliği sistemi” üzerine oturtulmaktadır.

Aile hekimliği müessesesi 24.11.2004 tarihli ve **5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun**¹⁹⁰ ile sağlık sistemimize girmiş bulunmaktadır.¹⁹¹ Pilot uygulaması ise ilk defa 2005 yılında Düzce’de başlatılmıştır. Bunu, 2006 yılında Eskişehir ve Bolu, 2007(Ekim) yılında da Denizli, Edirne, Gümüşhane, Adıyaman, Isparta, Elazığ, İzmir, Samsun , Sinop illerinde aile hekimliği pilot uygulaması başlatılmıştır.^(192, 193)

5258 sayılı Kanununun 3.maddesine göre Sağlık Bakanlığı, aile hekimi uzman tabip veya tabipler ile ebe, hemşire ve sağlık memuru gibi aile sağlığı elemanlarını Sağlık Bakanlığı veya diğer kamu kurum veya kuruluşları personelinden veyahutta ihtiyaç halinde kamu görevlisi olmayanlardan da sözleşme ile çalıştırabilecektir. Aile

¹⁸⁹ ÇELİK, Hüseyin: “Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Kapıtasyon Yöntemi Uygulaması”, <http://www.medimagazin.com.tr/birinci-basamak-saglik-hizmetlerinde-kapıtasyon-yontemi-uygulaması-ky-51162.html>, (Erişim:13.05.2007)

¹⁹⁰ 09.12.2004 tarih ve 25665 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

¹⁹¹ Aile Hekimliği uygulamasına yön vermek üzere ikincil mevzuat da hazırlanmıştır: Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik(06.07.2005 tarih ve 25867 sayılı RG); Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ve Sözleşme Şartları Hakkında Yönetmelik(12.08.2005 tarih ve 25904 sayılı RG); Aile Hekimliğinin Pilot Uygulandığı İllerde Toplum Sağlığı Merkezleri Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge

¹⁹² Aile Hekimliğinde Son Durum, TTB Yayınları, Eylül 2006, s:16

¹⁹³ Belirtelim ki; 2007 yılının sonuna kadar Bartın, Amasya, Bayburt, Çorum, Karaman, Manisa, Yalova, Karabük, Adana, Burdur, Osmaniye ve Erzurum’da uygulamanın başlatılması hedeflenirken, 2008 yılında da 35 yeni ilde daha aile hekimliği uygulamasına geçilmesi planlanmaktadır. Bu 35 il ise; Afyonkarahisar, Aksaray, Ardahan, Artvin, Balıkesir, Batman, Bilecik, Bingöl, Bursa, Çanakkale, Çankırı, Erzincan, Iğdır, Kars, Kastamonu, Kayseri, Kırıkkale, Kırklareli, Kırşehir, Konya, Kütahya, Malatya, Mersin, Nevşehir, Niğde, Rize, Sakarya, Siirt, Tekirdağ, Tokat, Trabzon, Tunceli, Uşak, Van ve Zonguldak’tır.(Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü’nün 28.09.2007 tarih ve 11013 sayılı Makam olur yazısı)

hekimliği için talebin yeterli olmaması ve pilot uygulamaya geçilen illerde bu sebeple yaşanan sıkıntılardan dolayı 5614 sayılı Kanun¹⁹⁴ ile 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununun ek 5. maddesine eklenen bir fıkra ile devlet hizmeti yükümlülüğünü yapmakta olan personelin, buldukları ilde sözleşmeli aile hekimi olarak çalışmaları veya ihtiyaç halinde aile hekimliği uygulamaları için görevlendirilmeleri olanaklı kılınmıştır.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde sağlık ocaklarından aile hekimliğine yönelište hizmetin ücretsiz olarak sunulacak olmasının, süreci “pilot uygulama olmaktan” uzaklaştıracakđı ifade edilmiş,¹⁹⁵ belli bir mekanda hizmet verecek aile hekimlerinin ayrıca yanlarında aile sağlığı elemanı da çalıştırmak suretiyle bunların birer aile hekimliği işletmesi olacakları belirtilerek eleştirilmiştir.^(196, 197)

Öte yandan, 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu ile 4857 sayılı İş Kanunu'nun 30.maddesi gereğince devamlı olarak en az 50 ve daha fazla işçi çalıştıran işyerlerinde işçilerin sağlık durumlarını denetlemek, ilk yardım, acil tedavi ve diğer koruyucu sağlık hizmetlerini düzenlemek üzere iş yerlerinde bulundurulması gereken işyeri hekimlerinin, aile hekimliği pilot uygulamasına geçilen illerde Sosyal Güvenlik Kurumu(SGK) adına reçete yazma ve iki güne kadar istirahat verme yetkisi tanınabilmesi Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik'in 26.maddesi ile aynı zamanda aile hekimliği yetkisine de haiz olmaları zorunluluğu getirilmiş bulunmaktadır.¹⁹⁸

¹⁹⁴ 04.04.2007 tarih ve 26483 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

¹⁹⁵ PALA, Kayıhan ve YAVUZ, Cavit Işık: “Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Üzerine Bir Değerlendirme:Düzce Örneği”, **Toplum ve Hekim**, Mayıs-Haziran 2005, C:20, S:3, s:162-171

¹⁹⁶ HAMZAOĞLU, Onur ve YAVUZ, Cavit Işık: “Sağlıkta AKP'li Dönemin Bilançosu Üzerine”, **Mülkiye**, 2006/Güz. C:XXX, S:252, s:275-296; Sağlıkta Özelleştirme ve Aile Hekimliği,(Broşür) TTB Tezleri, Mart 1997

¹⁹⁷ Öte yandan, aile hekimliği modelinin sigorta sistemine dayalı yapay bir hekim modeli olduğu, nüfus tabanına dayalı olarak örgütlenmediği, ekip anlayışına uygun olmadığı, “kişiye yönelik koruyucu hizmet” anlayışının yanlış olduğu, pahalı bir sitem olduğu, olumlu rekabetin bulunmadığı bir model olarak ülkemiz için uygun olmayacakđı da öne sürülmüştür.(AKSAKOĞLU, Gazanfer; KILIÇ, Bülent ve UÇKU, Reyhan: “Aile Hekimliği Türkiye İçin Uygun Değildir”, **Toplum ve Hekim**, Temmuz-Ağustos 2003, C:18, S:4, s:251-257)

¹⁹⁸ Bkz: SGK Sosyal Sigortalar Genel Müdürlüğu SSK Kısa Vadeli Sigortalar Daire Başkanlığı(Devredilen)'nın 19.03.2007 tarih ve 2007/21 sayılı Genelgesi; Ayrıca, SGK Sosyal Sigortalar Genel Müdürlüğu SSK Kısa Vadeli Sigortalar Daire Başkanlığı(Devredilen)'nın 11.05.2007 tarih ve 355453 sayılı Genel Yazısı ile bu zorunluluk ertelenmiş, ikinci bir talimata kadar aile hekimliği yetki belgesi istenilmeden işyeri hekimi yetkilendirilmesi uygulamasının devam edeceği belirtilmiştir.

Bir taraftan Sağlık Bakanlığı yeniden yapılandırılmaya çalışılırken diğer taraftan da Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık kuruluşlarının yerinden yönetim ilkesi çerçevesinde idari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri olarak yeniden örgütlenmesi çalışmaları sürdürülmektedir.¹⁹⁹ Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı ile mevcut personelin hakları korunurken yeni alınacak personelin iş güvencesinden yoksun olacağı; buralarda üretilecek hizmetin finansmanında devletin katkısının kalkacağı, bunun da kamu sağlık kuruluşlarına ayrılan ödeneklerin iptali suretiyle uluslar arası finans kuruluşlarının son yıllardaki verdikleri borçların tahsil kabiliyetini artırma adına bütçenin %6,5'nin faiz dışı fazla vermesini istemelerine paralellik taşıdığı; kamu sağlık kuruluşlarının önce özerkleştirileceği sonrasında ise özelleştirileceği değerlendirilmiştir.²⁰⁰

Bundan başka Sağlık Bakanlığı'nın yeniden yapılanması ve sağlık kuruluşlarının evvela tek elde toplanmasına olanak sağlayan bir kanuni düzenleme daha yapılmıştır. Böylece, **5283 sayılı Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesine Dair Kanun**²⁰¹ ile Cumhurbaşkanlığı, yüksek mahkemeler, Sayıştay, Türk Silahlı Kuvvetleri, Milli İstihbarat Teşkilatı, üniversiteler, mahalli idareler ve mazbut vakıflara ait sağlık birimleri hariç, başta SSK sağlık tesisleri olmak üzere kamuya ait tüm sağlık birimleri kanunun yayım tarihinden bir ay sonra Sağlık Bakanlığı'na devrolunmuştur.²⁰²

Bu düzenlemenin **5216 sayılı Büyükşehir Belediyesi Kanunu**,²⁰³ **5393 sayılı Belediye Kanunu**²⁰⁴ ve **5302 sayılı İl Özel İdaresi Kanunu**²⁰⁵ ile

¹⁹⁹ Bu amaçla hazırlanan "Kamu Sağlık İşletmeleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı"nın adı ise "Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı" olarak değiştirilmiş ve tartışmaya açılmıştır. (http://www.ttb.org.tr/index.php?option=com_content&task=view&id=572&Itemid=56 (Erişim:25.03.2007))

²⁰⁰ ATAAY, Faruk: Kamu Hastane Birlikleri Tasarısı Üzerine Değerlendirme, TTB Yayını, 1.Baskı, Haziran 2007, Ankara, s:7-13

²⁰¹ 19.01.2005 tarih ve 5705 (Mükerrer) sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

²⁰² SSK sağlık tesislerinin devrinin Anayasa'ya aykırılık teşkil edeceği, SSK sağlık harcamalarını artıracığının öne sürüldüğü Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'na hazırlanan raporun dikkate alınmadığı belirtilmiştir.(**Birgün**, 13.11.2004 tarihli); Gerçektende SSK sağlık tesislerinin Sağlık Bakanlığı'na devrinin ardından bir yılda 4,5 milyar YTL'lik ek masraf çıkmıştır.(ŞAKAR, Müjdat: "Sosyal Güvenlik Reformunun Siyasal Riski", **Yaklaşım**, Mart 2006, S:159, s:15-18)

²⁰³ 23.07.2004 tarih ve 25531 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

²⁰⁴ 13.07.2005 tarih ve 25874 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

²⁰⁵ 04.03.2005 tarih ve 25745 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

Cumhurbaşkanlığının TBMM'ne iadesi nedeniyle kanunlaşma süreci henüz tamamlanmamış olan **5227 sayılı Kamu Yönetiminin Temel İlkeleri ve Yeniden Yapılandırılması Hakkında Kanun**^(206,207) birlikte değerlendirildiğinde istisnalar dışındaki tüm ve özellikle de SSK sağlık tesislerinin²⁰⁸ Sağlık Bakanlığına devri özel bir anlam kazanmaktadır.

Şöyle ki; 5216 sayılı Kanunun 7/v.maddesi uyarınca Büyükşehir Belediyesine “sağlık merkezleri, hastaneler, gezici sağlık üniteleri” kurmak görev ve yetkisi verilmiş, 5393 sayılı Kanunun 14/b.maddesi ile belediyelere “sağlıkla ilgili her türlü tesis açma ve işletme yetkisi” verilmişken, 5302 sayılı Kanunun 6/a.maddesiyle de il özel idaresi “il sınırları içinde sağlık hizmetleri yapmakla görevli ve yetkili” kılınmıştır. 5227 sayılı Kanunun geçici 1/a.maddesinde, eğitim hastaneleri hariç Sağlık Bakanlığı’na ait bütün sağlık tesislerinin il özel idarelerine devredileceği, aynı maddenin üçüncü fıkrasında ise bunların daha sonra belediyelere devredilebileceği öngörülmüştü.²⁰⁹ Esasen, sağlık tesislerinin son tahlilde belediyelere devrini öngören

²⁰⁶ Söz konusu Kanun Cumhurbaşkanlığınca yayımlanması uygun bulunmayarak, TC Cumhurbaşkanlığı’nın 03.08.2004 tarih ve B.01.0.KKB.01-18/A-9-2004-890 sayılı yazı ile; 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 16, 23, 38, 39, 40, 46, 49, geçici 1, geçici 3, geçici 4, geçici 5, geçici 6, geçici 7, geçici 8 ve geçici 9. maddelerinin bir kez daha görüşülmesi için, Anayasanın 89. ve 104. maddeleri uyarınca Türkiye Büyük Millet Meclisi Başkanlığı’na geri gönderilmiştir.

²⁰⁷ Kamu yönetimi reformu ve söz konusu kanun kapsamındaki değerlendirmeler için bkz: AKARCA, Gültekin: “Kamu Yönetimi Temel Yasası Genel Gerekeçesi ve Çıplak Sermaye Devleti”, **Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi**, Ocak-Şubat-Mart 2004, s:17, s:2-8; GÜLER, Birgün Ayman: “İkinci Dalga: Siyasal ve Yönetimsel Liberalizasyon(Kamu Yönetimi Temel Kanunu)”, **AÜ. SBF GETA Tartışma Metinleri**, Kasım 2003, Özel Sayı, No:59, s:1-34; DİKMEN, Ahmet Alpay: “Sermaye Lehine Reform”, **AÜ. SBF GETA Tartışma Metinleri**, Kasım 2003, Özel Sayı, No:60, s:5-9; DİNLER, Demet ve SÖNMEZ, Umut: “Kamu Yönetimi Temel Kanunu Tasarısı:Halkın İhtiyaçlarına Yönelik Reform mu? Neo-Liberal Dönüşümün Kurumsallaşması mı ?”, **AÜ. SBF GETA Tartışma Metinleri**, Kasım 2003, Özel Sayı, No:60, s:32-43; KARAHANOGULLARI, Onur: “Kamu Reformu Tartışmalarına Metodolojik Bir Bakış”,<http://yonetimbilimi.politics.ankara.edu.tr/reform-yontem.pdf>, (Erişim:28.04.2007)=**Hukuk ve Adalet Dergisi**, 2004, S:2

²⁰⁸ Başlangıcından beri SSK’nın sağlık hizmeti üretmek üzere kendi sağlık tesislerini kurmak zorunda kalmasının tarihsel, finansal ve yasal nedenleri için bkz; BİLGİLİ, Özkan: Türkiye’de SSK Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik, Gazi Üniversitesi(Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Ankara 1997, s:92-95

²⁰⁹ Bu yaklaşıma uygun olarak, “Belediye ve Bağlı Kuruluşları ile Mahalli İdare Birlikleri Norm Kadro İlke ve Standartlarına İlişkin Esaslar”ın yürürlüğe konulmasına ilişkin Bakanlar Kurulunun 2006/9809 sayılı kararı ile belediyelerin sağlık personeli istihdamına ilişkin norm kadroları da belirlenmiş bulunmaktadır.(22.04.2006 tarih ve 26147 sayılı RG) “Belediye ve Bağlı Kuruluşları ile Mahalli İdare Birlikleri Norm Kadro İlke ve Standartlarına Dair Yönetmelik”te de belediyelerin sağlık personeli istihdamına ilişkin norm kadrolarına yer verilmiştir.(22.02.2007 tarih ve 26442 sayılı RG) Aynı şekilde, “İl Özel İdareleri Norm Kadro İlke ve Standartlarına İlişkin Esaslar”ın yürürlüğe konulmasına ilişkin Bakanlar Kurulunun 2006/10265 sayılı kararı ile de il özel idarelerinin sağlık personeli istihdamına ilişkin norm kadroları belirlenmiş(22.04.2006 tarih ve 26147 sayılı RG), fakat Bakanlar Kurulunun 2007/12320 sayılı kararı ile yürürlükten kaldırılmıştır.(30.06.2007 tarih ve

bu düzenlemelerin SDP'nin temel ilkelerinden desantralizasyon yaklaşımına da uygun düştüğünü söyleyebiliriz.

İçerisinde sağlık personelinin de bulunduğu belediye ve bağlı kuruluşları ile mahalli idare birlikleri için belirlenmiş personel istihdamına ilişkin norm kadro ilke ve standartlarına ilişkin esasların, özellikle belediyelerdeki mevcut personel sayısının azaltılmasını öngördüğü, piyasa ekonomisine yapısal uyarılama amacı taşıdığı, yerel yönetimler için “sözleşmeli personel” statüsünde çalışmanın temel istihdam yöntemi haline getirilerek personel istihdamının neo-liberal bir bağlamda yeniden tanımladığı belirtilmektedir.²¹⁰

Belirtelim ki; 5538 sayılı Kanunun²¹¹ 11.maddesi ile 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'na eklenen “*Mahalli idareler ve birliklerce verilen sağlık hizmetleri*” başlıklı ek 8.maddesiyle, 5302 sayılı İl Özel İdaresi Kanunu'nun 36. maddesinin üçüncü fıkrası ile 5393 sayılı Belediye Kanunu'nun 49.maddesinin üçüncü fıkrası uyarınca istihdam edilen “sözleşmeli personel” eliyle verilen sağlık hizmetleri, resmi sağlık kuruluşları tarafından verilen sağlık hizmetleri kapsamında kabul edilmiştir.

Bunlardan başka sağlık tesislerinin satışı ve kiralanmasını da öngören düzenlemeler hayata geçirilmiştir. 5220 sayılı Kanun²¹² ile Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa eklenen ek 2.madde ile, Sağlık Bakanlığına tahsisli Hazine mülkiyetindeki taşınmazlar ile Sağlık Bakanlığı kullanımında bulunan diğer taşınmazlardan gerekli görülenlerin, mülkiyetinin Hazineye bedelsiz devrinden sonra, Sağlık Bakanlığı ile mutabık kalınarak tahsislerini kaldırmaya ve 1050 sayılı Muhasebe Umumiye Kanununun 24.maddesine bağlı olmaksızın satmaya Maliye Bakanı yetkili kılınmıştır.

26568 sayılı RG) Belirtelim ki; “**İl Özel İdareleri Norm Kadro İlke ve Standartlarına Dair Yönetmelik**”te yürürlükten kaldırılan Esaslar'a benzer biçimde yeniden il özel idarelerinin sağlık personeli istihdamına ilişkin norm kadrolarına yer verilmiştir.(10.06.2007 tarih ve 26548 sayılı RG)

²¹⁰ CANMAN, Doğan: “Belediye ve Bağlı Kuruluşları ile Mahalli İdare Birlikleri Norm Kadro İlke ve Standartlarına İlişkin Esaslar Üzerine Görüşler”, **Genel-İş Emek Araştırma Dergisi**, Temmuz 2006, 2006/1, s:1-10

²¹¹ 12.07.2006 tarih ve 26226 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

²¹² 21.07.2004 tarih ve 25529 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

Benzer biçimde 5396 sayılı Kanun²¹³ ile de 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa eklenen ek 7.maddeyle, yapılmasının gerekli olduğuna Yüksek Planlama Kurulu tarafından karar verilen sağlık tesislerinin, Sağlık Bakanlığınca verilecek ön proje ve belirlenecek temel standartlar çerçevesinde, kendisine veya Hazineye ait taşınmazlar üzerinde ihale ile belirlenecek gerçek veya özel hukuk tüzel kişilerine 49 yılı geçmemek şartıyla belirli süre ve bedel üzerinden kiralama karşılığı yaptırılacağı ve bu amaçla Maliye Bakanlığınca, gerçek veya özel hukuk tüzel kişilerine Hazineye ait taşınmazların bedelsiz devredilebileceği hüküm altına alınmıştır.²¹⁴

III .5 - Bilgi ve Beceri İle Donanmış, Yüksek Motivasyon İle Çalışan Sağlık İnsan Gücü

SDP kapsamında sağlık hizmet sunumunda belirleyici unsurlardan sağlık insan gücünün istihdamında da yeni bir yöntem izlenmeye başlanmış, “çakılı kadro” olarak adlandırılan ve özellikle “eleman temininde güçlük çekilen yerlerde”, “hizmet akdi ile sözleşmeli olarak istihdam edilecek ve işçi sayılmayan sağlık personelinin” çalıştırılması esası benimsenmiştir. *4924 sayılı Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun*²¹⁵ ile kamu sağlık tesislerinde “sözleşmeli” sağlık personeli çalıştırmaya başlanmıştır.

Öte yandan, 5413 sayılı Kanun²¹⁶ ile 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununun ek 1. maddesi ikinci fıkrasına eklenen cümleler ile Sağlık Bakanlığı’na, eğitim ve araştırma hastanelerinde klinik şefi ve klinik şef yardımcılığı kadrolarına; ilgili dalda uzman olan profesör veya doçentler ile ilgili dal tabipleri arasından atama yapılması olanağı verilmiştir. Ancak, profesör veya doçent unvanına sahip olmayan

²¹³ 15.07.2005 tarih ve 25876 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

²¹⁴ Söz konusu Kanun hükmünün uygulanmasına yönelik olarak, kira bedeli ve kiralama süresinin tespitine, sağlık tesislerindeki tıbbî hizmet alanları dışındaki hizmet ve alanların işletilmesi karşılığında yenilenmesine, ihale yöntemlerine, isteklilerde aranacak niteliklerin belirlenmesine, sözleşmelerin kapsamı ve diğer hususlara dair usul ve esaslar ise “**Sağlık Tesislerinin, Kiralama Karşılığı Yapıtırılması ile Tesislerdeki Tıbbî Hizmet Alanları Dışındaki Hizmet ve Alanların İşletilmesi Karşılığında Yenilenmesine Dair Yönetmelik**”(22.07.2006 tarih ve 26236 sayılı RG) ile tespit edilmiş bulunmaktadır.

²¹⁵ 24.07.2003 tarih ve 25178 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

²¹⁶ 01.11.2005 tarih ve 25983 (Mükerrer) sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

uzman tabiplerin klinik şefi ve klinik şef yardımcılığı kadrolarına atamalarda, yapılan sınavlarda başarılı olma şartı sadece profesör veya doçent unvanına sahip olmayan uzman tabiplerde aranması öngörülmüştür.²¹⁷

Daha sonra 5748 sayılı Kanun²¹⁸ ile 3359 sayılı Kanunun ek 1.maddesinin ikinci fıkrası değiştirilmiş ve yeni fıkralar eklenmiştir. Buna göre de; sağlık Bakanlığı'na bağlı eğitim ve araştırma hastanelerindeki klinik şefi, klinik şef yardımcısı, başasistan ve asistan kadrolarına açıktan atama izni alınmaksızın yapılacak olan atamalar ilgili dalda uzman olan tabipler arasından Sağlık Bakanlığı'nca yapılacak veya yaptırılacak yazılı ve sözlü mesleki sınav sonuçlarına göre yapılacaktır. Ancak, profesör veya doçentlerden klinik şefi veya klinik şef yardımcısı kadrolarına atanmak isteyenler için mevcut toplam kadroların % 35'ini geçmemek üzere kadro ayrılabilir ve müracaat eden adayların bilimsel çalışmalarını ve eğitimci niteliklerini Sağlık Bakanlığı tarafından tespit edilen, ilgili uzmanlık alanlarında üç profesör veya klinik şefi değerlendirecektir. Sağlık Bakanlığı bunların atamalarını bu üç kişilik heyetin mütalaalarına göre yapacaktır. Yani, yine sınavsız ve başarılı olma şartı aranmaksızın...

4924 sayılı Kanun ile 1981 yılından beri (1995-2002 erteleme dönemi dışında) yürürlükte olan ve "mecburi hizmet" uygulamasını düzenleyen **2514 sayılı Bazı Sağlık Personelinin Devlet Hizmeti Yükümlülüğüne Dair Kanun** da yürürlükten kaldırılmıştır. Ancak, aradan kısa bir zaman geçtikten sonra 5371 sayılı Kanun²¹⁹ ile birçok kanunda değişiklik yapılmış; zorunlu hizmet tekrar yürürlüğe konulmuş, il sağlık müdürlüğü ve başhekimlik görevini yürütenlerin serbest çalışması sınırlandırılmış,²²⁰ icap nöbetlerine belirli şartlarla ücretlendirme getirilmiş,

²¹⁷ Ancak, Sağlık Bakanlığı'na ait eğitim ve araştırma hastanelerinde klinik şefi ve klinik şef yardımcılığı kadrolarına profesör ve doçentlerin sınavsız atanmalarına olanak sağlayan bu düzenlemeler, Anayasa mahkemesi'nin 12.12.2005 tarih ve E:2005/145, K:2005/23 sayılı (yürürlüğü durdurma) kararı ile esas hakkında karar verilmeye kadar durdurulmuştur.(17.12.2005 tarih ve 20026 sayılı RG)

²¹⁸ 22.03.2008 tarih ve 26824(Mükerrer) sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

²¹⁹ 05.07.2005 tarih ve 25866 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

²²⁰ 28.03.2007 tarih ve 5614 sayılı Kanun ile 2368 sayılı Kanunun 4.maddesinde yapılan değişiklikle bu husus daha da kesin çizgilerine kavuşturulmuştur. Buna göre; özel kanunlarına göre meslek ve sanatlarını serbest olarak icra etme hak ve yetkisine sahip olanlar istedikleri takdirde tazminat haklarından yararlanmamak şartı ile "mesai saatleri dışında" serbest olarak çalışabilecekler, il sağlık müdürlüğü ve başhekimlik görevini yürütenler ise hiçbir biçimde serbest olarak çalışamayacaklardır.

acil tıp teknikerleri ile acil tıp teknisyenlerine “*acil tıbbi yardım ve bakım ile sınırlı*” olmak üzere hastaya müdahale yetkisi verilmiştir.²²¹

2531 sayılı ***Kamu Görevlerinden Ayrılanların Yapamayacakları İşler Hakkında Kanun***'da kamu görevinden ayrılan sağlık çalışanların kamuya karşı iş alabilmelerine engel teşkil eden düzenlemelere de istisna getirilmiş bulunmaktadır. Esasen kamu kurumlarından istifa, emeklilik gibi herhangi bir sebeple ayrılmış olanlar, ayrıldıkları tarihten önceki iki yıl içinde hizmetinde buldukları kamu kurum ve kuruluşlarına karşı, ayrıldıkları tarihten başlayarak üç yıl süreyle, o kurum ve kuruluştaki görev ve faaliyet alanıyla ilgili konularda doğrudan doğruya ya da dolaylı olarak görev ve iş alamamaktadırlar. İşte buna sağlık çalışanları açısından da bir istisna getirilmiş bulunmaktadır. Şöyle ki; 5635 sayılı Kanun²²² ile 2531 sayılı Kanunun 3.maddesine eklenen bir fıkayla, uzman tabipler, tıpta uzmanlık tüzüğüne göre uzman olanlar, tabipler, diş tabipleri ve eczacıların kendi nam ve hesabına yaptıkları mesleki faaliyetleri ile ilgili olarak kurum ve kuruluşlarla tip sözleşmeler yapabilmeleri olanaklı kılınmıştır.²²³

SDP'nin sağlık insan gücünün motivasyonunu yükseltmeye dönük bileşeninin yaşama geçirilmesi için de 5471 sayılı Kanun²²⁴ ile ***209 sayılı Sağlık ve Sosyal Yardım Kurumlarına Bağlı Sağlık Kurumları İle Esenlendirme(Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanunun*** 5.maddesine eklenen fıkralar ile Sağlık Bakanlığı merkez ve taşra teşkilatı ile sağlık tesislerindeki personele performans puanlarına göre döner sermaye gelirlerinden ek ödeme yapılması olanaklı kılınmıştır.^(225,226) Uygulamanın özellikle hekimlerin

²²¹ HAMZAOĞLU, Onur ve YAVUZ, Cavit Işık: “Sağlıkta AKP’li Dönemin Bilançosu Üzerine”, **Mülkiye**, 2006/Güz. C:XXX, S:252, s:275-296

²²² 02.05.2007 tarih ve 26510 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

²²³ Örneğin, daha önce TC.Sosyal Sigortalar Kurumu Başkanlığı SSK İlaç ve Eczacılık Daire Başkanlığı(Devredilen)'nın 08.09.2006 tarih ve XVII-16 Ek sayılı Genelgesi gereğince, Kurumdaki görevinden herhangi bir sebeple ayrılmış eczacılar, serbest ya da eczane açarak Kurum ile sözleşme yapamamaktadırlar.

²²⁴ 11.03.2006 tarih ve 26105 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

²²⁵ Bu amaçla performans kriterlerini tespit ile hangi sağlık personeline ne oranlarda ek ödeme verileceğine ilişkin ikincil mevzuatta hazırlanmış bulunmaktadır: Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum Ve Kuruluşlarında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelik (12.05.2006 tarih ve 26166 sayılı RG); Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Merkez Ve Taşra Teşkilatında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelik (08.06.2006 tarih ve 26192 sayılı RG); Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık

muayenehanelerini kapatarak kamu sağlık tesislerinde tam gün çalışmaya başlamalarını teşvik ettiği,²²⁷ böylece son dört yıl içinde performansa dayalı ek ödeme uygulaması ile birlikte muayenehanesi olan hekimlerinin oranının %89'dan %45'e düştüğü ifade edilmektedir.²²⁸

Öte yandan, temelde ekonomik zemine oturtulan "performans" uygulamasının, sağlık hizmeti sunumunda olmazsa olmaz kabul edilen "ekip ruhu"nu zedelediği, uygulamanın hekimler ile aynı amaca yönelmiş çalışan diğer meslek gruplarının(ebe, hemşire, diyetisyen vs) arasını açtığı gibi, "nemli ve çok çalışan uzmanlık alanı" kavramı ile "olmasa da olur ve az çalışan ya da çalışmayan uzmanlık alanı" şeklindeki değerlendirmeler ile hekimler arasındaki çalışma barışına da zarar verdiği, böylece performans uygulamasının ilk sonuçlarına göre bu uygulamanın hastalarımıza, hekimlerimize ve Devlet'imize uzun vadede yararlı olmayacağı ve hatta zarar vereceği düşüncesinin kabul görmekte olduğu da dile getirilmektedir.²²⁹

III .6 - Sistemi Destekleyecek Eğitim ve Bilim Kurumları

Sağlıkta dönüşümü gerçekleştirmek ve başarıyı sürekli kılmak için, halk sağlığı bilgi ve becerisine sahip, özellikle sağlık politikası, sağlık işletmeciliği, sağlık ekonomisi ve sağlık planlaması konularını bilen insanlara olan ihtiyaç sebebiyle bu nitelikte personelin yetişmesine yönelik eğitim kurumlarının yaşama geçirilmesi

Kurum ve Kuruluşlarında Kaliteyi Geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönergesi (23.03.2007 tarih ve 2542 sayılı Makam Onayı ile yayımlanmış ve 01/05/2007 tarihinde yrrllğe girmiştir.)

²²⁶ 24.05.2006 tarihli, 2/803 esas numaralı ve 06.02.2007 tarihli, 2/950 esas numaralı kanun teklifleri ile Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık kuruluşlarında çalışanlarla eşitliğin sağlanmasına yönelik olarak, Büyükşehir Belediyeleri ve Belediyeler tarafından kurulmuş ve kurulacak olan hastane ve diğer sağlık tesislerinde döner sermaye işletmesi kurulması ve buna ilişkin diğer işlemler hakkında 209 sayılı Kanun hükümlerinin uygulanması amaçlanmıştır.

²²⁷ 59.Hükümette Sağlık Bakanı Recep AKDAğ; döner sermayeye dayalı ek ödeme sistemi ile 100 yıllık muayenehane kültürünü değerıştirdiklerini beyan ederken, göreve başladıklarında-2002/Kasım-kamuda çalışan uzman hekimlerin yalnızca %11'inin tam zamanlı çalıştıklarını, bugün ise-02.03.2006 itibarıyla- bu hekimlerin % 54'ünün muayenehanelerini gönüllü olarak kapatarak tam gün olarak çalışmaya başladıklarını ifade etmiştir. (**Sabah Gazetesi**, 14.03.2007 gnl;

http://www.tbmm.gov.tr/develop/owa/tutanak_b_sd.birlesim_baslangic_yazici?P4=16245&P5=H&page1=31&page2=31,(Eriřim:24.04.2007)

²²⁸ DEMİR, Mehmet: "Muayenehane-cilikte Tercih Zamanı Geliyor", <http://www.medimagazin.com.tr/kose-yazisi.php?id=51157>, (Erişim:24.04.2007)

²²⁹ KÖK, Ahmet Nezih: "Yataklı Tedavi Kurumları Yönetmeliği'nin 13.Maddesi ve Performans Uygulaması", http://www.medimagazin.com.tr/butun_yazilari.php?id=62, (Erişim:28.04.2007)

hedeflenmektedir. Bu kapsamda da Hıfzıssıhha Okulu'nun çağdaş bir anlayışla ele alınması benimsenmiştir.²³⁰

III .7 - Nitelikli ve Etkili Sağlık Hizmetleri İçin Kalite ve Akreditasyon

Kurulacak olan “Ulusal Kalite ve Akreditasyon Kurumu” ile bugün bir kavram kargaşası içinde bulunduğu belirtilen ruhsatlandırma, sertifikasyon ve akreditasyon konularının olması gerektiği gibi düzenlenmesi hedeflenmektedir. Kurum, sağlık sonuçlarını ölçmek için sistemler geliştirecek ve bu sonuç ölçümlerini sağlık hizmet sunucularına performans göstergeleri oluşturmak için kullanacaktır. Böylece hizmet sunucuların performanslarını içeren veri tabanları oluşturulacak ve iyi uygulamaların tanımlanması ile uygulanabilir performans göstergelerinin belirlenmesi sağlanacaktır.²³¹

Sözü edilen Kurum henüz oluşturulamamış olmakla birlikte, Sağlık Bakanlığı tarafından sunulan hizmetlerin etkili, verimli ve kaliteli hizmet anlayışı ile sunulabilmesi için başlatılan kalite yönetimi projelerinin koordinasyonunu sağlamak ve ülkemizde ulusal sağlık akreditasyonu konusunda birlik sağlamak amacıyla önce Sağlık Bakanlığı Kalite Koordinatörlüğü kurulmuş, bilahare Performans Yönetimi ve Kalite Ölçütlerini Geliştirme Daire Başkanlığı oluşturulmuştur.²³²

III .8 - Akılcı İlaç ve Malzeme Yönetiminde Kurumsal Yapılanma

İlaç, malzeme ve tıbbi cihazların standardizasyonu, ruhsatlandırılması ve bunların akılcı yönetimi konularında uluslar arası normları yakalayacak kurumsal oluşumlara duyulan ihtiyaçtan söz edilerek, özerk nitelikte, ilaç ve tıbbi cihaz konusunda uzman ayrı ayrı ya da tek çatı altında bir kurum oluşturulması hedeflenmektedir.²³³ Ulusal İlaç Kurumu ve Tıbbi Cihaz Kurumu ya da bunların tek çatı altında kurulması.

²³⁰ Sağlıkta Dönüşüm, TC. Sağlık Bakanlığı, 2003 Ankara, s:33

²³¹ Sağlıkta Dönüşüm, TC. Sağlık Bakanlığı, Aralık 2003, s:34

²³² AKDAĞ, Recep: Nereden Nereye-Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı, Kasım 2002-Haziran 2007, Sağlık Bakanlığı, 2007 Ankara, s:69

²³³ Sağlıkta Dönüşüm, TC. Sağlık Bakanlığı, Aralık 2003, s:34-35

III .9 - Karar Sürecinde Etkili Bilgiye Erişim: Sağlık Bilgi Sistemi

Sağlık hizmetlerinde eşgüdüm, sağlık envanterinin oluşturulması, bireylerin tıbbi kayıtlarının korunması, sevk basamakları esnasında bilgi transferi ve temel sağlık uygulamalarındaki verilerin toplanması amacıyla sağlık bilgi sisteminin oluşturulması hedeflenmektedir. Böylece, sağlıkla ilgili politikaların belirlenmesinde, sağlık sektöründe sorunların ve önceliklerin saptanmasında, önlemlerin alınmasında, sektör kaynaklarının, çalışma ve yatırımların planlanmasında, sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesinin değerlendirilmesinde, bilimsel araştırma ve çalışmalarda kullanılmasında yeterli veri toplanabilecektir.²³⁴

SDP'nin önemli bir diğer bileşeni olan sağlık bilgi sistemlerinin oluşturulmasının esasen Avrupa Birliği üyelik sürecine paralel olarak yürütülen “e-sağlık” projesi olduğu, “e-Avrupa” ve “e-Avrupa⁺” çerçevesinde gündeme gelen “e sağlık” alanında da; birincil ve ikincil sağlık hizmeti sağlayıcıları için, yerel ağlarda dahil olmak üzere bir sağlık telematik altyapısının kurulması, üye ülkelerce tıbbi web sayfaları için sözkonusu olan temel nitelik kriterlerinin ulusal ya da bölgesel düzeyde uygulanması, halk sağlığı ağları ve veri tabanları aracılığıyla her yerden kolayca bilgiye erişimin sağlanması, sayısal platformdaki en iyi uygulamaların yaygınlaştırılması ve sayısal sağlık kartları aracılığıyla her bireyin bütün sağlık geçmişinin bilinir kılınmasının amaçlandığı ifade edilmektedir.²³⁵

23-24 Mart 2000 tarihlerinde Lizbon'da yapılan Avrupa Konseyi toplantısında, 15 AB ülkesinin hükümet ve devlet başkanları, Avrupa'nın gelecek on yılda “dünyadaki en rekabetçi ve dinamik bilgi tabanlı ekonomisi” haline gelme hedefini ortaya koymuşlar, bu hedef doğrultusunda da; “daha ucuz, daha hızlı, daha güvenli internet”, “insan kaynağına yatırım” ve “internet kullanımının canlandırılması” amaçları için 19-20 Haziran 2000'de Feira'da e-Avrupa Eylem Planını kabul etmişlerdir.²³⁶ Böylece Sağlık Bakanlığı'nın da e-Avrupa⁺ 'daki e-Sağlık hedeflerini gerçekleştirmek üzere çalışmalar başlattığını, bu kapsamdaki

²³⁴ Sağlıkta Dönüşüm, TC. Sağlık Bakanlığı, Aralık 2003, s:36

²³⁵ TELLAN, Derya:”e-Sağlık ya da Ticarileşen Hastalık”, **Özgür Üniversite Forumu**, Nisan-Eylül 2004, S:26-27, s:139-154;

²³⁶ Türkiye Sağlık Bilgi Sistemi Eylem Planı, T.C. Sağlık Bakanlığı Bilgi İşlem Daire Başkanlığı, Ocak 2004, <http://www.saglik.gov.tr/extras/birimler/bidb/tsbs.pdf>, (Erişim:23.03.2007)

“Türkiye Sağlık Bilgi Sistemi” çalışmalarının ise Başbakanlığın konuyu daha da kapsamlı olarak ele almasına kaynaklık ettiği söylenebilir.

Başbakanlığın 2003/48 sayılı Genelgesi²³⁷ ile yürürlüğe giren ve uygulamada “e-Avrupa” hedeflerinin gözetilmesinin istendiği “e-Dönüşüm Türkiye Projesi Kısa Dönem Eylem Planı”; birinci ve ikinci basamak sağlık kuruluşlarına yönelik sağlık bilgi standartlarının belirlenmesini, elektronik sağlık kayıtlarına dayalı aile hekimliği veri bankalarının oluşturulmasını, sağlıkla ilgili enformasyonun hızlı bir biçimde bilgiye dönüştürülebilecek ve sağlık hizmetlerinin planlanmasında kaynak oluşturacak Ulusal Sağlık Bilgi Sistemi Altyapısı’nın kurulmasını gündeme getirmiş bulunmaktadır. Bu amaçla yürütülen çalışmaların etkin hale getirilmesi ise “Orta Vadeli Program (2008-2010)”ın hedefleri arasına da girmiş bulunmaktadır.²³⁸

Bu yaklaşıma paralel olarak Sosyal Güvenlik Kurumu(SGK), **Genel Sağlık Sigortası Kapsamında Uygulanan "Medula" Sistemi Hakkında Tebliğ(Seri No: I)**'i yayımlamak suretiyle MEDULA²³⁹ Projesini başlatmış bulunmaktadır.²⁴⁰ Belirtelim ki; bu proje Kurumun 5510 sayılı Kanuna bağlı olmaksızın uygulamaya aldığı bir proje olup, bu Kanunun yürürlüğünün ertelenmesinin MEDULA Projesinin uygulamaya geçirilmesi açısından bir önemi de bulunmamaktadır.²⁴¹

Elektronik Ortamda Takip ve Faturalandırma Sistemi(MEDULA) projesi, özetle; esas itibariyle dört ana erişim hizmeti şeklinde organize edilen uygulamayla, hak sahipliği, sevk, reçete, tetkik talebi, ödeme sorgulama ve faturalama (fatura bilgilerinin elektronik ortamda da gönderilmesi), işlemlerini yürütmek üzere, sağlık hizmetlerine ilişkin verilerin Kurumca toplanması ve bu verilere dayanılarak kamu ya da özel sağlık kurumu/kuruluşu tarafından faturalama işleminin gerçekleştirilmesi amacıyla Kurum tarafından uygulanan ve işletilen elektronik bilgi sistemini ihtiva etmektedir.

²³⁷ 04.12.2003 tarih ve 25306 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

²³⁸ 21.06.2007 tarih ve 26559 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

²³⁹ “MED(ikal)ULA(k) sözcüklerinden oluşmaktadır. Medikal haberci anlamına gelmekte olup web servisleri aracılığı ile genel basit iletişim protokolünü desteklemektedir.”(KIRAÇLI, Sami: “Genel Sağlık Sigortası MEDULA”, T.C.Sağlık Bakanlığı, 2.e-Sağlık Kongresi, 18-20 Ekim 2007, Antalya)

²⁴⁰ 17.12.2006 tarih ve 26369 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

²⁴¹ Medula Sisteminin Uygulanması, <http://www.sgk.gov.tr/doc/medula.pdf>, (Erişim:17.05.2007)

Öte yandan, SGK tarafından sağlık kurum ve kuruluşlarıyla yapılacak sözleşmelerle, bu kurum ve kuruluşlar tarafından gönderilecek ödeme talebi ve faturaların elektronik ortamda izlenebilmesi, değerlendirilmesi, tüm uygulamalarda tek tanımlayıcının geçerli olması, bu tanımlayıcının diğer projelerde de kullanılmasını sağlamak üzere Ulusal Sağlık Kuruluşları Tekil Tanımlayıcısı ve buna bağlı Hekim Takip Sistemi veritabanı da oluşturulmaya çalışılmaktadır.²⁴²

Ülkemizde daha sistem kurmaya yönelik bu çalışmalar sürdürülürken, gelişmiş ülkelerde sağlık alanındaki, özellikle bugün için tedavisi imkansız olarak görülen hastalıkların tedavisini mümkün kılacak hedefler belirlenmektedir.²⁴³

Son dönemde SDP'nin yaşama geçirilmesinin kanuni altyapısını oluşturmaya dönük bu düzenlemeler; devletin sağlık alanından hizmet üretici bir birim olarak çekilmeye çalışması, sağlık tesislerinin devri, genel sağlık sigortası ile özel sektörden hizmet alınması çalışmaları şeklinde sağlık hizmetlerinde özelleştirmeye dönük politikaların tercih edildiğini göstermektedir.²⁴⁴ Böylece, özel sektörün sağlığa yatırım yapmasının teşvikini de ihtiva eden sağlıkta özelleştirmenin, özel sağlık kuruluşlarının genişlemesi veya genişletilmesi²⁴⁵ şeklindeki eğilim sergilese de, öz olarak hizmet alanlarının olabildiğince kar amaçlı kılınması, ticarileşmesi, dolayısıyla toplumun sosyal güvenlik şemsiyesini daralttığı ifade edilmektedir.^{(246,}
247)

²⁴² http://www.sgk.gov.tr/doc/gss/UlusalTekilTamamlayici_HekimTakipSistemi.pdf,

(Erişim:26.07.2007)

²⁴³ GÖKER, Aykut: "2020 Yılında Tıbbi Teknoloji", 2000-2020 Sürecinde Nasıl Bir Dünya, Türkiye, Sağlık, Tıp Ortamı Öngörülebilir ?, TTB Yayını, Nisan 2002, s:67-84

²⁴⁴ SÖZER, Ali Nazım: "Genel Sağlık Sigortası: Reform Mu Deform Mu?", Yeni Düzenlemeler Çerçevesinde Sosyal Güvenlik Mevzuatı Semineri, Kamu-İş, Ankara 2007, s:124-147; KAPLAN, Aslan: "Özelleştirme - Sağlık Hizmetlerinde Özelleştirmenin Kavramsal Boyutu", **Yeni Türkiye**, Temmuz-Ağustos 2001, S:40, s:1409-1430

²⁴⁵ Türkiye'de sağlıkta özel sektörün gelişme süreci için bkz; SOYER, Ata ve BELEK, İlker: "Türkiye'de Özel Sağlık Sektörü ve Sağlıkta Özelleştirme", **Toplum ve Hekim**, Ocak-Şubat 1998, C:13, S:1 s:35-45; KOÇ, Yıldırım: Özelleştirme-Türkiye'yi Parçalamanın Bir Aracı, Kaynak Yayınları, İstanbul 2005, s:202-213

²⁴⁶ SOYER, Ata: "Türkiye'de Sağlıkta Özelleştirme", Editör: BELEK, İlker ve SOYER, Ata: Sağlıkta Özelleştirme, Sorun Yayınları, İstanbul 1995, s:125-145

²⁴⁷ Sağlıkta özel sektörü önceleyen politikalar yerine yapılması gereken ve başarı şansı çok daha yüksek olan şeyin; **1)**Uzun seneler boyunca kendi alt yapımıza göre şekillenmiş bulunan mevcut sistemin aksaklıklarının giderilip/iyileştirilip tekrar çalıştırılması, **2)** Görev ihmalleri ve yönetim yetersizliklerine son verecek mantalite değişikliklerinin yapılması, **3)** İnsangücü ve finansman kaynağı açıklarına akılcı, etkili, çözümler bulunması gibi politika seçeneklerinin önerildiğini de

Bütün bu politikalar, ileride görüleceği üzere, özellikle son beş yılda özel sağlık kuruluşlarının sayısının önemli ölçüde artmasına neden olmuştur. Dolayısıyla, buralarda çalışan sağlık ve diğer personel sayısında da önemli artışlar meydana gelmiştir. Sağlık hizmeti üretim ve sunumundaki bu dönüşüm özel sağlık kurum ve kuruluşlarının açılmasının belirli esaslara bağlanması gereğini doğurmuştur. Belirtelim ki; bu zorunluluk kendini daha çok çalıştırılacak sağlık ve diğer personelin seçimi, ruhsatlandırılması, çalışma izni verilmesi gibi ön gerekliliklerin yerine getirilmesinde de göstermiştir. Sözkonusu sağlık kurum ve kuruluşlarında personel istihdamı ise, hem sağlık mevzuatı, hem de iş ve sosyal güvenlik mevzuatının çakıştığı özel bir alan olarak karşımıza çıkmıştır. Çalışmamızda, özellikle bu çakışma üzerinde durulmuş, gerek özel sağlık kurum ve kuruluşlarının açılmasındaki süreçler, gerekse personel istihdamındaki izlenecek yol ve yöntemler açıklanmaya çalışılmış, ortaya çıkan sorunlar tespit edilerek çalışanların sosyal güvenlikleri açısından çözüm önerileri geliştirilmeye çalışılmıştır.

IV - TÜRKİYE'DE SAĞLIK SEKTÖRÜNÜN YAPISI

IV .1 – Sağlık Kurumu ve Sağlık Kuruluşu Ayrımı

Sağlık sektörü oldukça geniş bir ekonomik ilişkiler ağını kapsamaktadır. Çünkü, sağlık hizmetleri çok sektörlü ve çok etmenli olarak yerine getirilme durumundadır.²⁴⁸ Sağlık sektöründe, merkezden çevreye doğru genişledikçe etkisinin doğrudanlık/aslilik, büyüklük, devamlılık payları azalan mal ve hizmet arz ve talep sistemleri, bunlara bağlı alt sistemler ile değiştirilmesi hiç olmazsa kısa vadede mümkün olmayan bağlayıcı nitelikteki şartlar/belirleyiciler/statülerin yer aldığı görülmektedir.²⁴⁹

Ülkemizde sağlık hizmetleri ağırlıklı olarak Sağlık Bakanlığı eliyle “emanet usulü” ile görülmektedir. Bunun yanında özel sağlık kuruluşlarına da “izin usulü” ile sağlık kamu hizmetinin görülmesine müsaade edilmektedir. Bu durumda hizmetin

belirtelim.(SARGUTAN, Erdal:Sağlık Reformu Temel Yaklaşımlarının Genel Analizi, Temmuz 1993, Ankara, s:32)

²⁴⁸ YEGİNBOY, Yasemin ve TAYLAN, Bahattin: Ulusal Düzeyde Sağlık Sigortası, Veyeriler Sigortacılık Kültür Dizisi, İzmir 1993, s:21

²⁴⁹ SARGUTAN, Erdal: Türk Sağlık Sektörünün Yapısı, Sağlık-İş Yayınları, Ankara 1993, s:6

asıl sahibi yine Sağlık Bakanlığı'dır. Onun sıkı denetim ve gözetimi altında, özel hukuk kişileri bu hizmetin görülmesine katılmaktadırlar.²⁵⁰

İster kamu isterse özel sektörde olsun sağlık alanındaki faaliyetler ürünlerinin insan sağlığına etki etme derecesine göre değişiklik göstermektedir. Bunlar, doğrudan sağlık hizmeti üretim ve sunumunun yapıldığı sağlık tesisleri olduğu gibi ilaç ve tıbbi malzeme üretim ve satışını da kapsamaktadır. Dolayısıyla doğrudan sağlık hizmeti üretim ve sunumu yapan sağlık tesislerinin yanı sıra bu sürecin tamamlayıcısı olarak da değerlendirebileceğimiz eczaneler, teşhis merkezleri, tıbbi malzeme üreten birimler vb. hep bu kapsamda değerlendirileceklerdir. Dahası, sağlık tesislerindeki teşhis ve tedavinin parçası/tamamlayıcısı sayılabilecek rehabilitasyon merkezleri, kaplıcalar vb. de bu alanın içerisinde. Çocuk ve yaşlı bakım evleri, çocuk yurtları vb. de bu mahiyette değerlendirilebilir.

Ancak çalışmamızda sağlık hizmeti üretim ve sunumunun daha çok tamamlayıcısı niteliğindeki hizmet üniteleri değil de doğrudan sağlık hizmeti üreten sağlık kurum ve kuruluşları esas alınmıştır. Bunlar içerisinde de kamu sağlık kurum ve kuruluşları belirleyici olmakla birlikte, aşağıda görüleceği üzere son yıllarda özel sağlık kurum ve kuruluşlarında da önemli sayılabilecek sayısal artışlar meydana gelmiştir. Bu süreç özel sağlık kurum ve kuruluşlarında çalıştırılan sağlık ve diğer personelde ki artışı da beraberinde getirmektedir.

Literatürde sağlık hizmeti üretim ve sunumunu yapan birimlerden, kamu ya da özel sektöre ait olmasına bakılmaksızın, sıklıkla “sağlık işletmesi” olarak bahsedilmektedir.²⁵¹ İşletme bilimi açısından kavram birliğinin sağlanması adına kabul edilebilir bir yaklaşım olmakla birlikte çalışmamızda, özel gerçek ya da tüzel kişiler tarafından açılan ve işletilen sağlık hizmeti üretim ve sunum tesisleri, “sağlık işletmesi” olarak adlandırılmamış, sağlık mevzuatındaki kullanımına uygun olarak “sağlık kurum ve kuruluşları” kavramı tercih edilmiştir.²⁵²

²⁵⁰ ÇAĞLAYAN, Ramazan: “Sağlık Hizmetlerinde İdarenin Kusursuz Sorumluluğu”, BAYGIN, Cem; UÇAR, Metin ve BÜYÜKAY, Yusuf: Sağlık Hukuku Sempozyumu, 15-16.05. 2006 Erzincan, Yetkin Yayınları, Ankara 2007, s:117-133

²⁵¹ Bu konudaki tartışmalar için bkz: DEVEBAKAN, Nevzat: Özel Sağlık İşletmelerinde İş Sağlığı ve Güvenliği, DEÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayınlanmamış Doktora Tezi), İzmir 2007, s:55-59

²⁵² Belirtelim ki, ülkemizde sağlık alanında yaşanan değişim ve dönüşüme paralel olarak, Sağlık Bakanlığı da sağlık işletmesi kavramını kurumsal olarak kullanmaya başlamış, özel sağlık

Sağlık mevzuatımızda birçok yerde sağlık kurum ve kuruluşundan bahsedilmektedir. 181 sayılı **Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname**'nin²⁵³ “amaç” başlıklı birinci maddesinde, diğer amaçlarının yanı sıra Sağlık Bakanlığı'nın “**sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermelerini temin etmek için**” kurulduğu hükmüne yer verilmiştir. Anlaşılacağı üzere özel ya da kamu tüm sağlık hizmeti üretecek birimler “sağlık kuruluşu” olarak adlandırılmıştır.

Sağlık hizmetleriyle ilgili temel esasları düzenlemeyi amaçlayan 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nda ise özel veya kamu “**sağlık kurum ve kuruluşlarından**” söz edilmiştir.²⁵⁴ Benzer biçimde, 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun'un 5.maddesinde de “**Aile hekimliği uygulamasına geçilen yerlerde acil haller ve mücbir sebepler dışında, kişi hangi sosyal güvenlik kuruluşuna tâbi olursa olsun, aile hekiminin sevki olmaksızın sağlık kurum ve kuruluşlarına müracaat edenlerden katkı payı alınır.**” denilerek sağlık kurum ve kuruluşu kavramı kullanılmıştır.

Sağlık kurum ve kuruluşlarının tanımına ise sağlık mevzuatındaki ikincil düzenlemelerde yer verilmiştir. Örneğin, **Emekli ve Malullük Aylığı Bağlanmış Olanlarla, Bunların Kanunen Bakmakla Yükümlü Buldukları Aile Fertleri, Dul ve Yetim Aylığı Alanların Muayane İle Tedavileri Hakkında Yönetmelik**'in²⁵⁵ 3.maddesinde, **sağlık kurumu**, muayene ve tedavinin yapıldığı ikinci ve üçüncü basamak sağlık tesislerini, **sağlık kuruluşu** ise ayakta muayene ve tedavinin yapılacağı birinci basamak sağlık tesislerini kapsamaktadır. **Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik**'in (4/ğ) maddesinde de

kuruluşlarına yönelik olarak Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde “**Özel Sağlık İşletmeleri Daire Başkanlığı**” kurulmuş, daha önce Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde yürütülen birçok işlem de buraya devredilmiştir.(Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 02.10.2007 tarih ve 20544 sayılı yazısı)

²⁵³ 14.12.1983 tarih ve 18251 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

²⁵⁴ 3359 sayılı Kanunun 5.maddesinde kamu kurum ve kuruluşlarına ait sağlık kuruluşlarının “sağlık işletmesine” dönüştürülmesi hedeflenmiş, ancak daha önce değinildiği üzere Kanunun birçok hükmü Anayasa aykırılığı yüzünden Anayasa Mahkemesi'nin 19.04.1988 günlü, E:1987/16, K:1988/8 sayılı kararı ile iptal edildiği için uygulama kabiliyeti oldukça azalmıştır. Belirtelim ki; 3359 sayılı Kanuna dayalı olarak çıkarılan **Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık İşletmelerinin Yönetimi İle Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik** (11.01.1995-22168 RG) gereği bugüne kadar sadece Yüksek İhtisas Hastanesi 07.03.1995 tarihinde sağlık işletmesine dönüştürülmüş ve “**Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sağlık İşletmesi**” adını almıştır.

²⁵⁵ 06.09.2003 tarih ve 25221 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

sağlık kuruluşu tanımlanmıştır. Buna göre sağlık kuruluşu; tıp merkezi veya poliklinik statüsünde faaliyet göstermek üzere ruhsatlandırılarak ayakta teşhis ve tedavi yapılan özel sağlık kuruluşlarıdır.

Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 3.maddesinde de Milli Savunma Bakanlığı'na ait olanlar hariç olmak üzere, sağlık hizmeti verilen resmi veya özel bütün kurum ve kuruluşlar ile tababet icra edilen bütün yerler sağlık kurum ve kuruluşu olarak adlandırılmaktadır. *Sağlık Hizmeti Sunumunda Poliklinik Hizmetlerinin Hastaların Hekimini Seçmesine ve Değiştirmesine İmkan Verecek Şekilde Düzenlenmesi Hakkında Yönerge*'nin²⁵⁶ (4/ç) maddesinde ise sağlık kurumu; Sağlık Bakanlığı'na bağlı birinci basamak sağlık kuruluşları ile ilçe hastaneleri, genel hastaneler, özel dal hastaneleri, eğitim ve araştırma hastaneleri ve ağız ve diş sağlığı merkezlerinin hepsini kapsar bir şekilde tanımlanmıştır.

4734 Sayılı Kamu İhale Kanununun 3.Maddesinin (h) Bendinde Belirtilen Alımlara İlişkin Yönetmelik'in²⁵⁷ 3.maddesinde de sağlık kuruluşu ile sağlık kurumu kavramları tanımlanmıştır. Buna göre *sağlık kuruluşu*; ayakta muayene, tahlil, tetkik, teşhis ve tedavi hizmetleri verilen; kurum tabiplikleri, sağlık ocağı, verem savaş dispanseri, ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezi, sağlık merkezi, 112 acil sağlık istasyonları, halk sağlığı laboratuvarları, Sosyal Sigortalar Kurumu sağlık istasyonu ve dispanserleri, Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik kapsamında açılan özel sağlık kuruluşlarını kapsamaktadır.

Yukarıdaki fıkrada sözüedilen Yönetmeliğe göre *sağlık kurumu* ise; ayakta veya yatarak muayene, tahlil, tetkik, tıbbi müdahale, ameliyat, tıbbi bakım ve diğer tedavi hizmetleri verilen; eğitim ve araştırma hastanesi olmayan Devlet Hastaneleri, özel dal hastaneleri, Sosyal Sigortalar Kurumu Hastaneleri, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı ve bölge hıfzıssıhha enstitüleri ve diğer resmi kurum hastaneleri ve Özel Hastaneler Yönetmeliğine göre ruhsat almış özel hastaneler ile Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik kapsamında açılan özel tıp merkezleri ve özel dal merkezleri ile üçüncü basamak

²⁵⁶ 17.10.2007 tarih ve 9379 sayılı Makam(Sağlık Bakanı) onayı ile yürürlüğe girmiştir.

²⁵⁷ 15.07.2004 tarih ve 25523 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

sağlık hizmeti veren eğitim ve araştırma hastaneleri, özel dal eğitim ve araştırma hastaneleri ile üniversite hastanelerini içermektedir.

Sağlık kurum ve kuruluşlarına özel ve kamu ayrımı dikkate alınarak aşağıda açıklık getirilmeye çalışılmıştır. Anlaşılacağı üzere, sağlık kurum ve kuruluşları konusunda özellikle idari düzenlemelerde tam bir anlayış birliğinin olmadığı gibi, sağlık kurum ve kuruluşu kavramlarının özel ya da kamuda bazen birbirine karıştırıldıkları da görülmektedir. Sağlık kurum ve kuruluşları özel ya da kamu sektöründe olmalarına göre aşağıdaki şekilde sınıflandırılırken, yürürlükteki mevzuattaki tanımlamalara yer verilmekle birlikte, çalışmamızda, özellikle bu alanda kapsamlı idari düzenlemeler olan Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği²⁵⁸ ile Maliye Bakanlığı Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliği(Sıra No:8)'ndeki²⁵⁹ sınıflandırmalar esas alınmıştır.

Keza sözkonusu tebliğlerdeki sağlık kurum ve kuruluşlarının sınıflandırılmasına ilişkin yaklaşım 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun "hizmet basamakları ve sevk zinciri" başlıklı 70.maddesi ile de uyum içerisindedir. Sözkonusu madde hükmünde, 5510 sayılı Kanunun uygulanması bakımından sağlık hizmeti sunucularının birinci, ikinci ve üçüncü basamak olarak Sağlık Bakanlığı tarafından sınıflandırılacağı ve aile hekimlerinin birinci basamak hizmet sunucuları içinde yer aldıkları ifade edilmiştir. Sağlık hizmet sunucularının sınıflandırılması ise 5510 sayılı Kanunun geçici 12.maddesinin yedinci fıkrası gereğince, bu Kanunun yürürlüğe girdiği tarihten itibaren en geç bir yıl içinde tamamlanacaktır. Bu süre içerisinde, "sevk zincirine uyma zorunluluğunu" ve "sevk zincirine uymamanın yaptırımını" il ve ilçe bazında ertelemeye ise, Sağlık Bakanlığı yetkili kılınmıştır.²⁶⁰

5510 sayılı Kanunun 70.maddesinde sağlık hizmet sunucuları, üç basamak olarak öngörülmüş ve bunların basamaklandırılması da Sağlık Bakanlığına bırakılmıştır. Basamaklar ve sağlık hizmet sunucuları arasındaki sevk zinciri ise Sağlık Bakanlığı'nın görüşü alınarak SGK tarafından oluşturulacaktır. Hizmet

²⁵⁸ 25.05.2007 tarih ve 26352 (Mükerrer) sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

²⁵⁹ 25.05.2007 tarih ve 26352 (Mükerrer) sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

²⁶⁰ ERGİN, Hediye: "5510 Sayılı Yasanın Geçici Hükümlerine İlişkin Bir İnceleme", **Legal İş Hukuku ve Sosyal Güvenlik Hukuku Dergisi**, 2007/13, s:221-280

basamakları, sağlık hizmet sunucuları ve sevk zinciri bir bütündür. Hizmetin sigortalılara ulaştırılması mekanizmasını oluşturur. Bu mekanizmanın bir kısmının sağlık bakanlığı'na bir kısmının Kuruma bırakılmasının uygulamada sorunlar çıkarabileceği, oysa basamaklar dahil bu mekanizmanın tümüyle Sağlık Bakanlığı'nın görüşü alınmak suretiyle Kuruma bırakılmasının daha gerçekçi ve dinamik olacağı, basamakların üç ile Kanunda sınırlandırılmış olmasının uygun olmadığı, oysa gerektiğinde basamak sayısının Kurumca artırılması yolunun açık tutulması gerektiği ileri sürülmüştür.²⁶¹

5510 sayılı Kanununun 73.maddesinin birinci fıkrası gereğince sağlık hizmetleri, yurt içi ve yurt dışındaki sağlık hizmet sunucularından sağlanacaktır. Bunlarda aşağıda açıklanan sağlık kurum ve kuruluşları olacaktır. Belirtelim ki, Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan ve tartışmaya açılan "Sağlık Kuruluşları Ruhsatlandırma Yönetmeliği Taslağı"nda "sağlık kurumu" kavramı kullanılmamış, birinci, ikinci ve üçüncü basamak "sağlık kuruluşları" tanımlanmıştır.²⁶²

IV .2 – Kamu Sağlık Kurum ve Kuruluşları

IV .2 .1– Ayrımın Sınırları

Devlet Memurlarının Tedavi Yardımı ve Cenaze Giderleri Yönetmeliği'nin²⁶³ 6.maddesi birinci fıkrasında, genel ve katma bütçeli dairelere, kamu iktisadi teşebbüslerine, özel idarelere ve belediyelere, Tıp Fakültelerine bağlı yataklı veya yataksız tedavi kurumlarına "**resmi sağlık kurumu**", hükümet, sağlık ocağı, belediye ve kurum tabipliklerine de "**resmi sağlık kuruluşu**" denileceği hüküm altına alınmıştır. Bu kapsamda olmak üzere hem resmi hem de özel sağlık kurum ve kuruluşları Sağlık Bakanlığı'nın 2003/97 sayılı Genelgesi ile daha da açıklığa kavuşturulmuştur.²⁶⁴

²⁶¹ OKUR, Ali Rıza: "Türk Sosyal Güvenlik Reformu ve Genel Sağlık Sigortası", Sosyal Güvenliğin Yeniden Yapılandırılması Semineri, 7-8 Aralık 2006 Ankara, TİSK Yayın No:284, 2007 Ankara, s:115-182

²⁶² <http://sbu.saglik.gov.tr/ruhsatlandirma/>, (Erişim:13.07.2007)

²⁶³ 11.08.1973 tarih ve 14622 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

²⁶⁴ Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 15.08.2003 tarih ve 16058 sayılı Genelgesi

Buna göre, **birinci basamak resmi sağlık kuruluşu** ifadesinden; resmi kurum tabiplikleri, sağlık ocağı, verem savaş dispanseri, ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezi, sağlık merkezi, SSK sağlık istasyonu ve dispanserinin, **ikinci basamak resmi sağlık kurumu** ifadesinden; eğitim ve araştırma hastanesi olmayan Devlet Hastaneleri, Özel Dal Hastaneleri, SSK Hastaneleri ve diğer resmi kurum hastanelerinin ve nihayet **üçüncü basamak sağlık kurumu** ifadesinden de; eğitim ve araştırma hastaneleri, özel dal eğitim ve araştırma hastaneleri ile üniversite hastanelerinin anlaşılacağı belirtilmiştir.

Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği'nin 2.maddesinde, Maliye Bakanlığı Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliği'nin de 2.maddesinde sağlık kurum ve kuruluşları ayrı ayrı ve özel ya da kamu sektöründe olmalarına göre gruplandırılmıştır. Her iki tebliğdeki tanımlamalar aynıdır.

IV .2 .2– Kamu Sağlık Kuruluşları

Kamu idareleri bünyesindeki kurum hekimlikleri, sağlık ocağı, verem savaş dispanseri, ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezi, sağlık merkezi ve toplum sağlığı merkezi ile aile hekimliği sözleşmesi yapmış aile hekimleri, 112 acil sağlık hizmeti birimi, üniversitelerin medikososyal birimleri, Türk Silahlı Kuvvetlerinin birinci basamak sağlık üniteleri, birinci basamak resmi **sağlık kuruluşları** olarak kabul edilmektedir. Belirtelim ki, 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun'un 12 ve 13.maddelerinde de, sevk zinciri sistemine uygun olarak acil vakalar hariç, hastaların evvela adı geçen birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuracağından bahsedilmiştir.

Burada sözü edilen birinci basamak kamu sağlık kuruluşları Sağlık Bakanlığı'nın “birinci basamak sağlık hizmetlerinin ücretsiz olması” konulu 2007/62 sayılı Genelgesinde²⁶⁵ daha da açıklığa kavuşturulmuş bulunmaktadır. Buna göre birinci basamak sağlık hizmetlerini sunacak sağlık kuruluşları şunlardır:

- Sağlık Ocağı,
- Verem Savaş Dispanseri,

²⁶⁵ Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 20.07.2007 tarih ve 18365 sayılı(2007/62) Genelgesi

- Sıtma Savaş Birimi,
- Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi ve bağlı birimleri,
- Sağlık Merkezi,
- Toplum Sağlığı Merkezi,
- 112 Acil sağlık hizmet birimleri,
- Hemoglobinopati Tanı Merkezleri,
- Kanser Erken Teşhis ve Tarama Merkezinde (KETEM) yapılan kanser tarama maksatlı sağlık hizmetleri ,
- Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Bölge Müdürlükleri ve Halk Sağlığı Laboratuvarlarının birinci basamağa yönelik sunduğu sağlık hizmetleri.²⁶⁶

IV .2 .3– Kamu Sağlık Kurumları

- Eğitim ve araştırma hastanesi olmayan devlet hastaneleri,
- Özel dal hastaneleri ile bu hastanelere bağlı semt poliklinikleri,
- Entegre ilçe hastaneleri²⁶⁷,
- Sağlık Bakanlığına bağlı ağız ve diş sağlığı merkezleri,
- Tıp fakültelerinin bulunduğu ilin dışında yer alan uygulama ve araştırma merkezleri (üniversite hastaneleri)
- Türk Silahlı Kuvvetlerinin eğitim ve araştırma hastanesi olmayan hastaneleri,

ikinci basamak resmi *sağlık kurumları* olarak kabul edilmektedir.

²⁶⁶ *Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarının Açılması, Kapatılması ve Bunlara Ad Verilmesi Hakkında Yönerge*, 01.10.2004 tarihinde yürürlüğe girmiştir.

²⁶⁷ *Entegre “İlçe Hastanesi”nin Açılması, Kapanması ve Buralarda Verilecek Sağlık Hizmetleri Hakkında Yönerge*, 14.11.2006 tarih ve 8857 sayılı Makam onayı ile Sağlık Bakanlığı’na yürürlüğe konulmuştur. Bununla, Makamın 07.07.2006 tarih ve 7483 sayılı onayı ile yürürlüğe giren İlçe/Belde Gün Hastanesi Hizmet Yönergesi yürürlükten kaldırılmıştır. Belirtelim ki, daha önce kamu sağlık kuruluşları arasında sayılmış olan entegre ilçe hastaneleri, *Sağlık Bakanlığı’na Bağlı Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmeliği*’nin 4.maddesi birinci fıkrasının (c) bendinde yapılan değişiklik ile resmi sağlık kurumları arasına dahil edilmiştir.(25.08.2007-26624 RG)

Bunlardan entegre ilçe hastaneleri, o ilçedeki tüm kamu sağlık kuruluşlarının (Sağlık Merkezi, Verem Savaş Dispanseri, Sağlık Ocağı, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi, Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonu, vb.) birleştirilmesiyle oluşturulmuştur. Bu haliyle entegre ilçe hastaneleri; bünyesinde koruyucu sağlık hizmetleri, acil sağlık hizmetleri, doğum, ana çocuk sağlığı hizmetleri, ayaktan ve yatarak tıbbi ve cerrahi müdahale, muayene, tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri ile çevre sağlığı, adli tabiplik ve ağız diş sağlığı hizmetleri ile benzeri hizmetlerin verildiği, hasta potansiyeline göre diyaliz ünitesi bulundurabilen, görev yapan tabip ve uzman tabiplerin ayaktan ve yatırarak hasta kabul ve tedavi ettiği hizmetlerin daha verimli ve güçlendirilmiş olarak verildiği entegre sağlık kurumlarıdır.

*Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği*²⁶⁸'nin değişik 5.maddesinde de sağlık kurumları hastaneler olarak işlevlerine göre gruplandırılmışlardır.

- **İlçe / belde hastanesi:** Bünyesinde 112 hizmetleri, acil, doğum, ayaktan ve yatarak tıbbi müdahale, muayene ve tedavi hizmetleri ile koruyucu sağlık hizmetlerini bütünleştiren, görev yapan tabiplerin hasta kabul ve tedavi ettiği, ileri tetkik ve tedavi gerektiren durumlarda hastaların stabilize edilerek uygun bir şekilde sevkinin sağlandığı sağlık kurumlarıdır.
- **Gün hastanesi:** Birden fazla branşta, gününbirlik ayakta muayene, teşhis, tedavi ve tıbbi bakım hizmetleri verilen asgari 5 gözlem yatağı ile 24 saat sağlık hizmeti sunan bir hastane bünyesinde veya bir hastane ile koordineli olmak kaydıyla kurulan sağlık kurumlarıdır.
- **Genel hastaneler:** Her türlü acil vak'a ile yaş ve cinsiyet farkı gözetmeksizin, bünyesinde mevcut uzmanlık dallarıyla ilgili hastaların kabul edildiği ve ayaktan ve yatarak hasta muayene ve tedavilerinin yapıldığı en az 50 yataklı sağlık kurumlarıdır.
- **Özel dal hastaneleri:** Belirli bir yaş ve cins grubu hastalar veya belirli bir hastalığa tutulanların, yahut bir organ veya organ grubu hastalarının

²⁶⁸ 13.01.1983 tarih ve 1927 (Mükerrer) sayılı Resmî Gazetede yayımlanmıştır.

müşahede, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilitasyonlarının yapıldığı sağlık kurumlarıdır.

- **Eğitim ve araştırma hastaneleri:** Öğretim, eğitim ve araştırma yapılan uzman ve yan dal uzmanların yetiştirildiği genel ve özel dal sağlık kurumlarıdır.
- Yataklı tedavi kurumlarındaki poliklinik hizmetlerine halkın kolay ulaşabilmesi, hastane polikliniklerindeki yığılmaların önlenmesi amacıyla hastanelere bağlı olarak **semt poliklinikleri** kurulabilir.²⁶⁹

Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'nin değişik 2 ve 3.maddeleri uyarınca ağız diş sağlığı merkezleri ayaktan ve yatarak tedavi verilen kamu sağlık kurumu olarak tanımlanmıştır. Buna göre; diş hekimliğinin tüm branşlarında koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri ile ayaktan veya gerektiğinde yatarak muayene, tetkik, teşhis ve tedavi hizmetlerinin yanı sıra ileri tetkik ve tedavilerin de uygulandığı, en az 10 ünit kapasiteli, idari ve mali bakımdan kendilerine bağlı diş tedavi ve protez merkezleri ile diş poliklinikleri de açılabilen müstakil sağlık kurumlarıdır.

Üçüncü basamak sağlık kurumları arasında özel sağlık kurumları bulunmamakta²⁷⁰, aşağıda sayılan kamu sağlık kurumları üçüncü basamak sağlık kurumlarını oluşturmaktadır. Gerçektende;

- Eğitim ve araştırma hastaneleri²⁷¹,
- Özel dal eğitim ve araştırma hastaneleri,

²⁶⁹ **Semt Poliklinikleri Yönergesi**, 24.02.2004 tarih ve 1187 sayılı Makam onayı ile Sağlık Bakanlığı'na yürürlüğe konulmuştur.

²⁷⁰ KAYNAK, Zeki: "Sağlık Hizmeti Satın Alma İle İlgili Soruşturmalar", SGK Rehberlik ve Teftiş Başkanlığı Hizmet İçi Eğitim Semineri, Haziran 2007- Antalya, SGK Yayın No:4, Eylül 2007, Ankara, s:126-144

²⁷¹ Sağlık Bakanlığı'na bağlı eğitim ve araştırma hastanelerinin sayısı; Adana (1 adet), Ankara(14 adet), Bursa(1 adet), Elazığ(1 adet), İstanbul(24 adet), İzmir(7 adet), Kayseri(1 adet), Konya(1 adet), Trabzon(1 adet) ve Van(1 adet) illerinde olmak üzere toplam 52 adettir.(Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 11.10.2007 tarih ve 21296 sayılı yazısı)

- Üniversite tıp fakültelerinin bulunduğu ilde kurulu sağlık uygulama ve araştırma merkezleri (üniversite hastaneleri) ile bu hastanelere bağlı semt poliklinikleri ve üniversitelerin dış hekimliği fakülteleri²⁷²,
- Türk Silahlı Kuvvetlerine bağlı tıp fakültesi hastanesi ile eğitim ve araştırma hastaneleri,

üçüncü basamak sağlık kurumları olarak kabul edilir.

Vakıf üniversitelerine ait tıp fakültesi hastanelerinin özel sağlık kurumu olduğu düşünülse de, Başbakanlığın “tedavi ücretleri” konulu 2007/13 sayılı Genelgesine²⁷³ göre, “*vakıf üniversiteleri de dahil olmak üzere, üniversitelerin tıp fakültelerinin uygulama ve araştırma merkezi olan hastaneler, bilimsel çalışma ve eğitim faaliyetleri dışında halka sundukları sağlık hizmetleri bakımından “kamu hastanesi” niteliğinde*” sayılmaktadırlar.

Gerçektende Özel Hastaneler Yönetmeliği'nin 2.maddesinde 2003 yılında yapılan bir değişiklik²⁷⁴ ile vakıf üniversitelerine ait hastanelerde kapsama alınmışken, Danıştay 10.Dairesinin 2003/1892 sayılı yürütmeyi durdurma kararı²⁷⁵ sonrasında, aynı Yönetmeliğin 2.maddesinde yapılan yeni bir değişiklikle²⁷⁶ YÖK tarafından verilen izinle kurulan vakıf üniversitesi hastaneleri artık resmi sağlık kurumu olarak sayılmaya başlanmıştır. Esasen Anayasanın 130.maddesine göre, vakıf üniversiteleri de dahil olmak üzere tüm üniversiteler, devletin denetim ve gözetimine tabi olarak kanunla kurulan kamu tüzel kişiliğine sahip kuruluşlardır.

2547 sayılı Kanun hükümlerine göre faaliyet göstermekte olan Vakıf Üniversiteleri Tıp Fakültesi Hastaneleri Devlet Üniversiteleri ile aynı statüde bulunmaktadır. Bununla birlikte, Vakıf Üniversiteleri Tıp Fakültesi Hastaneleri(Başkent Üniversitesi, Fatih üniversitesi, Maltepe Üniversitesi) “resmi sağlık kurumu”, Devlet Üniversiteleri Tıp Fakültelerinde kurulu vakıf

²⁷² SGK ile sözleşme imzalayan kamu ve vakıf üniversitesi hastane sayısı 2007/Aralık itibariyle 94'dür.

²⁷³ 26.05.2007 tarih ve 26533 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

²⁷⁴ 13.04.2003 tarih ve 25078 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

²⁷⁵ Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 02.02.2005 tarih ve 1871 sayılı yazısı

²⁷⁶ 14.01.2004 tarih ve 25475 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

hastaneleri(Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Vakfı İktisadi işletmesi) ise “özel sağlık kurumu” olarak değerlendirilmektedir.²⁷⁷

IV .3– Özel Sağlık Kurum ve Kuruluşları

IV .3 .1– Ayrımın Sınırları

Devlet Memurlarının Tedavi Yardımı ve Cenaze Giderleri Yönetmeliği'nin 6.maddesi ikinci fıkrasında; gerçek veya tüzel kişiler tarafından kurulmuş yataklı veya yataksız tedavi kurumları ile tedavi amacıyla hasta kabul eden ve Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığınca işletme müsaadesi verilmiş bulunan içmece ve kaplıcalar “özel sağlık kurumu”, serbest tabiplikler ise “özel sağlık kuruluşu” sayılmıştır.

Öte yandan Devlet Memurlarının Tedavi Yardımı ve Cenaze Giderleri Yönetmeliği'nde yapılan bir değişiklikle “özel sağlık kurumlarında tedavi” başlıklı ek 2.maddesi eklenmiş ve devlet memurlarının ve bakmakla yükümlü olduğu kimselerin resmi sağlık kurum ve kuruluşları tarafından, tedavi amacıyla, özel sağlık kurum ve kuruluşlarına sevk edilebilmeleri olanaklı hale getirilmiştir.²⁷⁸ Daha sonra yapılan bir değişiklikle sözkonusu Yönetmeliğin ek 2.maddesinin başlığı “özel sağlık kurum ve kuruluşlarında tedavi” şeklinde değiştirilmiştir.²⁷⁹

Devlet memurları ile bakmakla yükümlü buldukları aile fertlerinin tedavilerinin resmi sağlık kurum ve kuruluşları yanında özel sağlık kurumları ve özel polikliniklerden de sağlanmasına ilişkin usul ve esasların belirlenmesi amacıyla Teşhis ve Tedavi Amacıyla Özel Sağlık Kurum ve Kuruluşlarına Hasta Sevkine İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ²⁸⁰ düzenlenmiş ama burada da özel sağlık kurum ve kuruluşları tanımlanmamıştır.

Sağlık Bakanlığı'nın 2003/97 sayılı Genelgesinde özel sağlık kurum ve kuruluşlarına da yer verilmiştir. Buna göre, **birinci basamak özel sağlık kuruluşu** ifadesinden; Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında

²⁷⁷ Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 20.04.2004 tarih ve 6319 sayılı talimatı

²⁷⁸ 17.04.2003 tarih ve 25082 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

²⁷⁹ 26.09.2006 tarih ve 26301 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

²⁸⁰ 30.05.2003 tarih ve 25123 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

Yönetmelik kapsamında açılan özel polikliniklerin, **ikinci basamak özel sağlık kuruluşu** ifadesinden ise; Özel Hastaneler Yönetmeliği'ne göre ruhsat almış özel hastaneler ile Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik kapsamında açılan özel tıp merkezleri ve özel dal merkezlerinin anlaşılacağı belirtilmiştir.

Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği ile Maliye Bakanlığı Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliği'ndeki özel sağlık kurum ve kuruluşu sınıflandırması ise şu şekilde yapılmıştır:

IV .3 .2– Özel Sağlık Kuruluşları

- Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik(ÖSKY) kapsamında açılan özel poliklinikler,
- Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik kapsamında açılan ağız ve diş sağlığı hizmeti veren özel sağlık kuruluşları,

birinci basamak **özel sağlık kuruluşları** olarak kabul edilir. Öte yandan, müstakil olarak açılan kimi sağlık kuruluşlarını da bu başlık altında değerlendirmek mümkün olabilecektir. Özel sağlık kuruluşlarının belirleyici unsuru ayakta teşhis ve tedavi hizmetinin verilmesidir.²⁸¹

IV .3 .3– Özel Sağlık Kurumları

- Özel Hastaneler Yönetmeliğine göre ruhsat almış hastaneler²⁸²,
- Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik kapsamında açılan tıp merkezleri,
- Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik kapsamında açılan özel dal merkezleri,

²⁸¹ ÖZDEMİR, Hayrünnisa: Özel Hukukta Teşhis ve Tedavi Sözleşmesi, Yetkin Yayınları, Ankara 2004, s:56

²⁸² Özel hastaneler ülkemizde her ilde bulunmamaktadır. Özel hastane bulunan il sayısı 56'dır. (Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 05.10.2007 tarih ve 20836 sayılı yazısı)

ikinci basamak *özel sağlık kurumları* olarak kabul edilir. Sağlık kurumu ise sağlık kuruluşlarından daha teşkilatlı ve daha hacimli birimlerdir. Özel sağlık kurumları, hastalığı teşhis edilen hastaların tedavilerinin de aynı birim içerisinde yataklı teşhis ve tedavi hizmetini bütün tıp alanında veya belli bir tıp alanında veren özel hastaneler olarak öne çıkmaktadır.²⁸³

Belirtelim ki; Sağlık Bakanlığı özel hastaneler ile ilgili istatistik yıllıkları yayınlamakla birlikte, bunun dışındaki özel sağlık kurum ve kuruluşları ile ilgili istatistik yıllıkları bugüne kadar yayınlanmamıştır. Sağlık Bakanlığı'nca yürütülen çalışmalarda kullanılmak üzere, il sağlık müdürlüklerinden istenilen ve hem özel hastanelerde²⁸⁴ hem de özel tıp merkezleri ile diğer özel sağlık kuruluşlarında²⁸⁵ çalışan sağlık personelinin sayılarına ilişkin istatistiki bilgilere ise bizim ulaşmamız mümkün olamamıştır. Bu bakımdan, yıllar itibariyle ülkemizdeki özel sağlık kurum ve kuruluşlarının sayısal değişiklikleri, çalışmamızda yansıtılamamıştır. Ancak, yine de bir fikir edinilebilmesi için, SGK ile sözleşme yapan özel sağlık kurum ve kuruluşlarına aşağıda **Tablo 2**'de yer verilmiştir.

²⁸³ ÖZDEMİR, Hayrünisa: Özel Hukukta Teşhis ve Tedavi Sözleşmesi, Yetkin Yayınları, Ankara 2004, s:61

²⁸⁴ Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 05.10.2007 tarih ve 20836 sayılı ve 18.10.2007 tarih ve 21686 sayılı yazıları

²⁸⁵ Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 10.10.2007 tarih ve 21203 sayılı ve 17.10.2007 tarih ve 21548 sayılı yazıları

TABLO 2: SGK İle Sözleşme İmzalayan Özel Sağlık Kurum Ve Kuruluşları, (07.12.2007)

Sıra No	Türü	Sayısı
1	Özel Genel Hastane	335
2	Özel Dal Hastanesi	22
3	Özel Tıp Merkezi	490
4	Özel Dal Merkezi	393
5	Özel Diyaliz Merkezi	324
6	Özel ÜYTE Merkezi	21
7	Özel Fizik Tedavi Ve Rehabilitasyon Merkezi	74
8	Özel Hiperbarik Oksijen Tedavisi Merkezi	16
TOPLAM		1675*

Kaynak: SGK Başkanlığı Hizmet Sunumu Genel Müdürlüğü, İzleme Değerlendirme ve İş Geliştirme Daire Başkanlığı, 2007

V - SAĞLIK HİZMETLERİNİN TÜRLERİ VE ÖZELLİKLERİ

V.1 - Sağlık Hizmetleri

Kişilerin ve toplumların sağlıklarını korumak, hastalandıklarında tedavilerini yapmak, tam olarak iyileşmeyip sakat kalanların başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmelerini sağlamak ve toplumun sağlık seviyesini yükseltmek için yapılan planlı çalışmaların tümüne “sağlık hizmetleri” denir.²⁸⁶ 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun’un 2.maddesinde ise, insan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların işe alıştırılması(rehabilitasyon) için yapılan tıbbi faaliyetler sağlık hizmeti olarak tanımlanmaktadır. İster tedavi ister hastalığı önleme

* 07.12.2007 tarihi itibarıyla, SGK’ye devredilen Emekli Sandığı Genel Müdürlüğü ile önceki dönemden imzalanmış sözleşmeleri devam eden 3 görüntüleme merkezi, 5 özel poliklinik ve 6 da ESWL(böbrek taşı kırma merkezi) bulunduğunu da belirtelim.

²⁸⁶ ÖZTEK, Zafer: Sağlık Kavramı ve Sağlık Hizmetleri, **Yeni Türkiye**, Mayıs-Haziran 2001, S:39, s:295-311

şeklinde yürütülsün sağlık hizmetlerinin amacı, insanların sağlıklı ömrünü uzatmaktır.²⁸⁷

Dünya Sağlık Örgütüne(DSÖ) göre de, bireyin sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin etkisinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların işe alıştırılması(rehabilitasyon) için yapılan tıbbi ve teknolojik faaliyetlerin sağlık hizmetlerinin kapsamını oluşturduğu ifade edilmektedir.²⁸⁸ Görüldüğü üzere 224 sayılı Kanundaki sağlık hizmeti tanımı DSÖ'nün tanımıyla adeta örtüşmektedir.

5510 sayılı Kanununun 63.maddesi birinci fıkrasında da; Kurumca finansmanı sağlanacak sağlık hizmetlerinin amacının; genel sağlık sigortalısının ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sağlıklı kalmalarını; hastalanmaları halinde sağlıklarını kazanmalarını; iş kazası ile meslek hastalığı, hastalık ve analık sonucu tıbben gerekli görülen sağlık hizmetlerinin karşılanmasını, iş göremezlik hallerinin ortadan kaldırılmasını veya azaltılmasını temin etmek olduğu ifade edilmiştir.

Sağlık hizmetleri, bireylerin sağlıklarını korumak, daha iyiye götürmek ve hastalandıklarında onları tekrar sağlıklarına kavuşturmak amacıyla yapılması gereken tüm faaliyetleri kapsadığı gibi, modern hekimlik anlayışı bakımından da, sağlığı korumak ve daha iyiye götürmenin yanı sıra, hastalıkların meydana gelmesini önlemek, imkanların elverdiği en erken dönemde teşhis koymak suretiyle hastalananları tedavi etmek, böylelikle bireylerin mutlu ve uzun bir hayat sürmelerini sağlamak için çaba gösteren sosyal nitelikli bir hizmet biçiminde de ifade edilebilir.²⁸⁹ Öte yandan sağlık hizmetinin salt bir hekimlik hizmeti olmadığı, doğrudan doğruya bir ekip işi olduğu kadar aynı zamanda bir alt yapı hizmeti olduğu da dile getirilmektedir.²⁹⁰

Toplumun refah düzeyini ve bireyin mutluluğunu artırmayı amaçlayan hizmetlerin başında sağlık hizmetleri gelmektedir. Sağlık hizmetleri hem araç hem de

²⁸⁷ BULUTOĞLU, Kenan: Kamu Ekonomisine Giriş, Filiz Kitabevi, İstanbul 1988, s:283

²⁸⁸ YEĞİNBOY, Yasemin E.:Ulusal Düzeyde Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi, Sağlık Hizmetleri ve İşletmeleri Serisi:1, Doğruluk Matbaacılık, İzmir 1993, s:18

²⁸⁹ DEMİRBILEK, Sevda: Türkiye'de Sağlık Hizmetleri, İlkem Ofset, İzmir 1999, s:53

²⁹⁰ HAMZAOĞLU, Onur: "AB'ye Girişin Türkiye Sağlık Hizmetlerine Etkileri", 14 Mart Tıp Haftası 2006, İstanbul Tabip Odası Yayınları, İstanbul 2006, s:152-155

amaç olma özelliği taşıdığı için çok boyutlu ve karmaşık bir yapı gösterir. Sağlık hizmetleri; temiz içme suyu, iyi beslenme, erken tanıdan başlayarak en ileri tıp teknolojisini gerektiren tedavi hizmetlerine, endüstri hijyenine kadar uzanan oldukça geniş ve yaygın alanları kapsayan bir yelpaze görünümündedir.²⁹¹

Sağlık hizmeti birincisi sağlığın korunması, ikincisi var olan sağlık durumunun geliştirilmesi, üçüncüsü hastalık ortaya çıkarsa iyileştirme işlemlerinin uygulanması, dördüncüsü ise sakatlık ya da iş göremezlik oluştuğunda esenlendirme hizmetlerinin sunulması şeklinde dört aşamada ele alınabilir.²⁹² Sağlık hizmetleri, hastalıkların teşhis, tedavi ve rehabilitasyonu yanında hastalıkların önlenmesi ve toplum ve bireyin sağlık düzeyinin geliştirilmesiyle ilgili faaliyetler bütünü anlamına gelmektedir. Sağlık hizmetleri klasik olarak koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi hizmetleri, rehabilitasyon hizmetleri olarak sınıflandırıldığı²⁹³ gibi, buna sağlığın geliştirilmesi hizmetlerinin de eklenmesi suretiyle dört ana grupta da toplanmaktadır.²⁹⁴ Buna göre sağlık hizmetleri aşağıda **Şekil 1**'de gösterilmiştir.

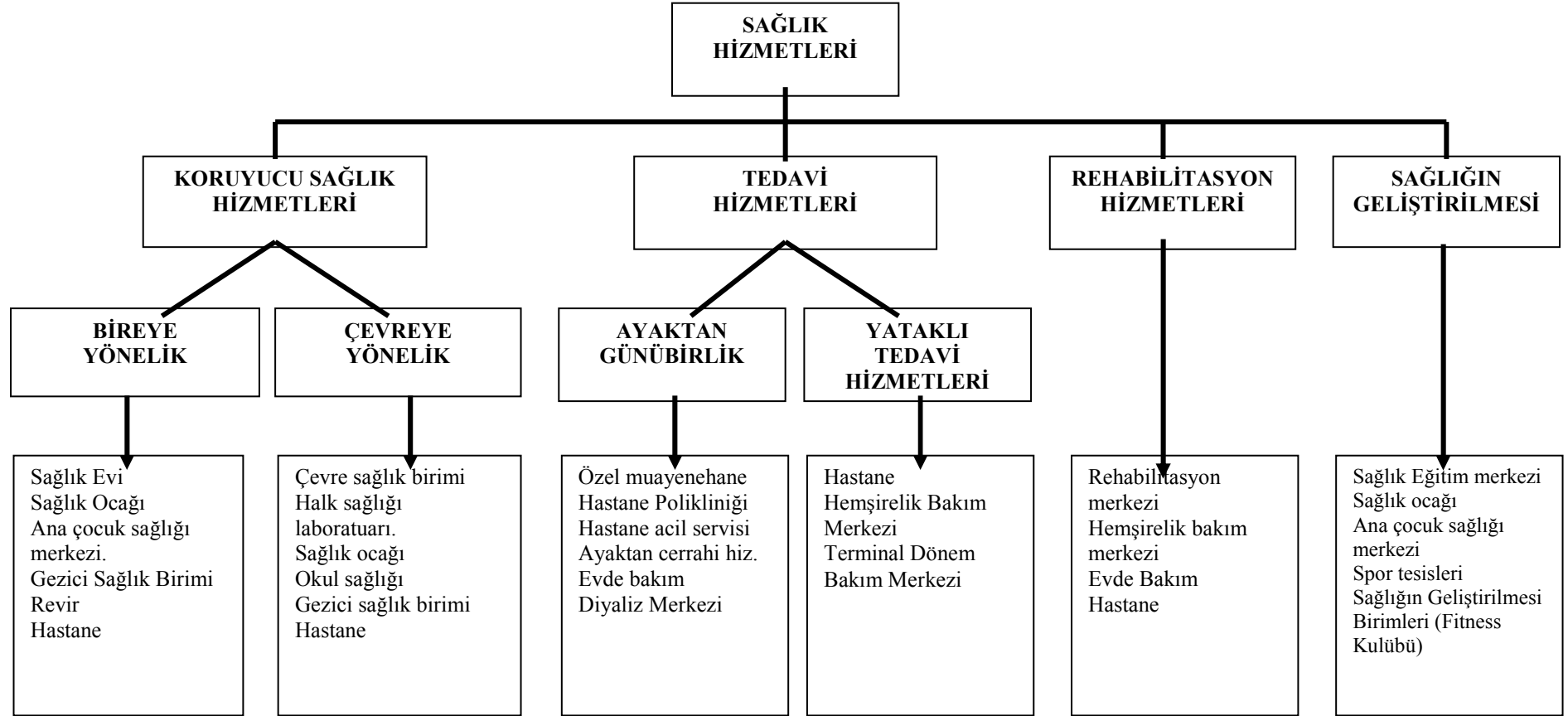
²⁹¹ YEĞİNBOY, Yasemin E.:Ulusal Düzeyde Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi, Sağlık Hizmetleri ve İşletmeleri Serisi:1, Doğruluk Matbaacılık, İzmir 1993, s:18

²⁹² AKSAKOĞLU, Gazanfer ve ELÇİ, Ö.Çınar, “Sağlıkta Özelleştirme ve Sonuçları”, **Sağlıkta Sınıf Tavrı**, S.8, Temmuz-Ağustos 1996, s.4-11

²⁹³ KURTULMUŞ, Sevgi: Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi, Değişim Dinamikleri Yayınları, İstanbul 1998, s:85; HAYRAN, Osman: “Sağlık Hizmetleri” içinde HAYRAN, Osman ve SUR, Haydar: Sağlık Hizmetleri El Kitabı.Örgütlenme, Finansman, Yönetim, Mevzuat, Yüce Yayım, İstanbul 1998, s:15-32; PALA, Kayıhan: “2000’e Doğru Türkiye’de Tedavi Edici sağlık Hizmetlerinin Genel Durumu”, **Toplum ve Hekim**, Temmuz-Ağustos 1995, C:10, S:68, s:64-75

²⁹⁴ KAVUNCUBAŞI, Şahin: Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Siyasal Kitabevi, Ankara 2000, s:34

ŞEKİL 1: Sağlık Hizmetlerinin Kapsamı



Kaynak: KAVUNCUBAŞI, Şahin: Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Siyasal Kitapevi, Ankara, 2000, s:35.

V.2 - Sağlık Hizmetlerinin Türleri

Gelişmişlik düzeyi ne olursa olsun hemen hemen her toplumda insanlara sağlık hizmeti sunan başlıca üç sektörden bahsedilmektedir: Folk sektör, popüler sektör ve profesyonel sektör.²⁹⁵ Bilimsel tıp ve resmi sağlık örgütleri tarafından reddedilen ve yasal olmayan *folk sektör*; sağlık ve hastalık konusunda resmi bir eğitim-öğrenim görmemiş, ancak çeşitli özellikleri nedeniyle çevreleri tarafından uzman kabul edilen kişilerden oluşmaktadır. Kırık-çıkıkçılar, üfürükçüler, bel çekenler gibi. Dünya Sağlık Örgütü'nün, bu sektörü reddetmek yerine incelemeyi ve sağlık için yararlı olabilecek bazı uygulamalarını kazanılması gerektiğini önerdiği belirtilmekte ve örneğin arz-talep ilişkisinin bir sonucu olarak ortaya çıkan ara ebelerinin yok sayılması yerine, eğitmek ve denetlemek suretiyle hizmette kullanmanın hem akılcı hem de gerekli bir yol olduğu da ifade edilmektedir.²⁹⁶

Sağlık ve hastalık konusunda herhangi bir eğitim-öğretim görmemiş, dolayısıyla uzmanlığı olmayan, ancak yaşları ya da hayata ilişkin bilgileri nedeniyle kendilerine danışılan kişiler *popüler sektörü* oluştururken; özel bir eğitim-öğretim gören uzman olan ve uzmanlığı resmi makamlarca kabul edilip belgelenen hekim, diş hekimi, hemşire, ebe, eczacı vb. sağlık personelinin oluşturduğu sektöre de *profesyonel sektör* denilmektedir.²⁹⁷ Şüphesiz bizim ilgi alanımızı profesyonel sektörde üretim ve sunumu yapılan sağlık hizmetleri oluşturmaktadır.

Sağlık hizmetleri **Şekil 1**'de olduğu üzere koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi hizmetleri, rehabilitasyon hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesi hizmetleri olarak sınıflandırılabilir gibi, genel olarak koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri şeklinde de ayrıma gidilebilmektedir. Ancak sağlık hizmetleri bir bütün olduğundan, "koruyucu" ve "tedavi edici" şeklinde bir ayırım yapmanın isabetli bir yaklaşım

²⁹⁵ HAYRAN, Osman: "Sağlık, Hastalık Kavramları ve Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma", HAYRAN, Osman ve SUR, Haydar: Sağlık İşletmelerinde Yönetim, SAYED Yayınları, İstanbul 2005, s:5-15; YEREBAKAN, Metin: Özel Hastaneler Araştırması, İstanbul Ticaret Odası Yayın No:2000-26, İstanbul 2000, s:14-18

²⁹⁶ HAYRAN, Osman: "Sağlık, Hastalık Kavramları ve Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma", HAYRAN, Osman ve SUR, Haydar: Sağlık İşletmelerinde Yönetim, SAYED Yayınları, İstanbul 2005, s:5-15

²⁹⁷ HAYRAN, Osman: "Sağlık, Hastalık Kavramları ve Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma", HAYRAN, Osman ve SUR, Haydar: Sağlık İşletmelerinde Yönetim, SAYED Yayınları, İstanbul 2005, s:5-15

olmadığı, her iki tür sağlık hizmetinin birbirini tamamlayıcı ve birbirinden ayrılmaz özellikleri olduğu, konunun teorik olarak incelenmesinde, hizmetin niteliğine göre böyle bir ayırım yapmaya ihtiyaç duyulduğu ifade edilmektedir.²⁹⁸

Kişilerin hastalık öncesi alacağı hizmet ile hastalıklarında ulaşacakları tedavi hizmetleri ve ihtiyaç durumunda da tedavi sonu rehabilitasyon hizmetleri bir bütünsellik içindedir. Zaten, bu bütünselliği ortadan kaldıran ve her bir hizmet sunumunu da parçalara ayırıştıran bir sağlık yardımı anlayışı sağlık hizmeti etkinliğini olumsuz olarak etkileyecektir.²⁹⁹

Sağlık hizmetleri; amaç ve politikaların belirlenmesi, planlama ve enformasyon, yönetme ve koordinasyon gibi hizmetleri ihtiva eden üst kademe sağlık hizmetleri, yataklı tedavi hizmetleri dışında kalan primer(asli/birincil) sağlık hizmetleri, yataklı tedavi hizmetleri olarak da ayırma tabi tutulabilmektedir.³⁰⁰ Buna benzer biçimde çalışmamızda da sağlık hizmetleri birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri olarak sınıflandırılarak incelenmiştir. Bu şekilde yapılan sınıflandırma, DSÖ'nce yapılan sınıflandırmaya uygun düştüğü gibi ülkemizde sağlık hizmetlerinin yürütülmesi, koordine edilmesi ve denetlenmesinde yetkili en üst kuruluş olan Sağlık Bakanlığı'nca yapılan sınıflandırmayı da esas almaktadır.³⁰¹

Yukarıda yer verildiği üzere sağlık mevzuatımızda sağlık kurum ve kuruluşları birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşları olarak gruplandırılırken, Sağlık Bakanlığı sunulan sağlık hizmetlerini de benzer şekilde sınıflandırmıştır. Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmeliğin 3.maddesinde ve Aile Hekimliğinin Pilot Uygulandığı İllerde Toplum Sağlığı Merkezleri Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair Yönergenin de 4.maddesinde sağlık hizmetleri birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri olarak aynı şekilde tanımlanmış ve ayırma tabi tutulmuşlardır. Aşağıda bu ayırma uygun tanım ve açıklamalara yer verilmiştir.

²⁹⁸ DEMİRBILEK, Sevda: Türkiye'de Sağlık Hizmetleri, İlkem Ofset, İzmir 1999, s:54

²⁹⁹ Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Yasası'na İlişkin Görüşlerimiz, **DİSK'in Sesi**, Mayıs 2006 Özel Eki, s:35

³⁰⁰ SARGUTAN, Erdal: Türk Sağlık Sektörünün Yapısı, Sağlık-İş Yayınları, Ankara 1993, s:9-12

³⁰¹ YEĞİNBOY, Yasemin E.:Ulusal Düzeyde Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi, Sağlık Hizmetleri ve İşletmeleri Serisi:1, Doğruluk Matbaacılık, İzmir 1993, s:22

V .2 .1 - Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

V .2 .1 .1 - Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Niteliği

Birinci basamak sağlık hizmeti; toplum sağlığına yönelik hizmetler ile kişisel koruyucu, tanı koyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini kapsayan, kişilerin sağlık sisteminden ilk alış noktasında verilen sağlık hizmetini ifade etmektedir. Aynı şekilde, toplum sağlığına yönelik hizmetler ile bireysel koruyucu, tanı koyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetleridir.³⁰² Anlaşılacağı üzere birinci basamak sağlık hizmetleri, toplum sağlığına yönelik hizmetlerin yanısıra, bireyin ilk başvuru yeri olan birinci basamak sağlık kuruluşlarında daha çok ayakta ve evde birinci kademe tedavilerini ve kişisel koruyucu sağlık hizmetlerini kapsamaktadır. Bu hizmetler doğrudan bireye yönelik olabileceği gibi çevreye de yönelik olabilir.

Birinci basamak sağlık hizmeti; bireyler ve aileler için yaşamsal olan hizmetlerin toplumun katılımı ile karşılanabilir bir maliyetle sunulması, sağlığın yükseltilmesi, hastalıkların önlenmesi, sağlığın korunması, eğitim ve rehabilitasyonu içerir. Gerçekte birinci basamak sağlık hizmeti yaklaşımı, en az sekiz birbiri ile ilişkili bireysel ve toplumsal sağlık elemanını içermektedir.(Yaşamsal sağlık hizmetlerine yönelik bireysel önlemler, beslenme, temiz su ve hijyen, anne ve çocuk sağlığı, aile planlaması, aşılama, akıl sağlığı servisleri ve yaşamsal ilaçların sağlanması).³⁰³

Koruyucu sağlık hizmetleri bir bütün olarak birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamındadır. Hastalıkların doğal seyrine göre tedavi edici sağlık hizmetlerinin bir bölümü de bu kapsamda değerlendirilebilir. Belirtelim ki, işyeri hekimliği de birinci basamak sağlık hizmetidir.³⁰⁴ Öte yandan, 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu ile 4857 sayılı İş Kanunu'nun 30.maddesi gereğince devamlı olarak en az 50 ve daha

³⁰² Aile Hekimliği Türkiye Modeli, Sağlık Bakanlığı, Ankara 2004, s:43

³⁰³ BOELEN, Charles, HAQ, Cynthia, HUNT, Vincet, RIVO, Marc ve SHAHADY, Edward: Sağlık Sistemlerinin Geliştirilmesinde Aile Hekimliğinin Katkısı- Kılavuz Kitap, Editör; BİLGEL, Nazan, (Çevirenler:BİLGEL, Nazan, ÖZÇAKIR, Alis, SADIKOĞLU, Ganime, UNCUCU, Yeşim, ALPER, Züleyha, ÖZDEMİR, Hakan); SZT Matbaası, Bursa 2005, s:xiiii

³⁰⁴ KUTBAY, Ekrem, ESKİOCAK, Muzaffer ve YARIŞ, Ersin: "İşyeri Hekimliği Birinci Basamak Hekimliğidir", **Toplum ve Hekim**, Mayıs-Haziran 1995, C:10, S:67, s:48-51

fazla işçi çalıştıran işyerlerinde işçilerin sağlık durumlarını denetlemek, ilk yardım, acil tedavi ve diğer koruyucu sağlık hizmetlerini düzenlemek üzere iş yerlerinde bulundurulması gereken işyeri hekimlerinin, aile hekimliği pilot uygulamasına geçilen illerde Sosyal Güvenlik Kurumu(SGK) adına reçete yazma ve iki güne kadar istirahat verme yetkisi tanınabilmesi Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik'in 26.maddesi ile aynı zamanda aile hekimliği yetkisine de haiz olmaları zorunluluğu getirildiğine daha önce değindiğimizi de belirtelim.

Esasen sağlıkla ilgili her olay, “hastalığın doğal tarihi” denilen iki aşamalı bir zaman sürecinden oluşur: Hastalanmadan önce ve hastalık başladıktan sonra. İnsanın vücudunda hastalıkla ilgili olayların oluştuğu, ancak belirtilerinin açık ve belirgin olmamasından ötürü hastalığın kolayca tanımlanamadığı bu gizli süreye “klinik öncesi devre” denirken, bir zaman sonra hastalığın arazları(belirtileri) görülmeye başladığında ise hastalığın ortaya çıktığı “klinik devre”den söz edilir.³⁰⁵

Özellikle klinik öncesi devrede başka bir söyleyişle hastalık ortaya çıkmadan sunulabilecek sağlık hizmetleri bulunmaktadır. Bunlarla kişilerin sağlık kapasitelerinin yükseltilmesine ve belli bir hastalığın önlenmesine çalışılırken erken teşhis ve uygun tedavi ile de o hastalığın tedavi imkanı kolaylaştırılmaya çalışılır.

İyi bir sağlık eğitimi, beslenme düzeyinin düzeltilmesi kişisel gelişimin sağlanması, uygun barınma, olumlu çalışma koşulları, cinsel eğitim ve evlilik danışmanlığı, alkol, tütün ve uyuşturucu gibi zararlı alışkanlıklardan çekinme aile planlaması kalıtım durumunun saptanması, periyodik sağlık kontrolleri gibi yöntemlerin kişilerin sağlık kapasitelerini yükseltmeye yönelik olduğu söylenebilir. Aşılama, kişisel hijyen, kanser yapan maddelerden sakınmak, çevre sağlığı gibi önlemler ise belli bir hastalığın önlenmesine yönelik özgül(spesifik) koruma yöntemleridir.³⁰⁶

Başka bir anlatımla, bağışıklama, erken tanı ve tedavi, ilaçla koruma, yeterli ve dengeli beslenme, aile planlaması, sağlık eğitimi, ilk yardım, okul sağlığı, bebek

³⁰⁵ AKBULUT, Turhan: İşçi Sağlığı Prensipleri ve Uygulamaları, Sistem Yayıncılık, Yayın No:17, 2.Baskı, İstanbul 1994, s:20

³⁰⁶ AKBULUT, Turhan: İşçi Sağlığı Prensipleri ve Uygulamaları, Sistem Yayıncılık, Yayın No:17, 2.Baskı, İstanbul 1994, s:21

ve çocuk izleme, gebe izleme, yaşlılara bakım kişiye yönelik kuruyucu sağlık hizmetleridir. Besin kontrolü ve güvenliği, yeterli ve temiz su sağlanması, hava kirliliğinin kontrolü, atıkların kontrolü, konut sağlığı, endüstri hijyeni ise çevreye yönelik sağlık hizmetleridir.³⁰⁷ Bunlardan ilk yardım hizmetleri, acil tedavi hizmetleri, sağlık kontrolü/bakımı hizmetleri, evde bakım hizmetleri, hasta sevk ve izleme hizmetleri birinci kademe tedavi hizmetleri kapsamında değerlendirilir.³⁰⁸

Birinci basamak sağlık hizmetlerinden özellikle koruyucu nitelikte olanlarında amaç, bireyin sağlığı konusunda bilinçlendirilmesi iken, çevreye yönelik olanlarında amaç ülke çapında bireylerde çevre bilincinin oluşturulmasıdır.³⁰⁹ Bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, hekim, hemşire gibi sağlık meslekleri üyelerinin yürüttüğü hizmetlerdir. Çevre sağlığı hizmetlerini ise bu konuda özel eğitim almış mühendis, kimyager, veteriner, biyolog, çevre sağlık teknisyeni ve benzeri meslek mensupları sunar.³¹⁰

Toplumda hastalık ihtimali azaltılırsa, tüm toplum üyeleri bundan birbirlerine rakip olmaksızın fayda sağlar. Ancak bu hizmet verilmediği takdirde ortaya çıkabilecek olumsuz sonuçlar tüm toplumu etkiler. Bu nedenle, koruyucu sağlık hizmetleri dışsal faydası en çok olan sağlık hizmetidir.³¹¹ Koruyucu sağlık hizmetlerinin bu önemli dışsal faydasının sözkonusu hizmetlerin devlet tarafından sağlanmasını gerekli kıldığı ifade edilmektedir.³¹² Esasen dünyadaki tüm ülkelerde olduğu gibi ülkemizde de, koruyucu sağlık hizmetlerinin tedavi edici sağlık hizmetlerine nazaran önceliği bulunmaktadır.³¹³

³⁰⁷ HAYRAN, Osman: "Sağlık Hizmetleri" içinde HAYRAN, Osman ve SUR, Haydar: Hastane Yöneticiliği, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul 1997, s:15-27; YEĞİNBOY, Yasemin E.:Ulusal Düzeyde Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi, Sağlık Hizmetleri ve İşletmeleri Serisi:1, Doğruluk Matbaacılık, İzmir 1993, s:24-27; ÖZTEK, Zafer: "Sağlık Kavramı ve Sağlık Hizmetleri", **Yeni Türkiye**, Mayıs-Haziran 2001, S:39, s:294-298

³⁰⁸ SARGUTAN, Erdal: Türk Sağlık Sektörünün Yapısı, Sağlık-İş Yayınları, Ankara 1993, s:11

³⁰⁹ YEĞİNBOY, Yasemin E.:Ulusal Düzeyde Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi, Sağlık Hizmetleri ve İşletmeleri Serisi:1, Doğruluk Matbaacılık, İzmir 1993, s:23-25

³¹⁰ KAVUNCUBAŞI, Şahin: Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Siyasal Kitabevi, Ankara 2000, s:36

³¹¹ BULUTOĞLU, Kenan: Kamu Ekonomisine Giriş, Filiz Kitabevi, İstanbul 1988, s:283

³¹² KURTULMUŞ, Sevgi: Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi, Değişim Dinamikleri Yayınları, İstanbul 1998, s:89

³¹³ DEMİRBİLEK, Sevda: Türkiye’de Sağlık Hizmetleri, İlkem Ofset, İzmir 1999, s:57

Koruyucu hekimlik ve halk sağlığı hizmetlerini özel sektör değil, devlet sağlamaktadır. Bu alanda kar olmayıp toplumsal yarar olduğundan, devlet böylece hem yurttaşların sağlığını korumakta hem de sağlık giderlerini en alt düzeyde tutmaya çalışmaktadır.³¹⁴ Devlet genel sağlığın korunmasına yönelik kolluk faaliyetleri de yürütür. Bu amaçla devlet, her bireyin teker teker hastalıklardan arındırılması yerine, tehlikeli ve salgın hastalıkların önlenmesine yönelik faaliyet yürütmektedir.³¹⁵

V .2 .1 .2 - Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Sunumu

Gerçekten de 224 sayılı Kanunun 9 ve 10.maddelerinde bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin sağlık evleri ve sağlık ocaklarından hastanelere yönelik olarak verileceğinden, 12.maddesinde hastanelerin ayakta ya da yatırarak tedavi edeceği hastaların asıl olarak sağlık ocakları tarafından sevk edilen hastalar olacağından bahsedilirken, çevreye yönelik sağlık hizmetleri de Kanunun 33.maddesinde düzenlenmiştir. Aile hekimliğine geçilen illerde ise artık ilk başvuru yeri aile hekimleri olacaktır.³¹⁶ 224 sayılı Kanunun 13.maddesinde, hastaların acil haller hariç evvela sağlık evine ya da sağlık ocağına başvuracağı ve gerekiyorsa ikinci basamağa sevklerinin yapılacağı düzenlemesi ile sevk zinciri sistemi benimsendiği gibi, 5510 sayılı Kanunun 70.maddesinde de hizmet basamakları arasında Sağlık Bakanlığı'nın görüşünü alarak sevk zincirinin SGK tarafından belirleneceği hüküm altına alınmıştır.³¹⁷

³¹⁴ KOÇ, Yıldırım: "Sağlık Hizmetlerinin ve Sosyal Güvenliğin Devlet Eliyle Sağlanması Türkiye'nin Geleceği Açısından Stratejik Önemdedir", **İzmir Barosu Dergisi**, Temmuz 2006, S:3, s:158-167

³¹⁵ YILDIRIM, Ramazan: "Sağlık Hizmetlerinden Adil Yararlanma Hakkı", **KHUKA**, Kasım 2005. 2-2005, 1.Türk Alman Tıp Hukuku Sempozyumu Sayısı, s:122-126

³¹⁶ Aile hekimliğinin; ekip hizmetini, sektörler arası eşgüdümü, birey sağlığının, toplumsal sağlıkla ilişkili olduğunu, sağlığı etkileyen koşulların bütün yaşamsal koşullar olduğunu ve sağlığın toplumsal boyutunu ihmal edeceği belirtilerek sağlık hizmeti örgütlenmesinde daha geri bir aşamayı yansıttığı ifade edilmektedir.(Birinci Basamak ve Aile Hekimliği-TTB Görüşü, **Topluk ve Hekim**, Mayıs-Haziran 1995, C:10, S:67, s:73-77) Benzer görüşler için bkz; AKSAKOĞLU, Gazanfer ve KILIÇ, Bülent: "Aile Hekimliği Türkiye İçin Uygun Değildir", **Toplum ve Hekim**, Temmuz-Ağustos 2003, C:18, S:4, s:251-257

³¹⁷ Ancak, son dönemdeki idari düzenlemelerle Kanunlardaki sevk zinciri sisteminin adeta kaldırılmış olduğunu söyleyebiliriz. şöyle ki; **Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği**'nin "Müracaat İşlemleri" başlıklı (3.2) maddesinin birinci fıkrasında, "*Kurum sağlık yardımlarından yararlandırılan kişiler, Kurum ile sözleşmesi bulunan birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurum ve kuruluşlarına doğrudan veya sevk edilmek suretiyle müracaat edebilirler.*" denilerek, hastaların herhangi bir sevk olmaksızın doğrudan ikinci ya da üçüncü basamak sağlık kurum ve kuruluşlarına başvurabilmeleri

Öte yandan, 5597 sayılı Kanunun³¹⁸ 4.maddesi ile 5502 sayılı Kanuna eklenen ek 2.madde ile birinci basamak sağlık hizmetlerinin doğrudan Sağlık Bakanlığı'ndan alınacağı kararlaştırılmıştır. Buna göre; Maliye Bakanlığı, Sosyal Güvenlik Kurumu ve 3816 sayılı Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanuna göre tedavi yardımı verilen kişilerin sağlık harcamalarını karşılamakla görevli kurumlar; sağlık yardımlarını karşıladığı sigortalı, iştirakçi, emekli ve diğer hak sahipleri için Sağlık Bakanlığına bağlı birinci basamak sağlık kuruluşları tarafından verilecek sağlık hizmetlerini doğrudan hizmet alımı sözleşmesiyle sağlamaya yetkili oldukları hüküm altına alınmıştır. Sağlık Bakanlığı ise, sözleşmede belirtilen tutar karşılığında yukarıda belirtilen kurumların sağlık yardımlarını karşıladığı kişilere birinci basamak ve kuruluşlarda verilmesi gereken her türlü sağlık hizmetini sunmakla yükümlüdür ve sözleşmede belirlenen tutar dışında bu kurumlardan ve sağlık yardımı sağlanan kişiden ayrıca bir bedel isteyemeyecektir.

Düzenleme bir anlamda birinci basamak sağlık hizmetleri sunumunun Sağlık Bakanlığı'na devrini ifade etmektedir. Uygulamada buna kapitasyon yöntemi denilmektedir.³¹⁹ Kapitasyon yöntemi, sağlık hizmet sunucusuna, kişi başına yapılacak ödemeyi ifade etmektedir. Bu yöntemde kişilerin sağlık hizmetinden yararlanıp yararlanmadığının da bir önemi bulunmamaktadır. Finansmanı sağlayacak kurum, bu ödeme yöntemi ile kişilerin hastalanması nedeniyle oluşan ödeme riskini, sağlık hizmeti sunan kuruma devretmektedir. Artık Sağlık Bakanlığı, birinci basamak sağlık hizmetlerinde kişi başına ödeme aldıktan sonra, kapsamdaki kişilerin

olanaklı kılınmıştır. Diğer taraftan, *Maliye Bakanlığı Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliği*'nin "Sevk İşlemleri" başlıklı (2.4) maddesinde aile hekimliği pilot uygulamasının yürürlüğe konulduğu illerde hastaların aile hekiminin sevk ile ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarına gitmeleri hususunun teşvik edileceği, ancak "*Pilot uygulamanın sağlıklı bir şekilde yerleşmesini temin etmek ve sağlık hizmetlerine erişimi engellemek amacıyla*" sevk zorunluluğunun bulunmadığı belirtilmiştir. Aile hekimliği uygulaması bulunmayan yerlerde ise sadece kurum tabibi bulunan yerlerde aktif çalışanlar bakımından sevk zorunluluğu öngörülmüş; kurum tabibi olmayan yerlerde aktif çalışanlar ile bütün kamu çalışanlarının bakmakla yükümlü buldukları aile fertleri için herhangi bir sevk zorunluluğu bulunmadığı maddenin ikinci ve üçüncü fıkralarında düzenlenmiştir.

³¹⁸ 23.03.2007 tarih ve 26471 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

³¹⁹ KURTULMUŞ, Sevgi: Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi, Değişim Dinamikleri Yayınları, İstanbul 1998, s:109

giderlerinin toplam gelirlerden fazla olması durumunda ortaya çıkacak gider fazlasını karşılama riskini de üzerine almış olmaktadır.³²⁰

Böylece, kamu sağlık güvencesine sahip olan herkesin, birinci basamak sağlık hizmetleri, Sağlık Bakanlığı'ndan geri ödeme kurumlarınca hizmet alım sözleşmesi yolu ile karşılanacaktır. Bu yaklaşım özellikle koruyucu nitelikteki sağlık hizmetlerinin devlet tarafından karşılanması gerekliliği ile de örtüşmektedir. Öte yandan, artık birinci basamak sağlık hizmetleri sosyal güvenlik kurumlarınca özel sektörden alınmayacaktır. SGK, 2007 yılı “Sosyal Güvenlik Kurumu Özel Sağlık Kurumundan/Kuruluşundan Sağlık Hizmeti Satın Alma Sözleşmesi”nin (1.3.2) maddesi uyarınca, sağlık hizmeti satın alma sözleşmelerini sadece hastane, tıp merkezi ve özel dal merkezleri ile yani ikinci basamak özel sağlık kurumları ile yapmaktadır.³²¹ Maliye Bakanlığı'nda özel sağlık kurum ve kuruluşları ile imzalanmış olan mevcut sözleşmeleri uygulanmaya devam ederken, ilk defa imzalanacak sözleşmeler için SGK ile sözleşme imzalanmış olma şartını arayacaktır.³²² Onlarda ikinci basamak özel sağlık kurumları olacaktır.

Bu ise birinci basamak özel sağlık kuruluşları açısından olumsuz bir sonuç doğuracaktır. Kapanma ile yüzyüze kalabilecekleri gibi nitelik değiştirerek sağlık kurumu statüsüne de dönüşme yoluna gidebileceklerdir. Zira, artık neredeyse herkes birinci basamak sağlık hizmetlerini Sağlık Bakanlığı'na ait birinci basamak sağlık kuruluşlarından almaktadır.

Gerçektende, kamu sağlık güvencesi dışında kalanlar da birinci basamak sağlık hizmetlerini Sağlık Bakanlığı'na ait sağlık kuruluşlarından ücretsiz alabileceklerdir. Şöyle ki; 4736 sayılı “***Kamu Kurum ve Kuruluşlarının Ürettikleri Mal ve Hizmet Tarifeleri İle Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun***”³²³un 1.maddesinin birinci fıkrası kamu kurum ve kuruluşlarının ürettikleri mal ve hizmetlerini ücretsiz veremeyeceklerini, dördüncü fıkrası ise bu hükümden

³²⁰ ÇELİK, Hüseyin: “Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Kapıtasyon Uygulaması”, <http://www.medimagazin.com.tr/birinci-basamak-saglik-hizmetlerinde-kapıtasyon-yontemi-uygulamasi-ky-51162.html>, (Erişim:13.07.2007)

³²¹ http://www.sgk.gov.tr/doc/gss/ozel_saglik_hizmetleri_sozlesmesi.pdf, (Erişim:27.07.2007)

³²² Maliye Bakanlığı Bütçe ve Mali Kontrol Genel Müdürlüğü'nün 09.07.2007 tarih ve 13547 sayılı yazısı

³²³ 19.01.2002 tarih ve 24645 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

muaf tutulacak kişi veya kurumları belirleme yetkisinin Bakanlar Kurulunda olduğunu hüküm altına almıştır.

Bu hükme paralel olarak da, önce 27.04.2007 tarih ve 2007/12013 sayılı Bakanlar Kurulu Kararında³²⁴ daha sonra da 09.07.2007 tarih ve 2007/12377 sayılı Bakanlar Kurulu Kararında³²⁵; 01.07.2007 tarihinden itibaren geçerli olmak üzere, 5502 sayılı Kanunun ek 2.maddesi uyarınca, geri ödeme kurumları tarafından Sağlık Bakanlığı'na bağlı birinci basamak sağlık kuruluşlarınca verilecek sağlık hizmetlerinin doğrudan hizmet alımı sözleşmesiyle³²⁶ sağlanması halinde, hem Sağlık Bakanlığı'na bağlı birinci basamak sağlık kuruluşlarınca verilen diğer hizmetler bakımından sözleşme kapsamında bulunanlar ve hem de aynı kuruluşlarda verilen tüm hizmetler için sözleşme kapsamı dışında kalanlar(sosyal güvencesi bulunmayanlar), 4736 sayılı Kanunun 1.maddesinin birinci fıkrası hükmünden muaf tutulmuşlardır.³²⁷

Buna göre, Sağlık Bakanlığı birinci basamak sağlık kuruluşlarınca, kişilere verilecek olan tüm birinci basamak sağlık hizmetleri için(her türlü muayene, tetkik, tedavi, enjeksiyon, mide yıkama, pansuman, apse drenajı gibi girişimler ile işe giriş, sürücü olur, evlilik, avcılık ruhsatı raporu, portör muayeneleri, talasemi tetkikleri, öğrenciler için verilen spor, izcilik ve kamp gibi raporlar ve benzeri her türlü rapor dahil) ilgililerden herhangi bir ücret talep edilmeyecektir. Birinci basamakta yapılan hemoglobinopatiler, diğer kalıtsal kan hastalıkları, endokrin ve metabolik hastalıklara ait tüm tetkik ve taramalar Sağlık Bakanlığı'nca ücretsiz olarak yapılacaktır.³²⁸

Sağlık Bakanlığı birinci basamak hekimleri tarafından istenmesi şartıyla, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Bölge Müdürlükleri ve Halk Sağlığı

³²⁴ 30.05.2007 tarih ve 26511 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

³²⁵ 20.07.2007 tarih ve 26588 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

³²⁶ Söz konusu sözleşme 27.06.2007 tarihinde imzalanmış ve 01.07.2007 tarihinden itibaren yürürlüğe girmiştir.(Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 02.07.2007 tarih ve 15167 sayılı(2007/54) Genelgesi)

³²⁷ 4736 sayılı Kanun uyarınca Bakanlar Kurulu Kararlarıyla bedelsiz olarak verilen kamu sağlık hizmetleri ve özel sektör tarafından ücretsiz olarak sunulan sağlık hizmetlerine bu bölümün sonunda yer verilmiştir.

³²⁸ Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 20.07.2007 tarih ve 18365 sayılı(2007/62) Genelgesi

laboratuvarlarınca, laboratuvar tetkikleri ve radyolojik görüntüleme işlemleri, salgın hastalıklara yönelik epidemiyolojik analizler veya salgın hastalık tehlikesine yönelik analizler ve kontrol programına yönelik sürveyans analizleri, portör tetkikleri ve evlilik öncesi yapılan tetkikler de ücretsiz olarak yapılacaktır.³²⁹

Kanser Erken Teşhis ve Tarama Merkezlerinde(KETEM) verilen sağlık hizmetlerinden Sağlık Bakanlığı birinci basamak hizmetlerine yönelik olarak ve hekim tarafından istenmesi şartıyla tarama amaçlı yapılan mamografi, meme ultrasonografisi, pap smear ve gaitada gizli kan için kişilerden herhangi bir ücret talep edilmeyecektir.³³⁰ Bu şekilde ücretsiz olarak sunulacak olan birinci basamak sağlık hizmetleri sosyal güvenlik kurumlarına da fatura edilmeyecektir.³³¹

5510 sayılı Kanunun 70.maddesinin birinci fıkrasında aile hekimliği birinci basamak sağlık hizmet sunucuları arasında sayılmakla, burada verilecek hizmetler de birinci basamak sağlık hizmetleri olarak değerlendirilmektedir. 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun'un 5.maddesinin ikinci fıkrasına göre aile hekimliği hizmetleri ücretsizdir. Öte yandan 5510 sayılı Kanunun 68.maddesinde, her türlü sağlık hizmetlerinden değişik oranlarda katılım payı alınması öngörülmüştür.³³² Sözkonusu düzenlemeler arasındaki bu uyumsuzluklar ve

³²⁹ Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 20.07.2007 tarih ve 18365 sayılı(2007/62) Genelgesi; Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 02.08.2007 tarih ve 20317(09021) sayılı yazısı

³³⁰ Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 20.07.2007 tarih ve 18365 sayılı(2007/62) Genelgesi

³³¹ Bununla birlikte, İl Sağlık Müdürlükleri tarafından hizmetin verildiği ayı takip eden ayın ilk 7 günü içerisinde verilen hizmetlerin yılı tedavi giderleri resmi fiyat tarifesinde yer alan karşılıkları esas alınmak suretiyle Sosyal Güvenlik Kurumu, Maliye Bakanlığı ile Sağlık Bakanlığı adına olmak üzere her ay üç ayrı toplu fatura düzenlenecek olmakla birlikte, düzenlenen bu faturalar ilgili kurumlara gönderilmeyecektir. "Hizmet detay belgesi" düzenlenecek fatura ekine eklenecektir. Düzenlenen faturaların birer nüshası bağlı olunan döner sermaye saymanlığına gönderilecek, birer nüshası da İl Sağlık Müdürlüğü tarafından dosyalanarak arşivlenecektir.(Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı'nın 01.08.2007 tarih ve 9617(7314) sayılı Genelgesi)

³³² 5510 sayılı Kanunun 69.maddesinde ise katılım payı alınmayacak sağlık hizmetleri ve kişilere yer verilmiştir: İş kazası ile meslek hastalığı halleri ile askerî tatbikat ve manevralarda sağlanan sağlık hizmetleri, afet ve savaş hali nedeniyle sağlanan sağlık hizmetleri, aile hekimi muayeneleri ve kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, sağlık raporuna bağlanmak koşulu ile Kurumca belirlenen kronik hastalıklar ve organ nakilleri, kontrol muayeneleri, şeref aylığı alanlara(1005 s.K.), vatani hizmet aylığı alanlara(3292 s.K.), nakdi tazminat ve aylık alanlara(2330 s.K.), 2828 sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kanununa göre ücretsiz korunma bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinden yararlananlara, harp malüllüğü aylığı(5434 s.K.) ile terörle mücadele dolayısıyla yardıma hak kazananlara(3713 s.K.) yapılan sağlık yardımları.

aile hekimliğine sadece pilot illerde geçilmiş olmasının genel sağlık sigortasının yurt çapında uygulanmasını zora sokacağına işaret edilmiştir.³³³

V .2 .2 - İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri

İkinci basamak sağlık hizmeti; hastaların tanı ve tedavisinin, birinci basamak sağlık kuruluşları tarafından sağlanamadığı durumlarda, *sevk edildiği* sağlık kuruluşu tarafından verilen sağlık hizmetini kapsamaktadır. İkinci basamak sağlık hizmeti, kişilerin birinci basamakta teşhis veya tedavi edilemeyen hastalıkları nedeniyle, sevk edilerek sağlık sorunlarına çözüm getirilmesinin amaçlandığı, belli dallarda uzmanlaşmış hekimlerin görev yaptığı, teknik donanımı yüksek yataklı ya da yataksız sağlık tesislerinde verilen hizmetlerini ihtiva etmektedir.³³⁴

Sağlık mevzuatımızda ikinci basamak sağlık hizmetinin kapsamı bu şekilde belirlenirken, hastaların birinci basamak sağlık kuruluşları tarafından sevk edildiği “*sağlık kuruluşu*”ndan söz edilmiştir. Mevzuatımızdaki karmaşanın burada da olduğunu, daha önce açıklandığı üzere “sağlık kuruluşu”ndan anlaşılması gerekenin ikinci basamak sağlık hizmeti veren “*sağlık kurumları*” olduğunu söyleyebiliriz.

İkinci basamak sağlık hizmetleri, birinci basamak hizmetlerde tanı veya tedavisi kısmen ya da tamamen, teknolojik ve örgütlenme biçimi vb. sebeplerle gerçekleştirilemeyen hastaların muayene, tanı, tedavi ve rehabilite edildikleri tedavi kurumlarını ve bu sevk sürecini kapsamaktadır. Bunlar, hemen hemen tümüyle muayene ve tedaviden oluşan tıbbi bakım hizmetleridir. Tedavi edici sağlık hizmetleri halk sağlığı hizmetlerinin temel dallarından birisi olarak adlandırıldığı gibi bu hizmetlerin büyük bir bölümü yataklı tedavi kurumlarında sağlanmaktadır.³³⁵

Tedavi edici hizmetler, genellikle koruyucu hizmetlerin yetersizliğinden kaynaklanan sonuçlarla uğraşmak için düzenlenmiş hizmetlerdir.³³⁶ Tedavi edici sağlık hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetlerinin başarısız ve yetersiz kaldığı yerlerde

³³³ OKUR, Ali Rıza: “Sosyal Güvenlik Reformu Ve Genel Sağlık Sigortası”, **Legal İş Hukuku ve Sosyal Güvenlik Hukuku Dergisi**, 2006/12, s:1285-1308

³³⁴ Aile Hekimliği Türkiye Modeli, Sağlık Bakanlığı, Ankara 2004, s:46

³³⁵ DEMİRBILEK, Sevda: Türkiye’de Sağlık Hizmetleri, İlkem Ofset, İzmir 1999, s:57

³³⁶ HAYRAN, Osman: “Sağlık Hizmetleri” içinde HAYRAN, Osman ve SUR, Haydar: Sağlık Hizmetleri El Kitabı-Örgütlenme, Finansman, Yönetim, Mevzuat, Yüce Yayım, İstanbul 1998, s:15-32;

ona destek olma görevini yerine getirir. Bu iki hizmetin birbirini desteklemesi zorunludur. Dünyanın hiçbir ülkesinde tedavi edici sağlık hizmetlerinin desteği olmadan bir koruyucu sağlık hizmeti modelinin başarılı olduğu da görülmemiştir.³³⁷ Bu bakımdan, birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin birbirlerini tamamlar şekilde örgütlenmeleri sağlık hizmetlerinin verimli ve etkili bir şekilde üretilip sunulması açısından önemlidir.

Koruyucu sağlık hizmetlerine göre tedavi edici sağlık hizmetlerinde kişisel gayeler ön plandadır. Bu tür hizmetlerde, hizmeti kullanan kişi hizmetten doğrudan yararlanmaktadır. Hizmet üretimi fiziki olarak hastanın üzerinde yapıldığından, hastanın tedaviye ihtiyacı olduğunu bilmesi ve bunu istemesi gerekmektedir. Bazı tedavilerin acı vermesi, uzun sürmesi ve sonucunun belirsiz sayılması tedavi hizmetlerinin eksik talep edilmesine sebep olabilir.³³⁸

Yüzyıllardan beri tedavi hekimliğine yönelen ve koruyucu hekimliği ancak hastalara faydalı olacak ölçüde ele alan hekimlik anlayışı, sağlık hizmetlerinin satılabilir ve satın alınabilir bir hizmet olduğu esasını benimseyen liberal ekonomilerde yaygındır.³³⁹ Tedavi edici sağlık hizmetlerinin temel özelliklerinden birisi de, serbest piyasa şartları bakımından cazip oluşudur ve bu özelliği dolayısıyla sadece kamu tarafından değil özel müteşebbisler tarafından da sunulmaktadır.³⁴⁰

Ülkemizde de özel sağlık kurum ve kuruluşları hem birinci basamakta hem de ikinci basamakta tedavi edici sağlık hizmetlerine yönelmişlerdir. Kaldı ki; Türkiye de dahil, birçok ülkede sosyoekonomik politikalara paralel olarak sağlık hizmeti, sadece devletin sunduğu bir hizmet olmaktan çıkmış, ücret ödenerek alınabilen, ticarete konu bir hizmete dönüşmüştür.³⁴¹

³³⁷ DEMİRBILEK, Sevda: Türkiye’de Sağlık Hizmetleri, İlkem Ofset, İzmir 1999, s:58

³³⁸ KURTULMUŞ, Sevgi: Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi, Değişim Dinamikleri Yayınları, İstanbul 1998, s:90-91

³³⁹ DEMİRBILEK, Sevda: Türkiye’de Sağlık Hizmetleri, İlkem Ofset, İzmir 1999, s:59

³⁴⁰ KURTULMUŞ, Sevgi: Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi, Değişim Dinamikleri Yayınları, İstanbul 1998, s:91

³⁴¹ KESKİNBORA, H.Kadirca ve ÖNCEL, Öztan: “2005 Mali Yılı Bütçe Uygulama Talimatı, Deontoloji Ve Hasta Haklarıyla İlgili Düzenlemeler”, **Türkiye Klinikleri, Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi**, 2007, C:15, S:1, s:7-11

Böyle olunca, özel sağlık kurum ve kuruluşlarına başvuran kimsenin ya da genel sağlık sigortası uygulamasında, genel sağlık sigortalıları ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin, sağlık hizmet sunucuları açısından hasta mı yoksa müşteri mi olarak kabul edileceği sağlık hizmetlerinin amacını gerçekleştirme açısından önemli olmaktadır. Zira, tıbbın en temel yaklaşımı şudur; tanıda, önce en karmaşığı, kişinin hayatı için en riskli olanı ilk önce düşünülürken, tedavide en basit, en ucuz, en az can yakandan başlanır, daha karmaşık olana doğru gidilir. Oysa sağlık metalaşır, hastaneler işletmeleşirse, bir piyasa hizmetine dönüşürse “müşterinizi” memnun etmek için bunun tersini yapmanız gerekir. Yani, pahalı ve komplike bir tedavi ile hastanın en kolay biçimde “memnun olması” sağlanır.³⁴²

Hizmetin gereğine uygun olan ve normal işleyen bir sevk zinciri sisteminde, hastanın önce sağlık ocağı ya da sağlık evine veya aile hekimine başvurması gerekirken, başvuruların yoğun olarak hastanelere yapıldığı görülmektedir. Oysa, birinci basamaktan süzülerek gelen hasta öznelerin başvuru basamağı olması gereken tedavi kurumları, çok daha geniş bir kavram olan sağlık hizmetlerinin tek işlevsel birimi olarak algılanır olmuştur.³⁴³ Bu süreci yani doğrudan ikinci ya da üçüncü basamak sağlık kurumlarına başvuruyu, idare yaptığı düzenlemelerle de olanaklı kılmaktadır. SGK Sağlık Uygulama Tebliği ve MB Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliği kapsamında hastalar herhangi bir ayırım yapılmaksızın birinci, ikinci ya da üçüncü basamak sağlık kurum ve kuruluşlarından dilediğine doğrudan başvurabilmektedir.

Öte yandan, birinci basamak ile hastaneler arasındaki sevk sistemini, yarı süreli çalışan, hem muayenehanelerini hem de hastanelerini kullanan hekimler içim istenilen bir tercih olmayacağı belirtilmektedir. Esasen Türkiye de bir sevk sisteminin olduğu; bu sistemin muayenehaneler ile kamu hastaneleri arasında işlediği, dolayısıyla birinci basamak ile ikinci basamak arasında kurulacak bir sevk

³⁴² KAĞAN, Tufan: “Sosyal Güvenlik Reformu ve Genel Sağlık Sigortası”, **Çalışma ve Toplum**, 2006/1 Özel Sayı, S.8, s:147-161

³⁴³ BİLALOĞLU, Eriş ve KILIÇ, Bülent: “Hastaneler”, **Toplum ve Hekim**, Eylül-Aralık 1995, C:10, S:69-70, s:3-5

sisteminin ve birinci basamağın her bakımdan geliştirilmesinin muayenehaneci hekim lobisinin itirazları ile karşılaşacağı da ifade edilmektedir.³⁴⁴

Sevk zinciri sisteminin işlemlerini sağlayacak, muayenehane ile hastane ilişkisini kesecek uygulamanın ise hekim istihdamında tam süreli çalışmanın sağlanması önerilmektedir.³⁴⁵ Belirtelim ki; hekimlerin kamuda tam gün çalışmalarına yönelik bir düzenleme yapılmamış olmakla birlikte, 5471 sayılı Kanun ile Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık tesislerindeki personele performanslarına göre döner sermaye gelirlerinden ek ödeme yapılması uygulaması ile özellikle hekimlerin muayenehanelerini kapatarak kamu sağlık tesislerinde tam gün çalışmaya başladıkları ve böylece son dört yıl içinde performans dayalı ek ödeme uygulaması ile birlikte muayenehanesi olan hekimlerinin oranının %89'dan %45'e düştüğü belirtilmektedir.³⁴⁶

Sevk zinciri sisteminin uygulanması halinde ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında yığılma olmayacağı gibi ikinci basamak sağlık hizmetine gereksinim duyan hastaların nitelikli sağlık hizmetine erişimi de olanaklı hale gelecektir. Kanuni alt yapının varlığına rağmen, tıbbi alt yapının oluşturulmasından “kaçınılarak”, dahası sevk zincirini tamamen ortadan kaldıran idari düzenlemelerle, birinci basamaktan sevk olmaksızın ikinci hatta üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına başvurulabilmektedir. Belirtelim ki; bugüne kadar sağlık sistemlerini uygulanamaz yapan en önemli nokta sevk sisteminin uygulanmamasıdır.³⁴⁷ Günümüzde hastaların daha çok ikinci ve üçüncü basamak sağlık tesislerine yönelmeleri, özellikle hastanelerin iş yükünü artırırken hem hastaları hem de hastanelerdeki sağlık çalışanlarını zor durumda bırakmaktadır.

Öte yandan, Yataklı Tedavi Kurumları Yönetmeliği'nin 5.maddesinde yapılan değişiklik³⁴⁸ ile yataklı tedavi kurumlarındaki poliklinik hizmetlerine halkın kolay

³⁴⁴ Bin Yıl Kapanırken Türkiye Sağlık Sektörünün Durumu, Türk Tabipler Birliği, Mart 1999, Ankara, s:42

³⁴⁵ Bin Yıl Kapanırken Türkiye Sağlık Sektörünün Durumu, Türk Tabipler Birliği, Mart 1999, Ankara, s:42

³⁴⁶ DEMİR, Mehmet: “Muayenehane-cilikte Tercih Zamanı Geliyor”, <http://www.medimagazin.com.tr/kose-yazisi.php?id=51157>, (Erişim:24.04.2007)

³⁴⁷ BAKAR, Coşkun ve AKGÜN, Seval: “Türkiye’de Sağlık Reformları; Sonu Gelmeyen Hikaye”, **Toplum ve Hekim**, Eylül-Ekim 2005, C:20, S:5, s:339352

³⁴⁸ 05.05.2005 tarih ve 25806 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

ulaşabilmesi, hastane polikliniklerindeki yığılmaların önlenmesi amacıyla hastanelere bağlı olarak semt poliklinikleri kurulması kararlaştırılmıştır. Asli görevi gereksinim duyanlara ikinci basamak sağlık hizmeti sunmak olan hastaneler, yapılan bu değişiklik ile asli işlevinden uzaklaştırılarak, hastane bünyesinde sunmakta oldukları birinci basamak hizmeti olan poliklinik hizmeti daha da yaygınlaştırılmakta, yataklı tedavi hizmetinde yararlanılması gereken sağlık personeli birinci basamak sağlık hizmetinde görevlendirilmek suretiyle hizmet gereklerine aykırı bir yapılanma ortaya konulmaktadır. Ayrıca, ikinci basamak sağlık kurumlarının birinci basamak sağlık kuruluşlarının işlevlerini üstlenmeleri hastaların birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvurularını azaltacak, bu durum ise “sevk zincirinin” bütünüyle kopmasının yanı sıra ikinci basamak sağlık kurumlarının yükünü daha da arttıracaktır.³⁴⁹

Örneğin, basit bir baş ağrısı olan hasta birinci basamak sağlık kuruluşuna, ardından genel hastanelere gitmek yerine, doğrudan, her bakımdan en üst tıbbi işlemleri yapmak üzere donatılmış üçüncü basamak sağlık kurumuna, eğitim ve araştırma hastanelerine, üniversite hastanelerine başvurabilecektir. Bir yanı sıra özgürlük gibi görünen bu durum aslında birinci basamakta çözülebilecek bir rahatsızlığın üçüncü basamakta çözülmesi sebebiyle hizmetin pahalılaşmasının yanı sıra gerçekten üçüncü basamak sağlık hizmetine gereksinim duyanların bu hizmete erişmelerinin önünde engel de oluşturacaktır.³⁵⁰

Ülkemizde sevk zinciri sisteminin işletilmemesinin sağlık hizmetlerinin üretim ve sunumunda verimlilik ve etkinlik ilkelerinden bir sapma olduğu söylenebilir. İktisat teorisinde verimlilik, bir çıktının en az(minimum) maliyetle üretilmesi ya da birtakım girdilerle en yüksek(maksimum) üretimin sağlanması olarak tanımlanmaktadır. " Verimliliğin ölçülebilmesi için çıktı ile çıktının üretilmesinde kullanılan girdilerin miktar veya parasal değer olarak bilinmesi gerekir."³⁵¹ Ancak sağlık hizmeti üretiminde kullanılan girdiler miktar veya parasal değer olarak tanımlanabilse de çıktının sağlık alanında tanımlanmasında

³⁴⁹ http://www.ttb.org.tr/eweb/guncel/karar_42.php, (Erişim:27.07.2007)

³⁵⁰ http://www.ttb.org.tr/index.php?option=com_content&task=view&id=709&Itemid=2, (Erişim:27.07.2007)

³⁵¹ ALPUGAN, Oktay : "Hastanelerde Verimlilik Sorunu",1.Verimlilik Kongresi-Bildiriler, MPM, Ankara 1991, s:59-70

bir belirsizlik bulunmaktadır. Zira sağlık hizmeti talebinde bulunan hasta, hizmeti üreten hekim ve ilgili sağlık biriminin yöneticisi için, “sağlık hizmeti çıktısı” farklı anlamlar taşımaktadır. Verimlilik işletmenin iç yapısı ve işleyişiyle ilgili teknik bir kavramdır. Etkinlik ise işletme dışı etkenlerinde etkisi altındadır. Etkinliğin sayılarla ölçülmesi zor iken, verimliliğin ölçülebilir sonuçları, gösterilen çabalarda ne ölçüde etkin olduğunu önemli ölçüde yansıtmaktadır. Bu açıdan etkinlik, verimliliği kuşatan bir kavramdır.³⁵²

Sağlık hizmetlerinde maksimum verimlilik, toplumsal yarar anlamında sıfır hasta demektir. Bu amaca ulaşma mücadelesi, toplumun hastalıklardan korunması, korumanın başarısız olması durumunda erken tanı ve tedaviyi de kavramaktadır. Birer performans göstergesi olarak verimlilik ve etkinlik kavramları arasında yakın bir ilişki bulunmaktadır. Şöyle ki, bir işin verimli yapılması her zaman o işin etkinlikle yapıldığı anlamına gelmemektedir. Etkinlik, gösterilen çabaların amaca ulaştırıcı nitelikte olmasını içerir. " *Bir ayırım yapılması gerekirse, verimlilik işi doğru yapmak; etkinlik ise doğru işi yapmaktır.*"³⁵³ Bugün için sağlık hizmetleri sunumunda egemen olan ve 21.yüzyıla damgasını vuracağı kesin olan anlayış ise “*doğru işlerin doğru yapılması*” anlayışıdır.³⁵⁴

Nitekim; Başta Birleşik Krallık, İrlanda, İskandinav ülkeleri, Finlandiya gibi ülkelerde pratisyen hekim temelinde oluşturulmuş sevk zincirleri yerleşiktir. Diğer ülkelere baktığımızda, Hollanda'da aile hekimliği üzerinden sevk zinciri bulunmakta; İtalya ve İsviçre'de de basamaklar üzerine planlanmış bir sevk sistemi yürürlüktedir. İsrail'de ise yasa koyucu sevk zinciri kurulup kurulmayacağını ilgili sosyal güvenlik kurumlarına bırakmış olmakla birlikte İsrail'in en büyük sosyal güvenlik kurumunda da sevk zinciri uygulanmaktadır. Öte yandan bazı ülkeler sevk zinciri sistemini getirmeye çalışmaktadır. Örneğin Almanya'da 2004'ten beri sosyal güvenlik

³⁵² GENÇ, Nurullah : “Örgüt Geliştirmenin Verimlilik ve Etkinlik Açısından Değerlendirilmesi ve Başlıca Örgüt Geliştirme Teknikleri”, **A.Ü.İ.İ.B.F. Dergisi**, S.3-4, s:362

³⁵³ ALPUGAN, Oktay : "Hastanelerde Verimlilik Sorunu", 1.Verimlilik Kongresi-Bildiriler, MPM, Ankara 1991, s59-70

³⁵⁴ HAYRAN, Osman: “Sağlık Hizmetleri Yönetiminde Çağdaş Yaklaşım” içinde HAYRAN, Osman ve SUR, Haydar: Sağlık İşletmelerinde Yönetim, SAYED Yayınları, İstanbul 2005, s:16-26

kurumlarının hak sahiplerine sevk zinciri önerme zorunluluğu mevcuttur.³⁵⁵ İspanya'da da 2000'lerden itibaren sevk zincirini yerleştirme çabaları sürmektedir.³⁵⁶

Anlaşıldığı üzere, bütün çağdaş sağlık sistemlerinde birinci basamak sağlık hizmetleri güçlendirilmekte, burada çalışan hekimlerin yetkileri artırılıp sorunların mümkün olduğunca birinci basamakta çözülmesi; ancak burada çözülemeyen sağlık sorunlarının hastanelere taşınması için çaba gösterilmektedir. Hem hastaların kolay ulaşabilmesi hem de bir üst basamakta oluşacak yığılmanın önlenmesiyle hizmetin gerektiği gibi sunulmasının sağlanabilmesi sebebiyle sevk zinciri uygulanması kamu yararı ve hizmet gereklerine bütünüyle uygundur.³⁵⁷

V .2 .3 - Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri

Üçüncü basamak sağlık hizmeti; ikinci basamak sağlık hizmetlerinin kapsamında yer almayıp, ileri tetkik ve tedavi yöntemlerini gerektiren ve tedavisi özellik arz eden hastaların *sevk edildiği* bir üst **sağlık kuruluşunda** verilen sağlık hizmetini ifade etmektedir. Buradaki “sağlık kuruluşu” kavramından anlaşılması gerekenin de üçüncü basamak “sağlık kurumu” olduğunu söyleyebiliriz. Genellikle ikinci basamaktan sevk ile gelen hasta grubuna hizmet vermenin hedeflendiği, ana dallar veya yan dallar konusunda sağlık ve eğitim hizmetinin yürütüldüğü sağlık tesislerinde verilen sağlık hizmetleridir.³⁵⁸

Üçüncü basamak sağlık kurumlarının hangileri oluşuna yukarıda değinmiştik. Eğitim ve araştırma hastaneleri, özel dal eğitim ve araştırma hastaneleri, üniversite tıp fakültelerinin bulunduğu ilde kurulu sağlık uygulama ve araştırma merkezleri (üniversite hastaneleri) ile bu hastanelere bağlı semt poliklinikleri ve üniversitelerin dış hekimliği fakülteleri, Türk Silahlı Kuvvetlerine bağlı tıp fakültesi hastanesi ile eğitim ve araştırma hastaneleri, üçüncü basamak sağlık kurumları olarak kabul edilmektedir.

³⁵⁵ <http://www.euro.who.int/highlights>, (Erişim :26.06.2007)

³⁵⁶ http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20040614_1 sayfa 101, (Erişim:26.06.2007)

³⁵⁷ http://www.ttb.org.tr/index.php?option=com_content&task=view&id=709&Itemid=2, (Erişim:27.07.2007)

³⁵⁸ Aile Hekimliği Türkiye Modeli, Sağlık Bakanlığı, Ankara 2004, s:46

Üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında ileri tetkik ve tedavi yöntemleri uygulanmakta, tedavisi birinci basamak ve ikinci basamak sağlık kurum ve kuruluşlarında sağlanamayan hastalar sevk edilmesi suretiyle tedavileri bu aşamada sağlanmaktadır. Üçüncü basamağa başvuruda da sevk zinciri sistemi aranmaktadır. Ancak, sevk zinciri sisteminin üçüncü basamak sağlık kurumlarına başvuruda da işlememekte, yukarıda yer verdiğimiz idari düzenlemelerle de hastalar doğrudan üniversite hastanelerine başvurabilmektedir.

Sevk zinciri sisteminin işletilmemesi, üniversite hastanelerine yoğun hasta akışına sebep olurken, devlet hastanelerinde verilen döner sermaye nedeniyle üniversite hastanelerinden istifa ederek buralara geçen sağlık personeli ile beraber %30'lara varan personel açığının meydana geldiği belirtilmektedir.³⁵⁹

Tıbbi personelin diğer kurumlara göre daha fazla olması, uzmanların bulunması, daha ileri düzeyde ekipman olması ve birinci basamak hizmet sunanları kullanmadan direk hastaneye başvurmaktan dolayı sigortacıların herhangi bir maddi ceza uygulamaması hastane kullanımını teşvik etmektedir. İkinci basamaktan üçüncü basamağa da hastaların çoğunlukla sevk olmadan kendilerinin geçtiği görülmektedir. Üniversite bulunan şehirlerde yaşayanlar ve sigortası olanlar veya döner sermaye ücretlerini ödeme imkanı olanlar daha ziyade üniversite hastanelerini tercih etmektedir. Ne ihtisas hastaneleri ne de sigorta kuruluşları (Yeşil Kart sistemi dışında) sevk alınmasını şart koşmadığından en gelişmiş ve en pahalı hizmetlerin bir öncelik olmaksızın kullanılmasını caydıran idari veya mali bir yaptırım bulunmamaktadır.³⁶⁰

Özellikle ikinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında yer verdiğimiz için, hizmetin gereğine uygun olan basamaklandırılmış sağlık hizmeti sunumunun yaşama geçirilmesi gereği, kişilerin evvela birinci basamağa başvurmalarının sağlanması, sorunlarının burada çözülememesi halinde sevk ile ikinci ve üçüncü basamağa yönlendirilmesi sürecini burada yeniden tekrarlama gereği duymuyoruz.

³⁵⁹ GÜNEŞ, Sibel: "Sağlıkta Tek Çatı", **CNBC-E BUSINESS**, Ağustos 2007, S:10, s:82-85

³⁶⁰ Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Projesi Konsept Notu, Sağlık Bakanlığı Proje Yönetimi Destek Birimi, 2003, s:78

V.3 - Sağlık Hizmetlerinin Temel Özellikleri

Sağlık hizmetlerini diğer mal ve hizmetlerden farklı kılan temel özellikleri aşağıda açıklanmaya çalışılmıştır. Bu özellikler, çalışmamız açısından, özel sağlık kurum ve kuruluşlarının açılma kararının alınmasından, buralarda çalıştırılacak/çalıştırılması gerek personele varıncaya kadar önemli sonuçları da beraberinde getirmektedir.

Özel sağlık kurum ve kuruluşlarında, saptanan en az personelin bulundurulması sağlık mevzuatının gereği olduğu gibi sağlık hizmetlerinin niteliğinden de kaynaklanmaktadır. Şöyle ki, sağlık hizmetlerinde talebin tesadüfi olması ve ertelenememesi gibi özellikleri nedeniyle sağlık hizmeti üretim ve sunumu için Sağlık Bakanlığı'nca ruhsatlandırılmış sağlık kurum ve kuruluşları, sağlık hizmeti talebini karşılamaktan kaçınamayacaklardır.

Sağlık hizmetlerinin bu özellikleri nedeniyle, atıl kalsa da mevzuatta zorunlu kılınan ve nitelikleri belirlenmiş en az sağlık personelinin ilgili sağlık kurum ve kuruluşlarında bulundurulması başka bir söyleyişle işverenin emir ve talimatı altında tutulması gerekmektedir. Zira sağlık kurum ve kuruluşu işvereni, sağlık hizmeti almak için kendisine başvuran kişiye/sigortalıya/hastaya örneğin, trafik kazası sonrası kanama geçiren kişiye "*şimdi size bakamayız, doktorumuz/hemşiremiz yok !*" diyemeyecektir.

V.3.1 - Yarı Kamusal Olması

Mal ve hizmet kavramları ekonomi biliminin temel kavramları arasında yer alır. İnsan ihtiyaçlarını karşılamaya yarayan nesnelere mal denirken, yine insan ihtiyaçlarını karşılamaya dönük insan etkinliklerine de hizmet denilmektedir. İhtiyaç ise, giderildiği zaman rahatlık ve zevk, giderilmediğinde ise rahatsızlık ve acı veren bir duygudur.³⁶¹ Mallarla hizmetler arasında ekonomi bilimi açısından herhangi bir fark yoktur.³⁶² Sağlık ekonomisi de genel ekonomiden ayrı düşünülemez.

³⁶¹ PEKİN, Tevfik: Ekonomiye Giriş, Zeus Kitabevi, İzmir 2005, s:13

³⁶² BULMUŞ, İsmail: Mikroiktisat, Eğitim Yayınları, Ankara 1994, s:3

birlikte, sağlık alanının kendine özgü karakteristikleri bulunmaktadır.³⁶³ Sağlıkta genel ekonomi prensipleri tam olarak uygulanamaz.³⁶⁴ Sağlık hizmeti üretimi, doğrudan doğruya bir maddi mal üretimi olmayıp, bir hizmet üretimidir.³⁶⁵

Arz ve talep yapısıyla ekonomisini oluşturan sağlık hizmetlerinin kendine has özellikleri bulunmaktadır. Keza, sağlık sektöründe ortaya çıkan ihtiyaçlar diğer özel veya sosyal ihtiyaçlardan farklılık arz etmektedir.³⁶⁶ Örneğin; gözlük, tekerlekli sandalye, kalp pili gibi doğrudan sağlık ve yaşamla ilgili gereçler, otomobil, renkli TV, kitaplık gibi diğer mallarla aynı kategoride değerlendirilemez. Aynı şekilde, aşılama, çürük bir dişin sağaltımı, akut apandisit'in opere edilmesi gibi sağlık hizmeti gereksinimleri, tatil yapma, bilgisayar ya da fotoğraf makinesi edinme gibi sağlık dışı diğer hizmet gereksinimleri ile bir tutulamaz.³⁶⁷

Sağlık hizmetleri, genel olarak yarı kamusal mallar olarak sınıflandırılmaktadır. Bu tür mallar, tüketimleri sonucu topluma yoğun dışsal fayda sağlarken, hizmeti tüketen kişiye de özel fayda sağlarlar. Sağlık hizmetleri, özel ve kamusal mal ve hizmetlerin özelliklerini birlikte göstermesinden dolayı da literatürde karma mallardan sayılmaktadır. Bu tür kamusal mal ve hizmetler bölünebilir özelliklerinden dolayı özel mala benzerlerken, bazen birlikte tüketilebilir olup dışsal fayda sağlamalarından dolayı da tam kamusal mala benzerler.³⁶⁸

Ancak tüm sağlık hizmetleri aynı özellikleri göstermezler; doğrudan hastalarla ilgili olmayan önleyici veya koruyucu sağlık hizmetleri tam kamusal mala benzerken, tedavi edici sağlık hizmetleri yarı kamusal mal ve hizmet kapsamındadır.³⁶⁹ Örneğin; isteğe bağlı olarak yapılan bir estetik ameliyat, vitamin

³⁶³ SALTİK, Ahmet: "Sağlık Ekonomisinde Yeni Kavramlar", **Toplum ve Hekim**, Temmuz-Ağustos 1995, C:10, S:68, s:38-44

³⁶⁴ Sağlık Sektöründe Kadın, Başbakanlık Kadının Statüsü ve Sorunları Genel Müdürlüğü, Cem Web Ofset, Nisan 2000, Ankara, s:47

³⁶⁵ BELEK, İlker: Sosyal Devletin Krizi ve Sağlığı Ekonomi Politigi, Sorun Yayınları, İstanbul 1994, s:27

³⁶⁶ MUTLU, Ayşegül ve IŞIK, A.Kadir: Sağlık Ekonomisine Giriş, Ekin Kitabevi Yayınları, Bursa 2005, s:46

³⁶⁷ SALTİK, Ahmet: "Sağlık Ekonomisinde Yeni Kavramlar", **Toplum ve Hekim**, Temmuz-Ağustos 1995, C:10, S:68, s:38-44

³⁶⁸ MUTLU, Ayşegül ve IŞIK, A.Kadir: Sağlık Ekonomisine Giriş, Ekin Kitabevi Yayınları, Bursa 2005, s:47

³⁶⁹ MUTLU, Ayşegül ve IŞIK, A.Kadir: Sağlık Ekonomisine Giriş, Ekin Kitabevi Yayınları, Bursa 2005, s:47-48

eksikliği ve metabolizma bozukluklarının tedavisi ve kazalarda oluşan yaralanmaların gerekli olan tıbbi bakımı, özel mal ve hizmet olarak nitelendirilmektedir. Öte yandan sıtma ile mücadele, bulaşıcı hastalıkların önlenmesi ve koruyucu sağlık hizmetleri ise kolektif(tam kamu) mal olarak değerlendirilmektedir.³⁷⁰

Sağlık hizmetlerinden elde edilen faydanın bir bölümü özel fayda sağladığından bölünebilir, diğer bölümü olan sosyal faydası ise pazarlanamaz niteliktedir. İşte sağlık hizmetlerinin pazarlanamaz özellikteki sosyal faydasına dış kazanç ya da dışsallık denir.³⁷¹ Pozitif ya da negatif dışsallıklar piyasa ekonomisinin doğal başarısızlıkları olarak kabul edilmektedir. Bu şekilde, sağlık hizmetlerinin yarı kamusal mal/karma mal niteliklerine sahip olması nedeniyle rekabetçi bir pazarda etkin kaynak tahsislerini önler.³⁷² Öyle ki, bir ekonomide tam rekabet koşullarının bütünüyle gerçekleşmesi halinde bile dışsal ekonomiler, piyasa ekonomisinin tek başına optimal kaynak dağılımını sağlamasına engel olur.³⁷³

Sağlık sektörünün bu özelliği piyasa koşullarının verimliliği sağlamayacak bir tarzda işlemini ve piyasaya müdahaleyi beraberinde getirir. Örneğin; koruyucu sağlık hizmetlerinin pazarlama olanağı olmadığından tamamen piyasaya bırakılması durumunda eksik üretimle karşılaşılacağından toplumsal maliyetleri yüksek olacaktır. Bu tür hizmetlerin yarattığı toplumsal fayda ve maliyetler açısından, serbest piyasa koşullarında üretilmesi ve tüketilmesi mümkün olmamakta ve piyasaya müdahale edilmesi gerekmektedir.³⁷⁴

³⁷⁰ KAPLAN, Aslan: “Özelleştirme - Sağlık Hizmetlerinde Özelleştirmenin Kavramsal Boyutu”, **Yeni Türkiye**, Temmuz-Ağustos 2001, S:40, s:1409-1430

³⁷¹ YİĞİT ŞAKAR, Ayşe :Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Harcamaları, Türkiye Sağlık İşçileri Sendikası, Yayın No:22, İstanbul 1999, s:12

³⁷² AKALIN, Güneri:Kamu Ekonomisi, AÜ.SBF Yayınları No:486, Ankara 1981, s:207

³⁷³ AKTAN, Coşkun Can: “Bir Piyasa Başarısızlığı Nedeni Olarak ‘Gelir Dağılımında Adaletsizlik ve Yoksulluk’ Sorunu: Kamu Ekonomisinin Rolü ve Kamu Politikası Araçları”, <http://www.canaktan.org/ekonomi/yoksulluk/birinci-bol/aktan-piyasa-basarisiz.pdf>, (Erişim:25.01.2007)

³⁷⁴ YILDIRIM, Hasan Hüseyin:“Piyasa, Sağlık Bakımı ve Piyasa Başarısızlıkları”, http://www.absaglik.net/hhy_piyasa.pdf, (Erişim:01.08.2007)= **Amme İdaresi Dergisi**, Mart 1999, C:32, S:1, s:1-11

Anlaşılabacağı üzere, hem “kamu malı” olgusu hem de piyasa başarısızlığı olarak adlandırılan “dışsallıklar” sağlıkta kamu müdahalesini gerektirmektedir.³⁷⁵ Piyasa koşullarına tabi tutulabilme özellikleri nedeniyle, özel sağlık kurum ve kuruluşlarının daha çok tedavi edici sağlık hizmetlerinin üretim ve sunumuna yönelmelerini de bu kapsamda açıklayabiliriz.

Bireye yönelik olan hizmetin ortaya çıkardığı dışsal fayda için herhangi bir bedel ödenmemesi, “iyileştirilmeyen hastanın çevresi için dış zarar yarattığı, tedavisinin ise dış kazanç olduğu³⁷⁶”, dolayısıyla sağlık gibi “... hizmet üretiminde iktisadi ölçüt ve değerlerin işlemediği bir sınır”ın var olduğu,³⁷⁷ bu sınırın kamusal alan olduğu, bu sebeplerden dolayı sağlık hizmeti üretim ve sunumunda iktisadi kriterlerin tek başına belirleyici olmaması, iktisat dışı kaygılarla da olaya yaklaşılması gerektiğini söyleyebiliriz.

V.3.2 - Üretiminin Ekip İşi Olması

Ekip çalışması, yapılacak işin niteliğine göre, belirli hedef ve yöntemler göz önünde bulundurularak, iş için gerekli işlem ve eylemlerin eşgüdümlemesi, birden çok çalışanın bir araya gelip güçlerini birleştirmesi ve işbirliği ile (sinerji oluşturarak) işi yapmalarının sağlanmasıdır.³⁷⁸

Bu sayede kişiler ekibin başarısı için birbirlerini destekler ve birlikte çalıştıkları için kişisel rekabet azalır. Ekip üyeleri başarının da başarısızlığın da tüm ekibe mal edileceğini bildiklerinden ortak amaca ulaşmak için birbirlerine güvenmeyi ve birbirlerini desteklemeyi öğrenirler. Ekip halinde çalışan kişiler, birbirlerine karşı dürüst olmayı ve birbirlerini desteklemeyi öğrenirler. Böylece her türlü bilgi alışverişi kolay ve hızlı bir biçimde gerçekleşmesi ekip üyeleri arasında iletişimin gelişmesine yardımcı olur. Çalışmalar normalden daha hızlı ilerler. Ekip

³⁷⁵ TATAR, Fahreddin: “Sağlık, Özelleştirme ve Dahili Piyasalar’ın Kuramsal Analizi ve Türkiye İçin Çıkarılacak Dersler”, DEÜ 1.Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, 4 - 7 Mayıs 1994, Kuşadası-AYDIN, DEÜ Rektörlük Matbaası, İzmir 1995, s:423-451

³⁷⁶ BULUTOĞLU, Kenan:Kamu Ekonomisine Giriş, Filiz Kitabevi, İstanbul 1998, s:282

³⁷⁷ BAŞER, Ertuğrul :”Özelleştirme Vesilesiyle İktisada ve Kamusal Dair (I)”, **Birikim**, Aralık 1995, S:80, s:7-19

³⁷⁸ SUR, Haydar: “Ekip Çalışması” içinde HAYRAN, Osman ve SUR, Haydar: Sağlık İşletmelerinde Yönetim, SAYED Yayınları, İstanbul 2005, s:77-90

üyeleri ortak sorumluluklar sayesinde ekibin faaliyetlerinin iyi olması için büyük çaba gösterirler, bu da kaliteyi yükseltir.³⁷⁹

Sağlık sektöründe hizmet üretmek, uzman kişilerin bir araya gelmesiyle yani ekip çalışmasıyla imkan dahilinde olmaktadır. Şöyle ki, sağlık hizmeti hekimlerin yanı sıra diğer sağlık personeliyle birlikte sunulabilmektedir. Bu bakımdan, sorumluluk da birlikte olmaktadır.³⁸⁰ Birbirinin tamamlayıcısı durumundaki sağlık üretim personelinden birisinin eksikliği hizmetin üretimini zora sokmaktadır. Dolayısıyla sağlık hizmeti üretim birimlerinde hekim ve diğer personelin anlamlı bir bütünlük oluşturması zorunluluk olarak görülmektedir.

Sağlık hizmetleri yalnız hekimlerin değil, hekim, ebe, hemşire, sağlık memuru, sosyal hizmet uzmanı, eczacı, diyetisyen, veteriner, çevre mühendisi, şehir plancısı vb. çok sayıda mesleğin ekip halinde dayanışması ile yürütüldüğünde ancak insanların sorunlarının çözümüne katkı sağlar.³⁸¹ Gerçektende sağlık tesislerinde işlevsel bağımlılık çok yüksektir, bu nedenle farklı meslek gruplarının faaliyetleri arasında yüksek düzeyde eşgüdüm gereklidir.³⁸²

Sağlık ekibi, esas olarak hekimin liderliğinde oluşan bir ekiptir. Bununla birlikte hekimin bulunmadığı sağlık çalışanları ekibi tarafından da hizmet sunulması sözkonusu olabilmektedir. Tedavi hizmetlerinin özellikle hekim tarafından yönlendirilmesine karşılık, çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinde yoğun olarak hekim dışı sağlık personeli istihdam edilmektedir.³⁸³

Tıp biliminin gün geçtikçe artan bir hızla buluş ve başarılarla konu olması, yüksek teknolojinin gittikçe daha yoğun olarak sağlık hizmetlerinde kullanılması gibi nedenler aşırı uzmanlaşma ve sağlık hizmetlerinin fazlaca dallanması ile

³⁷⁹ SUR, Haydar: “Ekip Çalışması” içinde HAYRAN, Osman ve SUR, Haydar: Sağlık İşletmelerinde Yönetim, SAYED Yayınları, İstanbul 2005, s:77-90

³⁸⁰ Nitekim; Yargıtay 4.Hukuk Dairesinin, bir çocuğun doktor ve hemşire gözetimindeki tedavi sırasında ölümü ile ilgili tazminat davasında, yalnızca hemşireyi sorumlu tutan yerel mahkeme kararını bozduğu, kararda; doktorun da yanlış uygulanan enjeksiyona müdahale imkanının olduğundan bahsedildiği haber verilmektedir.(Cumhuriyet, 25.02.2007 tarihli nüshası)

³⁸¹ ESKİOCAK, Muzaffer: Sağlığa İlişkin Gerçekler, Türk Tabipler Birliği, 2007, s:2

³⁸² KAVUNCUBAŞI, Şahin: Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Siyasal Kitabevi, Ankara 2000, s:52

³⁸³ MAZGİT, İsmail: Ekonomik Kalkınma Sürecinde Türkiye’de Sağlık Sektörünün Yeniden Yapılanması, Dokuz Eylül Üniversitesi (Yayımlanmamış Doktora Tezi), İzmir 1998, s:54

sonuçlanmıştır. Diğer kaynakların tüm yoğunluğuna rağmen sağlık hizmetleri sonuçta emek yoğun hizmetler arasındadır ve insan kaynağı ağırlıklıdır. Sağlık hizmetlerinde en önemli insan gücü hekim olmakla birlikte, *“sağlık hizmetleri özellikle yirminci yüzyıl ve sonrasında artık tek bir kişinin kendi başına ya da tek tek kişilerin bölük pörçük verdikleri bir hizmet olamaz ve doğası gereği ekip çalışması ile yürütülür.”*³⁸⁴

Sağlık hizmetleri bütünü, belirtilen farklı disiplinlerden ve eğitim kolundan gelen kişilerin işbirliği sonunda ortaya çıkmaktadır. Sözkonusu meslek elemanları, sağlık hizmeti sunumunda birbirlerinin tamamlayıcısı konumundadır. Bu nedenle, herhangi bir elemanın eksik kalması durumunda sağlık hizmetlerinde aksamalar olması kaçınılmazdır. Örneğin; tedaviyi düzenleyen hekim ne kadar yetenekli ve bilgili olursa olsun, bu tedaviyi uygulayacak olan hemşire ve diğer sağlık personelinin gerekli beceriyi gösterememesi durumunda, tedavinin başarıya ulaşma olasılığı düşük kalacaktır.³⁸⁵

V.3.3 - Arz Esnekliğinin Katı Olması

Sağlık hizmetleri arzının temel belirleyicileri fiyat, sağlık insan gücü, fiziki altyapı, kullanılan teknoloji ve fiili kapasitenin kullanım düzeyidir. Bu belirleyicilerle sağlık hizmet arzı arasında aynı yönlü ilişki sözkonusudur. Bunlardan sağlık insan gücünün, fiziki alt yapının ve teknolojinin kısa dönemde artırılması mümkün değildir.³⁸⁶

Sağlık hizmetleri arzının artırılması daima ek bir yatırım süresi gerektirmektedir. Örneğin, yeni bir hastane inşası ya da bir doktorun yetişmesi uzun yıllar sürebilmektedir. Bu ise talebe hemen cevap veremeyen sağlık hizmeti arz esnekliğinin katı olduğunu göstermektedir. Arzın talepten yüksek olması durumunda fiyatlar aşırı şekilde düşeceğinden, sağlık hizmeti veren kuruluşların iflası sözkonusu olabilecektir.

³⁸⁴ SUR, Haydar: “Ekip Çalışması” içinde HAYRAN, Osman ve SUR, Haydar: Sağlık İşletmelerinde Yönetim, SAYED Yayınları, İstanbul 2005, s:77-90

³⁸⁵ MAZGİT, İsmail: Ekonomik Kalkınma Sürecinde Türkiye’de Sağlık Sektörünün Yeniden Yapılanması, Dokuz Eylül Üniversitesi (Yayımlanmamış Doktora Tezi), İzmir 1998, s:55

³⁸⁶ MAZGİT, İsmail: Ekonomik Kalkınma Sürecinde Türkiye’de Sağlık Sektörünün Yeniden Yapılanması, Dokuz Eylül Üniversitesi (Yayımlanmamış Doktora Tezi), İzmir 1998, s:59

Bu olumsuz sonuçlardan geniş kitlelerin korunması ve sağlık hizmetlerinin ulaşılabilir olması için devlet, sosyal devlet olmanın bir gereği olarak, sağlık hizmetleri piyasasına düzenleyici bir kuvvet olarak müdahale etmektedir. Bu sebeptir ki günümüzde sağlık hizmetleri büyük ölçüde kamu sağlık kurum ve kuruluşları tarafından verilmektedir. Öte yandan, devletin sağlık hizmetlerinde üretici olabileceği gibi, üretimi özel sektöre bırakarak düzenleyici ve sağlayıcı görevi üstlenebileceği de ifade edilmektedir.³⁸⁷ Günümüzde, gelişmekte olan ülkelerin çoğunda devletin geleneksel üretici rolü oynadığı, gelişmiş ülkelerde ise düzenleyici rolün ön plana çıktığı, devletin rolü değiştikçe yönlendirme ve genel ilkeleri koyma ağırlık kazanırken, koruyucu sağlık hizmetlerinin devlet tarafından verildiği, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin piyasa ekonomisine bırakıldığı belirtilmektedir.³⁸⁸

Kamu hukukunda, sağlık gibi “kamu mallarını” üreten ve arz eden kim olursa olsun, bunların yeterli kantite, kalite ve bedelle mevcut bulunmasından ve ihtiyaç sahiplerince en uygun şartlarla ve ihtiyacı olduğu kadar elde edilebilmesinden devlet sorumludur. Bu sebeple, devletin, bir kamu malı olan sağlık hizmetlerindeki görev ve sorumlulukları da, özel sektöre “devredilemez yükümlülükler” niteliğindedir. Devlet, sağlık hizmetlerini ister kendisi bizzat üretsın, isterse başkalarına ürettirsin, yukarıda belirtilen şartlarda “*mevcut bulundurmak*” zorundadır ve “o şartlar”, sağlığın bütünü ile özel sektöre/serbest piyasa şartlarına bırakılması halinde “tam olarak ve herkes için” gerçekleşmemektedir.³⁸⁹

Sağlık hizmetlerinin arzını, sağlık alanına ayrılan kaynakların büyüklüğü, sağlık sisteminin yapısı, devlet politikaları, finansman yöntemleri gibi politikalar belirler. Ancak sağlık hizmetleri arzının düzeyini ve kalitesini belirleyen iki temel

³⁸⁷ KAPLAN, Aslan: “Özelleştirme - Sağlık Hizmetlerinde Özelleştirmenin Kavramsal Boyutu”, **Yeni Türkiye**, Temmuz-Ağustos 2001, S:40, s:1409-1430

³⁸⁸ AKTAN, C.Can ve IŞIK, A.Kadir: “Sağlık Hizmetlerinde Devletin Değişen Rolü”, Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi(Editörler: Coşkun Can AKTAN – Ulvi SARAN), Aura Kitapları, İstanbul 2007, s:1-9

³⁸⁹ SARGUTAN, Erdal: Türk Sağlık Hizmetleri Yapı ve Ürünlerinin İyileştirilmesi, Sağlık-İş Yayınları, Ankara 1993, s:59

faktörden sözedilebilir; bunlar, sağlık sektörü içinde yer alan sağlık personeli ve sağlık üretimini gerçekleştiren sağlık üretimi birimleridir.³⁹⁰

Hekim, diş hekimi, eczacı, hemşire, ebe, sağlık teknisyeni, hasta bakıcı, halk sağlığı uzmanı, laborantlar gibi sağlık personeli ile sağlık dışı diğer sağlık personeli sağlık üretiminin gerçekleştirilmesinde rol oynamaktadırlar. Öte yandan, özellikle sağlık personelinin eğitimi ve yetiştirilmesi belli bir süreyi gerektirmektedir. Sağlık insan gücünün artabilmesi için belli bir mesleki formasyon gerektiğinden, en az 12-18 yıllık bir eğitim sözkonusudur. Uzman hekimler için ise bu süre uzmanlık alanına göre 23-24 yıla uzayabilmektedir.³⁹¹ Ayrıca, bu eğitim süreçlerinden geçen kimselerin ilgili kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşlarından izin alma zorunluluğu da bulunmaktadır. Bu şekilde sağlık mesleğini icra edebilmenin izin ve ruhsata bağlanmış olması da, bu piyasada arzı sınırlandıran, dolayısıyla maliyeti ve fiyatı yükselten önemli bir faktördür.³⁹²

Sağlık hizmeti üretim birimleri olan doktor muayeneleri, gezici sağlık araçları, birinci basamak sağlık kuruluşları olan poliklinik ve tıp merkezleri gibi birimlerden hastanelere kadar uzanan bir yelpaze içinde yer almaktadırlar. Örneğin, ülkemizde özel bir hastane açılabilmesi, ilgili mevzuatta öngörülen şartların yerine getirilmesi kaydı ile Sağlık Bakanlığı'nın iznine bağlıdır. Sağlık kurum ve kuruluşlarının sayısının kısa sürede artırılamaması bir yana, "*sağlık ve tıp hizmetleri kaçınılmaz olarak oligopolistik niteliktedir.*"³⁹³ Böyle olunca, yoksul kentsel alanlarda ve kırsal alanlarda, mevcut hastanelerle rekabet etmek üzere yenilerini kuracak müteşebbislerde bulunmayacaktır.³⁹⁴

Bu durumda da, ölçek ekonomisinin kuralları işlemekte ve uzman hekimler kendi uzmanlıkları ile orantılı olarak getiri elde edemeyecekleri kadar küçük olan bu

³⁹⁰ MUTLU, Ayşegül ve IŞIK, A.Kadir: Sağlık Ekonomisine Giriş, Ekin Kitabevi Yayınları, Bursa 2005, s:101

³⁹¹ MAZGİT, İsmail: Ekonomik Kalkınma Sürecinde Türkiye'de Sağlık Sektörünün Yeniden Yapılanması, Dokuz Eylül Üniversitesi (Yayımlanmamış Doktora Tezi), İzmir 1998, s:59

³⁹² SERİN, Necdet ve ÇAKICI, Latif: Sağlık Ekonomisi ve İşletmeciliği, Ankara Üniversitesi Basımevi Kitap No:3703, Ankara 1990, s:17

³⁹³ IŞIKLI, Alparslan: "Sosyal Devletin Sonu", **Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi**, Ekim-Kasım-Aralık 2004, S:20, s:2-11; IŞIKLI, Alparslan: "Özelleştirme ve Sağlık Politikaları", **Toplum ve Hekim**, Temmuz-Ağustos 1996, C:11, S:74, s:11-14

³⁹⁴ IŞIKLI, Alparslan: "Sosyal Devletin Sonu", **Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi**, Ekim-Kasım-Aralık 2004, S:20, s:2-11;

piyasalara girmemektedirler. Özel sağlık kurum ve kuruluşları da belirli sayıda yatak kapasitelerini doldurabilecek nüfus yoğunluğunu göz önünde bulunduracaklardır.³⁹⁵ Bu şekilde, sağlık hizmetleri alanında “tabii monopol” durumu ortaya çıkınca, sağlık hizmetlerinin belli merkezlerde daha az sayıdaki hastanede toplanması şeklinde devlet müdahalesi ile karşılaşılabilir.³⁹⁶

Sağlık hizmeti arzını belirleyen fiyat, sağlık insan gücü, fiziki alt yapı ve teknoloji gibi unsurların kısa dönemde artırılmamalarına rağmen; kapasite kullanım oranı modern işletmecilik teknikleri ile artırılabilir³⁹⁷ ve bu hususun da her an kullanılabilir bir atıl kapasitenin varlığını gerektirdiği söylenebilir.

V .3 .4 - Fiyat Esnekliğinin Düşük Olması

Sağlık hizmetlerinin yaşamsal öneme sahip olup ertelense bile iptal edilememesi, genellikle yaşamsal öneme sahip olması, tedavi ertelendikçe hastalığın tahribatının artması gibi özellikleri sağlık hizmetleri talebinin fiyat esnekliğini düşürmektedir.³⁹⁸ Yani, sağlık hizmetlerinde fiyat ne kadar artsa da talebin sabit kalması eğilimi yüksektir.³⁹⁹ Esneklik, ilaç ve iyileştirme araçlarında en yüksek; doktor ve hastane hizmetleri alanında ise en düşük düzeydedir.⁴⁰⁰

Serbest piyasa modelinde bir mal veya hizmetin fiyatı ve üretim miktarı piyasadaki arz ve talebe göre oluştuğun halde, sağlık piyasalarında böyle değildir. Fiyatların düşmesi ile talebin arttığı, fiyatların yükselmesi ile talebin azaldığı piyasa kuralı, sağlık piyasası bakımından pek rastlanır bir olgu değildir.⁴⁰¹ Sağlık hizmeti

³⁹⁵ KURTULMUŞ, Sevgi: Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi, Değişim Dinamikleri Yayınları, İstanbul 1998, s:47-48

³⁹⁶ YİĞİT ŞAKAR, Ayşe :Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Harcamaları, Türkiye Sağlık İşçileri Sendikası, Yayın No:22, İstanbul 1999, s:14; YILDIRIM, Hasan Hüseyin:“Piyasa, Sağlık Bakımı ve Piyasa Başarısızlıkları”, http://www.absaglik.net/hhy_piyasa.pdf, (Erişim:01.08.2007)= **Amme İdaresi Dergisi**, Mart 1999, C:32, S:1, s:1-11

³⁹⁷ YİĞİT ŞAKAR, Ayşe :Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Harcamaları, Türkiye Sağlık İşçileri Sendikası, Yayın No:22, İstanbul 1999, s:29

³⁹⁸ MAZGİT, İsmail: Ekonomik Kalkınma Sürecinde Türkiye’de Sağlık Sektörünün Yeniden Yapılanması, Dokuz Eylül Üniversitesi (Yayımlanmamış Doktora Tezi), İzmir 1998, s:62

³⁹⁹ İŞIKLI, Alparslan: “Sosyal Devletin Sonu”, **Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi**, Ekim-Kasım-Aralık 2004, S:20, s:2-11

⁴⁰⁰ AYDINLAR, Mehmet Ali, ÜNAL, Erdiç ve ATEŞ, Metin: “Sağlık Mal ve Hizmetlerinde Piyasa Aksaklıkları”, **Yeni Türkiye**, Temmuz-Ağustos 2001, S:40, s:1693-1709

⁴⁰¹ YILDIZ, Zühre: “Sağlık Hizmetleri Piyasasının Nitelikleri ve Kamu Ekonomisi İçerisindeki Yeri”, **Verimlilik Dergisi**, 1996/4, s:84

fiyatındaki değişmelere karşı hastanın duyarlılığı zayıftır. Örneğin; diyaliz makinesine giren bir böbrek hastası, fiyatı yükseliyor diye bu hizmeti almaktan vazgeçemeyeceği gibi, çeşitli nedenlerle fiyatında belirli bir düşme gözlenen bu hizmeti gereğinden de fazla talep etmeyecektir.

Sağlık hizmeti talep edenler, genel olarak hizmetin fiyatı konusunda edildendirler. Hemen her türlü mal ve hizmet talebinde, mal ve hizmetin niteliğine göre değişen boyutlarda, fiyat pazarlık süreci sözkonusudur. Ancak, sağlık hizmetleri talebi sözkonusu olduğunda hastalar, genellikle fiyat kabullenicisi durumundadır. Bazı istisnai durumlar dışında hekim ya da ilgili sağlık kurum ve kuruluşunca belirlenen fiyat kabul edilmektedir. Bu da, sağlık hizmetleri talebinin fiyat değişimleri karşısında fazla değişmemesine neden olmaktadır.⁴⁰²

Sağlık hizmetlerinde fiyat esnekliğinin düşük olmasının bir sonucu olarak, “müşteri” talebi gereksinime göre değil geliri ölçüsünde talep edilebilir hale gelmektedir. Sağlık hizmetinin hastalık ortaya çıktığı andan itibaren alınması gereken ve ertelenemez oluşu “müşteri”yi talebin inelastik olduğu bir arz talep dengesizliğinde hizmeti sunanın belirlediği fiyata ve şartlara razı olmaya zorlar. Yani fiyat ve nitelik arasında bir seçim şansı yoktur.⁴⁰³

Sağlık hizmetlerinin bu özelliğinden dolayı, “*hekimin duyularından başka kesin hiçbir şeyin bulunmadığı*”⁴⁰⁴ bu alanda insanların hastalıklarında istismar edilmeleri de mümkün olabilmektedir. Bu sebeple de sağlık hizmeti fiyatları kontrol altında tutulmaktadır. Örneğin, ülkemizde hekim muayene ücretleri Türk Tabipler Birliği tarafından belirlenmektedir.

Sağlığın ve sağlık hizmetlerinin doğası gereği sağlık hizmetlerine olan talep genellikle fiyatı fazla esnek olmayandır, yani fiyattaki artışlara rağmen sağlık hizmetlerine olan talep çok az oranda azalır. Ancak, gelir düzeyi düşük kişilerin diğerlerine göre sağlık hizmetlerine olan talepleri oldukça büyük oranlarda fiyat

⁴⁰² MAZGİT, İsmail: Ekonomik Kalkınma Sürecinde Türkiye’de Sağlık Sektörünün Yeniden Yapılanması, Dokuz Eylül Üniversitesi (Yayımlanmamış Doktora Tezi), İzmir 1998, s:62

⁴⁰³ ŞİRİNER, İsmail: “Arz ve Talep Dengesi(zliği)nde Sağlık Hizmetlerindeki Dönüşümün Ekonomi Politikası”, **Toplum ve Hekim**, Ocak-Şubat 2006, C:21, S:1, s:55-63

⁴⁰⁴ ILLICH, Ivan: Sağlığın Gasbı, (Çeviren:Süha SERTABİBOĞLU), Ayrıntı Yayınları :128, İstanbul 1995, s:111

esnekliğine sahiptir. Bu da sağlık bakım hizmetlerinin fiyatlarının ve/veya katkı paylarının belirlenmesinde her zaman göz önünde tutulması gereken bir gerçektir.⁴⁰⁵

Sağlık hizmetleri talebinde fiyat etkisinin genellikle zayıf olmasına rağmen, gelirin etkisi daha kuvvetlidir. Öyle ki, düşük gelir düzeylerinde gelir esnekliği fiyat esnekliğinden daha fazla olmaktadır.⁴⁰⁶ Belirtelim ki, sağlık hizmetlerinin gelirle doğru orantılı olarak değil de gerektiği kadar verilebilmesi en önemli unsurdur.⁴⁰⁷ Bu noktada belirleyici olan ise etik kaygılarla hareket etmesi beklenen hekim ve diğer sağlık çalışanlarıdır.

Diğer taraftan, hizmetin teknik boyutuyla ilgili olan hekim, hastaya doğru tanı koyup, fiziki ve tıbbi açıdan en kısa sürede iyi olmasına çalışırken, *"yönetim, hastaların ihtiyacı olan bakımı sağlarken bunu mümkün olduğu kadar az kaynak harcayarak yapmak ister."*⁴⁰⁸ Hekimin bakış açısıyla yönetimin yaklaşımı çoğu kere çatışabilir. Bu ise sağlık hizmetlerinin niteliğinden kaynaklanmaktadır. Hasta ise olaya daha farklı bakmakta, biran önce iyileşmek istemektedir. Daha da önemlisi, kendisi için tıp biliminin tüm olanaklarının kullanıldığı bir kuruma sağlığını emanet etmiş olmanın güvenini yaşamak istemektedir.⁴⁰⁹

Gelir artışları sağlık hizmetleri tüketimini başlangıçta artırırken, doyum noktasından sonra sabitleşmektedir. Ertelenmiş ve fiyatı yüksek sayılabilecek sağlık hizmetleri, örneğin, estetik diş vb. hizmetler bu değerlendirmenin dışında tutulabilir. Bu tür sağlık hizmetlerinin talebi gelirdeki artışa paralel olarak artabilecektir. Belirtelim ki, sadece kişisel gelir düzeyinin yükselmesi değil, ülkenin kalkınmışlık düzeyindeki artış da sağlık harcamalarını artırıcı bir etkiye sahiptir.⁴¹⁰

⁴⁰⁵ UZ, M.Hulki: "Sağlık Ekonomisi ve Hastanedeki Uygulamaları", <http://www.merih.net/m1/whulkuz25.htm>, (Erişim:12.02.2006)

⁴⁰⁶ MUTLU, Ayşegül ve IŞIK, A.Kadir: Sağlık Ekonomisine Giriş, Ekin Kitabevi Yayınları, Bursa 2005, s:75

⁴⁰⁷ ÇULHAOĞLU, Metin : "İdeoloji ve Sağlık: Türkiye Örneğinde Genel Bir Çerçeve", **Toplum ve Hekim**, Mayıs-Haziran 2003, C:13, S:3, s:175-180

⁴⁰⁸ ÖZGEN, Hacer : "Sağlık Bakım Hizmetlerinde Kalite Nedir ? Hasta Tatmin Boyutuyla İlgili Bir Değerlendirme", **Toplum ve Hekim**, Eylül-Aralık 1995, C:10, S:69-70, s:47-53

⁴⁰⁹ GÖKÇAY, İrfan : "Sağlık Hizmetleri" içinde Özelleştirme Değil Kamulaştırma, Kaynak Yayınları, İstanbul 1995, s:131-164

⁴¹⁰ SUR, Haydar ve ŞAHİN, Tahir Kemal: "Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesinde Bilinmesi Gereken Bazı Kavram ve Yaklaşımlar", <http://www.merih.net/m1/whaysur28.htm>, (Erişim:12.02.2006)

Sağlık hizmetlerinin arz ve talep esnekliklerinin katı olmasının doğurabileceği olumsuz sonuçlardan geniş kitlelerin korunması ve sağlık hizmetlerinin ulaşılabilir olması için devlet, sosyal devlet olmanın bir gereği olarak, sağlık hizmetleri piyasasına düzenleyici bir kuvvet olarak müdahale etmektedir. Bu sebeplerdir ki günümüzde sağlık hizmetleri, büyük ölçüde kamu kurumları tarafından sunulmaktadır.

V .3 .5 - Talebinin Tesadüfi Olması

Sağlık hizmetleri talebi genellikle tesadüfidir. “*Yani, nerede, ne zaman, ne ölçüde ve kimlerce isteneceği kolayca saptanamaz.*”⁴¹¹ Çünkü, önceden saptanabilen bazı sağlık sorunları dışında kinin sağlığının ne zaman bozulacağı ve bunun sonucunda hangi sağlık hizmetini talep edeceği bilinemez.⁴¹² Sağlık hizmetleri talebi, önceden tahmin edilemez ve öngörülemez nitelikte olup, düzensiz bir seyir izlediği için insanlar genelde kişisel bütçelerinden sağlık için bir pay ayırmazlar.⁴¹³ Bu durum sağlık piyasasında sağlık hizmetlerini arz edenler ve talep edenler arasında sorun oluşturmaktadır. Şöyle ki, sağlık hizmeti talep edecek olanlar ileride ortaya çıkması muhtemel hastalıklar için ne kadar kaynak ayıracağı, sağlık hizmeti arzedecek olanlar ise üretim düzeyinin belirlenmesi konusunda belirsizlik yaşarlar.⁴¹⁴ Esasen sağlık sigortacılığının bu belirsizliğin sonucu olduğu da söylenebilir.

Sağlık hizmetlerine yönelik talebin diğer mal ve hizmet türlerinde olduğu gibi belirlenmesi zordur. Örneğin; bulaşıcı hastalıkların ortaya çıkması, aniden sağlık hizmeti talep ve tüketiminde bir artışa neden olurken, ekonomik kaynakların sınırlı olması talebi sınırlayan bir etken olabilir. Sağlık mal ve hizmetlerinde tüketim konusu olan talep, düzenli ve kesintisiz olmaktan çok öngörülemez niteliktedir. Belirtilen talebi karşılayacak gelir ise gerekli olan sağlık statüsü için yeterli bir güvence sağlayamayabilir. Sağlıklı olmak için yeterli bir gelire sahip olmak tek

⁴¹¹ SALTİK, Ahmet:”Sağlık Ekonomisinde Yeni Kavramlar”, **Toplum ve Hekim**, Temmuz-Ağustos 1995, C:10, S:68, s:38-44

⁴¹² UZ, Hulki: “Sağlık Ekonomisi” içinde HAYRAN, Osman ve SUR, Haydar: Sağlık Hizmetleri El Kitabı.Örgütlenme, Finansman, Yönetim, Mevzuat, Yüce Yayım, İstanbul 1998, s:63-90

⁴¹³ SERİN, Necdet ve ÇAKICI, Latif: Sağlık Ekonomisi ve İşletmeciliği, Ankara Üniversitesi Basımevi Kitap No:3703, Ankara 1990, s:14

⁴¹⁴ YİĞİT ŞAKAR, Ayşe :Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Harcamaları, Türkiye Sağlık İşçileri Sendikası, Yayın No:22, İstanbul 1999, s:15

başına belirleyici bir etken olmadığından, çok iyi gelire sahip olan birey potansiyel ya da farkında olmadığı bir hastalık riski altında olabilir.⁴¹⁵

Sağlık hizmetleri talebinin bu şekilde rastlantısal olması özel sağlık kurum ve kuruluşları açısından işletme maliyetlerini yükseltici bir sonuca da neden olmaktadır. O da sağlık hizmeti sunan işletmelerin, genellikle atıl kapasite ile çalışmak zorunda olmalarıdır. Şöyle ki; sağlık işletmesine başvurulması durumunda, insan hayatının sözkonusu olduğu ve böyle bir olaya kayıtsız kalınmayacağı için de , bu tür ani talepleri karşılayacak yatak, personel vb. bulundurulması, teknik deyim ile atıl kapasitenin sürekli varolması gerekmektedir. Bu da sağlık işletmelerinin maliyetini yükseltmektedir.⁴¹⁶

V.3.6 - İkamesinin Olmaması ve Talebinin Ertelenemez Olması

Genel olarak piyasada ikame mal veya hizmetler olarak isimlendirilen birbirlerinin yerini tutabilecek nitelikte, tüketiciye aşağı yukarı aynı tatmin duygusunu vererek talebini karşılayacak benzer mal ve hizmetler mevcuttur.⁴¹⁷ Örneğin, kişi daha pahalı olan bal yerine daha ucuz olan pekmezi tüketebilir. Sağlık hizmetlerinin ise ikamesi yoktur. Hasta hekim tarafından önerilen hizmeti almak durumundadır. “*Yerine başka bir hizmet konamaz*”.⁴¹⁸ Örneğin, böbrek ameliyatı pahalıya mal olacak diye, bunun yerine çürük dişlerin bakımı konamaz. Buna sağlık hizmetlerinin “*ikame edilemezlik ilkesi*” denmektedir.⁴¹⁹

Sağlık alanında bireyin, kendini ekonomik açıdan koruyabilmek için başka seçeneklere sahip olmadığı görülmektedir. Nitekim, Dünya Bankası ve Dünya Sağlık Örgütü verilerinden aktarıldığına göre; “*Tayland’da topraklarını satan çiftçilere 1989 yılında niçin sattıkları sorulduğunda yüzde 60’ı sağlık hizmeti satın alabilmek için sattıklarını belirtmiştir. Papua Yeni Gine’de 1993 yılında hekime başvuranlara*

⁴¹⁵ AKTAN, Coşkun Can ve IŞIK, A.Kadir: “Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Alternatif Yöntemler”, <http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/sunum-alternatif.pdf>, (Erişim:25.01.2007)

⁴¹⁶ MAZGİT, İsmail: Ekonomik Kalkınma Sürecinde Türkiye’de Sağlık Sektörünün Yeniden Yapılanması, Dokuz Eylül Üniversitesi (Yayımlanmamış Doktora Tezi), İzmir 1998, s:66

⁴¹⁷ KURTULMUŞ, Sevgi: Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi, Değişim Dinamikleri Yayınları, İstanbul 1998, s:57

⁴¹⁸ SOYER, Ata: “Türkiye’de Sağlıkta Özelleştirme”, **Birikim**, Şubat 1995, S:70, s:40-53

⁴¹⁹ SALTİK, Ahmet:”Sağlık Ekonomisinde Yeni Kavramlar”, **Toplum ve Hekim**, Temmuz-Ağustos 1995, C:10, S:68, s:38-44

“buraya gelmek için parayı nereden buldunuz” diye sorulduğunda yüzde 41’i “borç aldım” yanıtını vermiştir.”⁴²⁰ İkamesi imkansız olan sağlık hizmetlerinin temininde, insanların, gerektiğinde varlarını yoklarını bu alana aktarabildikleri görülmektedir.

Diğer birçok mal ve hizmet için bireylerin ekonomik sebepler başta olmak üzere çeşitli nedenlerle sözkonusu mal veya hizmete olan taleplerini bir müddet için ertelemeleri mümkün iken, sağlık hizmetleri nitelikleri gereği çoğu kere ertelenemez. Olağan genel sağlık kontrolü hizmetleri dışında çoğu sağlık hizmeti erken teşhis ve tedavinin önemi gereği ihtiyaç ortaya çıkar çıkmaz karşılanmak zorundadır.⁴²¹ Diğer taraftan sağlık hizmetleri ertelenemezler ve çoğu kez anında karşılanması gerekir. Özellikle ivedi ve akut, kişiye ızdırıp veren, sağlığını tehlikeye düşüren/düşürecek olan sorunların giderilmesi için sağlık hizmeti talebi geciktirilemeyecektir. Çünkü bu durum bireyi sakatlayabilir, çalışma ve üretimini düşürebilir, ölümüne yol açabilir. Erken ölümü toplum için yitiktir; çünkü insan en pahalı yatırımdır. Ertelenen sağlık hizmeti istemleri ileride kişiye, ailesine ve topluma daha büyük ekonomik yükler getirir.⁴²²

Sağlık kurumlarında genellikle kesintisiz yirmidört saat hizmet üretilir; sağlık durumu bozulan veya sağlık durumundan kuşkulanan kişiler her an sağlık hizmeti almak için başvurabilir. Bu başvuruyu geri çevirmek bilimsel, hukuksal ve etik bakımdan olanaklı değildir. Örneğin, sürekli kan kaybeden bir yaralının tedavisine çok kısa bir zaman içinde başlanmaz ise bu kişi, ölüm ve sakatlık gibi ileride giderilmesi olanaksız sorunlarla karşılaşabilir.⁴²³

Sağlık hizmetlerinin karakterinden ötürü, sağlık piyasası belirsizlik içindedir. Kimin, ne zaman ve ne düzeyde sağlık hizmeti kullanacağı önceden bilinemediği gibi, bir çok defa, sağlık hizmetine olan ihtiyaç acildir ve ertelenemez. Kişiler bu durumlarda hizmeti ceplerinden karşılayamazlar. Sağlık sigortalarının temelinde

⁴²⁰ AKSAKOĞLU, Gazanfer ve ELÇİ, Ö.Çınar: “Sağlıkta Özelleştirme ve Sonuçları”, **Sağlıkta Sınıf Tavrı**, Temmuz-Ağustos 1996, S:8, s:4-11

⁴²¹ KURTULMUŞ, Sevgi: Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi, Değişim Dinamikleri Yayınları, İstanbul 1998, s:57

⁴²² SALTİK, Ahmet:”Sağlık Ekonomisinde Yeni Kavramlar”, **Toplum ve Hekim**, Temmuz-Ağustos 1995, C:10, S:68, s:38-44

⁴²³ KAVUNCUBAŞI, Şahin: Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Siyasal Kitabevi, Ankara 2000, s:55

yatan gerçek budur. Sağlık hizmeti sunan özel sektörü zora sokan da yine bu belirsizliktir.⁴²⁴ Sağlık hizmetlerinin bu özelliğinden dolayı ülkemizde özellikle birinci basamak hizmetleri Sağlık Bakanlığı'na bağlı birinci basamak sağlık kuruluşlarınca ücretsiz olarak sunulmaktadır.

Sigorta şirketleri birçok zaman muhtaç kitleyi sigortalamaya yanaşmamaktadır. Çünkü bu insanlar ya zaten hastalanmış durumdadır(kötü çevre koşulları, yetersiz beslenme, eğitimsizlik, ağır iş koşulları, vb.) veya bunların hastalanma riski çok yüksektir. Sonuçta kronik bakım ve tedavi isteyen hastaları, yaşlılar vb. grupları, özel sağlık sigortacıları kapsam dışı bırakmaya çalışırlar. Böylece ihtiyacı olandan çok olmayana yönelen bir “ters seçim” ortaya çıkar.⁴²⁵ Gerçektende sağlığı kötü durumda olanlar sağlık hizmetlerini daha az, daha geç kullanırlar. Sağlık hizmeti için bedel ödenmesi zorunluluğu hizmeti kullanmayı kısıtlar.⁴²⁶

V.3.7 - Piyasasında Atipik Bilginin Belirleyici Olması

Sağlık hizmetlerinin bir başka özelliği de hizmeti sunan ile hizmetten yararlanan arasında bilgi bakımından dengesizlik olmasıdır. Hasta hekimine güvenmek, onun dediği ilaçları almak, ameliyat önermişse kabul etmek, hekimin istediği tahlilleri yaptırmak durumundadır. Hastanın hekime güvenmediği takdirde yapabileceği tek şey yine bir başka hekime gitmek ve onun dediklerine uymak olacaktır. Bu nedenle iyi düzenlenmemiş özel sağlık sektörü işin içindeyse sonuçta hastaya gereğinden fazla hizmet satacak ve kaynak israfına yol açacaktır.⁴²⁷

Hekim hastaya karşı tıp bilimi ve uygulamasının öngördüğü esaslar çerçevesinde gerekli teşhisi koymak ve bu teşhise en uygun tedaviyi uygulamak suretiyle hastayı iyileştirmek için çalışmayı borçlanmakta; hasta ise, ona bu faaliyeti

⁴²⁴ SUR, Haydar ve HAYRAN, Osman: “Devletin Sağlık Hizmetlerindeki Rolü”, <http://www.merih.net/m1/wosmhay19.htm>, (Erişim:09.02.06)

⁴²⁵ SUR, Haydar ve HAYRAN, Osman: “Devletin Sağlık Hizmetlerindeki Rolü”, <http://www.merih.net/m1/wosmhay19.htm>, (Erişim:09.02.06)

⁴²⁶ ESKİOCAK, Muzaffer: Sağlığa İlişkin Gerçekler, Türk Tabipler Birliği, 2007, s:2

⁴²⁷ SUR, Haydar ve HAYRAN, Osman: “Devletin Sağlık Hizmetlerindeki Rolü”, <http://www.merih.net/m1/wosmhay19.htm>, (Erişim:09.02.2006)

karşılığı uygun bir ücret ödemeyi taahhüt etmektedir.⁴²⁸ Bu şekilde hekim ile hasta arasındaki tedavi sözleşmesi tamamiyle eşit olmayan şahıslar arasında kurulur. Bir tarafta ihtisas ve yetenekleriyle hekim yer aldığı halde, diğer tarafta genellikle hastalığı yüzünden zayıf, yardıma muhtaç, bilgisiz hasta bulunmaktadır. Bu durum hekim ile hasta arasındaki güven ilişkisinin önemini bir kat daha artırmaktadır.⁴²⁹

Sağlık piyasası dışındaki piyasalarda tüketiciler, belli bir bilgi donanımı ile, alternatif mal ve hizmetlerden istediklerini seçerler. Sağlık hizmetlerinde ise hasta karar verirken aynı özgürlüğe sahip değildir. Hangi hastaneyi tercih edeceğine bir ölçüde hasta karar verirken, hastanın seçtiği doktor hasta adına karar verir.⁴³⁰ Hasta ise bu noktadan sonra, bilgilendirilme, rızasına başvurma vb. hakları dışında adeta kendini hekime teslim eder ve ona zorunlu olarak güvenmek durumunda kalır.

Sağlık piyasasında, “tüketici egemenliği” sözkonusu olmadığı gibi, tüketici rasyonelliği de yoktur. Sağlık hizmeti talep eden kişi, aslında bu ürün veya hizmete gerçekten ihtiyacı olup olmadığı, varsa ne olduğu ve ne kadar olduğu ve nasıl olduğu ve bunu nereden hangi maliyetle edinebileceği gibi pek çok şeyi bilmeden, kendisini sağlık hizmetleri üreticisi uzmanların güvenli ellerine bırakmak durumundadır.⁴³¹

Geçmişteki bire bir insani ilişkiye kıyasla, günümüzde hekim ile hasta arasındaki ilişki, hasta açısından çok daha zor, karmaşık, akıl ermez ve güç yetirilemez durumdadır. İleri ve pahalı tıp teknolojisi, sermaye kontrolünde ve para kazanmaya dönük sağlık organizasyonu, harcamaları minimaliz etmede ustalaşmış özel sigorta şirketleri ve aşırı uzmanlaşma karşısında hastalar, kendi çıkarlarını koruyamayacak duruma itilmişlerdir. Hasta, bilgisi, becerisi olmayan bir konumda, vazgeçilemez, ertelenemez gereksinimlerini karşılamak zorundadır. İhtiyaç duyduğu

⁴²⁸ AYAN, Mehmet: Tıbbi Müdahalelerden Doğan Hukuki Sorumluluk, Kazancı Yayınları, Ankara 1991, s: 54

⁴²⁹ AYAN, Mehmet: Tıbbi Müdahalelerden Doğan Hukuki Sorumluluk, Kazancı Yayınları, Ankara 1991, s: 50

⁴³⁰ MUTLU, Ayşegül ve IŞIK, A.Kadir: Sağlık Ekonomisine Giriş, Ekin Kitabevi Yayınları, Bursa 2005, s:90-91

⁴³¹ DERYAL, Yahya: “Özel Sağlık İşletmelerinde Hastanın Aydınlatılması Ve Rızasının Alınması”, **YÜHFD**, Türk-Alman Tıp Hukuku Sempozyumu Özel Sayısı, 2006, C:3, S:2,s:101-147; AZAK, Sedat: “Özel Hastaneler Yoğun Bakımda”, **Yeni Türkiye Dergisi**, Temmuz-Ağustos 2001, S:40, s:1515-1518; GÜZELBEY, Asım, ALKAN, Funda ve DEĞİRMENCİ, Yaşar: “Özel Hastane İşletmeciliği”, **Yeni Türkiye Dergisi**, Temmuz-Ağustos 2001, S:40, s:1519-1521; YAKUPOĞLU, Hakan: “Türkiye’de Özel Hastaneler ve Sorunları”, **Yeni Türkiye Dergisi**, Temmuz-Ağustos 2001, S:40, s:1522-1524

hizmeti verecek olan hekim karşısında boynu büküktür, muhtaçtır, edilgendir. Bu durum ise, hastanın hekim karşısındaki haklarının korunma altına alınmasını gerektirmektedir.⁴³²

Sağlık mal ve hizmetlerinin büyük çoğunluğu homojen değil, heterojendir. Dolayısıyla, hem mal ve hizmet türleri arasında hem de onları arz edenler arasında doğru değerlendirme yapabilmek için iyi bilgilenmek gereklidir. Oysa ki bu mal ve hizmetle hakkındaki bilgilere kısa sürede ve kolaylıkla ulaşmak olanaklı değildir. Bilgi asimetrisinin önemi ise, talebin ortaya çıkmasında hizmet satıcılarının rolünün artmasından, dolayısıyla alıcıların satıcılar tarafından sömürülmesinden kaynaklanır.⁴³³

Sağlık hizmetleri piyasasında bilginin asimetrik olması, sağlık hizmeti tüketicisini “belirsizlik altında seçim” yapmaya zorlamaktadır.⁴³⁴ Başka bir söyleyişle, sağlık hizmeti talep eden kişi fiilen sınırlı seçenekler arasında seçim yapabilecektir. Sağlık hizmetlerindeki asimetrik bilgi nedeniyle kişi, nasıl bir sağlık hizmetine ihtiyacının olduğunu belirleme olanağından yoksundur. Sağlık hizmetinin boyutunu ve kapsamını hekim tıp biliminin ilkeleri çerçevesinde belirlemektedir. Bu noktada, “*hasta merkezli tıpta, hekimin görevi hastalığı tedavi etmek değil, hastayı tedavi etmektir.*”⁴³⁵

VI - SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİYATLANDIRILMASI

VI.1- Genel Olarak

Yukarıda açıklamaya çalıştığımız sağlık hizmetlerini diğer mal ve hizmetlerden ayırt eden özellikleri ve sağlık piyasasında varolan aksaklıklar bu hizmetlerin fiyatlandırılmasının da farklı bir düzlemde ele alınmasını gerektirmektedir. Sağlık hizmetleri piyasası dışındaki mal ve hizmetlerin fiyatı genel

⁴³² ÖZLÜ, Tefik: “Biyo-Hukuk Sözleşmesi İlkeleri Bağlamında Hekim-Hasta İlişkisi”, **KHUKA**, Kasım 2005, 2-2005, 1.Türk Alman Tıp Hukuku Sempozyumu Sayısı, s:167-168

⁴³³ AYDINLAR, Mehmet Ali, ÜNAL, Erdiñç ve ATEŞ, Metin: “Sağlık Mal ve Hizmetlerinde Piyasa Aksaklıkları”, **Yeni Türkiye**, Temmuz-Ağustos 2001, S:40, s:1693-1709

⁴³⁴ MAZGİT, İsmail: Ekonomik Kalkınma Sürecinde Türkiye’de Sağlık Sektörünün Yeniden Yapılanması, Dokuz Eylül Üniversitesi (Yayımlanmamış Doktora Tezi), İzmir 1998, s:53

⁴³⁵ ÖZLÜ, Tefik: “Biyo-Hukuk Sözleşmesi İlkeleri Bağlamında Hekim-Hasta İlişkisi”, **KHUKA**, Kasım 2005, 2-2005, 1.Türk Alman Tıp Hukuku Sempozyumu Sayısı, s:167-168

olarak arz ve talebin kesiştiği noktada oluşmaktadır. Ancak, sağlık hizmetin fiyatlandırılmasında arz ve talep düzeyi tek başına belirleyici olamamaktadır. İster kamu sektöründe isterse özel sektörde üretilsin sağlık hizmetlerinin temel özellikleri ile kamusal niteliği belli müdahaleleri de beraberinde getirmektedir.⁴³⁶

Sağlık piyasasında fiyatların oluşması ile marjinal sosyal maliyetler arasında çoğu zaman herhangi bir korelasyon bulunmamaktadır. Sağlık hizmetleri talebinin ihtiyaca binaen ortaya çıkması, başka bir hizmet ile ikame edilememesi ve çoğu zaman ertelenemez nitelikte oluşu ile tedavinin türü, kapsamı ve uzunluğu gibi konularda hastanın insiyatifi büyük oranda doktoruna bırakmasını gerektirdiği için teklif edilen sağlık hizmetlerinin fiyatları konusunda tüketicinin pazarlık şansı bulunmamaktadır.⁴³⁷ Öte yandan sağlık hizmetlerinin karşılığı genelde sağlık sigorta sistemlerince ödenmektedir.

Devlet ya da meslek örgütlerinin yasal müdahalelerinin sonucu olarak ülkemizde sağlık hizmetlerinin sunumunda fiyat tarifeleri oluşturulmaktadır. Sözkonusu tarifeler hem sağlık hizmeti sunan kurum ve kuruluşlar hem de sosyal güvenlik kurumları/geri ödeme kurumları açısından önem arz etmektedir. Böylece sağlık hizmeti alan kişi ve kurumlar önceden bilgilendirilmektedir. Her iki taraf da ödeyeceği veya tahsil edeceği bedelleri önceden bileceğinden, bizzat sağlık hizmetinin sunulması aşamasında fiyat nedeniyle çıkabilecek sorunlar asgariye indirilmektedir.⁴³⁸

Fiyat tarifeleri özel sektör ve kamu sektörü için farklılık arz etmektedir. Aşağıda bunlara açıklık getirilmeye çalışılmıştır.

VI.2 - Özel Sektör Fiyat Tarifeleri

Özel sektör için fiyat tarifelerini, asgari tarifeler, azami tarifeler ve referans tarifeler olarak sınıflandırabiliriz. Asgari ve azami tarifeler uyulması zorunlu tarifeler

⁴³⁶ SUR, Haydar: Sağlık Sektöründe Sağlıklı Yönetim, Avrasya Global Yayınları, İstanbul 2006, 64-66

⁴³⁷ KURTULMUŞ, Sevgi: Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi, Değişim Dinamikleri Yayınları, İstanbul 1998, s:58

⁴³⁸ ÇELİK, Hüseyin: “Kamu Sağlık Tesisleri Fiyat Tarifesi”, <http://www.medimagazin.com.tr/mm-kamu-saglik-tesisleri-fiyat-tarifesi-ky-51022.html>, (Erişim:13.06.2007)

olup uygulanmaması kimi yaptırımları da beraberinde getirirken, referans fiyat tarifeleri tavsiye niteliğinde olup, uyulmaması halinde herhangi bir yaptırımı bulunmamaktadır. Ülkemizde asgari tarifeye Türk Dişhekimleri Birliği(TDB) fiyat tarifesi, azami tarifeye ilaç tarifesi, referans tarifeye ise Türk Tabipleri Birliği(TTB) fiyat tarifesi örnek gösterilebilir.⁴³⁹

“Asgari fiyat tarifesi” diyebileceğimiz TDB fiyat tarifesinin yasal dayanağını, 3224 sayılı Türk Dişhekimleri Birliği Kanunu’nun⁴⁴⁰ 11, 26 ve 40. maddeleri oluşturmaktadır. Buna göre; ilgili diş hekimi odaları yönetim kurulları Kanunun 11/f.maddesi gereğince, faaliyet alanları içerisinde uygulanacak asgari muayene ve tedavi ücret tarife tekliflerini düzenleyip, TDB Merkez Yönetim Kuruluna gönderirler. TDB Merkez Yönetim Kurulu da Kanunun 26/e ve 40.maddeleri uyarınca önerilen bu *asgari muayene ve tedavi ücreti tarifelerini* göz önünde bulundurarak muhtelif Odaları içine alacak grupları tespit ve bu gruplarda uygulanacak tarifeleri hazırlayarak Sağlık Bakanlığı’nın onayına sunar. Bakanlık ise bu tarifeyi aynen ya da gerekli gördüğü değişiklikleri yaparak onaylar. Tarifeler Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe girer.⁴⁴¹

“Azami fiyat tarifesi” olarak örnek gösterdiğimiz ilaç fiyat tarifesinin dayanağını ise, en son Bakanlar Kurulunun 2007/12325 sayılı Beşeri İlaçların Fiyatlandırılmasına Dair Kararı⁴⁴² oluşturmaktadır. Buna göre; Sağlık Bakanlığı, 1262 sayılı İspençiyari ve Tıbbi Müstahzarlar Kanunu ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu gereğince beşeri ilaçların tüketiciye uygun şartlarda ulaşmasını temin etmek için gerekli tedbirleri alarak *azami fiyatları* belirler. Ruhsat ya da başvuru sahiplerinin bu Karara uygun olarak talep ettikleri fiyatlar, Sağlık Bakanlığı tarafından onaylanarak geçerlilik tarihiyle birlikte ilan edilir.

Belirtelim ki, ilaç üreticisi firmalar orijinal ürünleri için referans fiyatın azami %100’ünü talep edebilirlerken, orijinali bulunmayanlarda dahil olmak üzere jenerik

⁴³⁹ ÇELİK, Hüseyin: “Kamu Sağlık Tesisleri Fiyat Tarifesi”, <http://www.medimagazin.com.tr/mm-kamu-saglik-tesisleri-fiyat-tarifesi-ky-51022.html>, (Erişim:13.06.2007)

⁴⁴⁰ 25.06.1985 tarih ve 18792 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

⁴⁴¹ Asgari fiyat tarifesi olması nedeniyle, TDB fiyat tarifesinde belirlenen fiyatların altında bir fiyatla özelde diş tedavi hizmeti alınmasının olanaklı olmadığı belirtilmektedir.(Danıştay, 14.11.2007, E:2005/621, K:2007/4361)

⁴⁴² 30.06.2007 tarih ve 26568 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

ürünlerin ise Sağlık Bakanlığı İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü'nce ilan edilmiş orijinal ürüne ait referans fiyatın azami %80'ini talep edebilirler. Diğer taraftan referans fiyat, referans ülkeler içinde ürünün ruhsatlı ve piyasada olan orijinalinin iskonto hariç en düşük resmi “deprocuya satış fiyatı” olarak tanımlanırken, halen AB üyesi ülkeler ile üyelik süreci devam etmekte olan aday ülkelerden içinde bulunulan yıl içinde üyeliği kesinleşenler sözkonusu Bakanlar Kurulu Kararı kapsamında referans ülkeler olarak seçilebilecektir.⁴⁴³

TTB fiyat tarifesinde de daha önce asgari fiyatlar belirlenirken, 5477 sayılı Kanunun⁴⁴⁴ 4.maddesi ile 6023 sayılı Türk Tabipleri Birliği Kanununun⁴⁴⁵ 28/II.maddesinde yapılan değişiklikle bu yaklaşımdan vazgeçilmiş ve TTB tarafından belirlenecek tarifelerin referans nitelikte olacağı hüküm altına alınmıştır. Şöyle ki; TTB İdari Heyeti, tabip odalarının veya birlik teşekküllerinden herhangi birisinin göstereceği lüzum üzerine, muayene, ameliyat ve girişimsel işlem ücretlerinin miktarlarını gösteren *rehber tarifeler* düzenleyecek ve bu tarifeler TTB Merkez Konseyince tasdik edildikten sonra Sağlık Bakanlığı'na bildirilecektir.

Böylece, geçmişte TTB asgari ücret tarifesi ile sadece özel sağlık alanındaki tıbbi hizmet ücretlerinin alt sınırı belirlenirken, artık özel sağlık alanında hizmet üretenler ve alıcılar fiyatı belirlerken uymak zorunda olmadıkları, sadece yararlanabilecekleri TTB rehber tarifeleri ile karşı karşıyadırlar.

Geçmiş dönemde TTB asgari ücret tarifesindeki fiyatların salt hekim emeğini gözetmeyip işletme giderlerini de içeren bir kapsamda hazırlanmasının uygulanmanın zayıf yönü olduğu, bu tarifedeki fiyatların hem işletmenin giderlerini hem de karını da içeren ücret olarak algılandığı belirtilmektedir. Yeni dönemde, referans fiyat tarifesi ile muayenehane, özel poliklinik, tanı-tedavi merkezleri ve özel hastanede hekimin alacağı ücret ve eğer mümkünse buna işletmenin alacağı ücretin eklenmesinin uygun olacağı, böylece işletmenin kendi giderine amortisman ve karını

⁴⁴³ 22.09.2007 tarih ve 26651 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

⁴⁴⁴ 30.03.2006 tarih ve 26124 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

⁴⁴⁵ 31.01.1953 tarih ve 8323 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

ayrıca hesaplayarak ekleyebileceği ve eğer isterse buradan indirim yapabileceği ifade edilmektedir.⁴⁴⁶

Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi'nin⁴⁴⁷ 31.maddesinde ki, “*asgari ücret tarifesi tatbik olunan yerlerde, tabip veya dış tabibinin, rekabet veya propaganda maksadı ile tarifede yazılı asgari miktardan aşağı ücret kabul edemeyeceği*” hükmünün ise, 6023 sayılı Kanunda yapılan değişiklik ile tabipler yönünden bir bağlayıcılığı kalmamış olmakla birlikte, 3224 sayılı Kanun kapsamındaki dış hekimleri için bu zorunluluğun devam ettiğini söyleyebiliriz.⁴⁴⁸

Öte yandan özel sektörün verdiği sağlık hizmetlerinin fiyatlandırılmasında Sağlık Bakanlığı'nın doğrudan yetkili olduğu bir alan da özel hastane yatak ücretlerinin belirlenmesidir. 2219 sayılı *Hususi Hastaneler Kanunu*'⁴⁴⁹nun 28.maddesine ve Özel Hastaneler Tüzüğü'nün 34.maddesine göre, özel hastanelerde yatan hastalardan sınıflarına göre alınacak gündelik ücret Sağlık Bakanlığı'nca uygun görülecek miktardan fazla olamayacaktır.⁴⁵⁰ Özel Hastaneler Yönetmeliği'nin 55.maddesi göre ise; özel hastanelerin gündelik yatak ücretleri, Sağlık Bakanlığı'nca yapılacak hastane sınıflandırması esas alınarak Bakanlık nezdinde oluşturulan Ücret Tespit Komisyonu tarafından, ertesi yılbaşından geçerli olmak üzere Aralık ayında, her sınıf için ayrı olarak alt ve üst sınırlar belirtilmek suretiyle tespit olunur ve Bakanlıkça ilan edilir.

Sağlık Bakanlığı'nca gerek görüldüğünde, yıl içinde de gündelik yatak ücretlerinin alt ve üst sınırları tekrar aynı Komisyon tarafından belirlenebilir. Gündelik yatak ücretlerinin tespitinde, fiyat endeksleri ve hizmetin maliyeti gibi kriterler esas alınır. Özel hastaneler, Sağlık Bakanlığı'nca ilan olunan gündelik yatak ücretinin alt ve üst sınırlarını geçmemek kaydıyla gündelik yatak ücretlerini kendileri

⁴⁴⁶ KILIÇ, Güray: “Asgari Ücret Mi? Referans Ücret Mi?”, <http://www.istabip.org.tr/ohk/referans.asp>; (Erişim:17.03.2007)

⁴⁴⁷ 19.02.1960 tarih ve 10436 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

⁴⁴⁸ Ters görüş için bkz; KESKİNBORA, H.Kadircan ve ÖNCEL, Öztan: “2005 Mali Yılı Bütçe Uygulama Talimatı, Deontoloji ve Hasta Haklarıyla İlgili Düzenlemeler”, **Türkiye Klinikleri, Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi**, 2007, C:15, S:1, s:7-11

⁴⁴⁹ 05.06.1933 tarih ve 2419 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

⁴⁵⁰ Belirtelim ki, 2219 sayılı Kanunun 23.01.2008 tarihli ve 5728 sayılı Kanunun 73.maddesi ile değişik 42.maddesi gereğince, kanunun 26.ve 27 maddelerine aykırı olarak hastalardan fazla ücret alınması halinde, bu fazla ödemeler ilgililere geri iade edileceği gibi ayrıca o yerin mahalli mülki amirince özel hastanelerin işletenlerine 10.000.-TL idari para cezası da verilecektir.

tespit ederler. Özel hastanelerin, bu suretle belirledikleri gündelik yatak ücretlerini ise, en geç 31 Ocak tarihine kadar Sağlık Bakanlığı'na bildirmeleri zorunludur.

Sağlık Bakanlığı özel ambulans hizmetlerinden alınacak ücretlerin tespiti konusunda da belirleyici olmaktadır. Ambulanslar ve Acil sağlık Araçları İle Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği'nin ⁴⁵¹ 28.maddesi gereğince; il sağlık müdürü ya da görevlendireceği bir yardımcısının başkanlığında; il emniyet müdürlüğü, sanayi ve ticaret il müdürlüğü, belediye başkanlığı, tabip odası, ambulans servisleri ile ambulans hizmeti veren kişi veya kuruluşların bir temsilcisi ile acil sağlık hizmetlerini yürütmekle görevli şube müdüründen oluşan bir komisyonca; maliyet, fiyat endeksleri, yerel koşullar ve emsal ücretler göz önünde bulundurularak ambulans hizmetlerinden alınacak ücretler asgari ve azami ücretler olarak tespit edilmektedir. Tespit edilen ücretler, Sağlık Bakanlığı'nca aynen veya değiştirilerek onaylandıktan sonra uygulanabilmektedir.

Bu düzenlemelerin, 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nun 3/c. maddesindeki, "*Gerek görüldüğünde özel sağlık kuruluşlarının her türlü ücret tarifeleri Sağlık Bakanlığınca onaylanır.*" hükmü ile de paralellik taşıdıkları görülmektedir. Belirtelim ki; 181 sayılı Sağlık Bakanlığı'nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname'nin 10/b.maddesinde, Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün görevleri arasında, özel sektöre ait yataklı tedavi kurumlarının yatak ve tedavi ücret tarifelerini tespit ve tasdik etmek görevi de bulunmaktadır.⁴⁵²

VI.3 - Kamu Sektörü Fiyat Tarifeleri

Ülkemizde sağlık hizmeti üreten ve sunan kamu sağlık kurum ve kuruluşlarının fiyat tarifeleri ile sosyal güvenlik kurumlarının/geri ödeme kurumlarının fiyatlarını belirleyen tarifeler çoğunlukla birbirine karıştırılmaktadır. Öyle ki, bu karışıklık hali kurumların görevlerini de birbirine karıştırmaktadır.

⁴⁵¹ 07.12.2006 tarih ve 26396 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

⁴⁵² Benzer biçimde, İl Sağlık Müdürlükleri ilin şartlarını dikkate alarak genel sağlığın ve hizmet kullanıcıların haklarının korunması amacıyla, **sağlık kabinlerinin** asgari fiyat tarifelerini ve benzeri düzenlemeleri 1593 sayılı Umumi Hıfzısıhha Kanunu'nun 23.maddesine göre oluşturulan İl Umumi Hıfzısıhha Kararları ile belirleyip ilgililere tebliğ edebileceklerdir. (Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 25.03.1997 tarih ve 6091 sayılı(1997/3) Genelgesi)

Yaygın kanının aksine, Maliye Bakanlığı tarafından her yıl yayımlanan Bütçe Uygulama Talimatlarında veya Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliğlerinde yer alan fiyat tarifeleri kamu sağlık kurumlarının fiyat tarifeleri değildir.⁴⁵³

Maliye Bakanlığı, Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliğlerini; 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 209.maddesi, 5434 sayılı TC.Emekli Sandığı Kanununun geçici 139.maddesi ile 178 sayılı Maliye Bakanlığı'nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin 10/p ve 10/r maddelerine dayalı olarak yayımlamakta, tebliğlerdeki sağlık hizmetlerinin fiyatlarını ise Sağlık Bakanlığı'nın görüşünü almak suretiyle tespit etmektedir. SGK de 5502 sayılı Kanunun ek 2.maddesine dayanarak Sağlık Uygulama Tebliği yayımlamaktadır.

Esasen kamu sağlık tesislerinde üretilen sağlık hizmetlerinin fiyatını “*tespit ve ilan*” yetkisi Sağlık Bakanlığı'na aittir. 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nun 3/c. maddesi göre; “*kamu kurum ve kuruluşlarına ait sağlık kuruluşları veya sağlık işletmelerinde verilen her türlü hizmetin fiyatları Sağlık Bakanlığı'nca tespit ve ilan edilir.*” Görüldüğü üzere, kanun koyucu, kamu sağlık tesislerindeki her türlü hizmetin fiyatlarının belirlenmesi konusunda Sağlık Bakanlığı'na, emredici bir şekilde, tek taraflı olarak fiyatları tespit ve ilan yetkisi vermiştir.⁴⁵⁴ Belirtelim ki, Sağlık Bakanlığı bu yetkisini vakıf yükseköğretim kurumlarına ait sağlık tesisleri hariç kullanacaktır.⁴⁵⁵

⁴⁵³ ÇELİK, Hüseyin: “Kamu Sağlık Tesisleri Fiyat Tarifesi”, <http://www.medimagazin.com.tr/mm-kamu-saglik-tesisleri-fiyat-tarifesi-ky-51022.html>, (Erişim:13.06.2007)

⁴⁵⁴ Başbakanlığın 2007/13 sayılı Genelgesinde de, kamu kurum ve kuruluşlarına ait sağlık kuruluşlarında verilen her türlü hizmetin fiyatlarının **tespit ve ilan** edilmesi görevinin, 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu ile Sağlık Bakanlığına verilmiş olduğu belirtilmekte ve anılan Bakanlıkça bu doğrultuda hazırlanan “Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliği”nin 29.04.2006 tarihli Resmî Gazete’de yayımlandığından sözedilmiştir.(26.05.2007 tarih ve 26533 sayılı Resmî Gazetede yayımlanmıştır.) Oysa sözü edilen tebliğ Sağlık Bakanlığı'nca değil Maliye Bakanlığı'nca yayımlanmıştır.(29.04.2006 tarih ve 26153 sayılı Resmî Gazetede yayımlanmıştır.)

⁴⁵⁵ Başbakanlığın 2007/13 sayılı Genelgesinde; vakıf üniversiteleri de dahil, üniversite hastanelerinin halka sundukları sağlık hizmeti bakımından “kamu hastanesi” niteliğinde oldukları, bu sebeple de özel muayene olmak isteyen hastalardan “özel muayene farkı” almalarının dışında Sağlık Bakanlığı'nca(gerçekte Maliye Bakanlığı'nca) belirlenen fiyat tarifesine uymaları gerektiği belirtilmiştir. Ancak, Danıştay 10.Dairesi'nce sözkonusu Genelgenin yürütmesi “vakıf üniversiteleri” yönünden durdurulmuştur. Yüksek Mahkemenin yürütmeyi durdurma kararında; “*Anayasanın 130. maddesinde ifadesini bulan mali özerkliğe sahip bir kamu tüzel kişisi olduğu tartışmasız olan vakıf üniversiteleri bünyelerindeki hastanelerin gördükleri kamu hizmeti niteliğindeki sağlık hizmetlerinin fiyatlandırılmasına, böylece bu kuruluşlarca sunulan sağlık hizmetinin niteliğine göre tedavi ücretlerine sınırlama getirilmesine yasal olanak bulunmadığını*” ve “*vakıf yükseköğretim kurumlarının bütçelerini kendileri belirledikleri ve giderleri devlet bütçesinden karşılanmayıp vakıf*

Ancak Sağlık Bakanlığı bugüne kadar Maliye Bakanlığı'nca⁴⁵⁶, şimdilerde de Sosyal Güvenlik Kurumu'nca yayımlanan tebliğlerde yer alan fiyatları, kendi sağlık tesislerindeki hizmet sunumu fiyat tarifesi olarak kabul etmekte ve uygulamaktadır.⁴⁵⁷ Belirtelim ki, Maliye Bakanlığı ile Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından belirlenen “*hizmet satın alma fiyatları*” ile Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenmesi gereken “*hizmet sunum fiyatlarının*” aynı olması zorunluluğu bulunmamaktadır.

Sağlık Bakanlığı, başta kendi hastaneleri olmak üzere kamuya ait tüm hastanelerin “idari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmelerine dönüştürülmesi” öncelikli hedefine paralel biçimde, kamu kurum ve kuruluşlarına ait sağlık kuruluşları veya sağlık işletmelerinde verilen her türlü hizmetin fiyatları tespit ve ilan etme yetkisine dayalı olarak, yurtiçi ve yurt dışı özel sigorta şirketlerine sigortalı hastalara, banka hastalarına, vakıf sandıklarına tabi hastalara, özel hukuk tüzel kişiliğine haiz şirket mensupları ile yurtdışından gelen yabancı uyruklu hastalara, anlaşma yapmak kaydıyla belirlenecek özel ücret tarifeleri üzerinden ve özel şartlar dahilinde Sağlık Bakanlığı hastanelerinde sağlık hizmeti verilebilmesine olanak sağlamış bulunmaktadır.⁴⁵⁸ Sağlık Bakanlığı hastanelerinin sözkonusu özel kuruluşlarla karşılıklı mutabakat sağlamak suretiyle hazırlayacakları ve imza altına alacakları protokol ve fiyat tarifelerini ise 3359 sayılı kanunun 3/c.maddesi uyarınca Sağlık Bakanlığı onaylayacaktır.

yükseköğretim kurumu bütçesinden karşılandığından, vakıf üniversiteleri hastanelerinin tedavi ücretlerinin belirlenmesinde verilen sağlık hizmetinin karşılığının alınmasının da esas olacağını” ifade ettiği açıklanmıştır.(http://www.saglikmevzuat.com/index.php?option=com_content&task=view&id=509&Itemid=1; Erişim:04.01.2008)

⁴⁵⁶ Örneğin; Sağlık Bakanlığı'na ait yataklı ve yataksız tedavi kurumları ile birinci basamak sağlık kuruluşlarında ve 3359 sayılı Kanun'un 5.maddesine göre teşekkül ettirilmiş sağlık işletmelerinde 2004 ve 2005 Mali Yılı Bütçe Uygulama Talimatları ve eki fiyat tarifelerinin “tek fiyat tarifesi” olarak uygulanması kararlaştırılmıştır. (Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 17.02.2004 tarih ve 2649 sayılı ve 17.03.2005 tarih ve 5260 sayılı(2005/45) Genelgesi)

⁴⁵⁷ Daha önceki yıllarda olduğu gibi 2007 yılında da, 15.06.2007 tarihinden itibaren geçerli olmak üzere, Sağlık Bakanlığı fiyat tarifesi olarak 2007 Mali Yılı Maliye Bakanlığı Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliği eki fiyat tarifelerinin, kamu kurum ve kuruluşları ile sağlık işletmelerinde uygulanması Makamın 06.06.2007 tarih ve 5227 sayılı onayı ile uygun görülmüş, Maliye Bakanlığı Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliği ve eki fiyat listeleri ile Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği ve eki fiyat listelerinin resmi ve özel sağlık kuruluşları ile tüm kamu kurum ve kuruluşlarına tebliği talimatlandırılmıştır. (Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 15.06.2007 tarih ve 12812 sayılı(2007/45) Genelgesi)

⁴⁵⁸ Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 07.04.2004 tarih ve 5605 sayılı(2004/49) Genelgesi

Öte yandan, 5597 sayılı Kanununun 4.maddesi ile 5502 sayılı Kanuna eklenen ek 2.maddesi gereğince, kamu sağlık güvencesine sahip olanlar için birinci basamak sağlık hizmetlerinin doğrudan Sağlık Bakanlığı'ndan geri ödeme kurumlarınca hizmet alım sözleşmesi yolu ile alınacağını kararlaştırıldığını yukarıda açıklamıştık. Kamu sağlık güvencesi olmayanlar da birinci basamak sağlık hizmetlerini Sağlık Bakanlığı'na ait birinci basamak sağlık kuruluşlarından hem de ücretsiz olarak alabileceklerdir. Bu konularda kapsamlı açıklamalar yapıldığından burada kısaca değinmekle yetiniyoruz.

Diğer taraftan 5510 sayılı Kanununun 72.maddesi birinci fıkrasına göre, SGK tarafından sağlanan sağlık hizmetlerinin ve ödenecek gündelik, yol, yatak ve yemek giderlerinin Kurumca ödenecek bedellerini; sağlık hizmetinin sunulduğu il ve basamak, sağlık hizmetlerinin maliyeti, Devletin doğrudan veya dolaylı olarak sağlamış olduğu sübvansiyonlar, sağlık hizmetinin niteliği itibariyle hayati öneme sahip olup olmaması, kanıta dayalı tıp uygulamaları, teşhis ve tedavi maliyetini esas alan maliyet-etkililik ölçütleri ve genel sağlık sigortası bütçesi dikkate alınmak suretiyle, her bir sağlık hizmeti için belirlemeye Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu yetkili kılınmıştır.

Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu ise, Maliye Bakanlığını, Sağlık Bakanlığını, Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığını, Hazine Müsteşarlığını ve Kurumu temsilen toplam beş üyeden oluşacaktır. Komisyon, kararlarını Maliye Bakanlığının görüşünü almak suretiyle salt çoğunluk ile alacak ve kararlar Resmi Gazetede yayımlanacaktır. Komisyonca gerekli görülen hallerde sağlık hizmetlerinin türlerine göre birden fazla alt komisyon kurulabilecektir.

Sağlık Bakanlığı'nın doğrudan sağlık hizmeti üretim ve sunumuna ilişkin fiyat tarifelerini belirleme yetkisinin yanı sıra özellikle özel sağlık kurum ve kuruluşlarının faaliyetlerine yönelik bazı belgeler için fiyat tarifeleri belirleme yetkisi de bulunmaktadır. Örneğin; 181 sayılı KHK'nın ek 2.maddesine göre, Sağlık Bakanlığı'nca düzenlenecek veya onaylanacak her türlü ruhsatlandırma, ürün üretim ve satış izin belgesi ve mesul müdürlük belgesi ile permi ve sertifikalar üzerinden 50 YTL'den az, 15.000 YTL'den çok olmamak üzere Maliye Bakanlığının görüşü üzerine Sağlık Bakanlığınca belirlenecek tarifelere göre ruhsatlandırma bedeli

alınmakta ve Bakanlık Merkez Saymanlığınca tahsil edilen bu tutarlar bütçeye gelir kaydedilmektedir. Bu tarifeler her yıl 213 sayılı Vergi Usul Kanununa göre belirlenen yeniden değerlendirme oranında artırılmaktadır.

Benzer biçimde, 209 sayılı Kanunun 3.maddesine göre, Sağlık Bakanlığı; birinci basamak sağlık hizmeti sunan kuruluşlar da dahil olmak üzere Bakanlık kurum ve kuruluşları ile bağlı kuruluşlarındaki (Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü hariç);

- Muayene, teşhis, tedavi, laboratuvar, tetkik ve tahlil işlerini,
- Aşı, ilaç, serum, insan kanı ve kan ürünleri imâli ile istihsal veya imâl edilecek diğer maddeleri,
- Bastırılan veya yaptırılan her nevi belgeleri,
- Trafik kazaları ile ilgili olarak özel veya 13.10.1983 tarihli ve 2918 sayılı Karayolları Trafik Kanununa göre zorunlu sigortalı olan kişilere verilecek hizmetler ile sigortalı turistlere ve yabancı hastalara verilen sağlık hizmetlerini,
- Sağlık alanında verilecek kurs, eğitim, araştırma, yayın ve danışmanlık hizmetlerini,
- Diğer kamu ve özel sektör kuruluşlarının sağlık alanında sunduğu hizmetlere kredi notu verilmesini ve akredite edilmesini,
- Atölye, tamirhane ve depolarda gerçekleştirilen sağlık hizmetleriyle ilgili montaj, demontaj ve proje işlerini,
- Sağlık kurum ve kuruluşlarında üçüncü şahıslarca yapılacak sağlık alanı dışındaki tanıtım hizmetlerini,

Maliye Bakanlığınca yayımlanan yılları Bütçe Uygulama Talimatlarında yer alanlar hariç, 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu uyarınca belirlenen tarife üzerinden fiyatlandırmaya ve yukarıda belirtilen mal ve hizmetlerden elde edilecek gelirler ile sağlık kurum ve kuruluşlarına üçüncü şahıslarca yapılacak her türlü bağış ve yardımları döner sermayeye gelir kaydettirmeye yetkili kılınmıştır.

Belirtelim ki; Anayasa Mahkemesi 03.04.2007 tarihli, E:2005/52, K:2007/35 sayılı kararı⁴⁵⁹ ile, Sağlık Bakanlığı'nın “*Muayene, teşhis, tedavi, laboratuvar, tetkik ve tahlil işlerini*”, “*Aşı, ilaç, serum, insan kanı ve kan ürünleri imâli ile istihsal veya imâl edilecek diğer maddeleri*” fiyatlandırmaya ve döner sermayeye gelir kaydettirmeye yetkili kılınmasını düzenleyen 209 sayılı Kanununun 3.maddesi birinci fıkrasının (a) ve (b) bentlerinin Anayasaya aykırı olmadığına karar vermiştir.

VI .4 - Bedelsiz Sağlık Hizmetleri

VI .4 .1- Bedelsiz Kamu Hizmetleri

Geçmiş yıllarda kamu kurum ve kuruluşunca üretilen ve sunulan birçok mal ve hizmetin ya bedelsiz ya da indirimli olduğu bilinmektedir. Öte yandan, kamu hizmeti ve kamu yararı düşüncesinin başka bir söyleyişle sosyal devlet anlayışının sonuçları olan bu uygulamalara 31.12.2001 tarihinden itibaren son verilmiş, ancak bazı istisnalar da öngörülmüştür. İstisnaların bir kısmına ilgili kanunda yer verilmişken, istisnalarının kapsamını genişletme konusunda Bakanlar Kurulu da yetkili kılınmıştır. Bakanlar Kurulunun da özellikle sağlık hizmetleri alanında bu yetkisini kullanarak, bazı kesim ve grupların kamu tarafından üretilen sağlık hizmetlerinden bedelsiz/indirimli yararlandırılmaları yönünde kararlar aldığı görülmektedir. Aşağıda bu özellikli durumlar açıklanmaya çalışılacaktır.

4736 sayılı ***Kamu Kurum ve Kuruluşlarının Ürettikleri Mal ve Hizmet Tarifeleri İle Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun***⁴⁶⁰ ile yapılan düzenlemeyle, kamu kurum ve kuruluşlarınca üretilen mal ve hizmet bedellerinde işletmecilik gereği yapılması gereken ticari indirimler haricinde herhangi bir kişi veya kuruma ücretsiz veya indirimli tarife uygulanmayacağı belirtilmiştir. 4736 sayılı Kanunun birinci maddesinde;

“Genel bütçeye dahil daireler ile katma bütçeli idareler, bunlara bağlı döner sermayeli kuruluşlar, kanunla kurulan fonlar, kefalet sandıkları, sosyal güvenlik kuruluşları, genel ve katma bütçelerin transfer tertiplerinden yardım alan kuruluşlar, kamu iktisadi teşebbüsleri ve bağlı ortaklıkları ile müesseseleri, il özel idareleri ve

⁴⁵⁹ 18.03.2008 tarih ve 26820 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

⁴⁶⁰ 19.01.2002 tarih ve 24645 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

belediyeler ile bunların kurdukları birlik, müessese ve işletmeler, özel bütçeli kuruluşlar, özelleştirme işlemleri tamamlanuncaya kadar, 24.11.1994 tarihli ve 4046 sayılı Kanuna tabi kuruluşlar ve özel hukuk hükümlerine tabi, kamunun çoğunluk hissesine sahip olduğu kuruluşlar, kamu banka ve kuruluşları ile bunlara bağlı iş yerleri ve diğer kamu kurum ve kuruluşlarınca üretilen mal ve hizmet bedellerinde işletmecilik gereği yapılması gereken ticari indirimler hariç herhangi bir kişi veya kuruma ücretsiz veya indirimli tarife uygulanmaz...” denilmiştir.

Öte yandan Bakanlar Kurulunun yukarıdaki fıkra hükmünden muaf tutulacak kişi veya kurumları tespit etmeye yetkili olduğu ifade edilmiştir.

Aynı Kanun hükmünün devamında, belediyeler ile bunların kurdukları birlik, müessese ve işletmelerin, toplu taşıma hizmetlerinde malül, yaşlı, öğrenci ve basın kimlik kartı sahiplerine indirim uygulamaya yetkili oldukları; 1005 sayılı İstiklal Madalyası Verilmiş Bulunanlara Vatani Hizmet Tertibinden Şeref Aylığı Bağlanması Hakkında Kanun, 2330 sayılı Nakdi Tazminat ve Aylık Bağlanması Hakkında Kanun ve 3713 sayılı Terörle Mücadele Kanununun ücretsiz veya indirimli tarife uygulanması ile ilgili hükümlerinin saklı olduğu; belirtilen kanunlar dışındaki kanun, kanun hükmünde kararname, tüzük, yönetmelik, genelge ve benzeri düzenleyici işlemler ile diğer idari işlemlerle tesis edilmiş bulunan ücretsiz veya indirimli tarife uygulamalarına 31.12.2001 tarihinden itibaren son verildiği belirtilmiştir.

VI .4 .2- Bedelsiz Kamu Sağlık Hizmetlerinin Kapsamı

Böylece 4736 sayılı Kanun ile sağlık mevzuatı alanında yer alan ve ücretsiz sağlık hizmeti verilmesine ilişkin kanuni ve idari düzenlemeler de geçersiz kılınmıştır. Örneğin; Sağlık Bakanlığı, 2872 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun ve 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu gereğince aile planlaması, doğum ve cinsel hastalıklar ve verem sözkonusu olduğunda ihtiyaç sahiplerine bedelsiz

sağlık hizmeti sunarken⁴⁶¹, Bakanlar Kurulunca kararlaştırılmamış ise 31.12.2001 tarihinden itibaren sunamayacaktır.

224 sayılı Kanununun 14.maddesinde, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği bölgelerde, sağlık hizmetlerinin ve ilacın ücretsiz olduğu belirtilirken, 4736 sayılı Kanun ile yapılan düzenlemeyle bu hükmün pratik bir anlamı kalmamıştır. Yine, Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'nin 55.maddesine göre; daha önce doğum hizmetlerinde, bulaşıcı hastalıklarda ve kuduzun tedavisinde ücret alınmaz iken, 55.maddede yapılan değişiklikle⁴⁶², yataklı tedavi kurumlarında muayene ve tedavileri ücretsiz olarak sağlanacak kimselerin 4736 sayılı Kanuna dayalı olarak çıkarılacak Bakanlar Kurulu kararları ile belirleneceği hüküm altına alınmıştır.

Belirtilen tarihten sonrada çeşitli nedenlerle bedelsiz/indirimli sağlık hizmeti sunumunu devam ettiren kurum yöneticileri hakkında ise idari işlemler yapılmış ve zimmet çıkarılmıştır.⁴⁶³ Ancak, bu şekilde hareket eden kamu sağlık kurumlarının yöneticileri büyük ölçüde yargıda aklanmıştır.⁴⁶⁴ Öte yandan, sözkonusu indirimler Danıştay 10.Dairesi'nce "insani indirim" kapsamında değerlendirilmiştir.⁴⁶⁵

Bu başlık altında, özellikle 4736 sayılı Kanuna dayalı olarak çıkarılan Bakanlar Kurulu kararları ile ücretsiz/indirimli sağlık hizmetlerinden yararlananlar açıklanmaya çalışılmıştır.

VI .4 .2 .1 –Gaziler, Şehit Yakınları, Öğrenciler Ve 2022 Sayılı Kanun Kapsamında Olanlar İle Askerlik Yükümlüleri

Bakanlar Kurulunun 28.01.2002 tarih, 2002/3654 sayılı ve 4736 sayılı Kanununun Resmi Gazetede yayımlanma tarihi olan 19.01.2002 tarihinden itibaren

⁴⁶¹ SÖZER, Ali Nazım ve DEMİRBİLEK, Sevda: "Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Ekonomik ve Hukuki Açından Değerlendirilmesi", DEÜ 1.Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, 4 - 7 Mayıs 1994, Kuşadası-AYDIN, DEÜ Rektörlük Matbaası, İzmir 1995, s:503-525

⁴⁶² 05.05.2005 tarih ve 25806 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

⁴⁶³ "Fakir Babası Doktora Dava", 07.08.2004 tarihli **Hürriyet Gazetesi**; "Maliye, Yoksul Vatandaşın Para Almayan Doktora Borç Çıkardı", http://www.ttb.org.tr/index.php?option=com_content&task=view&id=711&Itemid=2, (Erişim:20.07.2007)

⁴⁶⁴ "Fakir Hastaları Ücretsiz Muayene Eden 135 Prof. Aklandı", 09.12.2007 tarihli **Star Gazetesi**

⁴⁶⁵ "Tokat'taki Dava Doktor Lehine", 06.08.2004 tarihli **Hürriyet Gazetesi**

yürürlüğe giren kararı ile⁴⁶⁶; gaziler, şehit ve gazi, dul ve yetimleri, özürllüer, öğrenciler ve 2022 sayılı 65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Güçsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Kanun kapsamındaki kişiler⁴⁶⁷ 4736 sayılı Kanunun birinci maddesinin birinci fıkrası hükmünden muaf tutulmuşlardır.⁴⁶⁸ Yani sözkonusu kişiler gerek diğer kamu kuruluşlarında üretilen mal ve hizmetlerden gerekse kamu sağlık tesislerinden üretilen sağlık hizmetlerinden bedelsiz/indirimli yararlanabileceklerdir.

Şöyle ki; anılan Kararın sözkonusu madde hükmü kapsamında yer alan kimselerin Devlet Hastanelerinde yapılan muayene, tetkik, tahlil, tedavi ve sağlık kurulu raporlarına ait giderler;

- İlgilinin veya kanunen kendisine bakmakla yükümlü bulunan aile fertlerinden birinin herhangi bir kamu kurum veya kuruluşunda çalışması halinde bu kurum veya kuruluşça karşılanacaktır.
- Kendisinin veya kanunen kendisine bakmakla yükümlü aile fertlerinden birinin herhangi bir sosyal güvenlik kurumuna tabi olmaları veya emekli, yaşlılık veya malüllük aylığı almaları halinde bağlı buldukları sosyal güvenlik kurumunca karşılanacaktır.
- 3816 sayılı Kanun kapsamında yeşil kartlı olması halinde Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Fonu'ndan Sağlık Bakanlığı'na aktarılan avans sisteminden karşılanacaktır.
- Yukarıda belirtilen haller dışında kalanlardan ödeme gücü bulunanların kendilerinden tahsil edilecektir.

⁴⁶⁶ 08.02.2002 tarih ve 24665 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

⁴⁶⁷ Belirtelim ki; 5335 sayılı Kanunun 8.maddesi ile değişik 2022 sayılı Kanunun 7.maddesi gereğince, bu Kanun kapsamında olanların tedavi giderleri, 3816 sayılı Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet tarafından Karşlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre yeşil kart verilmesi suretiyle karşılanmaktadır. (5335 sayılı Kanun 27.04.2005 ve 25798 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.)

⁴⁶⁸ Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 08.09.2003 tarih ve 17236 sayılı(2003/108) Genelgesi

Ancak, sosyal güvencesi olmayan, muhtaç ve ödeme güçlüğü içerisinde bulunan kimselerin sağlık kuruluna esas muayene, tetkik, tahlil vb. işlemler anılan Bakanlar Kurulu Kararı uyarınca, Devlet Hastanelerinde ücretsiz sağlanacaktır.⁴⁶⁹

Benzer bir biçimde, askerlik yükümlülerine de sağlık hizmetlerinden bedelsiz yararlanma imkanı tanınmıştır. Bakanlar Kurulunun 09.07.2007 tarih ve 2007/12436 sayılı kararı⁴⁷⁰ ile 1111 sayılı Askerlik Kanunu'na tabi yükümlüler, son yoklama ve askere sevkleri sırasında, resmi sağlık kuruluşlarınca verilen sağlık ve verem savaş muayene hizmetlerinden yararlanmada, 4736 sayılı Kanunun 1. maddesinin birinci fıkrası hükmünden muaf tutulmuşlardır.

VI.4.2.2 – İnsan Ticareti Mağdurları

Bakanlar Kurulunun 05.12.2003 tarihli ve 2003/6565 sayılı kararında⁴⁷¹, Türk Ceza Kanunu'nun 201/b maddesine göre insan ticareti mağduru olduğu tespit edilen ve sağlık hizmetleri giderlerini karşılayacak durumda olmayan yabancı uyruklu hastaların, resmi sağlık kurum ve kuruluşlarınca sunulan sağlık hizmetlerinden yararlanmada 4736 sayılı Kanunun birinci maddesinin birinci fıkrası hükmünden muaf oldukları ifade edilmiştir.

Belirtelim ki, insan ticareti mağdurları 5237 sayılı yeni ***Türk Ceza Kanunu***'nun⁴⁷² 80.maddesinde düzenlenmiştir. Buna göre; zorla çalıştırmak veya hizmet ettirmek, esarete veya benzeri uygulamalara tabi kılmak, vücut organlarının verilmesini sağlamak maksadıyla tehdit, baskı, cebir veya şiddet uygulamak, nüfuzu kötüye kullanmak, kandırmak veya kişiler üzerindeki denetim olanaklarından veya çaresizliklerinden yararlanarak rızalarını elde etmek suretiyle kişileri tedarik etmek, kaçırmak, bir yerden başka bir yere götürmek veya sevk etmek insan ticareti olarak değerlendirilmiştir.

Bu kapsamda insan ticareti mağduru olarak nitelenen ve sağlık hizmetleri giderlerini karşılayacak durumda olmayan yabancı uyruklu hastaların sağlık

⁴⁶⁹ Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 08.09.2004 tarih ve 15284 sayılı(2004/118) Genelgesi

⁴⁷⁰ 29.07.2007 tarih ve 26597 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

⁴⁷¹ 02.01.2004 tarih ve 25334 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

⁴⁷² 12.10.2004 tarih ve 25611 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

hizmetlerinden bedelsiz yararlanmalarının usul ve esasları ise Sağlık Bakanlığı Genelgesi⁴⁷³ ile düzenlenmiştir. Buna göre, ilgili mülki idare amiri tarafından imzalanmış olan “İnsan Ticareti Mağduru Muayene İsteği” formu ile sağlık tesislerine başvuran mağdurlara bedelsiz olarak gerekli muayene, tetkik ve tedavi uygulanmaktadır.

VI .4 .2 .3 – Özürülüler

Bakanlar Kurulunun 10.05.2004 tarihli ve 2004/7295 sayılı kararında⁴⁷⁴, 4857 sayılı İş Kanununun 30.maddesine göre istihdam edilmek üzere, yetkili sağlık kuruluşlarına Türkiye İş Kurumu aracılığı ile özürlüden kaynaklanan çalışma gücü kaybı oranlarının tespiti için Sağlık Bakanlığı'nın yetkili sağlık tesislerine başvuran ve herhangi bir sosyal güvenlik kuruluşunun güvencesi altında bulunmayan özürülü vatandaşlarımızın 4736 sayılı Kanunun birinci maddesinin birinci fıkrası hükmünden muaf olduğu kararlaştırılmıştır.

5763 sayılı Kanunun⁴⁷⁵ 2.maddesi ile değişik 4857 sayılı Kanunun 30.maddesi birinci fıkrasına göre ise işverenler, elli veya daha fazla işçi çalıştırdıkları özel sektör işyerlerinde yüzde üç özürülü, kamu işyerlerinde ise yüzde dört özürülü ve yüzde iki eski hükümlü işçiyi meslek, beden ve ruhi durumlarına uygun işlerde çalıştırmakla yükümlüdürler. Bu kapsamdaki özürülüler herhangi bir sosyal güvencelerinin de bulunmaması halinde özürüllük derecelerinin tespitinde⁴⁷⁶ kamu sağlık tesislerinde herhangi bir bedel ödemeyeceklerdir.

VI .4 .2 .4 – Hiçbir Sosyal Güvencesi Olmayanlar

Bakanlar Kurulunun önce 26.05.2004 tarih, 2004/7379 sayılı kararında⁴⁷⁷, daha sonra da 14.04.2005 tarih, 2005/8748 sayılı kararında⁴⁷⁸, hiçbir sosyal

⁴⁷³ Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 09.01.2004 tarih ve 544 sayılı(2004/02) Genelgesi ile 24.04.2004 tarih ve 6679 sayılı(2004/62) Genelgesi

⁴⁷⁴ 15.05.2004 tarih ve 25463 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır

⁴⁷⁵ 26.05.2008 tarih ve 26887 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır

⁴⁷⁶ 4857 sayılı Kanunun 30.maddesi kapsamında zorunlu olarak istihdam edilecek olan özürülülerin özürüllük oranlarının tespitine yönelik olarak düzenlenecek sağlık kurulu raporları, **“Özürüllük Ölçütü , Sınıflandırması ve Özürülülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik”** (16.07.2006 tarih ve 26230 sayılı RG) hükümlerine göre düzenlenmektedir.

⁴⁷⁷ 12.06.2004 tarih ve 25490 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

⁴⁷⁸ 05.05.2005 tarih ve 25806 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

güvencesi olmayan vatandaşlarımızın, acil hastalık ve/veya yaralanma hallerinde Sağlık Bakanlığına bağlı 112 Acil Sağlık Hizmetleri kapsamında verilen hastane öncesi acil tıbbi yardım ve ambulans hizmetleri ile şehir içi veya şehir dışındaki diğer bir sağlık kurum veya kuruluşuna ambulansla şevkinin gerektiği ilgili hekim tarafından tevsik edilen ve hasta nakli amacını taşıyan ambulans hizmetlerinden yararlanmada, 4736 sayılı Kanunun birinci maddesinin birinci fıkrası hükmünden muaf oldukları belirtilmiştir.

Acil sağlık hizmetleri ise *Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği*⁴⁷⁹nde tanımlanmıştır. Buna göre acil sağlık hizmetleri; acil hastalık ve yaralanma hallerinde, konusunda özel eğitim almış ekipler tarafından, tıbbi araç ve gereç desteği ile olay yerinde, nakil sırasında, sağlık kurum ve kuruluşlarında sunulan tüm sağlık hizmetlerini kapsamaktadır. Şu halde hiçbir sosyal güvencesi olmayan yurttaşlar, Sağlık Bakanlığı'na bağlı 112 Acil Sağlık Hizmetlerinden herhangi bir bedel ödemeksizin faydalanabileceklerdir.

Başbakanlığın 2008/13 sayılı Genelgesine⁴⁸⁰ göre ise; acil sağlık hizmeti vermekle yükümlü bulunan üniversitelere ait araştırma hastaneleri dahil olmak üzere kamu ve özel tüm sağlık kurum ve kuruluşları, acil vakaları hastanın sağlık güvencesi olup olmadığına veya ödeme gücü bulunup bulunmadığına bakmaksızın kabul edecek ve gerekli tıbbi müdahaleyi kayıtsız-şartsız ve gecikmeksizin yapacaktır. Acil vakalarda acil sağlık hizmetinden yararlananlardan sosyal güvencesi bulunan kişilerin hizmet bedeli ilgili sosyal güvenlik kurumundan tahsil edilecek ve 5510 sayılı Kanunun 73. maddesinin yedinci fıkrası gereğince hastadan ayrıca ücret farkı talep edilmeyecektir.

Herhangi bir sağlık güvencesi olmayanlardan ödeme gücü bulunmayanların acil sağlık hizmeti bedelleri de kendilerinden talep edilmeyecektir. Bunlardan kamuya ait sağlık kuruluşlarından ve ayakta teşhis ve tedavi yapan özel sağlık kuruluşlarından acil sağlık hizmeti alanların hizmet bedelleri 3294 sayılı Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Kanunu hükümleri çerçevesinde sağlık kuruluşunun bulunduğu yer sosyal yardımlaşma ve dayanışma vakfından talep

⁴⁷⁹ 11.05.2000 tarih ve 24046 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

⁴⁸⁰ 26.06.2008 tarih ve 26918 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

edilecektir. Özel hastanelerden acil sağlık hizmeti alanların hizmet bedelleri ise, talep edilmesi halinde 2219 sayılı Hususi Hastaneler Kanununun 32, 5393 sayılı Belediye Kanununun 38 ve 60, 5216 sayılı Büyükşehir Belediyesi Kanununun 18. maddeleri gereğince sağlık kuruluşunun bulunduğu yerin belediyesince ödenecektir.

Aynı Őekilde, Bakanlar Kururlunun 23.01.2006 tarih ve 2006/9970 sayılı kararında⁴⁸¹; hiąbir sosyal güvencesi olmayan verem hastaları ile temasllarının; birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurum ve kuruluşları tarafından verilecek veremle ilgili tanı, tedavi, takip ve koruma hizmetlerinden yararlanmada, 4736 sayılı Kanunun 1. maddesinin birinci fıkrası hükmünden muaf kılınmlardır. Sağlık Bakanlığı da bu karar gereğince kendisine ait sağlık kurum ve kuruluşlarında söz konusu hastalara ücretsiz sağlık hizmeti vermektedir.⁴⁸²

Bu başlık altında eğitim vakası olarak tedavi gören hastalara da yer verebiliriz. Bakanlar Kurulunun 25.02.2002 tarih ve 2002/4273 sayılı kararında⁴⁸³, temel amacı tp eğitimi olan niversite hastaneleri ile diğer sağlık kuruluşlarında tp eğitimine katkı sağlamak amacıyla “*eğitim vakası*” olarak tedavi gören hastalar ile herhangi bir sosyal güvenlik kurumunun güvencesi altında olmayıp sağlık hizmetleri giderlerini karşılayacak durumda bulunmayan hastalar da 4736 sayılı Kanunun 1. maddesinin birinci fıkrası hükmünden muaf tutulmuşlardır.

VI.4.2.5 – Tutuklu ve Hükümlüler

Suątan dolayı soruşturma ve kovuşturma işlemleri sırasında sağlık durumlarının belirlenmesi amacıyla sağlık muayenesi yaptırılacak kişiler ile ceza infaz kurumları ve tutukevlerince muayene, tetkik ve tedavi iąin resmi sağlık kurumlarına sevk edilen tutuklu ve hükümlüler, 31.12.2003 tarihine kadar uygulanmak üzere, Bakanlar Kururlunun 24.04.2003 tarih ve 2003/5933 sayılı kararı⁴⁸⁴ ile 4736 sayılı Kanunun 1. maddesinin birinci fıkrası hükmünden muaf tutulmuştur. Belirtelim ki, ceza infaz kurumları ile tutukevleri bünyesinde bulunan

⁴⁸¹ 08.02.2006 tarih ve 26074 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmtur.

⁴⁸² Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü’nün 22.02.2006 tarih ve 3198 sayılı(2006/26) Genelgesi

⁴⁸³ 28.06.2002 tarih ve 24799 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmtur.

⁴⁸⁴ 06.08.2003 tarih ve 25191 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmtur.

hükümlü ve tutuklular, 5510 sayılı Kanununun 60.maddesi üçüncü fıkrası gereğince genel sağlık sigortalısı olarak da sayılmamıştır.

Sözü edilen kimselere resmi sağlık kurumlarından ücretsiz hizmet verilmesi uygulaması 31.12.2003 tarihinde sona ermekle birlikte, bu tarihten sonraki sağlık hizmeti bedelleri Adalet Bakanlığına fatura edilmeye başlanmıştır.⁴⁸⁵ Kaldı ki, bu tarihten sonraki hükümlü ve tutukluların muayene ve tedavileri ile ilaç, tıbbi sarf malzemesi, ortez ve protez bedelleri Adalet Bakanlığı'nca karşılanmaktadır.⁴⁸⁶ Bununla birlikte, Ceza ve İnfaz Kurumları ve Tutukevlerince Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastaneler ile üniversite hastanelerine muayene, tetkik, tedavi için sevk edilen tutuklu ve hükümlüler ile adli bir olaya taraf olan (*trafik kazaları hariç*) ve adli makamlarca(mahkeme, savcılık, kolluk kuvvetleri) sağlık durumlarının belirlenmesi ve adli rapor düzenlenmesi amacı ile gönderilen sanık, mağdur ve müşteki durumundaki kişilerin tıbbi muayene, kontrol, tetkik ve tedavilerine ait giderlerin de mali yıl bütçesine konulan ödeneklerden Sağlık Bakanlığı'nca karşılandığı anlaşılmaktadır.⁴⁸⁷

Öte yandan, 5271 sayılı ***Ceza Muhakemesi Kanunu***'nun⁴⁸⁸ 109.maddesi uyarınca aynı Kanununun 100.maddesinde belirtilen tutuklama sebeplerinin varlığı halinde üst sınırı üç yıl ve daha az hapis cezasını gerektiren bir suç nedeniyle yürütülen soruşturmada, şüphelinin tutuklanması yerine adli kontrol altına alınmasına karar verilmesi ve bu takdirde bu madde kapsamında adli kontrole tabi tutulması gerekenlerin sağlık durumlarının belirlenmesi amacıyla resmi sağlık kurumlarında (üniversite hastaneleri dahil) yaptırılan muayene, tetkik ve tedavi bedelleri de Sağlık Bakanlığı'nca karşılanmaktadır.⁴⁸⁹

⁴⁸⁵ Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 09.08.2004 tarih ve 13480 sayılı(2004/108) Genelgesi

⁴⁸⁶ Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 26.12.2003 tarih ve 24106 sayılı Genelgesi

⁴⁸⁷ Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 01.02.2005 tarih ve 1792 sayılı Genelgesi ile 12.09.2005 tarih ve 17594 sayılı Genelgesi

⁴⁸⁸ 17.12.2004 tarih ve 25673 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

⁴⁸⁹ Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 24.04.2006 tarih ve 8113 sayılı(2006/49) Genelgesi

Diğer taraftan, Ceza ve Güvenlik Tedbirlerinin İnfazı Hakkında Tüzük⁴⁹⁰ 120.maddesinde tutuklu ve hükümlülerin sağlık giderlerinin kimler tarafından nasıl karşılanacağına da yer verilmiştir. Bazı durumlarda sağlık giderlerini tutuklu ve hükümlünün kendisi karşılar, aşağıda belirtildiği üzere niteliğine göre Sağlık Bakanlığı veya Adalet Bakanlığı'nca da sağlık giderleri üstlenilebilmektedir. Buna göre, aşağıda sayılanlardan;

- Herhangi bir sosyal güvenlik kurumundan emekli olmuş hükümlüler ile hak sahibi olup da hükümlü olan yakınlarının sağlık yardımları SGK tarafından karşılanır.
- Herhangi bir sosyal güvenlik kurumuna tâbi olarak çalışmaktayken meslek hastalığı, iş kazası ve görev malûllüğü nedeniyle bedenî veya ruhî arızaya uğramış olan ve daha sonra ceza infaz kurumlarına giren hükümlüler ile hak sahibi olup da hükümlü olan yakınlarının sağlık yardımları SGK tarafından karşılanır.
- Sigortalılık niteliğinin yitirilmesinden itibaren verilen süreler içinde meydana gelen ve bu süre içinde ceza infaz kurumlarına girmiş bulunan hükümlülerin, her türlü teşhis ve tedavi giderleri ile sağlık yardımları SGK tarafından karşılanır.
- İşyurdunda çalıştırılan sigortalı hükümlülerin teşhis, tedavi giderleri ve sağlık yardımları ile bunların hastalanmaları ve raporlu bulunmaları hâlinde, raporlu oldukları gün sayısı kadar geçici iş göremezlik ödenekleri de Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından karşılanır.
- Herhangi bir sosyal güvenlik kurumuna tâbi olmayan hükümlünün, estetik amaçlı veya kurumdaki yaşantısını devam ettirmesine engel oluşturmayan şikâyetiyle ilgili tedavi giderleri kendisi tarafından karşılanır.
- Herhangi bir sosyal güvenlik kurumuna tâbi olmayan hükümlünün üniversite hastaneleri dahil sağlık kurumlarındaki muayene, tetkik,

⁴⁹⁰ 06.04.2006 tarih ve 26131 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

kontrol ve tedavi bedelleri Sağlık Bakanlığı, ilâç bedelleri ise Adalet Bakanlığı tarafından karşılanır.

VI .4 .2 .6 – Denetimli Serbestlik Tedbiri Uygulanan Kişiler

5237 sayılı Kanunun 191.maddesinde öngörülen “kullanmak için uyuşturucu veya uyarıcı madde satın almak, kabul etmek veya bulundurmak” suçundan dolayı haklarında tedavi ve denetimli serbestlik kararı verilenler ile 5271 sayılı Kanunun 109.maddesine göre adli kontrol altına alınmasına karar verilenlerden özellikle uyuşturucu, uyarıcı veya uyarıcı maddeler ile alkol bağımlılarının tedavi süreci farklılık arzettiği gibi tedavi giderleri de yine Sağlık Bakanlığı’na karşılanmaktadır.

5402 sayılı ***Denetimli Serbestlik ve Yardım Merkezleri İle Koruma Kuralları Kanunu***⁴⁹¹ ve Denetimli Serbestlik ve Yardım Merkezleri İle Koruma Kuralları Yönetmeliği⁴⁹² uyarınca, 5237 sayılı Kanununun 51. maddesinin beşinci fıkrası ve 191. maddesinin üçüncü fıkrası gereğince rehberlik ile ilgili görevleri yerine getirmek ve bu tedbirler süresince hükümlüleri izlemek, denetlemek ve yönlendirmek, hükümlülerin psiko-sosyal sorunlarını çözmek ve bunlara yardımda bulunmak gibi asli görevler Adalet Bakanlığı taşra teşkilatında kurulacak olan denetimli serbestlik ve yardım merkezi şube müdürlüklerine verilmiş bulunmaktadır.

Öte yandan, 5237 sayılı Kanunun 191. maddesinin üçüncü fıkrasında, denetimli serbestlik tedbiri olarak “*belirlenen kurumda tedavi uygulanması*” zorunluluğu öngörülmüş olmakla birlikte, denetimli serbestlik tedbirlerinin -ille madde bağımlılarına özgü sağlık kurumu olacağından bahsedilmemiştir. Oysa ki, aynı Kanunun 57. maddesinin yedinci fıkrasında “*bir suç işleyen alkol ya da uyuşturucu veya uyarıcı bağımlısının madde bağımlılarına özgü sağlık kuruluşunda tedavi altına alınacağı*” hükme bağlanmıştır. Bundan da, 191/3. madde uyarınca, kullanmak için uyuşturucu satın almak, kabul etmek veya bulundurmak suçundan mahkum olanlara uygulanacak denetimli serbestlik tedbirinin mutlak surette bir madde bağımlılığı merkezinde yapılmasının gerekmediği sonucuna varılmaktadır.

⁴⁹¹ 20.07.2005 tarih ve 25881 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

⁴⁹² 20.12.2005 tarih ve 26029 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

Denetimli Serbestlik ve Yardım Merkezleri İle Koruma Kuralları Yönetmeliği'nin 23 ve 47. maddelerinde de; *“bu kişilerin bir sağlık kurumuna sevk edileceği ve burada sanığa/hükümlüye tedavi programı uygulanacağı”* hükme bağlanmıştır.

Öte yandan 5271 sayılı Kanununun 109.maddesinin üçüncü fıkrasının (e) bendinde, adli kontrol tedbiri olarak *“özellikle uyuşturucu, uyarıcı ve uçucu maddeler ile alkol bağımlılığında arınmak amacıyla, hastaneye yatmak dahil, tedavi ve muayene tedbirlerine tâbi olmak ve bunları kabul etmek”* gösterilmiş ve Denetimli Serbestlik ve Yardım Merkezleri İle Koruma Kuralları Yönetmeliği'nin 23. maddesinde de bu kapsamdaki kişiler uygulanacak denetimli serbestlik tedbiri olarak *“bir sağlık kuruluşuna sevk”* ve diğer prosedür gösterilmiştir.

Şu halde; 5237 sayılı Kanunun 191. maddesi ve 5271 sayılı Kanunun 109. maddesi kapsamındaki kişiler; denetimli serbestlik bürolarınca düzenlenmiş sevk belgeleri ile birlikte , ilgili Valilikçe belirlenen ve bünyesinde ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı görev yapan ve laboratuvar imkanları yönüyle desteklenmiş Devlet Hastanelerine yönlendirileceklerdir. Bu hastanelerde ilk muayene ve takiplerinin yapılarak laboratuvar ve klinik bulgulara göre bağımlı olduklarına karar verilen kişiler, daha sonra ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanınca Sağlık Bakanlığı'nca belirtilen olan madde bağımlılığı tedavi merkezlerine sevk edileceklerdir.⁴⁹³

Belirtelim ki; 5271 sayılı Kanununun 109.maddesi uyarınca adli kontrol altına alınan şüpheliler gibi, 5237 sayılı 191.maddesi uyarınca kullanmak için uyuşturucu veya uyarıcı madde satın alan, kabul eden veya bulunduran kişiler ile uyuşturucu veya uyarıcı madde etkisi doğuran bitkileri yetiştiren kişiler hakkında tedaviye ve denetimli serbestlik tedbirine hükmolunması halinde bu kişilere, belirlenen sağlık kurumlarında uygulanacak tedavi bedelleri sosyal güvencelerinin bulunmaması halinde Sağlık Bakanlığı'nca karşılanacaktır.⁴⁹⁴

⁴⁹³ Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 15.02.2006 tarih ve 2713 sayılı(2006/19) Genelgesi

⁴⁹⁴ Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 24.04.2006 tarih ve 8113 sayılı(2006/49) Genelgesi

Öte yandan, Özel Hastaneler Tüzüğü'nün 31.maddesine göre, Devlet Hastanelerine gönderilmeleri gereken aşağıdaki hastalar özel hastanelere kabul edilemezler:

- Suçu işledikleri zaman bilinçlerin ya da hareket serbestilerini tamamen kaldıracak biçimde akıl hastalığına tutulmuş bulunmalarından dolayı mahkemece, korunmalarına ve tedavi altına alınmalarına karar verilmiş olan hastalar,
- Akıl ya da ruh hastalığından dolayı mahkemelerce hastanelerde tıbbi gözlem altına alınmasına gerek gösterilenler,
- Zehirli ya da uyuşturucu madde alışkanlığından dolayı hastanelerde tedavilerine mahkemelerce karar verilenler,
- Bir suç işleyip de akıl hastalıklarından birine tutulmuş olan ya da bu hastalıklardan birine tutulduğu öne sürülen ve mahkemelerce haklarında henüz karar verilmemiş olan kimseler.

VI .4 .2 .7 – Trafik Kazazedeleri

Trafik kazazedelerinin tedavi giderlerinin karşılanmasında uygulama birliğinin sağlanması mevzuattaki karmaşadan dolayı zaman almıştır. Sorun Sağlık Bakanlığı genelgelerine⁴⁹⁵ konu olmuş ve nihayetinde belli bir çözüme kavuşturulmuştur. Esasen, 2918 sayılı Karayolları Trafik Kanunu'nun 8. maddesi Sağlık Bakanlığı'na, Sağlık Bakanlığı Trafik Hizmetleri İşletmesi'ni kurma yükümlülüğü getirmiş ve Bakanlıkça da Sağlık Bakanlığı Karayolları Trafik Döner Sermaye İşletmesi kurulmuştur. Motorlu araçların sebep oldukları kazalarda yaralanan kişilerin acil tıbbi müdahale kapsamında teşhis, tedavi ve ambulans hizmetleri giderleri ile tedavinin gerektirdiği diğer giderler bu işletme tarafından karşılanmaktadır.

Buna göre; trafik kazası nedeniyle zarar gören ve resmi veya özel sağlık kuruluşlarına acil olarak getirilen yurttaşlarımızın(kazaya sebebiyet veren ve zarar

⁴⁹⁵ Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 27.02.2004 tarih ve 3274 sayılı(2004/27), 25.08.2004 tarih ve 14456(2004/111), 03.10.2005 tarih ve 18882(2005/151), 21.03.2006 tarih ve 5376(2006/37) Genelgeleri. Belirtelim ki; 2006/37 sayılı Genelge ile 2004/27 ve 2005/151 sayılı Genelgeler yürürlükten kaldırılmıştır.

gören sürücü veya yayalar da dahil) her türlü tıbbi müdahale, teşhis, tedavi işlemleri zorunlu olarak bu kurumlarca yapılmakta ve bu kapsamda verilen tüm sağlık hizmetleri için, trafik kazazedesinden herhangi bir ücret talep edilmemektedir. Tedavi giderleri, müracaat tarihinde yürürlükte bulunan “Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliği” eki fiyat tarifeleri üzerinden, öncelikle kişilerin kurumlarına veya tabi oldukları sosyal güvenlik kuruluşlarına fatura edilmek suretiyle karşılanmaktadır. Ödemeyi yapan kurumlar ise sözkonusu giderlerin tahsili için sonradan, yükümlü sigorta şirketlerine veya Trafik Sigortası Garanti Fonuna veya kusurlu kişilere rücu etmektedirler.⁴⁹⁶

Diğer taraftan, 5584 sayılı Sigortacılık Kanunu’nun⁴⁹⁷ 14. maddesine göre, sigortalının belirlenememesi, rizikonun meydana geldiği tarihte geçerli sigortanın bulunmaması veya çalınmış veya gasp edilmiş araçlarla kazaya sebebiyet verilmesi durumlarında, kazalarda zarar gören kişilerin, sigorta güvencesinden yoksun kalmaları nedeniyle uğrayacakları bedeni zararların giderilmesi amacıyla Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketleri bünyesinde “Güvence Hesabı” kurulmuştur. Aynı Kanunun geçici 1. maddesi uyarınca, Karayolu Trafik Garanti Sigortası Hesabı’nın sorumlulukları ile varlıkları, alacakları ve yükümlülükleri yeni kurulan Güvence Hesabı’na devredilmiştir.

Güvence Hesabı Yönetmeliği⁴⁹⁸, nin 9.maddesine göre ise, kaza tarihinde geçerli sigortanın bulunmaması veya çalınmış veya gasp edilmiş araçlarla kazaya sebebiyet verilmesi durumlarında kişilerin uğradığı zararların tazmin edilebilmesi için adı geçen Güvence Hesabı’na başvurma yoluna gidilebilmektedir. Bu sebeple de, trafik kazaları sonucu yaralanan kazazedelere acil olarak verilen sağlık hizmetleri sebebiyle kişilerden ücret talep edilmemesi gerekmektedir.

Gerçektende sözleşmeli sağlık kurum ve kuruluşları tarafından, SGK sağlık yardımlarından yararlandırılan trafik kazazedelerinin tedavilerine ait giderler Kuruma ayrı fatura edilmekte, Kurum da trafik kazazedelerine ait ödediği sağlık

⁴⁹⁶ Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü’nün 12.12.2006 tarih ve 23331 sayılı(2006/125) Genelgesi

⁴⁹⁷ 14.06.2007 tarih ve 26552 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

⁴⁹⁸ 26.07.2007 tarih ve 26594 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

hizmeti tutarını, sigorta şirketlerinden veya Karayolu Trafik Garanti Sigortası Hesabı'na(Güvence Hesabına) başvurmak suretiyle rücu tazminini talep etmektedir.⁴⁹⁹

VI.4.2.8 – Aile İçi Şiddette Kusurlu Eş ve Diğer Aile Üyeleri

Aile bireylerinden birinin aile içi şiddete maruz kaldığını kendilerinin veya Cumhuriyet Başsavcılığının bildirmesi üzerine şiddetin belgelenmesi aranmaksızın aile mahkemesi hakimi meselenin mahiyetini göz önünde bulundurarak re'sen hükmedeceği tedbirlerden birisi olan, “*kusurlu eşin veya diğer aile bireyinin bir sağlık kuruluşuna muayene veya tedavi için başvurması*” hususu ***Ailenin Korunmasına Dair Kanun***'un⁵⁰⁰ birinci maddesinde ve ***Ailenin Korunmasına Dair Kanunun Uygulanması Hakkında Yönetmelik***'in⁵⁰¹ de 13.maddesinde düzenlenmiş bulunmaktadır.

Belirtelim ki; muayene ve tedavi tedbiri, hakim tarafından aile içi şiddete maruz kalan aile bireylerinden birisinin korunması için, kusurlu eşin veya diğer aile bireyinin bir sağlık kuruluşunda muayene veya tedavisinin sağlanması amacıyla hükmedilen tedbiri ifade etmektedir. Buna göre hakim, muayene ve tedavinin sağlanması için şiddet uygulayan kişilerin illerde İl Sağlık Müdürlüğüne, ilçelerde Sağlık Grup Başkanlığına başvurmasını kararında belirtir.

Bu kişiler ise İl Sağlık Müdürlükleri Ruh Sağlığı Şubelerince veya Sağlık Grup Başkanlıklarınca resmî veya kendi istekleri üzerine özel sağlık kurumlarına sevk edilir. İlgilinin tedaviyi sürdürüp sürdürmediği ve yapılan işlemin sonucu İl Sağlık Müdürlüğü veya Sağlık Grup Başkanlığı tarafından Cumhuriyet Başsavcılığına bildirilir.

Sözü edilen mevzuat hükümlerinde, aile içi şiddette kusurlu eş veya diğer aile üyelerinin bu şekilde muayene ve tedavi giderlerinin nasıl karşılanacağına herhangi

⁴⁹⁹ SGK Sağlık Uygulama Tebliği, Türkiye Sağlık İşletmeleri Derneği, Ankara 2007, s:65; SSK Başkanlığı Hukuk Müşavirliği'nin 26.05.2005 tarih ve 415481 sayılı Genel Yazısı; Sözleşmeli özel sağlık kuruluşlarının belirtilen şekilde hareket etmeyip trafik kazasına uğrayan ve sağlık giderleri Kurumca finanse edilenlerden fark ücret talep etmesi halinde ise sözleşme gereği ceza şart uygulanmaktadır:2007 yılı Sözleşmesinin (5.1.12) maddesine göre 10.000 YTL.

⁵⁰⁰ 17.01.1998 tarih ve 23233 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

⁵⁰¹ 01.03.2008 tarih ve 26803 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

bir açıklık getirilmemiştir. Şu halde, sözkonusu kişilerin sosyal güvenlikleri bulunması halinde bu giderler Sosyal Güvenlik Kurumu'na karşılanacaktır. Sosyal güvenlikleri bulunmayanların ise yukarıda **“hiçbir sosyal güvencesi olmayanlar”** alt başlığında yer verdiğimiz hükümlere tabi olacağını söyleyebiliriz.

VI .4 .2 .9 – Sigortalılar İçin İndirimli ve Ücretsiz Uygulama

506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu ile 2925 sayılı Tarım İşçileri Sosyal Sigortalar Kanunu'na tabi sigortalılar ile işsizlik ödeneği alan sigortalılar için de bazı durumlarda sağlık hizmetlerinin bedelsiz sunulabileceği esas benimsenmiştir. Bakanlar Kurulu'nun, önce 04.09.2002 tarih ve 2002/4735 sayılı kararı⁵⁰² daha sonra da 16.03.2004 tarih ve 2004/7134 sayılı kararı⁵⁰³ ile, 506 ve 2925 sayılı kanunlar kapsamına giren kişiler ile işsizlik ödeneği alan sigortalılar ve bunların bakmakla yükümlü olduğu kimseler bakımından; koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında olan ve sağlık ocakları, ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri, dispanserler, acil sağlık istasyonları ve halk sağlığı laboratuvarları gibi birinci basamak sağlık kuruluşları tarafından verilen hizmetler 4736 sayılı Kanunun 1. maddesinin birinci fıkrası hükmünden muaf tutulmuşlardır.

Burada sözü edilen birinci basamak sağlık hizmetleri ise ana ve çocuk sağlığı hizmetleri, aile planlaması hizmetleri, okul sağlığı hizmetleri, adli tabiplik hizmetleri, verem ile savaş hizmetleri ve kamu sağlığının korunmasına ilişkin hizmetlerdir.

Diğer taraftan, 506 ve 2925 sayılı Kanunlar kapsamına giren kişiler ile işsizlik ödeneği alan sigortalılar ve bunların bakmakla yükümlü oldukları eş, çocuk, ana ve babaları bakımından; usul ve esasları Sağlık Bakanlığı ile Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığınca düzenlenmek kaydıyla Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık kurum ve kuruluşlarınca verilecek muayene, teşhis ve tedavi hizmetlerinde; birinci basamak sağlık kuruluşlarındaki muayene, tetkik, tahlil ve/veya tedavi işlemlerine ilişkin ücretlerin her yıl yayımlanan Bütçe Uygulama Talimatında(Tedavi Yardımı) belirlenen esaslara göre uygulanacağı da kararlaştırılmıştır.

⁵⁰² 05.10.2002 tarih ve 24897 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

⁵⁰³ 30.01.2004 tarih ve 25448 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

Bakanlar Kurulunun 31.12.2002 tarih ve 2002/5125 sayılı kararı⁵⁰⁴ gereğince, yukarıda yer verilen sigortalılar dışındaki diğer sosyal güvenlik kanunlarına tabi olanlara da, birinci basamak sağlık kuruluşlarınca verilen muayene, tetkik, tahlil ve tedavi hizmetlerine ilişkin olarak 2002 yılı ile sınırlı olmak üzere, hizmet bedellerinin toplamı üzerinden %20 indirimli tarife uygulanmasının kararlaştırıldığını da söyleyebiliriz.

Birinci basamak sağlık hizmetleri bahsinde yer verildiği üzere, son dönemde adeta tüm kamu sağlık güvencesinde olanlar ile kapsam dışındaki kişileri de kapsayacak düzenlemeler yapılmıştır. Şöyle ki; önce 27.04.2007 tarih ve 2007/12013 sayılı Bakanlar Kurulu Kararında, daha sonra da 09.07.2007 tarih ve 2007/12377 sayılı Bakanlar Kurulu Kararında; 01.07.2007 tarihinden itibaren geçerli olmak üzere, 5502 sayılı Kanunun ek 2.maddesi uyarınca, geri ödeme kurumları tarafından Sağlık Bakanlığı'na bağlı birinci basamak sağlık kuruluşlarınca verilecek sağlık hizmetlerinin doğrudan hizmet alımı sözleşmesiyle sağlanması halinde, hem Sağlık Bakanlığı'na bağlı birinci basamak sağlık kuruluşlarınca verilen diğer hizmetler bakımından sözleşme kapsamında bulunanlar ve hem de aynı kuruluşlarda verilen tüm hizmetler için sözleşme kapsamı dışında kalanlar(sosyal güvencesi bulunmayanlar), 4736 sayılı Kanunun 1.maddesinin birinci fıkrası hükmünden muaf tutulmuşlardır.⁵⁰⁵

VI.4.3 - Özel Sektörün Ücretsiz Sağlık Hizmeti Vermesi

Özel sağlık kurum ve kuruluşlarının herhangi bir ücret almaksızın sağlık hizmeti sunması, denilebilir ki eşyanın tabiatına aykırıdır. Ancak kimi sınırlamalara gidilebilmektedir. Örneğin; 5510 sayılı Kanun ile genel sağlık sigortalılarının özel sağlık kurum ve kuruluşlarından alacağı sağlık hizmetleri de SGK tarafından finanse

⁵⁰⁴ 29.01.2003 tarih ve 25008 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

⁵⁰⁵ Belirtelim ki; **Bakanlar Kurulunun 18.02.2008 tarih ve 2008/13284 sayılı kararı** ile, 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu uyarınca Sosyal Güvenlik Kurumuna devredilen Emekli Sandığı Genel Müdürlüğü, Sosyal Sigortalar Kurumu Başkanlığı ve Bağ-Kur Genel Müdürlüğü ile 3816 sayılı Kanun kapsamında bulunanlar ve tedavi giderleri Yılı Merkezi Yönetim Bütçe Kanununda yer alan ödeneklerden karşılanan kişiler, Sağlık Bakanlığına bağlı tüm sağlık kurum ve kuruluşlarından alınan tedavi hizmetleri karşılığı tutarlardan, Sağlık Bakanlığı ile geri ödeme kurumları arasında sağlanan mutabakat gereği tespit olunan aylık ödeme tutarını aşan kısmına isabet eden hizmet bedelleri oranında, 4736 sayılı Kanunun birinci maddesinin 1.fıkrası hükmünden **2008 yılı** için muaf tutulmuşlardır.(08.08.2008-26810 RG)

edilecek olmakla birlikte, 5510 sayılı Kanununun 73.maddesi gereğince Bakanlar Kurulu'nun 29.05.2008 tarih ve 2008/13728 sayılı kararı⁵⁰⁶ ile, kamu idaresi sağlık hizmeti sunucuları dışındaki vakıf üniversiteleri dahil sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları tarafından, Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonunca belirlenen sağlık hizmetleri bedelinin en fazla % 30'una kadar ilave ücret alınabileceği hükme bağlanmıştır.

Öte yandan, devlet tarafından yapılan düzenlemeler ile bazı durumlarda özel sağlık tesislerinin ücretsiz olarak hasta tedavi etmeleri zorunlu kılınmaktadır. Ülkemizde bu zorunluluk sadece özel hastaneler için geçerlidir. Diğer özel sektör sağlık kuruluşları için, örneğin özel dal merkezleri, tıp merkezleri, poliklinikler gibi sağlık tesislerine böyle bir zorunluluk getirilmemiştir.⁵⁰⁷

Özel Hastaneler Yönetmeliği'nin 56.maddesi gereğince, özel hastanelerde, en az bir yatak olmak kaydıyla, yatakların %3'ü fakir ve muhtaç hastaların tedavisi için ayrılır ve bu sayısında da ruhsatlarında gösterilmesi zorunludur.⁵⁰⁸ Ücretsiz tedavi için ayrılan bu yataklarda, Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Genel Müdürlüğü'nce öngörülen kriterlere uygun fakir ve muhtaç kişilerden, hastanenin bulunduğu yerdeki en büyük mülki amir veya İl Sağlık Müdürlüğü tarafından sevk edilen hastalar ile acil olarak müracaat eden ve başka bir kuruma nakli tıbben mümkün olmayan fakir ve muhtaç hastaların tedavilerinin ücretsiz olarak yapılması zorunludur. Esasen bu zorunluluk 2219 sayılı Hususi Hastaneler Kanunu'nun 32.maddesinden kaynaklanmaktadır. Buna göre, özel hastaneler olanaklar elverdiğince acil olarak başvuran hastaları kabule mecburdurlar ve bunların tedavileri de ücretsiz olarak yapılmak durumundadır.

Ücretsiz tedavisi sağlanmak üzere özel hastanelere sevk edilen hastaların hastane tarafından kabul edilmemesi, fakir ve muhtaç hastalar için ruhsatında kayıtlı

⁵⁰⁶ 04.06.2008 tarih ve 26896 sayılı Resmî gazetede yayımlanmıştır.

⁵⁰⁷ Ancak bunların da, kendilerine başvuran ve hayati tehlike arz eden acil hasta ve yaralılara ödeme imkanlarına bakmaksızın ilk tıbbi müdahaleyi gerçekleştirmek zorunlulukları bulunmaktadır. Ödeme imkanı olmayan bu durumdaki kişiler, ilk tıbbi müdahalesi gerçekleştirildikten veya hayati tehlike ortadan kaldırıldıktan sonra, gerekli olan ileri tedavi ile bakımlarının sağlanmaları için uygun bir sağlık kuruluşuna sevk edilebilirler(**ÖSKY.md.29/6**)

⁵⁰⁸ Diğer taraftan Özel Hastaneler Tüzüğü'nün 34/2.maddesinde; "Ücretle hasta kabul eden özel hastanelerde en az bir yatak olmak koşuluyla yatakların % 5'i parasız hastalar için ayrılır ve bunların sayısı açılış izinlerinde gösterilir." denilmiştir.

sayıda yatak ayrılmaması, hastane idaresi tarafından tedavisi uygun görülen hastaların fakir ve muhtaç kriterlerini taşımadığının tespit edilmesi hallerinde; Özel Hastaneler Yönetmeliği'nin 2 nolu ekinde düzenlenen "Özel Hastaneler Denetleme Formu"nun 36.sirasında yer verilmesi üzere eksikliğin giderilmesi için ilgili özel hastane mesul müdürü uyarılır ve eksikliğin devam etmesi halinde "*hastanenin tamamında bir gün poliklinik faaliyetlerinin durdurulması cezası*" verilir.^(509, 510) Aksi takdirde, 5728 sayılı Kanunun⁵¹¹ 76.maddesi ile değişik 2219 sayılı Hususi Hastaneler Kanunu'nun 45. maddesi uyarınca mahalli mülki amirince 1.000.-TL idari para cezası uygulanır.

Acil sağlık hizmetlerinin sunumunda da beldesiz hizmet sunumunu gerektiren bir düzenleme bulunmaktadır. Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği⁵¹²'nin 22.maddesine göre; özel ve kamu dahil yataklı tedavi kuruluşları, acil sağlık hizmetlerinin bedelini hizmet sundukları kişinin ödeme imkanları ve kuruluşlarının tahsil işlemleri ile ilgili usul ve esaslar çerçevesinde tahsil etmektedirler. Ancak, acil sağlık hizmeti kapsamında hastane öncesi ve hastaneler arası hasta nakil hizmetleri sırasında sunulan hizmetlerin bedeli, bağlı olduğu döner sermaye saymanlığı tarafından hastaların bağlı oldukları resmi veya özel sosyal güvenlik kuruluşlarına tahakkuk ettirilir ve tahsil edilmekle birlikte, sosyal güvencesi olmayıp ödeme gücü olmayanlardan ücret talep edilemeyecektir. Yönetmeliğin 39/2.maddesi gereğince de, acil sağlık hizmeti sunan bütün kamu kurum ve kuruluşları ile özel hukuk tüzel kişileri ve gerçek kişiler tarafından kurulmuş sağlık kurum ve kuruluşları ile bu kurum ve kuruluşlarda görevli kişiler, bu temel ilkeye de uymak zorundadırlar.

⁵⁰⁹ Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 11.07.2002 tarih ve 14930 sayılı(2002/70) Genelgesi

⁵¹⁰ Sağlık mevzuatında sıklıkla karşılaştığımız idari düzenlemeler ile ceza uygulanmasına dönük yaklaşım, Ceza Hukukunun "kanunsuz suç ve ceza olmaz" şeklindeki temel prensibi esas alınmak suretiyle çalışmamızın ileriki bölümlerinde tartışılmış ve önerilerimize yer verilmiştir.

⁵¹¹ 08.02.2008 tarih ve 26781 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

⁵¹² 11.05.2000 tarih ve 24046 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

İKİNCİ BÖLÜM

TÜRKİYE’DE ÖZEL SAĞLIK KURUM VE KURULUŞLARININ AÇILMASI VE BİLDİRİMİ

Bu bölümde sağlık kurum ve kuruluşlarının türleri, açılış ve ruhsatlandırma süreçleri üzerinde durulacak; bu kapsamda Sağlık Bakanlığı ile il sağlık müdürlüklerine yapılacak başvurulara, kimlerin sözkonusu sağlık tesislerini açabileceklerine, fiziki alt yapıya değinilecektir. Bu bölümde ayrıca ruhsatlandırılan ve faaliyet izni verilen sağlık kurum ve kuruluşlarının diğer kamu kurumlarına bildirim esasları da açıklanmaya çalışılacaktır.

Sözkonusu sağlık kurum ve kuruluşlarında personel istihdamına başka bir söyleyişle personel alt yapı özelliklerine ise üçüncü bölümde değinilecek; özel sağlık kurum ve kuruluşlarında hem iş hukuku açısından hem de sağlık mevzuatı açısından personel istihdamı üzerinde durulacaktır.

I - ÖZEL SAĞLIK KURUMLARININ AÇILMASI

I.1 - Özel Hastaneler

I.1.1 – Özel Hastane Kavramı

Ülkemizde özel hastanelerin açılması ve işletilmesi oldukça eski tarihli bir kanuni düzenlemeye dayanmaktadır. O da, 1933 tarihli ve 2219 sayılı Hususi Hastaneler Kanunu’(HHK)dur. Kanunun uygulanmasına yönelik olarak ise Özel Hastaneler Tüzüğü(ÖHT)⁵¹³ çıkarılmıştır. Daha sonra da Özel Hastaneler Yönetmeliği(ÖHY) yayımlanmıştır.^(514, 515)

⁵¹³ 10.01.1983 tarih ve 17924 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

⁵¹⁴ Sağlık Bakanlığı ise sözkonusu Yönetmeliğin yürürlüğe girmesi ile Tüzüğün yürürlükten kalktığını ifade etmiştir. Şöyle ki; Sağlık Bakanlığı’nın **2004/12** sayılı Genelgesinde, “2219 sayılı Hususi Hastaneler Kanunu ve bu Kanun’a müsteniden yürürlüğe konulan Özel Hastaneler Tüzüğü, 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Kanunu’nun 3.maddesi ile 10.maddesi hükümlerine göre, Özel Hastaneler Yönetmeliği’nin 27.03.2002 tarihli Resmi Gazetede yayımlanması ile yürürlükten kalkmıştır.” denilmiştir.(Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü’nün 05.02.2004 tarih ve 1931 sayılı(**2004/12**) Genelgesi) Bu ise adeta idareye tanınmış yönetmelik çıkarma yetkisi ile TBMM’ye tanınmış yasama yetkisinin ortadan kaldırıldığı anlamına gelmektedir. Yanlış bir anlatımla,

2219 sayılı Kanunun 1.maddesinde, “Devletin resmi hastanelerinden ve hususi idarelerle belediye hastanelerinden başka yatırılarak hasta tedavi etmek veya yeni hastalık geçirmişlerin zayıfları yeniden eski kuvvetlerini buluncaya kadar sıhhi şartlar içinde beslenmek ve doğum yardımlarında bulunmak için açılan ve açılacak olan sağlık yurtları “husussi hastaneler” den sayılır. Bunların açılma, kullanma, kapanma şartları bu kanununun hükümlerine bağlıdır.” denilmiştir. Görüldüğü üzere özel hastaneler, kamu yönetiminin dışında yer alıp, yatırılarak hasta tedavi etme, rehabilitasyon ve doğum yardımlarında bulunma amacına yönelik sağlık yurtlarıdır.⁵¹⁶

Öte yandan, kamu yönetimi dışında sağlık hizmeti sunmak için kurulmuş bütün sağlık yurtlarının özel hastane sayılması da mümkün değildir. Gerçektende 2219 sayılı Kanunun 2.maddesi, sırf kendi çalışanlarına hizmet vermek üzere şahıslar, özel şirketler, işçi teşekkülleri ve benzerleri tarafından kurulmuş sağlık yurtlarını özel hastane kavramı dışında tutmuştur.⁵¹⁷ Kanundaki bu düzenlemeler de dikkate almak suretiyle özel hastaneler, Özel Hastaneler Yönetmeliği'nin 2.maddesinde kapsamlı bir biçimde tanımlanmıştır.

Buna göre; Devlete, il özel idarelerine, belediyelere, üniversitelere ve diğer kamu tüzelkişilerine ait hastaneler hariç olmak üzere; gerçek kişiler ve özel hukuk tüzelkişilerine ait hastaneler “özel hastaneler” kapsamında işlem görecektir.

Yönetmeliğin yürürlüğe girmesi ile birlikte 2219 sayılı Kanunun bile yürürlükten kalktığından bahsedildiği gibi, Tüzüğün yürürlükten kalmasının gerekçesi olarak gösterilen 3359 sayılı Kanunun 3 ve 10.maddelerinde buna ilişkin özel ya da genel bir hüküm bulunmamaktadır. Öte yandan, Özel Hastaneler Tüzüğü'nün yürürlükten kaldırılmasına ilişkin kanuni bir düzenleme yapılmadığı gibi, eşdeğerde bir idari düzenleme ile kaldırılması da sözkonusu olmamıştır. Bize göre Özel Hastaneler Tüzüğü halen yürürlüktedir.

⁵¹⁵ Danıştay 10.D. 20.07.2007 tarih ve E:2006/7700 sayılı kararı ve Danıştay 10.D. 20.07.2007 tarih ve E:2006/7703 sayılı kararı ile Özel Hastaneler Yönetmeliği'nin bazı maddelerinin yürütmesi durdurulmuştur. Ancak bunlar çalışma konumuz açısından, özel hastanelerin açılmasını, işletilmesini, personel istihdamını vb. doğrudan ilgilendirmemektedir. Yönetmeliğin; özel hastanelerin laboratuvar hizmetlerini satın almasına olanak sağlayan düzenlemeleri ile hastane bünyesinde kurulacak olan laboratuvarların ise hastanenin faaliyet izin belgesinde yer alacağına ve ayrıca ruhsatlandırılmayacağı düzenlemeleri, özel hastane olarak kullanılacak binalara ilişkin düzenleme ve yönetmelikle düzenlenmesi gereken bazı hususların sonradan çıkarılacak Bakanlık kararlarına bırakılmasına ilişkin hükümlerinin yürürlüğü durdurulmuştur.

⁵¹⁶ Bununla birlikte, “Özel hastanelerde, faaliyet izin belgesinde yazılı uzmanlık dallarında **ayakta** muayene, tetkik, teşhis ve tedavi hizmetleri vermek üzere yeterli sayıda ve hasta muayenesine uygun poliklinik muayene odaları ayrılır.”(ÖHY. md.38)

⁵¹⁷ AYAN, Mehmet: Tıbbi Müdahalelerden Doğan Hukuki Sorumluluk, Kazancı Yayınları, Ankara 1991, s: 128

Belirtelim ki; vakıf üniversitelerine ait hastaneler “özel hastane” sayılmamaktadır. Esasen Özel Hastaneler Yönetmeliği'nin 2.maddesinde 2003 yılında yapılan bir değişiklik⁵¹⁸ ile vakıf üniversitelerine ait hastaneler de özel hastane kapsamına alınmışken, Danıştay 10.Dairesinin 2003/1892 sayılı yürütmeyi durdurma kararı⁵¹⁹ sonrasında, aynı Yönetmeliğin 2.maddesinde yapılan yeni bir değişiklikle⁵²⁰ YÖK tarafından verilen izinle kurulan vakıf üniversitesi hastaneleri artık resmi sağlık kurumu olarak sayılmaya başlanmıştır.

Özel hastaneler, gerçek kişiler ile özel hukuk tüzel kişilerine ait olup, ayakta ve yatarak muayene, tahlil, tetkik, tıbbi müdahale, ameliyat, tıbbi bakım ve diğer tedavi hizmetleri verilen ve en az on yatak kapasitesi olan tedavi kuruluşlarıdır(ÖHY.md.4/f).⁵²¹ Anlaşılacağı üzere, özel hastaneler gerçek ve tüzel kişilerce kurulup işletilebilecektir ki, bugün için özel hastanelerin çoğunlukla ticaret şirketlerince işletildiği görülmektedir.⁵²² Bunların arasında ise özel sağlık sektöründe gelecek 50 veya 100 yılları planlayan sağlık yatırımcılarının bulunduğu belirtilmektedir.⁵²³ Bununla birlikte, hekimlik mesleğine ticari bir görünüm kazandırılmaması amacıyla özel hastane işletmeciliği için vakıf modeli önerildiği⁵²⁴ gibi etik nedenlerle⁵²⁵ ve tarihsel nedenlerle⁵²⁶ de sağlık alanında hizmet veren vakıfların teşvik edilmesi istenmektedir.

Hekim olmayan kimselerin, bir hekim sorumlu müdür tayin etmek suretiyle özel hastane açabilmesine 2219 sayılı Kanunun imkan tanımmasının sebebinin; özel hastane işletmeciliğinin, hastaların yatırılarak tedavisi ve iaşesi zorunluluğu

⁵¹⁸ 13.04.2003 tarih ve 25078 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

⁵¹⁹ Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 02.02.2005 tarih ve 1871 sayılı yazısı

⁵²⁰ 14.01.2004 tarih ve 25475 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

⁵²¹ “Doğumevlerinden başka özel hastanelerde hastalar için yatak sayısı en aşağı 10'dan az olamaz. Ruhsat kağıtlarında yazılı yatak sayısının artırılması ve azaltılması ve hastanenin başka bir yere taşınması Sağlık Bakanlığının izni ile olur”(HHK.md.18).

⁵²² Belirtelim ki; özel hastane sahibi bir şirket, dernek veya vakıf ise, şirket, dernek veya vakfın faaliyet alanına giren diğer işler özel hastanede yapılamaz(ÖHY.md.66/h).

⁵²³ USTA, Muharrem: “Özel Hastanede Yaşanan Sorunlar”, 14 Mart Tıp Haftası 2007, İstanbul Tabip Odası, İstanbul 2007, s:163-168

⁵²⁴ DERYAL, Yahya: “Özel Sağlık İşletmelerinde Hastanın Aydınlatılması ve Rızasının Alınması”, YÜHFD, Türk-Alman Tıp Hukuku Sempozyumu Özel Sayısı, 2006, C:3, S:2,s:101-147

⁵²⁵ YAKUPOĞLU, Hakan: “Türkiye’de Özel Hastaneler ve Sorunları”, Yeni Türkiye, Temmuz-Ağustos 2001, S:40, s:1523-11524

⁵²⁶ YILDIZHAN, Ahmet: “Çözüm Özel Sektör ve Vakıflardadır”, Yeni Türkiye, Temmuz-Ağustos 2001, S:40, s:1449-1452

nedeniyle, bir otel ve lokanta işleticiliği tarafı da bulunduğu cihediyle büyük sermaye yatırımı gerektirmesi olduğu ifade edilmiştir.⁵²⁷

Özel Hastaneler Yönetmeliği'ne tabi olmayan yataklı tedavi kurumlarının açılma, tesis, hizmet, personel ve kapanma durumları ile diğer durum değişiklikleri ilgili kamu tüzel kişilerince Sağlık Bakanlığı'na bildirilecek ve ilgili diğer mevzuatın öngördüğü bilgi ve belgeler de Bakanlığa verilecektir. Bununla birlikte kamu iktisadi teşekkülleri ile belediyelere ait hastaneler için Sağlık Bakanlığı'nca ruhsat düzenlenmemektedir.⁵²⁸ Bu ise beraberinde önemli sorunları da beraberinde getirmektedir.⁵²⁹

I.1.2 – Özel Hastanelerin Planlanması

Danıştay 10.D. 20.07.2007 tarih ve E:2006/7700 sayılı kararı ve Danıştay 10.D. 20.07.2007 tarih ve E:2006/7703 sayılı kararı ile Özel Hastaneler Yönetmeliği'nin bazı maddelerinin yürütmesinin durdurulması üzerine yapılan Yönetmelik değişikliğiyle⁵³⁰ genel hastaneler ve dal hastaneleri yeniden tanımlanırken, özel hastanelerin ülke düzeyinde Sağlık Bakanlığı'nca planlanması da hüküm altına alınmıştır. Buna göre;

- Sağlık hizmetlerinin, demografik yapı ve epidemiyolojik özellikler de göz önünde bulundurulmak suretiyle kaliteli, hakkaniyete uygun ve verimli şekilde sunulması,
- Sağlık kurum ve kuruluşlarının hizmet kapasiteleri, sağlık insan gücü ile çağdaş tıbbi bilgi ve teknolojinin ülke düzeyinde dengeli dağılımının sağlanması,
- Koruyucu sağlık ve acil sağlık hizmetleri gibi işbirliği halinde hizmet sunumunun gerekli olduğu alanlarda uygun kapasitenin oluşturulması,

⁵²⁷ Danıştay 3.D. 18.11.1965, E:1965/357, K:1965/410; <http://www.danistay.gov.tr/kerisim/container.jsp>, Erişim:10.05.2007

⁵²⁸ Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 05.02.2004 tarih ve 1931 sayılı(2004/12) Genelgesi; Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 19.01.2005 tarih, B100THG100002/5340-01231 sayılı yazısı ve 24.08.2005 tarih, B.10.0.THG.0.11.00.02/16566 sayılı yazısı

⁵²⁹ Örneğin; SGK'nin belediye hastanelerinden de sözleşme yapmak suretiyle sağlık hizmeti alırken aradığı belgelerden birisinin "Sağlık Bakanlığı ruhsatı" olması ve bunun da ibraz edilememesidir.

⁵³⁰ 15.02.2008 tarih ve 26788 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

- Kaynak israfı ve atıl kapasiteye yol açılmaması

amaçlarıyla faaliyetine ihtiyaç duyulan sağlık kurum ve kuruluşları ile bunlara ait sağlık insan gücü, tıbbi hizmet birimleri ve nitelikleri ile teknoloji yoğunluklu tıbbi cihaz dağılımı alanlarında kamu ve özel sektörü kapsayacak şekilde Sağlık Bakanlığı'nca planlanabilecektir(ÖHY.Ek md. 4/1). Yönetmelik değişikliğinden önce yapılan başvurular için yapılacak işlemler ise ayrıca açıklanmıştır.⁵³¹

Özel hastane açmak isteyenler, Sağlık Bakanlığı'nca yapılan planlamada ihtiyaç gösterilen yerleşim bölgelerinde faaliyette bulunmak üzere başvurabilirler(ÖHY.Ek md. 4/2). Sağlık Bakanlığı'nca planlanan yatırım listesi, her yıl Ekim ayında Sağlık bakanlığı internet sitesinde ilan edilir. Özel hastane açmak isteyenler, Kasım ayı sonuna kadar Bakanlığa başvurur. Yerleşim yeri itibariyle planlanan özel hastane sayısından fazla istekli olması halinde aralarında noter huzurunda kura çekilerek hak sahibi belirlenir(ÖHY.Ek md. 4/3). Özel hastane açmak isteyenler, Sağlık Bakanlığı'nca yapılan planlamaya uymak zorundadır. Ruhsatlandırılan özel hastanelere yeni tıbbi hizmet birimi, teknoloji yoğunluklu tıbbi cihaz ve sağlık çalışanı ilave edilmek istenildiğinde de planlamaya uyulması zorunludur(ÖHY.Ek md. 4/7).

I .1 .3 – Özel Hastane Türleri

Özel hastaneler, faaliyet alanlarına, hizmet birimlerine, yatak kapasitelerine, teknolojik donanımlarına ve hizmet verilen uzmanlık dallarının nitelik ve sayısına göre, evvela “genel hastaneler” ve “özel dal hastaneleri” olarak ayırma tabi tutulmaktadır(ÖHY.md.5).

Özel hastane türlerine ilişkin olarak Özel Hastaneler Tüzüğü'nün 2.maddesinde, sanatoryumlar, akıl ve ruh hastalıkları ile bulaşıcı hastalıklara özgü hastaneler, rehabilitasyon merkezleri, prevantoryum ile kürevleri ve diğer özel dal hastanelerinden söz edilirken, ilerleyen maddelerinde, özel hastanelerin, “akıl ve ruh hastalıkları hastaneleri”(ÖHT.md.16), “doğumevleri”(ÖHT.md17),

⁵³¹ Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 18.02.2008 tarih ve 4627(2008/10) sayılı Genelgesi

“sanatoryumlar”(ÖHT.md.18), “prevantoryumlar”(ÖHT.md.19), “kürevleri”(ÖHT.md.20), “bulaşıcı hastalıklara ait hastaneler”(ÖHT.md.21) gibi çeşitlerinde de bahsedilebilir.⁵³² Özel hastaneler, genel hastaneleri ve dal hastaneleri olarak ikiye ayrılmaktadır.

Buna göre; genel hastaneler, aşağıdaki şartları taşımak kaydıyla yirmi dört saat süreyle düzenli ve sürekli olarak ayakta ve yatarak muayene, teşhis ve tedavi hizmeti sunulan özel hastanelerdir(ÖHY.md.6):

- Bu Yönetmelik ile asgari olarak öngörülen bina, hizmet ve personel standartlarını haiz olmak,
- En az üç cerrahi uzmanlık dalı olmak üzere altı klinik uzmanlık dalında kadrolu uzman tabip çalıştırmak,
- Yoğun bakım⁵³³ ve gözlem yatakları hariç en az yirmi beş hasta yatağı olmak,

Hasta kabul ve tedavi ettiği uzmanlık dallarının gerektirdiği klinikler, yoğun bakım üniteleri ile radyoloji, biyokimya veya mikrobiyoloji laboratuvarlarını bünyesinde bulundurmaktır.⁵³⁴

- Acil ünitesi bulundurmaktır.

Özel dal hastaneleri ise; belirli bir yaş ve cins grubu hastalar ile belirli bir hastalığa tutulanlara veya bir organ ve organ grubu hastalarına yönelik hizmet veren özel hastanelerdir. Dal hastanelerinin, yirmi dört saat süreyle sürekli ve düzenli

⁵³² Belirtelim ki; özel hastaneler bünyesindeki diş hekimliği hizmet bölümleri *Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmeliği*'nin 29/5.maddesi gereğince bu Yönetmelik hükümlerine göre düzenlenir.

⁵³³ “Özel hastanelerde, yatak sayısı elliye kadar ve elli dahil olan özel hastanelerde bir yatak cerrahi, bir yatak dahili uzmanlık dalları için ayrılmak şartıyla en az 2 yataklı yoğun bakım ünitesi kurulması zorunludur. Yatak sayısı ellinin üstünde olan hastanelerde ise, her otuz yatak için birer yoğun bakım yatağı ilave edilir.”(ÖHY.md.25) Öte yandan, hastanelerdeki birinci basamak yoğun bakım ünitesinde en az 2 yatak, ikinci basamak yoğun bakım ünitesinde en az 4 yatak ve üçüncü basamak yoğun bakım ünitesinde ise en az 6 yatak bulunması kararlaştırılmıştır.(Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 13.08.2007 tarih ve 17086 sayılı(2007/73) Genelgesi ile 03.04.2008 tarih ve 11395(2008/25) sayılı Genelgesi)

⁵³⁴ Danıştay 10.D. 20.07.2007 tarih ve E:2006/7703 sayılı kararı ile daha önce madde metnindeki, “veya bu laboratuvar hizmetlerini satın alan” ibaresinin yürütmesi durdurulduğu için, Yönetmelik değişikliği ile yeni ruhsat başvurularında genel hastanelerin laboratuvarlarını kendi bünyelerinde kurmaları şartı aranacaktır. (Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 06.09.2007 tarih ve 18675 sayılı Genel Yazısı)

olarak ayakta ve yatarak muayene, teşhis ve tedavi hizmeti vermeleri ve aşağıdaki şartları taşımaları zorunludur(ÖHY.md.7):

- Hastanenin ana faaliyeti ile ilgili uzmanlık dalında kadrolu en az dört uzman tabip çalıştırmak,
- Hastanenin ana faaliyeti ile ilgili varsa diğer uzmanlık dallarında kadrolu en az bir uzman tabip çalıştırmak,
- Yoğun bakım var ise bunlar ve gözlem yatakları haricinde, en az yirmi beş hasta yatağı olmak,
- Hasta kabul ve tedavi ettiği uzmanlık dallarının gerektirdiği klinikleri, üniteleri ve laboratuvarı bünyesinde bulundurmak⁵³⁵,
- Acil ünitesi bulundurmak.

Bu Yönetmelikle standartları belirlenmeyen dal hastanelerinin acil üniteleri ile olması gerekiyor ise yoğun bakım üniteleri, radyoloji ve laboratuvar hizmetlerinin taşınması gereken asgari standartlar ise Sağlık Bakanlığı'nca tebliğ ile düzenlenecektir.

Öte yandan, genel hastaneler ve dal hastanelerinin yanı sıra “gün hastanelerinin” açılması da planlanmaktadır.⁵³⁶ Gün hastanelerinin, bir veya birden fazla uzmanlık dalında tam zamanlı uzman tabiple günü birlik olarak muayene, teşhis, tedavi, tıbbî müdahale ve tıbbi bakım hizmetleri ile ameliyat hizmetlerinin verildiği, ilgili uzmanlık dallarının gerektirdiği klinikler, üniteler ile bunların gerektirdiği laboratuvarlar ve görüntüleme ünitelerini bünyesinde bulunduran ikinci basamak sağlık kuruluşları olması öngörülmektedir.⁵³⁷

⁵³⁵ Danıştay 10.D. 20.07.2007 tarih ve E:2006/7703 sayılı kararı ile daha önceki madde metnindeki, “veya uzmanlık dallarının gerektirdiği bu laboratuvar hizmetlerini satın alan” ibaresinin yürütmesi durdurulduğu için Yönetmelik değişikliği ile yeni ruhsat başvurularında dal hastanelerin laboratuvarlarını kendi bünyelerinde kurmaları şartı aranacaktır.(Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 06.09.2007 tarih ve 18675 sayılı Genel Yazısı)

⁵³⁶ <http://sbu.saglik.gov.tr/ruhsatlandirma/>, (Erişim:13.07.2007)

⁵³⁷ Ayrıca gün hastaneleri; cerrahi uzmanlık dallarında, dahili uzmanlık dallarında, belirli bir yaş ve cins grubu hastalar ile belirli bir hastalığa tutulanlara veya bir organ ve organ grubu hastalarına diyaliz hizmeti, üremeye yardımcı tedavi hizmeti, hiperbarik oksijen tedavi hizmeti, talassemi merkezi, genetik tanı ve tedavi merkezi ve evde bakım hizmetleri ile güzellik ve estetik amaçlı vb. sağlık hizmetlerine yönelik kurulabilecektir. (<http://sbu.saglik.gov.tr/ruhsatlandirma/> ;Erişim:13.07.2007)

İster genel hastanelerde isterse dal hastanelerinde olsun özel hastanelerde yatacak hastalar için ayrılacak yatak sayısı on yataktan daha az olamayacaktır. Burada dikkat edilmesi gereken husus, hastanedeki yatak sayısı hesabı yapılırken, yoğun bakım ünitesine konulacak yataklar hasta yatağı olarak kabul edilirken, acil servis hizmetleri için ayrılan yataklar hasta yatağı hesabına dahil edilmeyecektir. **Hastane yatak sayısı**, bir özel hastanedeki hasta yatak sayıları, yoğun bakım yatak sayıları ve gözlem yatak sayılarının toplamından oluşurken, **hasta yatak sayısı** ise bir özel hastanede yoğun bakım yatağı ve gözlem yatağı haricinde hastaların yatacağı yatak sayısının toplamından oluşmaktadır(ÖHY.md.4).

I .1 .4 – Özel Hastanelerin Kuruluşu

I .1 .4 .1 – Kuruluş Başvurusu

Özel hastanelerin açılması ve faaliyet gösterebilmesi belli başvuru ve işlemler sürecini gerektirdiği gibi Sağlık Bakanlığı'nın iznine tabidir(HHK. md.3) Bu iznin alınabilmesi için özel hastane mesul müdürünün veya bağlı olduğu teşekkülün yetkileri tarafından Valilik makamına başvuru dilekçesi verilir. Başvuru dilekçesinin içeriğinde aşağıdaki bilgilerin yer alması gerekir(HHK.md.3):

- Açılmak istenilen özel hastanenin yeri,
- Hastane yapılarının nitelikleri,
- Ne tür hastaları kabul edeceği,
- Ne kadar paralı veya parasız hasta tedavi edileceği,
- Konulacak yatak sayısı,
- Hastane işlerini çevirecek mesul müdür ismi,
- Hastanenin kurulması ve çalıştırılması için konacak karşılık paranın ne kadar olduğu.

Başvuru dilekçesinde, açılması düşünülen özel hastanenin türüne de açıkça yer verilmelidir. Bunlardan başka başvuru dilekçesine ekli başvuru dosyasında bulunacak bilgi ve belgeler daha da detaylı olarak Yönetmelikte aşağıdaki şekilde sayılmıştır(ÖHY.md.13):

- Sağlık Bakanlığı tarafından verilmiş ön izin belgesi,
- Binanın projesini hazırlayan mimar, imar ile ilgili mevzuata göre belediye veya Valilik tarafından onaylanmış 1/100 veya 1/50 ölçekli iki takım mimari proje ve 1/500 veya 1/200 ölçekli vaziyet planı ile mühendislik hizmetlerini gösteren projeler,
- İmar ile ilgili mevzuata göre alınmış olan yapı kullanma izni belgesi,
- Yangına karşı gereken tedbirlerin alındığına ilişkin olarak ilgili mevzuata göre yetkili mercilerden alınmış olan belge,
- Özel hastane bir şirket tarafından açılacak ise, sermaye durumunu ve şirket ortaklarını gösteren ticaret sicil gazetesinin aslı veya noter tasdikli örneği veya vakıf tarafından açılacak ise, vakıf senedinin noter tasdikli bir örneği,
- Özel hastane açma ruhsat harcının tahsil edildiğine ilişkin vergi dairesi alındısı,
- İlgili mevzuata göre yetkili merciden alınmış olan depreme dayanıklılık raporu,
- Ambulans ruhsatının veya ambulans hizmetleri sözleşmesinin noter tasdikli örneği,
- Mesul müdür ve mesul müdür yardımcısı ile ilgili ayrı ayrı olmak üzere;
 - a) Özel hastanede mesul müdür ve mesul müdür yardımcısı olarak çalışacaklarına dair noter tasdikli mesul müdürlük ve mesul müdür yardımcılığı sözleşmeleri,
 - b) Türkiye’de iki yılı kamu ya da özel hastanelerde olmak üzere, en az beş yıllık tabiplik yaptığını gösteren belge veya belgeler,
 - c) Resmî veya özel herhangi bir başka işte çalışmadığını beyan eden dilekçesi,
 - d) Nüfus hüviyet cüzdanı örneği,
 - e) Diploması ve var ise, uzmanlık belgesinin tasdikli birer örneği,
 - f) Başvuru sırasında son altı ay içinde ve tanınmasına engel olmayacak şekilde çekilmiş iki adet vesikalık fotoğrafı,
 - g) Adli sicil kaydı,

- h) Tabip odası kayıt belgesi,
- Çamaşırhane ve mutfak hizmetlerinin dışarıdan satın alınması halinde, taraflar arasında yapılan sözleşmenin örneği ve hizmet veren şirkete ait ticaret odası faaliyet belgesi,
 - Yönetmelik eki EK 4'e göre bulunması zorunlu tıbbi araç ve gereçlerin onaylanmış envanteri,
 - Yönetmelik eki EK 5'e göre bulundurulması zorunlu ilaçların onaylanmış listesi.

Yapılan başvuru, İl Sağlık Müdürlüğü tarafından öncelikle dosya üzerinden incelenir ve noksanlıklar varsa, özel hastane açma talebinde bulunanlara yedi iş günü içerisinde bildirilir. Başvuru dosyasında noksanlık yoksa, başvuru dosyası valilik yazısı ekinde onbeş iş günü içerisinde Sağlık Bakanlığı'na gönderilir(HHK.md.4; ÖHY.md.14).

I .1 .4 .2 – İnceleme ve Ön İzin

I .1 .4 .2 .1– Özel Hastaneler Teknik Komisyonu

Özel hastanelerin ruhsat başvurularının ve ruhsatlarındaki değişiklik taleplerinin dosya üzerinde ve yerinde incelenmesi ile bunların açılmaları, gruplandırılmaları, denetlenmeleri, değerlendirilmeleri ve kapatılmaları ile ilgili tavsiye kararları almak üzere Sağlık Bakanlığı'nda bir Özel Hastaneler Teknik Komisyonu oluşturulmuştur. Komisyon; öğretim üyesi veya klinik şefi veya yardımcısı veyahut başasistan olan uzman hekimler, özel sektör temsilcileri ile Sağlık Bakanlığı temsilcilerinden olmak üzere toplam 9 kişiden oluşmaktadır. Sağlık Bakanlığı, gerekli gördüğünde, ruhsatlandırılmış özel hastanelerin yerinde incelenmesini ve değerlendirilmesini de bu Komisyondan isteyebilir(ÖHY.md.11)

Komisyon, en az yedi üyenin katılımı ile toplanır ve salt çoğunluk ile karar alır. Oylarda eşitlik olması halinde, Başkanın taraf olduğu görüş kararlaştırılmış sayılır. Komisyon, gerektiğinde yerinde inceleme ve değerlendirme yapmak üzere, asıl veya yedek üyelerden alt komisyonlar oluşturabilir(ÖHY.md.12).

Bu şekilde, Sağlık Bakanlığı kendisine sunulan bilgi ve belgelere istinaden lüzum gördüğü araştırmaları yaptıktan sonra açılma ruhsat kağıdı verir. Bu hastaneler, **açılma ruhsat kağıdı** verildikten sonra altı ay içinde açılmaz ise ruhsat kağıdının bir hükmü kalmayacaktır(HHK.md.4).

Özel hastanenin yeni inşaat yapılmak suretiyle tesis edilmesi durumunda, inşaatın projeleri incelenmek üzere Sağlık Bakanlığı'na gönderilir. İnşaatın bitmesinden itibaren 6 ay içinde hastane açılmaz ise, 4.madde uyarınca verilmiş olan açılma ruhsat kağıdının hükmü kalmayacaktır(HHK.md.5)

I .1 .4 .2 .2– Yer Seçimi

Özel hastane binasının bulunduğu alan ile ilgili olarak aşağıdaki hususların yerine getirilmesi gerekmektedir(ÖHY.md.8):

- İmar ile ilgili mevzuat uyarınca her tür ve ölçekteki planlarda özel sağlık alanı kullanım kararı verilmiş olması,
- Gürültü, hava ve su kirliliğine maruz olmadığı; insan sağlığını olumsuz yönde etkileyecek endüstriyel kuruluşlar ile gayrisihhi müesseselerden **uzak olduğunun**⁵³⁸ valilik tarafından yetkilendirilmiş merci raporu ile tespit edilmesi,
- Hastane binası için yeterli yeşil alan ayrıldığı; ilgili belediye tarafından yazılı olarak belgelenmesi,
- Ulaşım şartları, ulaşım noktaları açısından uygun ve ulaşılabilir olduğunun İl Trafik Komisyonu veya Belediye Ulaşım Koordinasyon Merkezi raporu ile belgelenmesi,
- Hasta ve hasta yakınları ile hastane çalışanları için, Otopark Yönetmeliği⁵³⁹'nin 5.maddesinin birinci fıkrasının (a) bendinde yer alan cetvelin (8) numaralı sağlık yapıları başlıklı kısmında belirtilen ölçüden az olmamak kaydıyla; ilgili mahalli idarenin sağlık kurum ve kuruluşları için otopark konusunda düzenlemesi var ise burada belirlenen ölçüye göre,

⁵³⁸ Yönetmelikte, sözü edilen “**uzaklık mesafesinin**” kaç metre ya da kilometre olacağına açıklık getirilmemiştir.

⁵³⁹ 01.07.1993 tarih ve 21624 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

mahalli idarenin böyle bir düzenlemesi yok ise Otopark Yönetmeliğindeki ölçüye uygun şekilde yeteri sayıda otopark yeri ayrılmış olması.

I.1.4.2.3- Ön İzin

Özel hastane açılmadan önce Sağlık Bakanlığı'ndan ön izin alınması şarttır. Ön izin için, aşağıdaki belgeler ile tam takım mimari proje, incelenmek üzere il sağlık müdürlüğü vasıtasıyla Sağlık Bakanlığı'na gönderilir(ÖHY.md.9/1):

- Hastane binasının bulunduğu alanın, 8 inci maddede belirtilen şartları haiz olduğuna dair yetkili mercilerden alınmış belgeler,
- Hastane yerleşimi ile 8.maddenin birinci fıkrasının (d) bendine göre ayrılmış otopark miktarının, otopark ile ilgili diğer hususların gösterildiği, projeyi hazırlayan mimarın imzasının olduğu tam takım mimari proje içinde ayrıca aşağıdakiler yer alır;

1) 1/500 veya 1/200 ölçekli vaziyet planı,

2) 1/100 veya 1/50 ölçekli tüm kat planları,

3) Bir tanesi ameliyathaneden geçen en az iki kesit halinde olan, yatak kapasitesi elli ve üzerinde olan hastane projelerinde ise ayrıca önem arzeden; rampalı giriş, bodrum ve benzeri noktalardan geçen, en az üç kesit ve 1/20 ölçekli sistem detayları ve tüm cepheler.

Yukarıda bahsedilen mimari projeler, inceleme sonucunda Sağlık Bakanlığı'na uygun görülür ise, başvuru sahibi tarafından imar mevzuatına uygun şekilde üç takım olarak hazırlanır. Üç takım olarak hazırlanan mimari projeler, özel hastane binası inşa edilecek yer, belediye ve mücavir alan sınırları içinde ise ilgili belediye; mücavir alan dışında ise valilik tarafından onaylanarak il sağlık müdürlüğü vasıtasıyla Sağlık Bakanlığı'na gönderilir(ÖHY.md.9/2).

Ön izin başvurusu, bu maddede sayılan belgelerde eksiklik ve/veya bu Yönetmeliğe uygunsuzluk bulunmaması kaydıyla, sağlık Bakanlığı'na intikal ettiği tarihten itibaren en geç otuz gün içerisinde sonuçlandırılarak ön izin belgesi düzenlenir veya ön izin başvuru belgelerinde tespit edilen eksiklik ve/veya uygunsuzluk başvuru sahibine yazılı olarak bildirilir(ÖHY.md.9/3).

Ayrıca; başka amaçla inşa edilmiş binaların, hastane binasına dönüştürülmesi halinde tadilat işlerine başlanılmadan önce, Sağlık Bakanlığı tarafından ön izin verilmiş mimari projenin uygulanması sırasında, bu projede bir değişiklik yapılması durumunda, bu Yönetmeliğe göre ruhsatlandırılmış hastane binasında, ön izne esas mimari projeyi de etkileyecek değişikliğe sebep olan tadilat işlerine başlanılmadan önce ve ruhsatlandırılmış hastane binasına, Ek 4. maddedeki planlamaya uygun olmak şartıyla, ilave bina yapılmak istenmesi halinde yine ön izin alınması zorunludur(ÖHY.md.9/4).

I .1 .4 .2 .4– Bina Durumu

Özel hastaneler; özel hastane projesi ile Sağlık Bakanlığı’ndan, 9. maddeye göre ön izin almak suretiyle imar ile ilgili mevzuata göre inşa edilip, hastane veya özel sağlık tesisi yapı kullanma izni belgesi almış olan binalarda ve başka amaçla yapılmakla birlikte, 8. maddedeki şartları taşıyan ve tadilat işleminden önce Sağlık Bakanlığı’ndan 9.maddeye göre ön izin alarak özel hastane binasına dönüştürülen, tadilat bittikten sonra hastane veya özel sağlık tesisi olarak yapı kullanma izni belgesi almış olan binalarda kurulabilir(ÖHY.md.10/1). Danıştay da özel hastanelerin hizmetin niteliğine uygun olarak bu işe tahsis edilmiş bağımsız binalarda kurulması gerektiğine hükmetmiştir.⁵⁴⁰

Öte yandan, Özel Hastaneler Tüzüğü’nün 3.maddesine göre, başka amaçlarla yapılmış binalarda özel hastane açılabilmesi mümkündür ve bunun için belediyeden umumi binaya çevrilmesiyle ilgili izin alınması yeterlidir. Yönetmelikte de buna uygun düzenleme yapılmış olmakla birlikte, Danıştay’ın sözü edilen yürütmeyi durdurma kararı ile birlikte çelişkili durumun geri geldiği belirtilmiştir.⁵⁴¹ Yapılan Yönetmelik değişikliği ile bu hususa yukarıdaki şekilde açıklık kazandırılmıştır.

İmar mevzuatına uygun olarak imar planında yer alması kaydıyla; aynı sahiplikte ve aynı isim altında ruhsatlandırılacak olan, sınırları belirli, bütünlük arz eden bir alan içinde birbiriyle fizik olarak bağlantısı olan veya bağımsız bina

⁵⁴⁰ Danıştay 10.D, 19.11.2002, E:2000/2128, K:2002/4437; <http://www.danistay.gov.tr/kerisim/container.jsp>, Erişim:10.05.2007

⁵⁴¹ DERYAL, Yahya: “Özel Sağlık İşletmelerinde Hastanın Aydınlatılması ve Rızasının Alınması”, YÜHFD, Türk-Alman Tıp Hukuku Sempozyumu Özel Sayısı, 2006, C:3, S:2,s:101-147

komplekslerinin oluşturduğu dal hastanesi ve/veya genel hastane binalarından oluşan hastane kompleksi kurulabilir. Bu durumda, laboratuvar hizmetleri, görüntüleme hizmetleri, acil hizmetleri, ameliyathaneler, yoğun bakım ve sterilizasyon üniteleri ile benzeri diğer tıbbi hizmetler ortak hizmet verecek şekilde planlanabilir. İdari birimler, morg, depo ve benzeri destek birimler ile otopark, kreş, kafeterya, lokanta, otel, rehabilitasyon merkezi, banka, PTT, konferans salonu, ibadethane, spor ve eğitim tesisleri gibi sosyal alanlar hizmeti aksatmayacak şekilde ve mimari açıdan yapı kullanma izin belgesi olarak hastaneye ait belirlenen sınırlar içerisinde farklı binalarda hizmet verebilir. Hastane komplekslerinde hasta güvenliğini, sıhhatini ve huzurunu riske sokacak tarzda yapılaşma veya hizmet sunumu yapılamaz(ÖHY.md.10/2).⁵⁴²

Özel hastanenin tıbbi hizmet birimleri; tıbbi hizmeti engelleyecek tarzda ve hastane binasından veya bina kompleksinden ayrı yerde tesis edilemez(ÖHY.md.10/3). Özel Hastaneler, müstakil binada faaliyet gösterir. Binanın hastane olarak kullanılan kısmında, hiçbir surette başka amaca yönelik işyeri bulunamaz ve hastane içerisindeki bir bölüm, başka bir amaçla faaliyet göstermek üzere üçüncü kişilere kiralanamaz veya herhangi bir şekilde devredilemez(ÖHY.md.10/4). Özel hastanede herhangi bir faaliyet alanının veya biriminin, yetkisi olmayan kişiler tarafından kullanımı yasaktır. Ayrıca, bulundurulması zorunlu olmayan uzmanlık dallarına ait ve geçici süre ile de olsa kullanılmayan muayene odaları, kesinlikle kapalı ve kilitli tutulur. Bu odaların kapılarındaki tabelalar kaldırılır(ÖHY.md.66/1).

I .1 .4 .3 –Ruhsatlandırma

Ruhsatname; özel hastanelerin Özel Hastaneler Yönetmeliği'ne uygunluğunu gösteren ve açılışta hastane sahibi adına düzenlenen ve hastane ismi, türü ve adresinin yer aldığı belgeyi ifade etmektedir(ÖHY.md.4/1). Özel hastanenin ruhsatlandırılmış olması tek başına hasta kabul edeceği anlamına gelmemektedir.

⁵⁴² Örneğin; özel hastane binası içinde geçici veya sürekli olacak şekilde ikamet edilmek üzere yerler ayrılması ve ikamet edilmesi yasaklanmıştır(ÖHY.md.66/d).

Ayrıca faaliyet izninin de verilmesi gerekmektedir. Özel hastaneler, ruhsat ve faaliyet izin belgesi almadan hizmet veremezler(ÖHY.md.66/a).

Yukarıda açıklanan şartlara uygun olarak hazırlanıp il sağlık müdürlüğü ve Valilik kanalıyla Sağlık Bakanlığı'na intikal ettirilen başvuru dosyası, öncelikle Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nce dosya üzerinden incelenir ve eksiklik bulunmuyor ise Özel Hastaneler Teknik Komisyonuna havale edilir. Komisyon tarafından incelenen ve değerlendirilen başvuru dosyasında eksiklik bulunmaması halinde, Komisyon hastaneyi yerinde inceler ve hastanenin uygunluğuna karar vermesi halinde yerinde inceleme raporu düzenleyerek Sağlık Bakanlığı'na sunar. Bu inceleme sonucuna göre Sağlık Bakanlığı'nca özel hastaneye **özel hastane ruhsatnamesi** düzenlenir(ÖHY.md.15/1).

Diğer taraftan, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nce ve Özel Hastaneler Teknik Komisyonu tarafından dosya üzerinden yapılan inceleme sonucu eksiklik bulunması halinde eksikliğin giderilmesi valilik aracılığı ile başvuru sahibine bildirilir. Komisyon tarafından yerinde inceleme sonucunda hastanede ruhsata esas olabilecek eksiklikler veya uygunsuzluklar tespit edilmesi halinde, düzenlenen inceleme raporundaki durum valilik aracılığı ile başvuru sahibine bildirilir. Komisyon raporuna karşı başvuru sahibi tarafından raporun tebliğinden itibaren yedi iş günü içerisinde yazılı olarak itiraz edilebilir. İtiraz halinde Sağlık Bakanlığı'nca, Komisyon raporundaki hususlar da dikkate alınarak değerlendirme yapılır ve karar verilir(ÖHY.md.15/2).

Genel hastane ya da dal hastanesi olarak türleri belirlenen ve bu şekilde Sağlık Bakanlığı'nca ruhsatlandırılan özel hastanelerin, tür değişikliği talebinde bulunmaları veya değişiklik yapıldığının denetimlerde tespit edilmesi halinde, ruhsatlandırma işlemleri tekrar yaptırılır(ÖHY.md.68).

Özel hastanelerin ruhsatlandırma işlemleri, özel hastanenin fiziki noksanlığı ve başvuru belgelerinde eksiklik bulunmaması kaydıyla, Sağlık Bakanlığı'na intikal ettiği tarihten itibaren en geç otuz iş günü içerisinde sonuçlandırılır. Komisyonun yerinde incelemesi sonucunda düzenlenecek rapora itiraz olması halinde otuz günlük

süre, yazılı itirazın Sağlık Bakanlığı'na tebliği tarihinden itibaren başlar(ÖHY.md.15/3).

I .1 .4 .4 – Faaliyet İzni

Özel hastanelerin hasta kabul ve tedavi yapabilmeleri için ruhsatnameden başka faaliyet izin belgesi de almaları gerekmektedir. **Faaliyet izin belgesi** ise, ruhsatlandırılmış hastanelerin faaliyete geçebilmeleri için veya faaliyette olan hastanelerin hasta kabul ve tedavi edeceği uzmanlık dalları ile bu uzmanlık dallarının gerektirdiği personeli, hizmet verilen laboratuvarları, diğer tıbbî hizmet birimlerini ve yatak kapasitesi ile bunlardaki değişikliklerin yer aldığı Sağlık Bakanlığı'nca düzenlenen belgeyi ifade etmektedir(ÖHY.md.4/j).

Diğer taraftan özel hastaneler; faaliyet izin belgelerinde belirtilen yatak sayılarında Sağlık Bakanlığı'ndan izin almaksızın değişiklik yapamazlar ve faaliyet izin belgelerinde yazılı yatak sayısından fazla hasta yatıramadıkları(ÖHY.md.66/b) gibi faaliyet izin belgesinde bulunmayan veya valilik oluru alınmayan uzmanlık dallarında, değişiklik yapamaz ve hasta kabul ve tedavi edemezler(ÖHY.md.66/c). Benzer biçimde, özel hastanelerde, faaliyet izin belgesinde belirtilen uzmanlık dalları haricindeki diğer dallara ait araç ve gereçler bulundurulamaz ve o uzmanlık dallarında hasta kabul ve tedavisi yapılamaz(ÖHY.md.66/e).

Özel hastane ruhsatlandırıldığı tarihten itibaren, Yönetmelik eki EK 1'de gösterilen “*özel hastanelerde asgari bulundurulacak sağlık personeli*” listesindeki kadrolu personelin sayısı, ismi, unvanı, uzmanlık dalı veya meslekî diğer kariyerleri ile ilgili bilgileri ihtiva eden personel listesi ve personel ile yapılmış sözleşmelerin aslı veya mesul müdür tarafından tasdikli örnekleri tamamlanarak il sağlık müdürlüğüne verilir. Müdürlük tarafından gerekli personeli tamamlandığı tespit edilen özel hastaneler, bu belgelerin tamamlanmasından itibaren en geç beş iş günü içerisinde Sağlık Bakanlığı'na bildirilir(ÖHY.md.15/4).

Bütün bu işlem ve işlerin tamamlanmasından sonra sağlık Bakanlığı'nca, **Faaliyet İzin Belgesi** yedi iş günü içinde düzenlenir ve bu belgenin verilmesi ile özel hastane hasta kabul ve tedavisine başlar (ÖHY.md.15/5). Sağlık Bakanlığı'nca

ruhsatlandırıldığı tarihten itibaren altı ay içerisinde faaliyet izin belgesi alarak hasta kabul ve tedavisine başlamayan özel hastanenin ruhsatnamesinin hükmü kalmaz ve verilen ruhsatname Bakanlıkça iptal edilir(HHK.md.4; ÖHY.md.15/6).⁵⁴³

Daha önce, Sağlık Bakanlığı tarafından ruhsatlandırılmış özel hastanelerin uzmanlık dal ilave işlemleri valilik tarafından yapılarak faaliyet izin belgesine işlenmek üzere yine Sağlık Bakanlığı'na bildirilirken 15.02.2008 tarihli Yönetmelik değişikliği ile bu husus kaldırılmıştır. Zira daha önce, valiliğin talep edilen uzmanlık dallarının ve/veya ünitelerin ilavesini uygun görmesi halinde özel hastaneler, ilavesini talep ettikleri uzmanlık dallarının Sağlık Bakanlığı'nca faaliyet izin belgesine işlenmesini beklemeden hasta kabul ve tedavisine başlayabilmekteydiler.⁵⁴⁴ Artık bu uygulama sona ermiştir.

I .1 .4 .5 – Özel Hastanelerin Devri

Özel hastanelerin gerçek veya tüzel kişilere devri halinde, yukarıdaki başvuru sürecinde öngörülen işlemler yaptırılarak, yeniden ruhsatname ve faaliyet izin belgesi düzenlenir(ÖHY.md.69/1). Özel hastanelerin ruhsatında gösterilen adresten başka bir yere nakli halinde de yeniden ruhsatname ve faaliyet izin belgesi alınması gerekmektedir(ÖHY.md.69/3).

Özel hastaneyi devralan gerçek veya tüzel kişiler, devir tarihinden itibaren en geç bir ay içerisinde ruhsat için il sağlık müdürlüğüne başvurmak zorundadır. Devralan kişi adına ruhsatname ve faaliyet izin belgesi tanzim edilinceye kadar, özel hastanenin eski sahibinin ve mesul müdürünün sorumluluğunda hastanenin faaliyeti devam eder(ÖHY.md.69/4). Devir işlemleri ve adres değişikliği işlemleri en geç altı ay içinde sonuçlandırılmaz ise valilikçe özel hastanenin faaliyeti, işlemler tamamlanıncaya kadar durdurulur(ÖHY.md.69/5).

Denetimlerinde eksiklik ve usulsüzlük tespiti bulunmayan ve bu Yönetmeliğe göre ruhsatlandırılmış hastanelerin fiziki yapısında ve türünde değişiklik yapılmadığı il sağlık müdürlüğü tarafından tespit edilen hastanenin devrinde ise yukarıdaki

⁵⁴³ Belirtelim ki; Sağlık Bakanlığı, özel hastanelere ruhsatname ve faaliyet izin belgesi tanzimi işlemlerini gerekli görmesi halinde valiliklere yaptırabilecektir(**ÖHY. ek md. 3**).

⁵⁴⁴ Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 25.05.2007 tarih ve 11237 sayılı(**2007/39**) Genelgesi

başvuru sürecinde öngörülen işlemler yaptırılmaz. Devir işleminin yapıldığını gösteren belge ile devralan gerçek veya tüzel kişilere ait bilgi ve belgeler il sağlık müdürlüğüne verilir. İl sağlık müdürlüğünce son altı ay içerisinde yapılmış denetime ilişkin rapor dikkate alınarak başvuru dosyasında eksiklik bulunmaması halinde Sağlık Bakanlığı'na bildirilir. Sağlık Bakanlığı'nca devralan adına ruhsat ve faaliyet izin belgesi düzenlenir(ÖHY.md.69/2).

I .1 .5 – Özel Hastane Faaliyetinin Sona Erdirilmesi

Özel hastanelerin faaliyetlerine geçici ya da sürekli olarak son verilmesi, büyük ölçüde denetimlerde elde edilen bulgulara göre kararlaştırılmaktadır. Bu sebeple, aşağıda önce özel hastanelerde denetime ve daha sonra da faaliyetlerinin sona erdirilmesi hususlarına yer verilmiştir.

I .1 .5 .1 –Özel Hastanelerin Denetlenmesi

Özel hastaneler; il sağlık müdürlüğü ekipleri tarafından, Yönetmelik eki EK 2'de yer alan Özel Hastaneler Denetim Formuna göre altı ayda bir olağan olarak denetlenir. Öte yandan özel hastaneler, şikayet üzerine yapılan inceleme ve soruşturma ile Sağlık Bakanlığı'nca Özel Hastaneler Teknik Komisyonuna yaptırılan veya Sağlık Bakanlığı Müfettişleri tarafından da olağan ve olağan dışı olarak denetlenebilir(ÖHY.md.62/1).

Denetim ile ilgili tespitler ve sonuçlar, il sağlık müdürlüğüne ait teftiş ve denetim defterine yazılır. Hastanenin, denetim sonucunda ortaya çıkan ve denetim defterine kaydedilen; personel, tıbbî donanım, ilaç, tesis, bina ve diğer standartlarındaki eksiklikler ve tıbbî hizmetleri açısından bu Yönetmelikte öngörülen diğer şartlar bakımından tespit edilen eksiklik ve usûlsüzlükler ile var ise öneriler, müdürlük tarafından rapor haline getirilerek denetimden itibaren en geç on beş gün içerisinde Sağlık Bakanlığı'na gönderilir(ÖHY.md.62/2).

İl sağlık müdürlüğü denetim ekipleri tarafından tespit edilen eksiklik ve usûlsüzlüklerin denetim formunda belirlenen süreler zarfında giderilmesi, süre belirlenmeyen hallerde ise hemen giderilmesi hususu, müdürlük tarafından hastane mesul müdürüne yazılı olarak bildirilir. İl sağlık müdürlüğünce yapılan işlemler,

ayrıca rapor halinde Sağlık Bakanlığı'na sunulur(ÖHY.md.62/3). Verilen süre sonunda yapılacak denetimde, eksiklik veya usûlsüzlüklerin devam ettiğinin tespiti halinde denetim formunda belirlenen sürelerle bağlı kalınmak suretiyle, valilikçe denetim formunda belirlenen işlemler uygulanır(ÖHY.md.62/4).

Ancak, özel hastanelerin denetlenmesi sonucu mevcut durumun, hastaların tedavi ve istirahatini de olumsuz etkilediği tespit edilir ise, valilikçe işlem yapılmadan doğrudan Sağlık Bakanlığı'na bildirilir. Bu durumda, eksikliğin giderilmesine kadar hastanenin tamamında faaliyetin bir aydan fazla geçici veya süresiz durdurulmasına, Sağlık Bakanlığı'nın görüşü alınarak valilikçe karar verilir(ÖHY.md.62/5).

I .1 .5 .2 – Faaliyetin Geçici Olarak Durdurulması

I .1 .5 .2 .1 – Hastanenin Bir Kısımında Faaliyetin Geçici Olarak Durdurulması

Yukarıda özel hastanenin denetlenmesi halinde tespit edilen eksiklik ve usûlsüzlükler haricinde aşağıda belirtilen eksiklik ya da usûlsüzlüklerin varlığı halinde özel hastanenin bir kısmında(eksikliği tespit edilen birimin) faaliyet valilikçe geçici olarak durdurulmakta ve Sağlık Bakanlığı'na bildirilmektedir(ÖHY.md.63):

- Faaliyet izin belgesinde yazılı hasta kabul ve tedavi edeceği uzmanlık dallarından birinde veya birkaçında kadrolu uzman tabip bulundurmadığı tespit edildiği takdirde, ilgili uzmanlık dalında çalıştırılacak kadrolu uzman tabip temin edilinceye kadar,
- Faaliyet izin belgesinde yazılı hasta kabul ve tedavi edeceği uzmanlık dallarından birinde veya birkaçındaki kliniklerin tıbbî donanımının eksik olduğu tespit edildiği takdirde, bu kliniklerin eksiklikleri giderilinceye kadar,
- Faaliyet izin belgesinde olmayan uzmanlık dalı veya dallarında hasta kabul edildiğinin tespiti halinde bu uzmanlık dalı veya dallarının faaliyet izin belgesine işleninceye kadar,

- Faaliyet izin belgesinde belirtilen klinik veya merkezlerden başka klinik veya merkez açıldığı takdirde, ilave edilen klinik veya merkezlerin işlemleri tamamlanıncaya kadar,
- Uzman tabipler hariç olmak üzere, bu Yönetmelikte öngörülen asgarî sağlık personeli bulunmaması halinde, personelin özelliği, sayısı ve çalıştığı birim nazara alınarak verilen sürede personel eksikliğinin giderilmemesi halinde eksiklik giderilinceye kadar,
- Denetimde tespit edilen eksikliklerin giderilmesi için mesul müdüre bildirilmesine rağmen verilen sürenin sonunda eksikliğin giderilmediği durumlarda, eksiklikler giderilinceye kadar.

I .1 .5 .2 .2 – Hastanenin Tamamında Faaliyetin Geçici Olarak Durdurulması

Yukarıda özel hastanenin denetlenmesi halinde tespit edilen eksiklik ve usûlsüzlükler haricinde, aşağıda belirtilen eksiklik ya da usûlsüzlüklerin varlığı halinde özel hastanenin tamamında faaliyet valilikçe geçici olarak durdurulmakta ve Sağlık Bakanlığı'na bildirilmektedir(ÖHY.md.64/1):

- Mesul müdürün ölümü veya temelli olarak hastaneden ayrılmasından sonra, bir ay zarfında yerine başkası atanmazsa, yeni mesul müdürün görevlendirilmesi işlemleri tamamlanıncaya kadar,
- Bu Yönetmeliğe göre zorunlu olan acil ünitesi, bulunması veya hizmet satın alınması zorunlu laboratuvarlar ile hastanenin türünün gerektirdiği hizmet birimlerinden birinin veya birkaçının bulunmaması halinde bu eksiklikler giderilinceye kadar,
- Ruhsata esas bina haricinde tamamen veya kısmen faaliyette bulunulduğunun tespiti durumunda ruhsatlandırma tamamlanıncaya kadar,
- Bina içinde bu Yönetmeliğe uygun olmayan bir değişikliğin tespiti durumunda bu Yönetmeliğe uygunluğu sağlanıncaya kadar,

- Denetim formunda belirtilen sürelerin sonunda tıbbi hizmet bütünlüğünü etkileyen eksikliğin giderilmediğinin tespiti durumunda bir aya kadar.

Ayrıca, kamu hastanesinde tam zamanlı çalışan tabip ve uzman tabipler, devlet hizmet yükümlüğü bulunan tabip ve uzman tabipler ile mesleğini serbest icra etme hakkı bulunmayan tabip ve uzman tabiplerin çalıştırılması durumunda özel hastanenin tamamında bir aya kadar valilikçe geçici olarak faaliyet durdurulur ve Sağlık Bakanlığı'na bildirilir(ÖHY.md.64/2).

I .1 .5 .3 – Ruhsatın Geri Alınması

Denetimler sonucunda tespit edilen noksanlıkları denetim formunda belirlenen süreler içerisinde giderilmediği için ilgili Valilikçe faaliyeti geçici olarak durdurulduğu halde, faaliyet durdurma tarihinden itibaren en geç altı aya kadar noksanlıklarını gidermeyen veya tamamında veyahut bir kısmında geçici olarak faaliyeti durdurulduğu halde hasta kabulüne devam eden özel hastanelerin **ruhsatı** Sağlık Bakanlığı'nca geri alınır(ÖHY.md.65/1).

Özel hastanenin tamamında veya bir kısmında faaliyetin geçici olarak durdurulması veyahut ruhsatın geri alınması hallerinde, mevcut hastalar il sağlık müdürlüğü tarafından tespit edilir. Bu hastaların tedavilerinin tamamlanmasından veya diğer hastanelere nakillerinden sonra özel hastanenin faaliyeti durdurulur(ÖHY.md.65/2).

I .1 .6 – Sadece Hastanelerde Açılabilen Sağlık Birimleri

I .1 .6 .1 –Yoğun Bakım Üniteleri

I .1 .6 .1 .1 -Tanım

Yoğun bakım; bir ya da daha fazla organ veya organ sistemlerinde oluşan, ciddi işlev bozuklukları veya yetmezliklerinin ve altta yatan nedenlerin izlem, tanı ve tedavisi ile bu işlevlerin sürdürülmesi için uygulanan yöntemlerin tümü olarak tanımlanmaktadır. Yoğun bakım üniteleri ise, bir ya da daha fazla organ veya organ sistemlerinde ciddi işlev bozukluğu nedeniyle yoğun bakım gereksinimi olan

hastaların iyileştirilmesini amaçlayan, yerleşim biçimi ve hasta bakımı açısından ayrıcalık taşıyan, ileri teknolojiye sahip cihazlarla donatılmış, 24 saat yaşamsal göstergelerin gözlemi ve hasta tedavisinin yapıldığı kliniklerdir

Yoğun bakım ünitelerinin yapılanması ve kuruluşu, il sağlık müdürlüğünün üniteyi yerinde inceleyerek yoğun bakım hizmet ve bakım düzeyini tespit ederek Sağlık Bakanlığı'na bildirmesiyle gerçekleştirilmektedir. Yoğun bakım ünitelerinin nitelikleri, sınıflarına göre yatak sayısı, personel durumu ve tıbbi donanım gibi asgari standartları ise Sağlık Bakanlığı'nca belirlenmiş bulunmaktadır.⁵⁴⁵

I .1 .6 .1 .2 –Sınıflandırma

Hastanelerdeki yoğun bakım üniteleri Sağlık Bakanlığı'nın 2008/25 sayılı genelgesiyle düzenlenmişken, yenidoğan yoğun bakım üniteleri ise Sağlık Bakanlığı'nın 2007/73 sayılı genelgesiyle düzenlenmiş bulunmaktadır. Yoğun bakım ünitelerinin niteliklerine de bu genelgelerde açıklık getirilmiştir. Örneğin; yeni doğan yoğun bakım ünitesi ile diğer yoğun bakım ünitelerinin birbiriyle irtibatlı olmaması gerekir. Fakat yeni doğan yoğun bakım ünitesi ile diğer yoğun bakım servislerinin ön geçiş alanları ortak olabilir.

Dal hastanelerinde ilgili uzmanlık dalının gerektirdiği yoğun bakım üniteleri kurulur. Diş hastaneleri ile göz, ruh sağlığı, FTR, deri ve zührevi hastalıkları hastanelerinde yoğun bakım ünitesi kurulmayabilir. Ancak yoğun bakım ihtiyacı gereken durumlarda hastanın nakli süresince yaşam desteği sağlamak için gerekli donanım bulundurulmalıdır.

Öte yandan, Sağlık Bakanlığı'nca yapılan sınıflandırmaya göre yoğun bakım üniteleri ve yenidoğan yoğun bakım üniteleri üç basamak olarak gruplandırılmıştır. Bu sınıflandırmaya esas tanımlara ve yatak sayılarına aşağıda yer verilmiş bulunmaktadır. Belirtelim ki; sözkonusu yoğun bakım ünitelerinde çalıştırılması gereken personel sayı ve nitelikleri üçüncü bölümde açıklanacaktır.

⁵⁴⁵ Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 13.08.2007 tarih ve 17086 sayılı(2007/73) Genelgesi ile 03.04.2008 tarih ve 11395(2008/25) sayılı Genelgesi; Sosyal Güvenlik Kurumu da SUT'nde yaptığı değişiklik ile yoğun bakım hizmetlerinin nasıl ücretlendirileceğini Sağlık Bakanlığı'nın 2007/73 sayılı Genelgesine paralel olarak düzenlemiştir.(SGK Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü'nün 21.09.2007 tarih ve 5457 sayılı(2007/71) Genelgesi)

- **Birinci Basamak Üniteler:** Bunlardan *1. Basamak Yoğun Bakım Ünitelerine;* takip ve tedavileri için rutin yöntemler yeterli olmayan, ancak, henüz organ yetmezliği başlamamış, solunum desteğine ihtiyaç duymayan, yakın takibi gereken hastalar, 2.veya 3.basamak yoğun bakım ünitelerinden çıkarılan henüz tabucu edilemeyecek hastalar, cerrahi sonrası yakın takibi gereken hastalar vb. kabul edilmektedir. Bunların en az iki yataklı olmaları gerekmektedir. *1. Basamak Yenidoğan Yoğun Bakım Üniteler* ise; doğum sonrası yenidoğan resusitasyonunun yapıldığı, 35–37. haftalarda doğan stabil pretermilerin bakıldığı, hasta yenidoğanların ve 35 hafta altı pretermilerin uygun merkeze transfer edilene kadar izlendiği ünitelerdir. Bunlarında en az iki yataklı(küvöz) olması gerekmektedir.
- **İkinci Basamak Üniteler:** Bunlardan *2. Basamak Yoğun Bakım Üniteleri;* birinci basamak yoğun bakım ünitelerine göre daha detaylı ve nitelikli gözlem ve girişim gereksinimi olan, tek organ yetmezliği nedeniyle destek tedavilerinin yapıldığı, 3. basamak yoğun bakımlara transfer yapabilen ve 3. basamak yoğun bakımların diğer özelliklerini karşılayamayan yoğun bakım üniteleridir. En az dört yataklı olmalıdırlar. *2. Basamak Yenidoğan Yoğun Bakım Üniteler* ise; 1000 gramın üstü veya 32 haftadan büyük yenidoğanlar ile prematürel apnesi olan, sıcaklığını koruyamayan, oral beslenemeyen, hasta yeni doğanların, detaylı ve nitelikli gözlem ve girişimlerinin yapılabilirdiği ve yaşamsal destek gereksinimi bulunan yeni doğanların takip ve tedavisinin yapıldığı ünitelerdir. Bunların da en az dört yataklı(küvöz) olmaları gerekmektedir.
- **Üçüncü Basamak Üniteler:** Bunlardan *3. Basamak Yoğun Bakım Üniteleri;* altta yatan özellikli(ağır, yüksek riskli) hastalığı nedeniyle takibi gereken hastaların yattığı özel(beyin cerrahisi, ciddi travmaların takip edildiği yoğun bakımlar gibi) yoğun bakımlar, solunum yetmezliği ve/veya çoklu organ işlev bozukluğu gibi tüm komplike hastaların kabul edildiği, solunum desteği, gibi destek tedavilerinin

hepsinin yapılabildiği, en üst düzeyde tıbbi bakım ve tedavi yapılabilen yoğun bakım üniteleridir. En az altı yataklı olmalıdırlar. **3. Basamak Yenidoğan Yoğun Bakım Üniteler** ise; Altta yatan özellikli hastalığı veya birden çok uzmanlık dalını ilgilendiren çoklu organ işlev bozukluğu veya yetmezliğinin de dahil olduğu ya da çok düşük doğum tartılı yenidoğanların (1000g altı veya 32 haftadan küçük) kabul edildiği, en üst düzeyde tıbbi bakım ve tedavi yapılabilen ünitelerdir. Bunların da en az altı yataklı(küvöz) olmaları gerekmektedir.

Yukarıdaki sınıflandırmaya uygun olarak, ikinci veya üçüncü seviye yoğun bakım servisi olan hastaneler birinci seviye yoğun bakım ünitesi de kurabilirler. Bir hastanede her üç seviyede yoğun bakım ünitesi kurulabilir.

I .1 .6 .2 - Elektro Konvülsif Tedavi Ünitesi

En çok uygulandığı hastalık durumu ağır depresyon durumlarıdır. Bu durumdaki hastalar yoğun üzüntü, elem, dikkat kaybı, iştah ve uykuda bozulma yaşadıkları ve intihar fikirleri olduğu için elektro şok tedavisi uygulanmaktadır.⁵⁴⁶ Hastaya acı çekebileceği müdahalede bulunulduğundan önlem olarak hasta bayıltılmaktadır. Bundan sonra hastanın beynine şok etkisi olan elektrik akımı verilmektedir.

Elektro konvülsif tedavisi(EKT) sadece hastanelerde yapılabilmektedir. Elektro konvülsif tedavi uygulama esasları, bu tedavinin yapılacağı ünitelerde bulunması gereken tıbbi cihaz ve malzemeleri, bu ünitelerde görev yapacak personelin nitelikleri ve eğitimine dair esaslar ise **Elektro Konvülsif Tedavi Uygulama Yönergesi**⁵⁴⁷ ile belirlemiştir.

EKT uygulamaları, bir ruh sağlığı uzman hekimi sorumluluğu altında yapılır. EKT uygulanacak hastaya, yeteri kadar hemşire veya sağlık memuru ile yardımcı personel eşlik etmelidir. EKT ünitesinin sorumlusu, ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanıdır. Sadece hastanelerde açılabilen, diğer hastaların EKT uygulanan hastayı

⁵⁴⁶ http://www.mcatürk.com/epsikiyatri_haber.php?epid=358; Erişim:13.11.2007

⁵⁴⁷ 28.11.2006 tarih ve 9190 sayılı Sağlık Bakanı onayı ile yürürlüğe girmiştir.

göremeyeceği EKT ünitelerinin mekansal özellikleri ise sözü edilen Yönergenin 5.maddesi gereğince aşağıdaki şekildedir.⁵⁴⁸ Buna göre EKT uygulamasını sağlayan ünite;

- Genel hastanelerde ve günlük EKT uygulama sayısı 10'un altında olan birimlerde hastaya genel anestezi uygulaması yapılabilen bir mekanı içeren bir ünite.
- Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi ve günlük EKT uygulama sayısı 10'un üzerinde olan birimlerde hazırlık odası, uygulama odası, derlenme odası bölümlerini içeren bir ünite.

I .1 .6 .3 – Organ ve Doku Nakli Merkezleri

I .1 .6 .3 .1 – Genel Olarak

Tedavi, teşhis ve bilimsel amaçlarla organ ve doku alınması, saklanması, aşılması ve nakli 2238 yılı *Organ ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılması, ve Nakli Hakkında Kanun*⁵⁴⁹ ile düzenlenmiştir.

Diğer taraftan, tedavisi doku veya organ nakli ile mümkün olan hastaların hayatiyetini sürdürmek için nakilleri gerçekleştirecek organ ve doku nakli merkezlerinin, organ ve doku kaynağı merkezlerinin ve doku tipleme ünitelerinin açılması, çalışması ve denetimi ile bunların bağlı olduğu kamu kurum ve kuruluşları ile özel kuruluşların uymak zorunda oldukları usul ve esaslar ile organ ve doku nakli hizmetlerinin yürütülmesinde uyulması gereken kurallar ise *Organ ve Doku Nakli Hizmetleri Yönetmeliği*⁵⁵⁰ 'nde (ONHY) gösterilmiştir.

Bu Yönetmeliğin 16.maddesine dayalı olarak çıkarılan yönergelerle de organ ve doku naklinin ulusal düzeyde koordinasyonu kurulmaya çalışıldığı gibi konusuna göre organ nakli merkezlerinin taşınması gereken şartlar ve çalışmalarına ilişkin usul ve esaslar da belirlenmiştir. Sözkonusu yönergeler ise aşağıda yer verilmiştir:

⁵⁴⁸ EKT ünitesinde EKT uygulaması esnasında bulunacak asgari personel sayısı ve niteliklerine ise çalışmamızın üçüncü bölümünde değinilmiştir.

⁵⁴⁹ 03.06.1979 tarih ve 16655 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

⁵⁵⁰ 01.06.2000 tarih ve 24066 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

- Ulusal Organ ve Doku Nakli Koordinasyon Sistemi Yönergesi⁵⁵¹,
- Organ ve Doku Nakli Koordinatörlüğü Eğitim Yönergesi⁵⁵²,
- Organ Nakli Merkezleri Yönergesi⁵⁵³,
- Kemik İliği Nakli Merkezleri ve Kemik İliği Nakli Doku Bilgi İşlem Merkezleri Yönergesi⁵⁵⁴,
- Göz Bankası ve Kornea Nakli Merkezleri Yönergesi⁵⁵⁵,
- Doku Tipleme Laboratuvarları Yönergesi⁵⁵⁶.

I.1.6.3.2 – Açmaya Yetkili Olanlar

2238 sayılı Kanununun 10.maddesine göre, organ ve doku alınması, saklanması, aşılması ve nakli bu işler için gerekli uzman personel, araç ve gerece sahip kurumlarca yapılabilir. Bu kapsamda olmak üzere, organ ve doku nakli merkezleri de kamu ve özel sektöre ait hastanelerde açılabilir. Diyelim özel hastaneler dışında örneğin bir özel tıp merkezinde organ ve doku nakli ünitesinin açılması sözkonusu olmadığı gibi müstakil olarak açılmaları da mümkün değildir. Bu başlık altında biz de özel hastaneler bünyesinde açılacak olan özel organ ve doku nakli merkezleri üzerinde duracağız.

Gerçektende, organ ve doku nakli merkezleri ancak kamu kurum ve kuruluşları ile gerçek ve özel hukuk tüzel kişileri tarafından, bunlara ait genel ve özel hastaneler bünyesinde bir *ünite* biçiminde kurulabilir. Bu merkezlerin faaliyete geçebilmesi için Sağlık Bakanlığı'ndan açılma izni onayı alınması zorunludur(ONHY.md.17/1). Kamu kurum ve kuruluşlarında organ nakli yapmaya başlayacak olan merkezler de bu durumu Sağlık Bakanlığı'na bildirirler ve izin belgesi alırlar(ONHY.md.31). Organ ve doku nakli merkezlerinden göz bankaları yalnızca kamu kurum ve kuruluşları ile üniversiteler bünyesinde kurulabilir.

⁵⁵¹ 28.05.2008 tarih ve 19735 Sağlık Bakanı onayı ile yürürlüğe girmiştir. Bu Yönerge ile de, 30.01.2001 tarih ve 950 sayılı Sağlık Bakanı onayı ile yürürlüğe giren aynı adlı eski yönerge yürürlükten kaldırılmıştır.

⁵⁵² 28.05.2008 tarih ve 19735 Sağlık Bakanı onayı ile yürürlüğe girmiştir.

⁵⁵³ 28.05.2008 tarih ve 19734 Sağlık Bakanı onayı ile yürürlüğe girmiştir. Bu Yönerge ile de; Sağlık Bakanının 26.02.2001 tarih ve 1832 sayılı Onayı ile yürürlüğe giren “Kalp, Akciğer, Kalp-Akciğer Ve Homogreft Nakli Merkezleri Yönergesi”, “Böbrek Nakli Merkezleri Yönergesi” ve “Karaciğer Nakli Merkezleri Yönergesi” yürürlükten kaldırılmıştır.

⁵⁵⁴ 26.02.2001 tarih ve 1832 sayılı Sağlık Bakanı onayı ile yürürlüğe girmiştir.

⁵⁵⁵ 26.02.2001 tarih ve 1832 sayılı Sağlık Bakanı onayı ile yürürlüğe girmiştir.

⁵⁵⁶ 26.02.2001 tarih ve 1832 sayılı Sağlık Bakanı onayı ile yürürlüğe girmiştir.

Bankaların açılmasının planlanması ve açılması Sağlık Bakanlığı kararı ile yapılır(ONHY.md.17/2).

I .1 .6 .3 .3 – Kuruluş Süreci

I .1 .6 .3 .3 .1 – Yetkili Kurullar

Ulusal organ ve doku nakli koordinasyon sistemi(UKS) ile ülke genelinde organ ve doku nakli hizmetleri alanında çalışan kurum ve kuruluşlar arasında gerekli koordinasyonu sağlamak ve çalışmaların verimliliğini artırmak, kadavra organ sayısını artırmak, bilimsel kurallara göre ve tıbbi etik anlayışına uygun, adaletli organ ve doku dağıtımını sağlamak amaçlanmaktadır(ONHY.md.25). Bu kapsamda da yetkili kurullar ve merkezler oluşturulmuştur.

Oluşturulan kurulların başında **Ulusal Organ ve Doku Nakli Koordinasyon Kurulu(UKK)** gelmektedir. UKK; Sağlık Bakanlığı Müsteşarı, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürü, Kalp-Akciğer-Kalp Kapağı, Karaciğer, Böbrek, Kornea, Kemik İliği Nakilleri Bilimsel Danışma Kurulları Başkanları ile İmmünoloji, Diyaliz, Yoğun Bakım Bilimsel Danışma Kurulları Başkanları ve Koordinatörler Kurulu Başkanından oluşmaktadır. Bilimsel Danışma Kurulu Başkanlarından biri, Kurul üyelerinin oylarının salt çoğunluğuyla Ulusal Organ ve Doku Nakli Koordinatörü (Ülke Koordinatörü) olarak seçilmektedir(ONHY.md.5).

Ulusal Koordinasyon Kurulunun yürütmekle yükümlü olduğu görevleri ise şunlardır(ONHY.md.6):

- Organ ve doku nakilleri konusunda ulusal stratejileri belirlemek, alınması gereken önlemleri, gelişime yönelik plan ve programları Sağlık Bakanlığı'na önermek,
- Ulusal Koordinasyon Sistemini geliştirmek,
- Organ ve doku kaynağı merkezlerinde yapılan organ ve doku paylaşımını denetlemek ve bir rapor halinde Sağlık Bakanlığı'na sunmak,
- Bilimsel Danışma Kurulları arasında koordinasyonu sağlamak,

- Organ ve doku nakli merkezlerinin açılma başvurularına ait ilgili Kurul tarafından hazırlanan raporları ülke ihtiyaçlarına göre değerlendirmek ve açılmasını Sağlık Bakanlığı'na önermek,
- Diğer ülkelerdeki gelişmeleri izlemek ve ülkeye kazandırmak.

Yukarıda sözü edilen kurullardan bir diğeri de ***bilimsel danışma kurulları***dır. Kalp-Akciğer-Kalp Kapağı, Karaciğer, Böbrek, Kornea, Kemik İliği Nakilleri ile İmmünoloji ve Yoğun Bakım Bilim Dalı için ayrı Bilimsel Danışma Kurulları oluşturulmuştur. Bilim ve teknolojinin gelişmesiyle yeni uygulamaya başlanan organ ve doku nakilleri için gereken yeni Bilimsel Danışma Kurulları oluşturulabilecektir(ONHY.md.8/1). Bilimsel Danışma Kurullarının üyeleri ise, sayıları her kurul için altıdan çok olmamak üzere Sağlık Bakanlığı'nca seçilmektedir(ONHY.md.8/2).

Bilimsel Danışma Kurullarının yürütmekle yükümlü olduğu görevler aşağıda sıralanmıştır. Belirtelim ki; Bilimsel Danışma Kurulları bu görevleri yürütmek için alt kurullar da oluşturabilirler(ONHY.md.9):

- Görev aldıkları organ ve doku nakli türüne ait organ ve doku nakli merkezlerinin açılma başvurularını değerlendirmek, Bilimsel Danışma Kurulu üyelerinden iki üye ve Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü adına katılacak bir üye olmak üzere üç kişi vasıtasıyla organ ve doku nakli merkezlerini yerinde denetleyerek inceleme raporu hazırlamak ve Ulusal Koordinasyon Kuruluna sunmak,
- Organ ve doku nakli merkezlerinin çalışmalarını izlemek,
- Ülkedeki organ ve doku nakilleri konusunda stratejileri belirlemek, alınması gereken önlemleri, hizmetin gelişimine yönelik plan ve programları önermek,
- Görev alanları ile ilgili organların merkezi dağıtım sisteminin prensiplerini oluşturmak ve Ulusal Koordinasyon Kuruluna sunmak.

Bunlardan başka, organ nakli hizmetlerinde karşılaşılan problemlerin tespiti ve çözüm bulunması amacıyla çalışmalar yürütmek ve koordinatörler arasında iletişimi sağlamak amacıyla da ***Koordinatörler Kurulu***

oluşturulmuştur(ONHY.md.12). Organ ve Doku Nakli Merkezleri ile Organ ve Doku Kaynağı Merkezlerinde⁵⁵⁷ çalışan koordinatörler arasından Sağlık Bakanlığı'na seçilecek beş üyeden meydana gelmektedir(ONHY.md.11).

I .1 .6 .3 .3 .2 –Kuruluş Başvurusu

Yukarıda her bir organ nakline ilişkin yer verdiğimiz Yönergelerde de ilgili organ ve doku nakli merkezinin açılışında hangi belgelerin nereye nasıl verileceği açıklanmış olmakla birlikte, her bir merkez için tekrara düşmemek amacıyla Yönetmelikteki usul ve esaslar dikkate alınmıştır. Buna göre özel organ ve doku nakli merkezleri de dahil olmak üzere bu merkezleri açacak olanların bir dilekçe ile Sağlık Bakanlığı'na başvurmaları gerekmektedir(ONHY.md.18/1). Başvuru dilekçesine eklenmesi gereken belgeler ise şunlardır:

- Merkez sorumluluğunu üstlenecek hekime ait belgeler,
- Organ nakli yapacak hekimin, yapacağı organ nakli alanında, eğitim programı açısından Kurulun onaylamış olduğu bir merkezde yeterli eğitimi gördüğüne ilişkin belge,
- Merkezde görev alacak personelin eğitim durumunu gösterir belgeler,
- Organ veya doku nakli merkezinin planı: Organ ve doku nakli hizmetleri için ayrılan bölümlere ait 1/100 ölçekli, her kat için ayrı düzenlenmiş, yerleşim ve kullanım alanlarını gösterir, ozalite çekilmiş, merkezin bulunduğu ilin Bayındırlık ve İskan Müdürlüğüne tasdik edilmiş plan,
- Merkezde bulunan araç gereci gösterir liste,
- Özel hastane bünyesinde kurulacak organ ve doku nakli merkezi için başvuruluyorsa; kurucu gerçek kişi ise nüfus cüzdanının onaylı örneği, vakıf ise vakıf senedinin, şirket ise şirket sözleşmesinin

⁵⁵⁷ “Organ ve doku alınabilecek potansiyel donörlerin saptanıp izleneceği hastanelerdir” (ONHY.md.22/1).

noterden tasdikli örneği veya kuruluşu gösteren mahkeme kararının örneği.

Başvuruyu yapan merkez, yaptığı organ nakli türüne bağlı olarak, hastanın nakil öncesi ve sonrası dönemlerde ihtiyaç duyabileceği anesteziyoloji ve reanimasyon, iç hastalıkları, çocuk sağlığı ve hastalıkları, patoloji ve diğer branşların mevcut olduğunu, kan bankası desteği ile psikolojik ve sosyal servis desteğine sahip olduğunu, veri yönetimi olanaklarını kullanabildiğini belgelemelidir. Böbrek nakli yapan ve bünyesinde diyaliz merkezi bulunmayan organ nakli merkezleri bu amaçla kullanılmak üzere 2 cihaz kapasiteli diyaliz ünitesi bulundurmak zorundadır(ONHY.md.18/2).

I .1 .6 .3 .3 .3 –Açılma İzni Verilmesi

Organ ve doku nakli merkezlerinin faaliyete geçebilmeleri Sağlık Bakanlığı'ndan alacakları açılma izni onayı ile mümkün olabilmektedir. Buna göre; organ ve doku nakli merkezi açılması için yapılan başvurular, ilgili Bilimsel Danışma Kurulu ya da Sağlık Bakanlığı'nca Kurul üyeleri arasından seçilecek alt komisyon tarafından değerlendirilir. Değerlendirme sonucunda hazırlanan rapor Ulusal Koordinasyon Kuruluna sunulur. Başvuru Ulusal Koordinasyon Kurulunda ülke ihtiyaçlarına ve ulusal planlamaya göre incelenir ve Sağlık Bakanlığı'na öneri olarak sunulur. Uygun görüldüğü takdirde, sağlık Bakanlığı onayı ile açılma izni verilir. Merkezdeki sorumlu hekim değiştiğinde gerekli belgelerle Sağlık Bakanlığı'na başvurularak açılma izni yenilenir(ONHY.md.19).

Merkezlerin faaliyetlerinin izlenmesi ve değerlendirilmesi Ulusal Koordinasyon Kurulunun belirleyeceği kriterler çerçevesinde Ulusal Koordinasyon Kurulu tarafından gerçekleştirilir. Ulusal Koordinasyon Kurulu, değerlendirilen merkezlere ilişkin önerilerini Sağlık Bakanlığı'na bildirir. İlgili merkezler kendilerine ilişkin öneriler doğrultusunda düzenlemeler yapmakla yükümlüdürler(ONHY.md.20/2). Merkezlerin açılma iznine ait nitelikleri kaybetmeleri veya Ulusal Koordinasyon Kurulu tarafından faaliyetlerinin sakıncalı bulunması hallerinde çalışmaları Sağlık Bakanlığı'nca durdurulur(ONHY.md.20/3).

Belirtelim ki; gösterilen nitelik ve koşullara sahip olmadan ve Sağlık Bakanlığı'ndan izin almadan, hekimler ve diğer şahıslar tarafından organ ve doku nakli yapmak için özel merkezler açılması, organ ve doku nakli yapılması yasaktır. Bu yasağa uymadığı saptanan organ ve doku nakli merkezlerinin faaliyetleri Sağlık Bakanlığı'nca durdurulur ve haklarında 2238 sayılı Kanunun ilgili hükümleri uygulanır(ONHY.md.31).2238 sayılı kanunun 15.maddesine göre, fiil daha ağır bir cezayı gerektirmediği takdirde iki yıldan dört yıla kadar hapis cezası verilebilir.

I .1 .6 .4 – Kordon Kanı Bankacılığı

I .1 .6 .4 .1 – Kordon Kanı ve Saklanması

Kordon kanı, hastalıklarının tedavisi için kök hücre nakline ihtiyaç duyan ya da duyacak olan hastalar için, kök hücre kaynağı olarak kullanılmak üzere saklanmaktadır. Ülkemizde kordon konu bankacılığına ilişkin temel düzenleme ***Kordon Kanı Bankacılığı Yönetmeliği***⁵⁵⁸, dir.⁵⁵⁹ Yönetmelik(KKBY) eki Ek 1'deki "Kordon Kanı Verici Anne İçin Bilgilendirilmiş Olur Formu"nda yer verilen açıklamalara göre; kordon kanı bugünkü veriler ışığında 15 yıla kadar sağlıklı olarak saklanabilmektedir. Ancak mevcut yöntemlerle toplanan kordon kanları içerisindeki kök hücre miktarı 40 kg üzerindeki hastalar için yeterli olamamaktadır.

I .1 .6 .4 .2 – Açmaya Yetkili Kişiler

Kordon kanı bankası, kamu kurum ve kuruluşlarınca açılabilirdiği gibi gerçek ve özel hukuk tüzel kişilerin de açılabilir. Bu konuda açmaya yetkili kişiler açısından getirilen tek sınır, kordon kanı bankasının ister kamu ister özel kişilerce olsun bunlara ait genel ve dal hastanelerinde açılabilir. Gerçekten de kordon kanı bankası, kamu kurum ve kuruluşları ile gerçek ve özel hukuk tüzel kişileri tarafından, bunlara ait aşağıda tanımlanan özelliklere sahip genel hastaneler ve özel dal hastaneleri bünyesinde bir ünite biçiminde veya 3194 sayılı İmar Kanunu ve ilgili mevzuatı gereğince yapı kullanma izni alınmış binalarda kurulur(KKBY.md.8).

⁵⁵⁸ 05.07.2005 tarih ve 25866 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

⁵⁵⁹ Belirtelim ki; Kordon Kanı Bankacılığı Yönetmeliği'nde(KKBY) hüküm bulunmayan hallerde Organ ve Doku Nakli Hizmetleri Yönetmeliği'nin(ONHY) ilgili hükümleri uygulanır(KKBY.md.26)

Dolayısıyla kordon kanı bankası, özel kişilere ait genel hastaneler veya dal hastaneleri bünyesinde bir ünite olarak açılacaktır. Yine bunlara ait bağımsız binalarda da kurulacaktır. Şu halde, kordon kanı bankaları, hastaneler dışında başka özel sağlık kuruluşları bünyesinde açılmayacağı gibi müstakil bir merkez olarak da kurulamayacaktır. Bizim bu başlıkta üzerinde duracağımız özel hastaneler bünyesinde açılacak kordon kanı bankaları olacaktır.

I .1 .6 .4 .3 – Kuruluş Süreci

Kordon kanı bankasının açılmasına izin Ulusal Kordon Kanı Koordinasyon Kurulunun uygun bulması üzerine verildiğinden, aşağıda önce bu kurul kısaca tanıtılmış ve daha sonra da kuruluş başvurusu ile çalışma onayına yer verilmiştir.

I .1 .6 .4 .3 .1 – Ulusal Kordon Kanı Koordinasyon Kurulu(UKOK)

Ulusal Kordon Kanı Koordinasyon Kurulu (UKOK); Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğünü temsilen bir üye ile kordon kanı ve kemik iliği nakli konusunda yayın, deneyim ve eğitime sahip uzmanlar arasından Sağlık Bakanı tarafından seçilecek 6 üye olmak üzere toplam 7 üyeden oluşur(KKBY.md.5/1). Üyeler bir yıl süreyle görev yapmak üzere seçilirler. Yeni kurul üyeleri seçilinceye kadar üyelerin görevi devam eder. Üyelerin tekrar seçilebilmeleri mümkündür(KKBY.md.5/2).

UKOK, yılda en az iki defa toplanır. Sağlık Bakanlığı gerekli hallerde, Kurulu olağan toplantılar dışında da toplantıya davet edebilir(KKBY.md.7/1). Kurul, en az üye tam sayısının salt çoğunluğu ile toplanır ve en az üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar alır(KKBY.md.7/2). Kurulun Başkanı, bir yıl süre ile görev yapmak üzere, üyelerin kendi aralarında yapacakları oylamayla belirlenir. Aynı üye en çok iki defa üst üste başkan seçilebilir(KKBY.md.7/4). Kurulun sekreteryası hizmetlerini Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü yürütür(KKBY.md.7/5).

Ulusal Kordon Kanı Koordinasyon Kurulu'nun görevleri ise şunlardır(KKBY.md.6):

- Kordon kanı bankacılığı konusunda ulusal stratejileri ve standartları belirlemek, alınması gereken önlemleri, kordon kanı bankacılığının

geliştirilmesine yönelik faaliyet, plan ve programları Sağlık Bakanlığı'na önermek,

- Dünyada kordon kanı bankacılığı konusundaki gelişmeleri izlemek ve Sağlık Bakanlığı'na bilgi aktarmak,
- Yıllık verileri UKS'ye bildirmek,
- Kordon kanı bankacılığı alanında çalışacak hekim ve diğer personelin eğitim standartlarını belirlemek, sertifikasyon eğitim esaslarını oluşturmak,
- Kordon Kanı Bankaları Çalışma Rehberini (SUY) hazırlamak, gerekirse yıllık olarak gözden geçirerek yayımlamak,

I .1 .6 .4 .3 .2 – Kuruluş Başvurusu

Kordon kanı bankası açmak isteyenler il sağlık müdürlüğüne bir başvuru dilekçesi ve buna ekli başvuru dosyası ile başvurmaları gerekmektedir. Başvuru dosyasında bulunması zorunlu bilgi ve belgeler ise şunlardır(KKBY.md.9):

- Kurucu gerçek kişi ise, nüfus hüviyet cüzdanının; vakıf ise, vakıf senedinin; şirket ise, sermaye durumunun ve şirket ortaklarını gösteren ticaret sicili gazetesinin noterden tasdikli örneği,
- Faaliyet gösterilecek binanın mülkiyetinin girişimciye ait olduğunu gösteren belge veya en az 10 yıllık süre ile binanın kullanım hakkının girişimciye ait olduğunu gösteren, tapuya şerhli, noter onaylı kira kontratı,
- Kurulacak bankanın ağırlıklı olarak hangi amaçla (allojenik, otolog) kurulduğunu, hizmet alanları ile hedef kitlelerini belirtir yazı,
- Kurulacak bankanın yerleşim planını gösterir 1/100 ölçekli mimar tarafından tasdik edilmiş kroki,
- Bankanın SUY'a uygun olarak faaliyet göstereceğini ve buna dair altyapısının var olduğunu gösterir donanım listesi,
- Bankada çalışacak tüm hekim, teknisyen ve diğer görevliler için eğitim uygunluğunu gösterir diploma, uzmanlık belgeleri, sertifika gibi belgeler,

- Personel sözleşmeleri, banka iş akış şeması, SUY, kordon kanı verici anne için bilgilendirilmiş olur formu (Ek-1), kordon kanı bankası kayıt dosyaları (Ek-2),
- Banka sorumluluğunu üstlenecek mesul hekimin bu alanda daha önce almış olduğu eğitim ve çalışmaları gösterir belge,
- Eğer bünyesi içerisinde değilse, kordon kanı toplama birimi veya birimleri olarak işlev görecektir, anlaşma yapılan doğumhane ve/veya ameliyathanelere sahip doğum kliniklerinin listesi ve anlaşma metinleri.

I.1 .6 .4 .3 .3 – Çalışma Onayı

Yukarıda sözü edilen başvuru dilekçesi ve dosyası üzerine, bir müdür yardımcısı, bir mühendis ve varsa o ilde mevcut bir kordon kanı referans merkezinden⁵⁶⁰ bir hekim, böyle bir merkezin bulunmaması durumunda kordon kanı bankacılığı hakkında bilgi sahibi bir uzman ve GMP müfettişi⁵⁶¹ tarafından, açılmak istenen banka yerinde incelenerek il sağlık müdürlüğü tarafından bir değerlendirme raporu hazırlanır. İnceleme neticesinde açılması istenen bankanın varsa eksikliklerinin tamamlanmasını takiben il sağlık müdürlüğü değerlendirme raporu ile birlikte dosya eksiksiz olarak Sağlık Bakanlığı'na gönderilir(KKBY.md.10/1).

Başvuru dosyası Sağlık Bakanlığı tarafından incelenerek UKOK'un görüşü alınır. UKOK'un dosya değerlendirmesi sonrasında gerek duyulursa, UKOK üyeleri arasından seçilecek bir ekip tarafından yerinde inceleme yapılır ve durum tespit raporuyla Sağlık Bakanlığı'na sunulur(KKBY.md.10/2).

UKOK tarafından yapılan inceleme sonrasında başvurusu uygun bulunan bankaya Sağlık Bakanlığı'nca ***Kordon Kanı Bankası Çalışma Onayı*** düzenlenir(KKBY.md.10/3).

⁵⁶⁰ “Referans Merkez: Kordon kanı bankacılığı konusunda akademik çalışmalar yapan ve UKOK tarafından kabul edilip Bakanlık tarafından onaylanarak referans merkez kabul edilmiş olan merkezi ifade etmektedir.” (KKBY.md.4).

⁵⁶¹ “GMP: Üretim standartlarını ve kalite güvencesini sağlamak amacıyla belirlenen tüm üretim ve kalite denetimleriyle ilgili işlemleri kapsayan ve gereğinde güncellenen uluslararası yazılı kuralları ifade etmektedir.” (KKBY.md.4).

I .2 – Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kurum ve Kuruluşları

I .2 .1 –Genel Olarak

Esasen yukarıda yaptığımız ayırmada, özel tıp merkezleri ile özel dal merkezleri “sağlık kurumları” arasında gösterilirken, özel polikliniklerin “sağlık kuruluşları” arasında sayıldığını belirtmiştik. Gerek, SGK Sağlık Uygulama Tebliği’nde gerekse, MB Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliği’nde tıp merkezleri ve dal merkezleri ikinci basamak özel sağlık kurumu, poliklinikler ise birinci basamak özel sağlık kuruluşu olarak sınıflandırılmış ve çalışmamızda da bu ayırım benimsenmiş olmakla beraber, tıp merkezleri, dal merkezleri ve poliklinikler aynı hukuki metinde düzenlendiği için bunların birlikte bu başlık altında incelenmelerinin uygun olacağı düşünülmüştür. Bu durum özel polikliniklerin sağlık kuruluşu olarak değerlendirilmediği anlamına gelmemektedir.

Sözkonusu sağlık kurum ve kuruluşlarının açılması ile çalışma usul ve esaslarını düzenleyen özel bir kanuni düzenleme bulunmamaktadır. Geçmişte bu alandaki boşluk bazı illerdeki il umumi hıfzıssıhha kararları ve Sağlık Bakanlığı’na çıkarılan genelgelerle doldurulmaya çalışılmıştır.⁵⁶² Daha sonra, sistemi detaylandırarak düzenleyen *Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik*⁵⁶³ (ÖSKY) çıkarılmıştır.

Bu yönetmelik ile ayakta teşhis ve tedavi yapılan özel sağlık kuruluşlarının türleri ve tanımlanmaları noktasında geçmiş dönemde varolan belirsizlikler ortadan kaldırılmıştır. Bu Yönetmelik kapsamında bulunan sağlık kuruluşları, faaliyet alanları, hizmet alt yapı özellikleri ile hizmet veren sağlık ekibinin yapısına göre, “merkezler”, “poliklinikler” ve “muayenehaneler” olarak gruplandırılmıştır(ÖSKY.md.5/1).⁵⁶⁴

⁵⁶² Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü’nün 17.04.1985 tarih ve 4789 sayılı Genelgesi ile 11.01.1999 tarih ve 356 sayılı Genelgesi

⁵⁶³ 09.03.2000 tarih ve 23988 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

⁵⁶⁴ KAYNAK, Zeki: “Sağlık Hizmeti Satın Alma İle İlgili Soruşturmalar”, SGK Rehberlik ve Teftiş Başkanlığı Hizmet İçi Eğitim Semineri, Haziran 2007- Antalya, SGK Yayın No:4, Eylül 2007, Ankara, s:126-144

Öte yandan Sağlıkta Dönüşüm Projesi kapsamında tıp merkezleri ve polikliniklerin gün hastanesi ve aile hekimliği sitemine dönüştürülmek istendiği belirtilirken, bunun yerine yapılacak olan sınıflandırmada poliklinikler ve muayenehanelerin aile hekimliği merkezlerine, tanı merkezleri ve sağlık merkezlerinin ise gün hastanesine dönüştürülmesi önerilmektedir.⁵⁶⁵ Sosyal Güvenlik Kurumu ise Sağlık Uygulama Tebliği'nin (2.2) maddesinin (b) bendinde birinci basamak sağlık kuruluşu olarak tanımladığı “özel polikliniklerle” sağlık hizmeti satın almak üzere sözleşme yapmamaktadır.⁵⁶⁶

Öte yandan, ayakta teşhis ve tedavi yapılan özel sağlık kuruluşlarına ilişkin yukarıda sözü edilen Yönetmelik, yeni *Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik*⁵⁶⁷'in 15.02.2008 tarihinde yayımlanması ile yürürlükten kaldırılmıştır. *Ancak, mevcut özel tıp merkezleri, dal merkezleri ve poliklinikler önceki Yönetmeliğe dayalı olarak açıldıklarından aşağıdaki açıklamalarımız önceki Yönetmelik hükümlerine göre yapılmıştır.* Bununla birlikte, yeni Yönetmelikte dal merkezleri tanımlanmamış ve bunların da kendilerini diğer usul ve esasları düzenleyecek olan tebliğin yayınlanmasından sonra en geç dört yıl içinde yeni yönetmeliğe uygun hale getirmeleri istenmiştir(ÖSKY.geçici md.2/2). Ayrıca, güzellik merkezleri de kaldırıldığı için onların da kendilerini yeni yönetmeliğe uygun hale getirmeleri için 01.01.2010 tarihine kadar süre verilmiştir (ÖSKY.geçici md.4/1).⁵⁶⁸

I.2.2 – Merkezler

Merkezler; asgari standart donanım ve personel desteği ile sürekli ve düzenli olarak ayakta teşhis ve tedavi hizmeti sunan özel sağlık kuruluşlarıdır. Merkezler; tıp merkezleri, özel dal merkezleri ve teşhis merkezlerinden

⁵⁶⁵ KARATAŞ, Ahmet: “Tıp Merkezleri ve Polikliniklerde Yaşanan Sorunlar”, 14 Mart Tıp Haftası 2007, İstanbul Tabip Odası, İstanbul 2007, s:153-154

⁵⁶⁶ “Sosyal Güvenlik Kurumu Özel sağlık Kurumundan/Kuruluşundan Sağlık Hizmeti Satın Alma Sözleşmesi”nin (1.3.2) maddesi. (http://www.sgk.gov.tr/doc/gss/ozel_saglik_hizmetleri_sozlesmesi.pdf; Erişim:30.09.2007)

⁵⁶⁷ 15.02.2008 tarih ve 26788 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

⁵⁶⁸ Yeni Yönetmelikle birlikte dikkate alınacak hususlara açıklık getirmek üzere de Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nce 18.02.2008 tarih ve 4651(2008/11) sayılı, 04.03.2008 tarih ve 6664(2008/17), 17.04.2008 tarih ve 13359(2008/30) sayılı Genelgeler yayınlanmıştır.

oluşmaktadır(ÖSKY.md.6/1). Bunlardan teşhis merkezleri aşağıda ayrıca açıklanmıştır.

I.2.2.1 - Özel Tıp Merkezleri

Özel tıp merkezi; asgari olarak bünyesinde iç hastalıkları, kadın hastalıkları ve doğum, çocuk sağlığı ve hastalıkları ve genel cerrahi tıp dallarında birer uzman hekim olmak üzere asgari dört uzmanlık dalında faaliyet gösteren ve bünyelerindeki bu uzmanlardan iç hastalıkları veya çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlarından bir kadrolu hekim ile kadın hastalıkları ve doğum veya genel cerrahi tıp dallarında bir kadrolu hekim olmak üzere en az iki kadrolu uzman hekim çalıştıran, ağız ve diş sağlığı alanında hizmet vermek amacıyla en az bir diş ünitesi ve diş hekimi ile sürekli ve düzenli olarak gelişmiş donanım ve personel desteği ile 24 saat süre ile ayakta teşhis ve tedavi hizmeti sunan özel sağlık kuruluşlarıdır (ÖSKY.md.6/a).⁵⁶⁹

Tıp merkezleri uygunluk belgelerinde belirtilen tıp dallarında düzenli ve sürekli olarak faaliyet göstermek zorundadırlar(ÖSKY.md.26/1). Tıp merkezlerinde ağız ve diş sağlığı alanında hizmet vermek amacıyla en az bir diş ünitesi bulunacak⁵⁷⁰, bünyesinde Sağlık Bakanlığı'ndan ruhsatlı bir tıbbi tahlil ve radyoloji laboratuvarı bulundurmuyorlar ise, tıbbi tahlil ve radyoloji hizmetlerini Sağlık Bakanlığı tarafından ruhsatlı laboratuvarlardan hizmet sözleşmesi ile temin edeceklerdir(ÖSKY.md.26/2).

Diğer taraftan tıp merkezlerinde bir acil ünitesi⁵⁷¹ bulunur ve sağlık kuruluşunun girişine yakın bir yerde faaliyet gösterir. Tıp merkezleri, acil ünitesini

⁵⁶⁹ 15.02.2008 tarihli yeni Yönetmeliğin 6.maddesinde, tıp merkezlerinin tanımı yapılmamış ancak, klinik uzmanlık dallarında “en az dört hekimin tam zamanlı çalışması” taşıması gereken nitelikleri arasında sayılmış, hekimlerin hangi tıbbi dallardan olacağına ise değinilmemiştir.

⁵⁷⁰ Tıp merkezleri bünyesinde açılacak olan ağız ve diş sağlığı hizmeti sunan birimler, **Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik** hükümlerine göre düzenlenecektir(ÖSKY.md.60/2)

⁵⁷¹ Belirtelim ki; sadece tıp merkezleri değil, diğer sağlık kuruluşlarından 24 saat faaliyet gösterenler de, asgari malzeme ve ilaçların bulunduğu acil muayene, gözlem odası ve acil girişim odalarından oluşan acil ünitesini faaliyet gösterdikleri süreler içinde kullanıma hazır bulundurmaları zorundadırlar(ÖSKY.md.29/1). 24 saat faaliyet göstermeyenler ise, asgari malzeme ve ilaçların bulunduğu bir acil odasını faaliyet gösterdikleri süreler içinde kullanıma hazır bulundurmaları zorundadırlar(ÖSKY.md.29/2).

ve asgari malzeme ve araçlar ile ilaçları 24 saat süre ile kullanıma hazır bulundurmak zorundadır(ÖSKY.md.26/3).⁵⁷²

I .2 .2 .2 – Özel Dal Merkezleri

Özel dal merkezi; belirli bir yaş ve cins grubu hastalar ile belirli bir hastalığa tabi tutulanlara veya bir organ veya grubu hastalara yönelik hizmet vermek üzere, biri kadrolu olmak kaydıyla ilgili uzmanlık dalında en az iki uzman hekimin görev yaptığı gelişmiş donanım ve personel desteği ile ayakta teşhis ve tedavi hizmeti sunan özel sağlık kuruluşlarıdır(ÖSKY.md.6/b). Dolayısıyla özel dal merkezleri, uygunluk belgelerinde belirtilen tıp dallarında düzenli ve sürekli olarak faaliyet göstermek zorundadırlar(ÖSKY.md.27/1).

Özel dal merkezleri istenirse faaliyet gösterdikleri daldaki hizmetlerini desteklemek amacıyla uzmanlık dalına yakın bir veya birden çok ilgili diğer uzmanlık dallarını da bünyelerinde bulundurabilirler(ÖKY.md.27/2). Birden çok ilgili diğer uzmanlık dalları ise bu uzmanlık dalına yakın en fazla iki ilgili diğer tıp dalı ile sınırlanırken, örneğin; iki göz uzmanı hekim tarafından açılacak özel dal merkezi bünyesinde diş hekimliği ile ilgili bir birimin bulunması dal merkezine uygun bulunmamaktadır.⁵⁷³

I .2 .3 – Özel Poliklinikler

Poliklinikler, tıpta uzmanlık alanlarının dağılımına bakılmaksızın, temel olarak muayenehane ve diğer gerekli asgari destek hizmetleri ile bir veya birden çok tıpta uzmanlık dalı ve/veya genel pratisyenlik olarak en az iki hekimin hizmet verdiği, ayrıca istenirse ilave olarak diş hekimliği hizmetinin bir araya gelmesi ile kurulan özel sağlık kuruluşlarıdır(ÖSKY.md.7).⁵⁷⁴ Belirtelim ki, özel mevzuatına göre faaliyet gösteren özel hastane poliklinikleri bu Yönetmelik kapsamında değildir.

⁵⁷² Bulundurulması zorunlu asgari tıbbi malzeme ve donanım listesi ile bulundurulması zorunlu asgari ilaç listesi için bkz. ; Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 21.10.2006 tarih ve 26326 sayılı(2006/104) Genelgesi

⁵⁷³ Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 21.10.2006 tarih ve 26326 sayılı(2006/104) Genelgesi

⁵⁷⁴ 15.02.2008 tarihli yeni Yönetmeliğin 7.maddesinde ise poliklinikler “hizmet birimleri birbirleriyle doğrudan bağlantılı” en az üç hekim tarafından açılan sağlık kuruluşları olarak tanımlanmıştır.

Polikliniklerin günün 24 saatinde hizmet vermeleri zorunlu değil ihtiyaridir. Öte yandan bu tür kuruluşlar, istedikleri takdirde Sağlık Bakanlığı'na ruhsatlandırılmış laboratuvarlar ile hizmet sözleşmesi yapabilirler(ÖSKY.md.28).

I .2 .4 – Muayenehaneler

Muayenehane, hekimlerin mesleklerini serbest olarak icra etmek üzere münferiden 1219 sayılı Kanun hükümlerine göre açtıkları özel sağlık kuruluşlarıdır(ÖSKY.md.8).⁵⁷⁵ Dolayısıyla muayenehane; bir hekimin tek başına faaliyet gösterdiği bir işyeri, sağlık kuruluşları(tıp merkezi, dal merkezi, teşhis merkezi, poliklinik) ise birden fazla hekimin faaliyet gösterdiği işyerleri olarak değerlendirilmelidir.⁵⁷⁶ Bu sebeple de *Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi*'nin⁵⁷⁷ 43.maddesine göre hekim, muayenehanede kendi adına bir başka meslektaşını çalıştıramaz. Ancak sınırlı bir süre için hekimin kendisinin bulunmaması halinde yerine diğer bir meslektaşının bakması mümkün olmakla birlikte, bu sürenin bir aydan daha fazla olması durumunda ilgili tabip odasına haber verilmesi gerekir. Mesleğini serbestçe uygulayacak olan hekim için, muayenehane açarak özel hasta kabul etme işlemi herhangi bir izne bağlanmamış, ancak sadece aşağıda açıklanan mercilere bildirme zorunluluğu getirilmiştir.

I .2 .5 – Açılma/Kuruluş Süreci

I .2 .5 .1 – Açmaya ve İşletmeye Yetkili Kişiler

Tıp merkezleri, dal merkezleri ve poliklinikler;

- Kanuna göre mesleğini serbest olarak icra etmek yetkisine sahip serbest çalışan hekimler,
- Ortaklarının tamamı hekim veya uzman hekimlerin bulunduğu şirketler,

⁵⁷⁵ 15.02.2008 tarihli yeni Yönetmeliğin 7. maddesine göre muayenehanelerde cerrahi ve girişimsel tıbbi işlemler yapılamayacaktır.

⁵⁷⁶ Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 06.09.2001 tarih ve 15039 sayılı yazısı

⁵⁷⁷ 19.02.1960 tarih ve 10436 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

- 2368 sayılı Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun hükümlerine göre aynı hakkı haiz olan Devlet memuru veya diğer kamu görevlisi statüsünde bulunan hekimler,
- 5253 sayılı Dernekler Kanunu çerçevesinde kurulan ve bu Kanununun 27. maddesi çerçevesinde kamu yararına çalıştığına karar verilen ve tüzüğünde sağlık hizmeti sunumu ile ilgili düzenleme bulunan dernekler,
- 13.07.1967 tarihli ve 903 sayılı Kanununun 4.maddesine göre Bakanlar Kurulunca vergi muafiyeti tanınmış olan ve kuruluş senesinde sağlık hizmeti sunumu ile ilgili düzenleme bulunan vakıflar,
- Kanunla kurulan kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşları tarafından,

açılabilir ve işletilebilirler(ÖSKY.md.9/1).

Ancak, yukarıda belirtilen vakıflar, dernekler ve kanunla kurulan kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşları yalnızca tıp merkezlerini ve kuruluş amaçlarında belirtilen tıp dalı ile ilgili özel dal merkezlerini açıp, işletilebilirler(ÖSKY.md.9/1).⁵⁷⁸

Anlaşıldığı üzere özel ticari şirketlerin merkez ve poliklinik açma olanakları bulunmamaktadır. Bu hak açıkça hekimlere, ortaklarının tamamı hekimlerden ve uzman hekimlerden oluşan şirketlere, dernek ve vakıflara tanınmış bulunmaktadır. Belirtelim ki, şirket bünyesinde muayenehane açılmadığı gibi, tamamına hekimlerin ortak olduğu herhangi bir şirketin muayenehane açıp işletmesi de sözkonusu değildir.⁵⁷⁹ Şirketlerin muayenehane açamayacağı, ÖSKY.'nin (10/2) maddesinde, ticaret sicil gazetesi ile ilgili bilgi ve belgeleri ifade eden (10/1-d) bendinin

⁵⁷⁸ 15.02.2008 tarihli yeni Yönetmeliğin 8.maddesinde; tıp Merkezinin, mesleğini serbest icra etmek hak ve yetkisi olan tabip veya birden fazla tabip ve dış tabibi ortaklığında, Polikliniğin ise, mesleğini serbest icra etmek hak ve yetkisi olan tabipler tarafından müşterek halde, sadece o poliklinik bünyesinde meslek icra etmek şartıyla açılacağı hüküm altına alınmıştır. Önceki Yönetmelikte sözkonusu sağlık kurum ve kuruluşlarını açmaya yetkili olan diğer kişilere ise yeni Yönetmelikte yer verilmemiştir.

⁵⁷⁹ Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 06.09.2001 tarih ve 15039 sayılı yazısı; Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 21.10.2006 tarih ve 26326 sayılı(2006/104) Genelgesi

muayenehane başvurularında istenmeyeceğinin belirtilmiş olmasından da anlaşılmaktadır.

Danıştay'da oldukça eski tarihli bir kararında; *“hususî bir hastaneye bağlı olmaksızın muhtelif ihtisas şubelerine mensup tabiplerin bir araya gelerek poliklinik veya dispanser namı altında ve aralarındaki anlaşma esasları dairesinde meslek ve sanatlarını ücret mukabili ifa etmelerini men eden hiçbir kanun hükmü mevcut olmadığı gibi haddizatında tababet sanatının; muayyen bir yerde yalnız bir tabip tarafından ifa edilmesi ile muhtelif ihtisas şubesine mensup bir kaçının bir araya gelerek yapılması arasında bir mahiyet farkı bulunduğu da düşünülemez”*⁵⁸⁰ demiştir.

Benzer biçimde, *“Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair 1219 sayılı Kanunun 1. maddesi hükmüne göre, Türkiye Cumhuriyeti dahilinde tababet icra ve her hangi bir surette olursa olsun hasta tedavi edebilmek için Tıp Fakültesinden diploma sahibi olmak ve Türk olmak şarttır. Bu hüküm karşısında, mahiyeti itibariyle bir muayenehane demek olan polikliniğin de , ancak, tababet icrasına mezun olan kimseler tarafından açılabileceğinin ve işin, münhasıran kar gyesi ile ele alınacak bir ticaret konusu yapılamayacağı bu itibarla.....hekim olmayan şahısların bu faaliyete iştiraklerinin yasaklanmış bulunduğu kabulü zorunludur.”*⁵⁸¹ demek suretiyle, özetle mahiyeti itibariyle muayenehane sayılabilecek olan polikliniklerin hekim olmayan kimselerin ortak olduğu şirketlerce açılmayacağına hükmetmiştir.⁵⁸²

Daha yeni tarihli bir kararında ise Danıştay, başlangıçtaki yaklaşımına uygun olarak; *“ayakta tedavi hizmeti üzere kurulan poliklinik ile muayenehane niteliğinde olan tedavi merkezlerini(kararda tıp merkezlerini) açmak ve işletmek üzere kurulacak şirketin bütün ortaklarının hekim olması gerektiği, 1219*

⁵⁸⁰ Danıştay 3.D.,23.12.1954, E:1954/112, K:1954/11; <http://www.danistay.gov.tr/kerisim/container.jsp>, Erişim:10.05.2007

⁵⁸¹ Danıştay 3.D.,18.11.1965, E:1965/357, K:1965/410; <http://www.danistay.gov.tr/kerisim/container.jsp>, Erişim:10.05.2007

⁵⁸² Ters yönde bir kararı ile de; *“şirket ortaklarının tamamının doktor olmaması sebebiyle poliklinik açılmasına izin verilmemesinde kamu yararı bulunmadığı, günümüzdeki gelişmeler nedeniyle tıbbi teknolojinin kullanılabilmesi için önemli miktarda mali kaynak gerektiği, bunun da ancak ticari şirketlerce sağlanabildiği, tababetle ilgili işlerin doktorlar tarafından yapılacağı, şirket tarafından poliklinik açılmasında ve çalıştırılmasında yasaya aykırılık bulunmadığı”* şeklindeki yerel mahkeme kararını onamıştır. (Danıştay 10.D., 22.04.1993, E:1991/1902, K:1993/1658; <http://www.danistay.gov.tr/kerisim/container.jsp>, Erişim:10.05.2007)

sayılı Kanunun da hekim olmayan kimselerin poliklinik ve tıp merkezleri açmasına yasal olanak tanımadığına” hükmetmiştir.⁵⁸³ Bu karar Danıştay İdari Dava Dairelerince de onanmıştır.⁵⁸⁴

Belirtelim ki, özel girişimcilerin yataklı tedavi kurumu açıp işletebilmesi mümkün iken, ayaktan teşhis ve tedavi hizmeti sunan sağlık kurum ve kuruluşu açamamalarının, özel sektörün bu alandaki gelişme ve büyümesini önlediği ileri sürülerek, özel girişimcilerin de bu tür sağlık kuruluşlarını açabilmelerini sağlamak için kanun teklifi verilmiştir.⁵⁸⁵ Sağlık Bakanlığı’nın son yıllardaki yaklaşımının da bu yönde olduğu⁵⁸⁶ görülmekle birlikte, “tabip olmayanların tababet ile iştigal eden bir şirkete ortak olmalarına izin verilmesi halinde, insan sağlığı ile doğrudan alakalı olan tababet ile ilgili mesleki disiplin ve prensiplerin, mesleğin dışındaki kişilere verilmesini ortaya çıkaracağı ve tababet mesleğinde tabiplere ait olan inisiyatifin ticaret şirketi idaresinin eline geçeceği ve bunun da mesleğin istismarını gündeme getireceği” yönlü yine Sağlık Bakanlığı’nın itirazlarının olduğunu da söyleyebiliriz.⁵⁸⁷

I .2 .5 .2 – Özel Sağlık Kuruluşları Teknik Komisyonu

Özel sağlık kuruluşlarının açılma başvurularını değerlendirmek üzere Özel Sağlık Kuruluşları Teknik Komisyonu oluşturulmuştur(ÖSKY.md. Ek 1/1).⁵⁸⁸ Komisyon, tıp fakülteleri öğretim üyeleri, Sağlık Bakanlığı eğitim hastaneleri klinik şef veya yardımcıları veyahut başasistanlardan ve Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatından olmak üzere toplam yedi kişiden oluşur(ÖSKY.md. Ek 1/3).

⁵⁸³ Danıştay 10.D, 29.11.2000, E:1998/7443, K:2000/5884; <http://www.danistay.gov.tr/kerisim/container.jsp>, Erişim:10.05.2007

⁵⁸⁴ Danıştay İdari Dava Daireleri, 25.03.2004, E:2001/465, K:2004/398; <http://www.danistay.gov.tr/kerisim/container.jsp>, Erişim:10.05.2007

⁵⁸⁵ Diyarbakır Milletvekili Prof.Dr.Aziz AKGÜL tarafından, 22.dönem yasama faaliyetleri kapsamında, TBMM Başkanlığı’na 01.06.2006 tarih ve 2/808 esas numarada verilen kanun teklifi

⁵⁸⁶ Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan “*Sağlık Kuruluşları Yönetmeliği Taslağında*” gerçek kişiler ile ayırsız özel hukuk tüzel kişilerinin hastanelerin yanısıra merkezler ve poliklinikler de açabileceği öngörülmektedir. (<http://sbu.saglik.gov.tr/ruhsatlandirma/> ; Erişim:13.07.2007)

⁵⁸⁷ Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü’nün 06.09.2001 tarih ve 15039 sayılı yazısı

⁵⁸⁸ Daha önce Sağlık Bakanlığı merkez örgütünde böyle bir komisyon bulunmaz iken yapılan Yönetmelik değişikliğiyle(06.11.2007-26692 RG), Özel Hastaneler Teknik Komisyonuna benzer biçimde Özel Sağlık Kuruluşları Teknik Komisyonu oluşturulmuş bulunmaktadır. 15.02.2008 tarihli yeni Yönetmeliğin 14 ve 15. maddelerinde ise “Teknik İnceleme Ekibi/Ekipleri” düzenlenmiştir.

Komisyon; ihtiyaca ve Sağlık Bakanlığı'nın daveti üzerine başkan(Tedavi Hizmetleri Genel Müdürünün veya Genel Müdür Yardımcısı) tarafından önceden belirlenmiş toplantı gündemine göre dört ayda bir toplanır. Toplantı daveti, toplantı tarihi, yeri ve gündemi ile birlikte en az yedi gün önce üyelere yazılı olarak bildirilir(ÖSKY.md. Ek 1/5). Belirtelim ki; Özel Hastaneler Teknik Komisyonunun her zaman toplanmaya hazır yapılmasına rağmen, Özel Sağlık Kuruluşları Teknik Komisyonunun dört ayda bir yani yılda üç defa toplanacak olması yeni tıp merkezlerinin açılmasını adeta imkansız hale getireceği şeklinde yorumlanmaktadır.⁵⁸⁹

Komisyon oy çoğunluğu ile karar alır. Oylarda eşitlik olması halinde, başkanın kullandığı oy yönünde çoğunluk sağlanmış sayılır. Komisyon kararları, karar defterine yazılır ve toplantıya katılan üyelere imzalanır. Karara muhalif olanlar, şerh koymak suretiyle kararları imza ederler. Muhalif görüş gerekçesinin karar altında veya ekinde belirtilmesi zorunludur. Komisyonun sekreteryaya hizmetlerini Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü yürütür(ÖSKY.md. Ek 1/6).⁵⁹⁰

I .2 .5 .3 – Kuruluş Başvurusu

Sağlık kuruluşu açacaklar bizzat veya mesul müdürleri vasıtasıyla il sağlık müdürlüğüne Yönetmelikte belirtilen hangi tür sağlık kuruluşunu açacaklarını belirten bir dilekçe ile başvururlar.⁵⁹¹ İl sağlık müdürlüğünce oluşturulacak bir ekip tarafından, açılması istenen sağlık kuruluşunun fiziksel mekan olarak yeterliliği

⁵⁸⁹ ERSOY, İbrahim: “Deveye Hendek Atlamak Ya da Tıp Merkezi Açmak”, <http://www.medimagazin.com.tr/mm-deveye-hendek-atlamak-ya-da-tip-merkezi-acmak-ky-51381.html>; Erişim:27.11.2007

⁵⁹⁰ Daha önce ayakta teşhis ve tedavi hizmeti verilen özel sağlık kuruluşlarına ilişkin birçok iş ve işlem ile idari düzenlemeler Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nce yapılırken(ki, değişiklikten önce Yönetmelikte Genel Müdürlükten kasıt Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü idi) yapılan yönetmelik değişikliği ile(06.11.2007-26692 RG) artık bunlar Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nce yapılacaktır. Bu kapsamda yetkinin bize göre yerinde bir karar ile Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne devrinin ise daha önce kararlaştırılmış olduğunu söyleyebiliriz.(Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 02.10.2007 tarih ve 20544 sayı ile 14.11.2007 tarih ve 23590 sayılı Genel Yazıları)

⁵⁹¹ Çocuk sahibi olmayan evli çiftlerden tıbben uygun görülenlerin üremeye yardımcı tedavi metotları vasıtasıyla çocuk sahibi olmalarının sağlanması amacıyla açılacak üremeye yardımcı tedavi merkezleri *Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezleri Yönetmeliği*'ne, genetik hastalıklar ile ilgili tanı yapan merkezler ise *Genetik Hastalıklar Tanı Merkezleri Yönetmeliği*'ne göre düzenlenecektir(ÖSKY.md.60/1) Özel sağlık kuruluşları bünyesinde açılacak bu nitelikteki hizmet birimlerinin açılması ve ruhsatlandırması işlemleri sözü edilen özel mevzuatına göre yerine getirilecektir.

hakkında bir ön inceleme raporu düzenlenir. Bu ön inceleme raporu, dilekçe ve ekli dosya ile başvuruda bulunulması gerekir. Başvuru dilekçesine ekli başvuru dosyasında bulunması gereken bilgi ve belgeler ise şunlardır(ÖSKY.md.10/1):

- Sağlık kuruluşunun unvanını, sahibini veya sahiplerini, faaliyet göstereceği adresi, alanları ve faaliyete geçirmek istediği sağlık kuruluşunun türünü belirten ve sağlık kuruluşunun açılışı ile ilgili işlemlerinin başlatılmasını talep eden mes'ul müdürce imzalı başvuru dilekçesi,
- Sağlık kuruluşunun oda esasında bütün mekanlarının ne amaçla kullanılacağını gösterir en az 1/100 ölçekli ve hizmet sınırları içerisinde bulunduğu sağlık ocağı hekimince yerinde bizzat görülerek doğruluğu onaylanmış plan örneği,
- Yangına karşı gereken tedbirlerin alındığına dair ilgili mevzuata göre yetkili olan mercilerden alınan belge⁵⁹²,
- Sağlık kuruluşu bir ticaret şirketi tarafından açılacak ise, şirket ortaklarını gösterir ticaret sicili gazetesinin aslı veya noter tasdikli örneği ile ortaklarının tamamının hekim olduklarını belgelemek üzere söz konusu şirket ortaklarının diplomalarının, varsa uzmanlık belgelerinin il sağlık müdürlüğüne onaylı birer örneği⁵⁹³,
- Sağlık kuruluşu bir dernek tarafından açılacak ise 5253 sayılı Dernekler Kanununun 27.maddesi çerçevesinde derneğin kamu yararına çalıştığını belgeleyen kararın ve dernek tüzüğüne bir örneği; vakıflar tarafından açılacak ise, Bakanlar Kurulu'nca vergi muafiyeti kararı ve vakıf senedinin bir örneği⁵⁹⁴,
- Sağlık kuruluşunda kullanılacak olan ve bulundurulması mecburi asgari tıbbi malzeme ve donanım ile ilaç listeleri dikkate alınarak hazırlanmış, mes'ul müdürce imzalanmış ve hizmet sınırları

⁵⁹² “Bu belgeler muayenehaneler için yapılacak başvurularda istenmeyecektir.” (ÖSKY.md.10/2)

⁵⁹³ “Bu belgeler muayenehaneler için yapılacak başvurularda istenmeyecektir.” (ÖSKY.md.10/2)

⁵⁹⁴ “Bu belgeler muayenehaneler için yapılacak başvurularda istenmeyecektir.” (ÖSKY.md.10/2)

içerisinde bulunduğu sağlık ocağı hekimince yerinde bizzat görülerek doğruluğu onaylanmış asgari araç-gereç ve ilaç listesi⁵⁹⁵,

- Sağlık kuruluşu bünyesinde tıbbi tahlil ve/veya radyoloji laboratuvarı bulunduracak ise, 992 sayılı Kanun ile 3153 sayılı Kanun kapsamındaki tıbbi tahlil ve/veya radyoloji laboratuvarı için Sağlık Bakanlığı'nca düzenlenmiş ruhsatname örnekleri⁵⁹⁶,
- Sağlık kuruluşu bünyesinde sadece kendi hastalarına yönelik direkt radyolojik tanı hizmetleri sunulacak ise, söz konusu hekime ait 3153 sayılı Radyoloji, radyom ve Elektrikle Tedavi ve Diğer Fizyoterapi Müesseseleri Hakkında Kanunun 7. maddesi hükümlerine göre üç aylık kurs gördüğüne dair ilgili uzman hekimce verilen sertifikanın ve sağlık kuruluşunda bulundurulacak röntgen cihazı için Türkiye Atom Enerjisi Kurumunca sağlık kuruluşu sahibi veya mesul müdür adına düzenlenmiş lisans belgesinin il sağlık müdürlüğüne onaylı örneği,
- Sağlık kuruluşu bünyesinde bulunmayan laboratuvar teşhis hizmetleri, 992 sayılı ve 3153 sayılı Kanuna uygun olarak çalışan ve Sağlık Bakanlığı'nca ruhsatlı bir başka laboratuvardan temin edilecek ise; söz konusu laboratuvar hizmetini sunan kuruluş ile bu konuda yapılmış ve geçerli olan hizmet sözleşmesinin ve sözleşme yapılan kuruluşa ait Sağlık Bakanlığı'nca düzenlenmiş ruhsatnamelerin bir örneği⁵⁹⁷,
- Sağlık kuruluşunda hasta nakli için kullanılmak üzere tam donanımlı ambulans bulunduruluyor ise Ambulanslar ve Acil Sağlık Araçları ile Ambulans Hizmetleri Yönetmeliğine göre verilmiş olan Ambulans Uygunluk Belgesinin mes'ul müdürce onaylı örneği, sağlık kuruluşu söz konusu hizmeti sunan kuruluş ile hizmet sözleşmesi yapmış ise Ambulans Servisi Uygunluk Belgesinin

⁵⁹⁵ “Bu belgeler muayenehaneler için yapılacak başvurularda istenmeyecektir.” (ÖSKY.md.10/2)

⁵⁹⁶ “Bu belgeler muayenehaneler için yapılacak başvurularda istenmeyecektir.” (ÖSKY.md.10/2)

⁵⁹⁷ “Bu belgeler muayenehaneler için yapılacak başvurularda istenmeyecektir.” (ÖSKY.md.10/2)

mes'ul müdürce onaylı örneği ile noter onaylı hizmet sözleşmesinin örneği⁵⁹⁸,

- Mes'ul müdürün, açılacak sağlık kuruluşunda mes'ul müdür olarak çalışacağına dair noterlikçe tasdikli mes'ul müdürlük sözleşmesi ile mes'ul müdüre ait tasdikli nüfus cüzdanı örneği ve iki adet vesikalık fotoğraf⁵⁹⁹,
- Muayenehane açacak olan hekimin veya sağlık kuruluşunda çalışacak bütün hekimlerin diplomalarının ve var ise uzmanlık belgelerinin il sağlık müdürlüğüne tasdikli örnekleri ile ikişer adet vesikalık fotoğrafları,
- Sağlık kuruluşunda çalışacak bütün hekim ve dış hekimleri için bağlı oldukları meslek kuruluşu tarafından düzenlenmiş, meslek kuruluşuna kayıtlı olduklarını bildirir belgenin veya meslek odası kimlik kartının mes'ul müdür tarafından onaylı bir örneği,
- Sağlık kuruluşunda çalışacak bütün sağlık personeli için, herhangi bir kamu kuruluşunda görev yapıp yapmadıklarını beyan eden dilekçeleri ile görev yaptıklarını beyan edenlerin dilekçe ekinde görev yaptıkları kamu kurum ve kuruluşlarından 2368 sayılı Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanunda öngörülen tazminatların, söz konusu sağlık personeli için düzenlenecek personel çalışma belgesinin tarihinin bildirilmesinden itibaren, maaşlarından kesilmeye başlanılacağını bildirir belgeleri,
- Sağlık kuruluşunda çalışacak hekim dışı diğer sağlık personelinin diplomalarının il sağlık müdürlüğüne tasdikli örnekleri ve ikişer adet vesikalık fotoğrafları⁶⁰⁰,
- Sağlık kuruluşunda çalışacak sağlık dışı personelin, mes'ul müdür tarafından onaylanmış nüfus cüzdanı fotokopileri.⁶⁰¹

⁵⁹⁸ “Bu belgeler muayenehaneler için yapılacak başvurularda istenmeyecektir.” (ÖSKY.md.10/2)

⁵⁹⁹ “Bu belgeler muayenehaneler için yapılacak başvurularda istenmeyecektir.” (ÖSKY.md.10/2)

⁶⁰⁰ “Bu belgeler askeri hekimler için istenmeyecektir.” (ÖSKY.md.10/2)

⁶⁰¹ “Bu belgeler muayenehaneler için yapılacak başvurularda istenmeyecektir.” (ÖSKY.md.10/2)

ÖSKY. kapsamındaki mevcut bir sağlık kuruluşunu açanlar ve işletenlerce, şube niteliğinde ikinci bir sağlık kuruluşunun açılmak istenmesi veya faaliyet gösterdiği adresin değişmesi durumunda, yukarıda belirtilen evraklar ile başvuru aynen tekrarlanır(ÖSKY.md.11/6).

I .2 .5 .4 – Bina Durumu

Tıp merkezleri, dal merkezleri, poliklinikler ve muayenehaneler; betonarme binada veya ahşap ise müstakil bir binada kurulur. Sağlık kuruluşunda özellikle hasta dolaşımının olduğu mekanların zemini düz, pürüzsüz, dezenfeksiyona uygun ve kolayca temizlenebilir özellikte döşenmiş olmalıdır. Odalar arasındaki bölümler tabandan tavana kadar beton, alçıpan, suntalam ve benzeri malzemelerle yapılmış olmalıdır. Sağlık kuruluşunda, ulaşım ve hizmet sunumunda kolaylık sağlanması açısından acil odası veya ünitesi sağlık kuruluşunun girişine yakın bir yerde bulundurulur(ÖSKY.md.15/1).

Söz konusu sağlık kurum ve kuruluşları için, özel hastanelerden farklı olarak, bağımsız bir binada faaliyet gösterme zorunluluğu bulunmadığı anlaşılmaktadır. Sağlık kuruluşunun bütün birimleri aynı bina içerisinde ve birbirlerine bitişik konumda olmak zorundadır(ÖSKY.md.15/2). Uygunluk belgesi alındıktan sonra binada yapılan esasa ilişkin değişiklikler ise il sağlık müdürlüğüne bildirilecektir(ÖSKY.md.15/5).

Diğer taraftan, söz konusu sağlık kurum ve kuruluşlarında hasta bekleme salonu, muayene odası, acil odası, acil ünitesi, hasta gözlem odası gibi bulunması zorunlu asgari birimlere ise ÖSKY'nin 16.maddesinde yer verilmiştir.

Bunlardan başka, *Eczane ve Eczane Hizmetleri Hakkında Yönetmeliğin*⁶⁰² 9.maddesi beşinci fıkrasına göre, “*Muayenehaneler ile sadece tahlil ve görüntüleme hizmeti veren laboratuvar tanı merkezleri hariç olmak üzere, içinde sağlık kurum ve kuruluşu bulunan bina ve bahçesi ile müşterilatinde serbest eczane açamaz...*” Şu halde, özel tıp merkezleri, özel dal merkezleri ve özel polikliniklerin bulunduğu bina ya da bahçesinde serbest eczane açılmayacaktır. Belirtelim ki, fıkra hükmü

⁶⁰² 13.10.1992 tarih ve 21374 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

tersinden de işletilmek suretiyle, içerisinde serbest eczane bulunan binalarda özel sağlık kurum ve kuruluşu açılmasına izin verilmemesi sözkonusu olabilmektedir.

I .2 .5 .5 – Sağlık Kuruluşuna Açılma İzni Verilmesi

Yukarıdaki şekilde yapılan başvuru, dosya üzerinden öncelikle il sağlık müdürlüğü tarafından incelenerek, eksiklikleri var ise sağlık kuruluşunu açmak isteyenlere bildirilir(ÖSKY.md.11/1). Başvuru dosyasında eksiklik yok ise il sağlık müdürlüğü tarafından görevlendirilen ekip tarafından sağlık kuruluşu yerinde incelenerek rapor düzenlenir. Dosya üzerinden ve yerinde inceleme sonucunda eksikliği bulunmayan başvuru dosyası Sağlık Bakanlığı'na gönderilir. Bakanlığa intikal ettirilen başvuru Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nce dosya üzerinden incelenir ve eksiklik bulunmuyor ise Özel Sağlık Kuruluşları Teknik Komisyonuna havale edilir(ÖSKY.md.11/2).⁶⁰³

Özel Sağlık Kuruluşları Teknik Komisyonu başvuruyu dosya üzerinden değerlendirerek görüşünü rapor halinde Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne sunar. Eksiklik ve uygunsuzluk tespiti halinde durum il sağlık müdürlüğüne bildirilir(ÖSKY.md.11/3). Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü ve Özel Sağlık Kuruluşları Teknik Komisyonu tarafından dosya üzerinden yapılan inceleme sonucu başvurusu uygun bulunanlara ise il sağlık müdürlüğü tarafından bu Yönetmeliğin Ek 1'inde yer alan **uygunluk belgesi** düzenlenir.⁶⁰⁴ Uygunluk belgesine ilave olarak, mesul müdür adına bu Yönetmeliğin Ek 2'sinde yer alan **mesul müdürlük belgesi** ve diğer çalışanlarının her birine bu Yönetmeliğin Ek 3'ünde yer alan **personel çalışma belgesinden** ikişer nüsha düzenlenir.⁶⁰⁵ Düzenlenen bu belgeler ve başvuru dosyasının bir örneği il sağlık müdürlüğünde saklanır, diğer nüshaları mesul müdüre imza karşılığında verilir(ÖSKY.md.11/4).

⁶⁰³ Daha önce başvurular il sağlık müdürlüğünde incelenip değerlendirilirken, yapılan yönetmelik değişikliğiyle(06.11.2007-26692 RG) başvuru dosyası artık Sağlık Bakanlığı'na gönderilecektir.

⁶⁰⁴ Belirtelim ki; Sağlık Bakanlığı, gerekli gördüğünde, uygunluk belgesi verilmiş özel sağlık kuruluşlarının yerinde incelenmesini ve değerlendirilmesini de Özel Sağlık Kuruluşları Teknik Komisyonundan isteyebilir(ÖSKY.md. Ek 1/2).

⁶⁰⁵ “Muayenehanelere uygunluk belgesi ve mesul müdürlük belgesi düzenlenmez”(ÖSKY.md.11/5).

I .2 .5 .6 – Sağlık Kurum ve Kuruluşunun Devri

Tıp merkezleri, dal merkezleri, teşhis merkezleri ve polikliniklerin devredilmesi halinde, devralanlar, ÖSKY hükümlerine ve ilgili diğer mevzuata uymak zorundadır. Aynı zamanda denetim esnasında eksik ve aksaklıklardan dolayı devralan, devreden sorumluluklarını da almış sayılır. Bu yüzden, önceden devredene verilen süre devralana da verilmiş sayılarak ek bir süre verilmez(ÖSKY.md.56/1).

Söz konusu özel sağlık kuruluşunu açma, işletme hakkına sahip olanlardan devir alacak kişiler devir alacaklarına dair bir dilekçeyi il sağlık müdürlüğüne verir. Uygun görülmesi halinde devir eden kişi veya kişilerin devir etme isteğini belirten, devir alan kişi veya kişilerin devir alma isteğini belirten karşılıklı birer dilekçeleri ve ÖSKY'nin 10.maddesinin (a), (d) ve (e) bentlerinde belirtilen belgeler ile birlikte il sağlık müdürlüğüne onbeş gün içinde başvururlar. Uygun görülmemesi halinde bu keyfiyet en geç beş gün içinde yazı ile bildirilir(ÖSKY.md.56/2).

Tarafların karşılıklı devir taleplerini gösteren dilekçeleri ile birlikte devir alanlara ilişkin bazı temel belgelerin de ibrazı gerekmektedir. Bu belgeler daha çok söz konusu sağlık kuruluşlarını açmaya sağlık mevzuat gereği yetkili olup olmadıklarını tespiti yöneliktir. Sözü edilen belgeler ise şunlardır :

- Sağlık kuruluşunun unvanını, sahibini veya sahiplerini, faaliyet göstereceği adresi, alanları ve faaliyete geçirmek istediği sağlık kuruluşunun türünü belirten ve sağlık kuruluşunun açılışı ile ilgili işlemlerinin başlatılmasını talep eden mes'ul müdürce imzalı başvuru dilekçesi,
- Sağlık kuruluşu bir ticaret şirketi tarafından açılacak ise, şirket ortaklarını gösterir ticaret sicili gazetesinin aslı veya noter tasdikli örneği ile ortaklarının tamamının hekim olduklarını belgelemek üzere söz konusu şirket ortaklarının diplomalarının, varsa uzmanlık belgelerinin il sağlık müdürlüğüne onaylı birer örneği,
- Sağlık kuruluşu bir dernek tarafından açılacak ise 5253 sayılı Dernekler Kanununun 27.maddesi çerçevesinde derneğin kamu yararına çalıştığını belgeleyen kararın ve dernek tüzüğüne bir örneği; vakıflar tarafından

açılacak ise, Bakanlar Kurulu'nca vergi muafiyeti kararı ve vakıf senedinin bir örneği.

I .2 .6 – Sağlık Kuruluşlarındaki Özellikli Birimler

I .2 .6 .1 – Cerrahi Müdahale Birimleri

I .2 .6 .1 .1 – Tanım ve Niteliği

Cerrahi müdahale birimleri; genel veya lokal anestezi altında cerrahi müdahalenin uygulanabildiği, asgari standart donanım ve personel desteği ile sürekli ve düzenli olarak ayakta teşhis ve tedavi hizmeti sunan özel sağlık kuruluşlarındaki birimlerdir(ÖSKY.md.35/1).

Cerrahi müdahale birimleri, Yönetmelikte tanımlanan özel sağlık kuruluşlarından müstakil binada kurulan veya bina dışına açılan ve sedye ile hasta nakline imkan sağlayacak şekilde girişinden itibaren tüm alanların sağlık kuruluşu tarafından kullanıldığı tıp merkezleri ve özel dal merkezleri bünyesinde kurulur(ÖSKY.md.35/2). Poliklinikler bünyesinde cerrahi müdahale birimi kurulamayacaktır.

Diğer taraftan cerrahi müdahale gerçekleştirilecek vakanın ve uygulanacak cerrahi yöntemin seçiminde aşağıda belirtilen hususlara uyulması zorunludur(ÖSKY.md.44/1) :

- Cerrahi müdahale sonrası kuruluştaki yatırımlar yapılabilecek olan gerekli tıbbi bakım süresinin müdahalenin, gerçekleştirildiği gün tıbben tamamlanabilir olması.
- Seçilen cerrahi müdahale yönteminin ve cerrahi müdahale yapılacak vakanın tıbbi özelliklerinin herhangi bir şekilde söz konusu sağlık kuruluşundaki cerrahi müdahaleyi takiben herhangi bir yataklı tedavi kuruluşunda aynı sorunun çözümü için ilk cerrahi müdahalenin devamı niteliğindeki ikinci bir müdahaleyi gerektirecek tür ve nitelikte olmaması.

Belirtelim ki; bu zorunlulukların yerine getirilmesinde birinci derecede cerrahi müdahale kararını veren ve gerçekleştiren ilgili cerrahi dal uzmanı hekimler, ikinci derecede ise cerrahi birim sorumlusu ve mes'ul müdür ve sağlık kuruluşu sahip ve sahipleri sorumlu tutulmuşlardır(ÖSKY.md.44/2).

I .2 .6 .1 .2 - Cerrahi Müdahale Birimi Bilim Komisyonu

Cerrahi müdahale birimlerinde uygulanacak müdahalelerin incelenmesi ve tespiti, birimlerin açılması, değerlendirilmesi ve kapatılması ile ilgili tavsiye kararlarını almak üzere Sağlık Bakanlığı bünyesinde Cerrahi Müdahale Birimi Bilim Komisyonu oluşturulmuştur(ÖSKY.md.40/1). Söz konusu komisyon sağlık bakanlığı eğitim hastaneleri klinik şef veya yardımcılarından ve Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatı temsilcilerinden toplam altı kişiden oluşmaktadır.

Cerrahi Müdahale Birimi Bilim Komisyonu aşağıdaki görevleri yerine getirir(ÖSKY.md.41):

- Komisyon, lüzumunda çalışma izni isteyen sağlık kuruluşlarının incelemesini yaparak Sağlık Bakanlığı'na görüş bildirir.
- Sağlık kuruluşlarının uygulama sonuçlarını gerekli görür ise yerinde inceleme ile değerlendirir.
- Komisyon, sağlık kuruluşlarındaki cerrahi müdahale uygulamasının her safhasında gerekli gördüğü incelemeleri yapmaya yetkilidir. Denetlediği merkezlerin faaliyetlerinin süreli veya süresiz olarak durdurulması için Sağlık Bakanlığı'na teklifte bulunabilir.
- Komisyon, ihtiyaca göre değerlendirme ve izleme görevlerini yapabilmek için Sağlık Bakanlığı görevlilerinden oluşan alt komisyonlar oluşturabilir.
- Komisyon, bu birimlerde yapılacak cerrahi müdahale uygulamaları konusunda tıbbi araç, gereç, personel, mekan ve diğer hususları değerlendirir.

I.2 .6 .1 .3 – Başvuru Esasları

Cerrahi müdahale birimleri kurulurken de il sağlık müdürlüğüne başvurulması ve “*cerrahi müdahale uygulama izin belgesi*”nin alınması gerekmektedir. Aksi halde sağlık kuruluşuna başvuran hastalara cerrahi müdahalede bulunulamayacaktır.

Cerrahi müdahale birimlerini açacakların, sağlık kuruluşunun mes'ul müdürleri vasıtasıyla ÖSKY'ne göre alınan “uygunluk belgesinin” il sağlık müdürlüğüne tasdikli bir örneğine ilave olarak ekli dosya ile il sağlık müdürlüğüne başvurmaları gerekir. Dosyada bulunması gereken bilgi ve belgeler şunlardır(ÖSKY.md.36/1):

- Sağlık kuruluşunun mes'ul müdürünün; cerrahi müdahale biriminden sorumlu olacak uzman hekimin adı ve soyadı, cerrahi müdahale hizmeti sunulacak cerrahi dal veya dalları belirten dilekçesi.
- Cerrahi müdahale birim sorumlusu uzman hekimin; uzmanlık belgesinin bir örneği, cerrahi müdahale hizmeti sunulacak cerrahi dal veya dalları belirten dilekçesi, nüfus cüzdanı örneği ve iki adet vesikalık fotoğraf.
- Cerrahi müdahale biriminde çalışacak tüm uzman hekimlere ve en az bir anesteziyoloji ve reanimasyon uzmanına ait Müdürlükçe düzenlenen personel çalışma belgesinin cerrahi müdahale birimi sorumlusunca onaylı birer örneği.
- Ambulanslar ve Acil Sağlık Araçları ile Ambulans Hizmetleri Yönetmeliğine göre verilmiş olan Ambulans Servisi Uygunluk Belgesinin mes'ul müdürce onaylı örneği veya sağlık kuruluşu, söz konusu hizmeti sunan kuruluş ile hizmet sözleşmesi yapmış ise Ambulans Servisi Uygunluk Belgesinin mes'ul müdürce onaylı örneği ile noter onaylı hizmet sözleşmesinin örneği.
- Sağlık kuruluşunun sahip veya sahipleri, mes'ul müdürü ve cerrahi müdahale birimi sorumlusu tarafından, uygulanacak müdahalelerin gün içinde tamamlanamadığı durumlarda herhangi bir gerekçe

göstermeksizin yataklı bir tedavi kurumuna nakli ve orada takip ve tedavisinin devamını sağlayacağına dair taahhütname.

- Cerrahi müdahale biriminde hangi tür ameliyatların yapılacağı hakkında ayrıntılı listenin⁶⁰⁶, ilgili dal uzmanının ve cerrahi birim sorumlusunun imzası bulunan bir dilekçe.⁶⁰⁷
- Cerrahi müdahale biriminin tüm bölümlerini gösterir en az 1/100 ölçekli ve hizmet sınırları içerisinde bulunduğu sağlık ocağı hekimince yerinde bizzat görülerek doğruluğu onaylanmış plan örneği.
- Sağlık kuruluşu bünyesinde, Sağlık Bakanlığı'nca ruhsatlandırılmış laboratuvar veya laboratuvarları varsa, ruhsatname örnekleri, yoksa, laboratuvar hizmetini sunan kuruluş ile bu konuda yapılmış ve geçerli olan hizmet sözleşmesinin ve sözleşme yapılan kuruluşa ait Sağlık Bakanlığı'nca düzenlenmiş ruhsatnamelerin bir örneği.
- İlgili Ticaret Sicil Gazetesi nüshasının bir örneği ve şirket ortaklarının listesi ve mesleklerine ait gerekli bilgiler.
- Cerrahi müdahale biriminde yapılacak müdahaleler için mutlak bulundurulması gerekli temel araç, gereç ve cihazların dışında ayrıca yapacakları müdahalelere ait her türlü araç, gereç, cihaz ve sarf malzemeleri ile acil durumlarda kullanılmak üzere gerekli olan ilaçları bulunduracaklarına dair sağlık kuruluşunun mes'ul müdür, sahip/sahipleri ve cerrahi birim sorumlusu tarafından imzalı bir taahhütnamenin yaş imzalı bir örneği.

⁶⁰⁶ Cerrahi müdahale birimlerinde uygulanacak cerrahi müdahale listesi için bkz.; Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 09.08.2007 tarih ve 21291 sayılı(2007/68) Genelgesi; Belirtelim ki; Sağlık Bakanlığı'nın 2007/68 sayılı bu Genelgesi için istene yürütmeyi durdurma talebi Danıştay 10.Dairesinin 10.03.2008 tarih ve E:2007/7139 sayı ile reddedilmiştir.

⁶⁰⁷ Sağlık Bakanlığı cerrahi müdahaleleri nerede ve kimlerin yapabileceğini bu şekilde belirleyip koşulları uygun olan kuruluş ve sağlık personelini verdiği uygunluk belgeleri ile yetkilendirirken, SGK bazı durumlarda bu şekilde yetkilendirilen kimselerce yapılan cerrahi müdahalelerin bedellerini ödememektedir. Örneğin; Sağlık Bakanlığı'nın 2007/68 sayılı Genelgesinde, "sünnet uygulaması tüm hekimlerce yapılabilmektedir" denilirken, 2001/62 sayılı Genelgesinde, "toplu sünnet uygulamalarında" sorumlu uzmanın(tercihen üroloji uzmanı, yoksa çocuk cerrahi uzmanı veya plastik cerrahi uzmanı)bulunması ve sünnet uygulamasının 1219 sayılı Kanunda tanımlanan sünnet yapma yetkisi bulunan bir kişi veya ona yardımcı bir personelle iki kişilik bir ekip tarafından yapılmasından, nihayet 1997/3 sayılı Genelgesinde de ebe, hemşire ve sağlık memurlarınca açılan sağlık kabinlerinde yine bu kimselerce sünnet yapılabileceğinden bahsedilmiştir. SGK ise, SUT gereğince sadece "çocuk cerrahları" tarafından yapılan sünnet faturalarını ödemekte, sağlık mevzuatında sünnet yapmaya yetkili diğer kimselerce yapılan sünnet giderlerini karşılamamaktadır.

- Cerrahi müdahale biriminde görev yapan personelin isimleri ve görevlerini belirtir cerrahi müdahale birim sorumlusunca imzalı listesinin örneği.⁶⁰⁸
- Cerrahi müdahale biriminde yapılacak müdahaleler için bulundurulması gerekli araç, gereç, cihaz ve sarf malzemelerini belirtir cerrahi müdahale birim sorumlusunca imzalı listenin örneği.⁶⁰⁹

I.2.6.1.4 – Aranacak Şartlar ve İzin

Belirtilen sağlık kuruluşları bünyesinde açılacak olan cerrahi müdahale birimlerinde, ameliyathane, hasta hazırlık odası, gözlem odası, soyunma ve yıkanma birimleri, yarı steril alan ile sterilizasyon bölümlerinin bulunması gerekmektedir.⁶¹⁰

Cerrahi müdahale hizmeti verecek olan sağlık kuruluşunda, hem başvuru değerlendirme aşamasında ve hem de sonrasında korunmak kaydıyla aşağıdaki şartlar aranmaktadır(ÖSKY.md.43):

- Cerrahi müdahale biriminden sorumlu hekimin, cerrahi hizmet sunulması öngörülen dallardan herhangi birinde uzman veya anesteziyoloji ve reanimasyon dalından uzman hekim olması.
- Sağlık kuruluşu ve bünyesinde cerrahi müdahale hizmeti sunulacak birimin aynı müstakil bina içerisinde yer alması,
- Tüm binayı uygun sıcaklıkta tutabilecek merkezi ısıtma sisteminin bulunması.
- Elektrik kesintilerinde otomatik olarak devreye girebilecek ve yeterli enerjiyi üretebilecek kapasitede bir jeneratör ve devamlı güç kaynağının bulundurulması.

⁶⁰⁸ Cerrahi müdahale biriminde ameliyat yapacak olan hekimlere, bu merkezde hasta muayene etmemesi, poliklinik hizmeti sunmaması koşulu ile sadece bir tek cerrahi müdahale uygulama biriminde çalışabilmeleri için il sağlık müdürlüğünce "*cerrahi müdahale uygulama biriminde ameliyat yapma izin belgesi*" verilmektedir.

(Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 23.08.2001 tarih ve 14553 sayılı(2001/68) Genelgesi) Özel sağlık kurum ve kuruluşlarında sağlık ve diğer personel istihdamı ayrıca ele alınacaktır.

⁶⁰⁹ Cerrahi müdahale birimlerinde bulundurulması gerekli asgari malzemeler için bkz. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 21.10.2006 tarih ve 26326 sayılı(2006/104) Genelgesi

⁶¹⁰ Bu bölümlerin nitelik ve nicelikleri ÖSKY.md.42'de gösterilmiştir.

- Cerrahi müdahale uygulanacak alan ile ilgili ve Sağlık Bakanlığı tarafından ruhsatlandırılmış laboratuvar veya laboratuvarlar ile yapılmış en az bir yıl geçerliliği olan hizmet sözleşmesi ve sözleşmelerin bulunması.
- Cerrahi müdahale hizmeti almış ve taburcu edilmiş hastaların cerrahi müdahale ile ilgili olabilecek sorunlarını karşılamak üzere 24 saat süre ile nöbetçi danışman hekim bulunması.
- Nöbetçi danışman hekimin dışında cerrahi hizmet sunulan dalların her biri için ayrı olmak üzere uzman hekim tarafından evde(ıcapçı) nöbet uygulaması yürütülmesi.
- Sağlık kuruluşunda hasta nakli için kullanılmak üzere 24 saat hizmet verecek şekilde ambulans bulundurulması veya 24 saat sağlık kuruluşunda ambulans bulunacak şekilde sözleşme yapılması.
- Cerrahi müdahale hizmeti sunulacak sağlık kuruluşunda gözlem amacıyla en fazla 10 hasta yatağı bulundurulması.
- Ameliyathane sağlık kuruluşunda, bina dışına açılan ve sedye ile hasta nakline imkan sağlayacak giriş katında ise asansör aranmaz ancak diğer katlarda ise sedye ile hasta taşımaya uygun asansör bulunması.
- Cerrahi müdahale birimlerinde merkezi oksijen sistemlerinin olması.
- Kadın hastalıkları ve doğum dalında faaliyet gösteriliyorsa yeni doğanlar için resüstasyon seti bulunması.

Yukarıda belirtilen evraklar ile il sağlık müdürlüğüne yapılan başvuru üzerine öncelikle dosya üzerinde inceleme yapılır. Müdürlükçe tıp meslekleri şubesinden sorumlu müdür yardımcısı ile birlikte oluşturulacak bir ekip tarafından, açılması istenen sağlık kuruluşunun yerinde bir ön inceleme gerçekleştirilir. Dosyada bulunan belgelerin ve ön inceleme raporunun ÖSKY. hükümlerine göre uygun olduğunun tespit edilmesi durumunda, konunun teknik açıdan değerlendirilmesi amacıyla Valilik Onayı ile söz konusu sağlık kuruluşu tarafından sunulması öngörülen cerrahi

müdahale hizmeti ile ilgili bir teknik değerlendirme komisyonu⁶¹¹ oluşturulur. Bu işlemler başvurunun uygun olduğunun tespit edilmesinden sonra en geç on beş gün içerisinde gerçekleştirilir(ÖSKY.md.37/1). Sözkonusu şartların varlığı halinde izin verilecektir.

Teknik değerlendirme komisyonu tarafından dosya üzerinde ve sağlık kuruluşu yerinde inceleme yapıldıktan sonra durum tespit raporu hazırlanarak il sağlık müdürlüğüne verilir. Müdürlükçe uygun görüldüğü takdirde, sağlık kuruluşu için ÖSKY. eki Ek 4'te yer alan "*cerrahi müdahale uygulama izin belgesi*" ve Ek 5'te yer alan "*cerrahi müdahale uygulama birim sorumlusu belgesi*" düzenlenir. Düzenlenen belgelerin birer örnekleri sağlık kuruluşu mes'ul müdürüne imza karşılığı teslim edilir. Düzenlenen izin belgesinin bir örneği teknik değerlendirme komisyon raporu ile birlikte bilgi için Sağlık Bakanlığı'na gönderilir(ÖSKY.md.37/2). Bu şekilde yetkilendirilen özel sağlık kuruluşu artık mevzuatta belirtilen ve kendisinin taahhüt ettiği cerrahi müdahaleleri yapabilecektir.

I .2 .6 .2 – Eksimer Lazer Cerrahisi Uygulanacak Cerrahi Müdahale Birimleri

I .2 .6 .2 .1 – Niteliği ve Yapılacak Müdahaleler

ÖSKY'nin 60.maddesi son fıkrasında, cerrahi müdahale birimlerinde topikal anestezi ile yapılacak cerrahi müdahaleleri uygulayacak özel dal merkezlerinin bina ve fiziki özellikleri, asgari standart donanım ve personel desteği, yapılacak müdahaleler ile bulunması gereken diğer hususların Sağlık Bakanlığı'nca çıkarılacak bir genelge ile düzenleneceği hüküm altına alınmış ve buna dayalı olarak da *Eksimer Lazer Cerrahisi Uygulanacak Cerrahi Müdahale Birimleri Hakkında Tebliğ(ELCMT)* yayımlanmıştır.⁶¹²

Eksimer lazer cerrahisi uygulanacak tıp merkezleri ve özel göz hastalıkları dal merkezlerinde, özel fizik alt yapı ve standartlara sahip ayrı bir cerrahi müdahale

⁶¹¹ "Teknik değerlendirme komisyonu, sağlık kuruluşunun uygulayacağı cerrahi müdahale hizmetinin özelliğine göre İl Sağlık Müdürü başkanlığında cerrahi müdahale hizmeti sunulması öngörülen cerrahi dalların her birinden ve anesteziyoloji ve reanimasyon uzmanı bir hekimden olmak üzere en az 3 uzman hekimden oluşturulur"(ÖSKY.md.38/1).

⁶¹² 16.03.2002 tarih ve 24697 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

birimi bulunur. Bu bölümler “Eksimer Laser Cerrahisi Uygulanacak Cerrahi Müdahale Birimi” olarak adlandırılırlar(ELCMT.md.1). Eksimer laser cerrahisi uygulanacak cerrahi müdahale birimi, sadece tıp merkezleri ve özel göz hastalıkları dal merkezlerinde kurulabilir(ELCMT.md.2). Örneğin, özel polikliniklerde kurulamazlar. Öte yandan, eksimer laser cerrahisi uygulanacak cerrahi müdahale birimi olarak hizmet verecek olan tıp merkezleri ve/veya özel göz hastalıkları dal merkezleri binaların bağımsız olarak ayrılabilen bölümlerinde açılabilir(ELCMT.md.7/1).

Cerrahi Müdahale Birimleri ile ilgili Genelgede⁶¹³ belirtilen topikal (lokal) damla anestezisi altında yapılacak ameliyatlar listesinde bulunan Eksimer Laser ile PTK (Fotoreterapötik keratektomi), Eksimer Laser ile PRK (Fotorefraktif keratektomi), LASİK (Laser in situ keratomilozis) ve LASEK (Laser epitelyal keratotomi) cerrahi yöntemleri Eksimer Laser Cerrahisi Uygulanacak Cerrahi Müdahale Biriminde uygulanabilir(ELCMT.md.3). Bu birimde, eksimer laser cerrahi uygulaması dışında diğer lokal ve/veya genel anestezi ile yapılan cerrahi müdahaleler yapılamaz(ELCMT.md.7/2).

I .2 .6 .2 .2 – Başvuru ve izin

Eksimer laser cerrahisi uygulanacak cerrahi müdahale biriminin başvuru ve açılma izin işlemleri yukarıda açıklandığı üzere ÖSKY hükümleri çerçevesinde yapılır. Burada belirtilen başvuru şartlarının yanında ayrıca aşağıdaki belgelerin de başvuru dosyasına eklenmesi gerekmektedir(ELCMT.md.8):

- Sağlık kuruluşunun mesul müdürünün; Eksimer Laser Cerrahisi Uygulanacak Cerrahi Müdahale Biriminden sorumlu olacak uzman hekimin adı ve soyadını belirtir dilekçesi,
- Eksimer Laser Cerrahisi Uygulanacak Cerrahi Müdahale Biriminden sorumlu olacak uzman hekimin uzmanlık belgesinin bir örneği, nüfus cüzdanı örneği ve iki adet vesikalık fotoğrafı,

⁶¹³ Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 09.08.2007 tarih ve 21291 sayılı(2007/68) Genelgesi

- Eksimer Laser Cerrahisi Uygulanacak Cerrahi Müdahale Biriminden sorumlu olacak uzman hekimin ve eğer varsa bu müdahaleyi yapacak diğer uzman hekimlere ait personel çalışma belgeleri,
- ELCMT eki Ek-3'de belirtilen bulundurulması zorunlu asgari tıbbi malzeme ve donanım listesi,
- Eksimer Laser Cerrahisi Uygulanacak Cerrahi Müdahale Biriminde Ek-3'de belirtilen mutlak bulundurulması gerekli temel araç, gereç ve cihazların dışında ayrıca yapacakları müdahaleye ait her türlü araç, gereç, cihaz ve sarf malzemeleri ve acil durumlarda kullanılmak üzere gerekli olan ilaçları bulduracaklarına ve genel anestezi cihazı buldurulmayacağına dair sağlık kuruluşunun mesul müdür, sahip/sahipleri ve Eksimer Laser Cerrahisi Uygulanacak Cerrahi Müdahale Birimi sorumlusu tarafından imzalı bir taahhütnamenin yaş imzalı bir örneği.

ÖSKY hükümleri çerçevesinde yürütülen başvuru ve açılma izin işlemleri sonucunda uygun görülen sağlık kuruluşu için il sağlık müdürlüğü tarafından ELCMT eki Ek 1'de yer alan "**Eksimer Laser Cerrahi Müdahale Uygulama İzin Belgesi**" ve Ek 2'de yer alan "**Eksimer Laser Cerrahi Müdahale Uygulama Birim Sorumlusu**" belgeleri düzenlenir (ELCMT.md.8). Bu belgelerin düzenlenmesinden sonra tıp merkezi ya da göz hastalıkları dal merkezinde açılan bu birim kabul edeceği hastalarına eksimer laser cerrahi uygulaması yapabilecektir. Öte yandan böyle bir birim açan sağlık kuruluşunun, örneğin tabelasında "Eksimer Lazer ve Göz Hastalıkları Dal Merkezi" şeklinde isimlendirme kullanabileceğine dair idari düzenleme⁶¹⁴ ise yerel mahkemece iptal edilmiştir.⁶¹⁵

Belirtelim ki; eksimer laser cerrahisi uygulanacak cerrahi müdahale birimi kuracak olan sağlık kuruluşlarında ÖSKY.'nin 16.maddesinde belirtilen bölüm ve esaslar dışında, ayrıca içerisinde, nitelikleri tebliğde belirtilmiş olan eksimer laser tedavi odası, yıkanma bölümü, gözlem odası, soyunma birimi ve yarı steril alan gibi

⁶¹⁴ Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 08.09.2006 tarih ve 14514 sayılı Genelgesi

⁶¹⁵ Ankara 15.İdare Mahkemesi'nin 01.10.2007 tarih ve E:2006/112, K:2007/1145 sayılı kararı

bölümlerinde bulunması gerekmektedir(ELCMT.md.11/1). Bunlardan yıkanma bölümü, soyunma birimi, yarı steril alan ve gözlem odası ortak kullanım alanıdır(ELCMT.md.11/2).

I .3 – Teşhis Merkezleri

I .3 .1 – Tanım ve Türleri

Teşhis merkezleri; yalnızca 3153 sayılı Radyoloji, Radyom ve Elektrikle Tedavi ve Diğer Fizyoterapi Müesseseleri Hakkında Kanun⁶¹⁶ ile 992 sayılı Seriri Taharriyat ve Tahlilat Yapılan ve Masli Teamüller Aranılan Umuma Mahsus Bakteriyoloji ve Kimya Laboratuvarları Kanunu⁶¹⁷ çerçevesinde birden fazla ilgili uzman hekimlerce açılan ve özel donanıma sahip, **özel mevzuatına göre** faaliyet gösterip teşhis hizmeti sunan özel sağlık kuruluşlarıdır(ÖSKY.md.6/c). Bu kapsamda açılan teşhis merkezi laboratuvarlar ise radyoloji, fizik tedavi, nükleer tıp, radyoterapi, mikrobiyoloji, biyokimya ve patoloji laboratuvarlardır.

Teşhis merkezleri bu şekilde tanımlanmasına rağmen özel mevzuatına göre faaliyet gösterdikleri için bu Yönetmelik kapsamında değildirler(ÖSKY.md.2/2). Keza kendi mevzuatına göre faaliyet göstermektedirler. Oldukça eski tarihli 992 ve 3153 sayılı Kanunlardan başka uygulamaya yön veren nizamnameler de bulunmaktadır. 3153 sayılı Kanuna dayalı olarak **Radyoloji, Radyom Ve Elektrikle Tedavi Müesseseleri Hakkında Nizamname**⁶¹⁸ ve **Fizyoterapi ve Bunlara benzer Müesseseler hakkında Nizamname**⁶¹⁹ ile 992 sayılı Kanuna dayalı olarak da **Seriri Ve Gidai Taharriyat ve Tahlilat Yapan Masli Teamüller Aranılan Umuma Mahsus Bakteriyoloji ve Kimya Laboratuvarları Kanununa Müteferri Olarak Tanzim Olunan Yönetmelik**⁶²⁰ yayımlanmıştır.

Bu kapsamdaki teşhis merkezleri ise, 3153 sayılı Kanun gereği açılan radyoloji, nükleer tıp, fizik tedavi, radyoterapi branşlarındaki laboratuvarlar, 992 sayılı Kanun gereği açılan biyokimya, mikrobiyoloji ve patoloji branşlarındaki

⁶¹⁶ 28.04.1937 tarih ve 3591 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

⁶¹⁷ 30.03.1927 tarih ve 580 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

⁶¹⁸ 06.05.1939 tarih ve 4201 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

⁶¹⁹ 12.10.1957 tarih ve 9730 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

⁶²⁰ 31.07.1928 tarih ve 952 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

laboratuvarlardır. Bu laboratuvarlar müstakil olarak açılabilceği gibi özel hastane, özel diyaliz merkezleri, tıp merkezleri, dal merkezleri ve poliklinikler bünyesinde de açılabilir. Bu sağlık kurum ve kuruluşları bünyesinde açılmaları durumunda, kuruluş başvurusunda özel hastaneler için *ruhsat*, diğerk sağlık kuruluşları için de *çalışma uygunluk belgesi* örneğinin il sağlık müdürlüğüne ibrazı gerekmektedir.

Radyoloji, fizik tedavi, nükleer tıp ve radyo terapi laboratuvarlarının açılması Sağlık Bakanlığı'nın iznine tabi olup(3153 s.K. md.1), bunları ancak uzman tabipleri(radyoloji, radyasyon onkolojisi, nükleer tıp, fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzmanları) açabilir(3153 s.K.md.2).⁶²¹ Mikrobiyoloji, biyokimya ve patoloji laboratuvarlarının açılması da Sağlık Bakanlığı'nın iznine tabi olup, uzmanlık belgesine sahip hekim, eczacı, baytar veya kimyagerler(tıbbi biyokimya, tıbbi mikrobiyoloji ve tıbbi patoloji uzmanları) tarafından açılabilir(992 s.K. md.1).⁶²² Bu kurallara uyulmaması halinde, 3153 sayılı Kanunun 13/2.maddesi ve 992 sayılı Kanunun 10/2.maddesi gereğince verilecek olan kapatma kararı ile idari para cezaları o yerin en büyük mülki amirince uygulanır. İdari para cezalarının tebliği ve itiraz süreci de aynı kanun hükümlerinde gösterilmiştir.⁶²³

Diğerk taraftan ticaret şirketleri de teşhis merkezleri açabilmektedir. Ancak, şirketler sözkonusu teşhis merkezlerini açacaksa ortaklarının tümünün hekim olması şartı aranmaktadır.⁶²⁴ Düzenlemenin bu yanıyla tıp merkezi, dal merkezi ve poliklinikleri hekimlerin mesleklerini serbestçe icra ettikleri “muayenehane

⁶²¹ Belirtelim ki, yetkili olmayanlar tarafından açılan veya yetkili olmakla birlikte Sağlık Bakanlığı'ndan izin almaksızın açılan bu laboratuvarlar o yerin en büyük mülki amirince kapatılır(3153 .K.md.10). Yetili olduğu halde bu laboratuvarları izin almaksızın açanlara 347 YTL, yetkili olmadığı halde açanlara ise 174 YTL idari para cezası uygulanır(3153 .K.md.11/1). İzin almaksızın önceden müracaat edipte müracaatları reddedilenlerden böyle bir müessese açanlara 347 YTL ve müteahhasıs olmayana ise 694 YTL idari para cezası verilir(3153 .K.md.11/2).

⁶²² Uzman olup da izinsiz bu laboratuvarları açanların laboratuvarları izin alınıncaya kadar sağlık Bakanlığı'nca kapatılır. Uzman olmayıp bu çeşit laboratuvarları açanlara veya izin ile açılmış olduğu halde uzman olmayanlara bırakanlara 750 YTL idari para cezası verilir ve ayrıca laboratuvar kapatılır. (992 .K.md.9).

⁶²³ “... O yerin en büyük mülki amiri tarafından verilen idari para cezalarına dair kararlar ilgililere 7201 sayılı Tebligat Kanunu hükümlerine göre tebliğ edilir. Bu cezalara karşı tebliğ tarihinden itibaren en geç yedi gün içinde yetkili idare mahkemesine itiraz edilebilir. İtiraz, idarece verilen cezanın yerine getirilmesini durdurmaz. İtiraz üzerine verilen karar kesindir. İtiraz, zaruret görülmeyen hâllerde evrak üzerinde inceleme yapılarak en kısa sürede sonuçlandırılır. ...verilen idari para cezaları 6183 sayılı Âmme Alacaklarının Tahsil Usulü Hakkında Kanun hükümlerine göre tahsil olunur.”

⁶²⁴ Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 25.04.2007 tarih ve 8728 sayılı(2007/31) Genelgesi

mahiyetinde” gören Danıştay’ın yaklaşımıyla uyum içerisinde olduğunu söyleyebiliriz. Belirtelim ki, başvuruda bulunanlar için Sağlık Bakanlığı’na adlarına düzenlenmiş başka bir ruhsatın da bulunmaması gerekmektedir.

I .3 .2 – Kuruluş Süreci ve Ruhsatlandırma

Teşhis merkezlerinin ruhsatlandırılmasına yönelik ilk başvurunun il sağlık müdürlüğüne bir dilekçe ile yapılması gerekmektedir. Herhangi bir kamu kuruluşunda çalışan başvuru sahipleri ise, 2368 sayılı Kanuna göre ücretinden gerekli kesintiler olduğunu da belirtecektir. Laboratuvar açılması için yapılan başvuru dosyalarının ilgili mevzuat doğrultusunda il sağlık müdürlüklerince incelenmesi sonucunda uygun bulunanların Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü’ne gönderilmesi halinde ruhsatname düzenlenecektir. Başvuru dilekçesine ise aşağıdaki belgelerin de eklenmesi gerekmektedir.⁶²⁵

- İl sağlık müdürlüğünce onaylı diploma ve uzmanlık belgesi örneği,
- Üç adet fotoğrafla beraber resmi kurum onaylı nüfus cüzdanı örneği,
- Her yıl Maliye Bakanlığı tarafından tespit edilecek tutarlar üzerinden yatırılacak olan ruhsat harç makbuzunun aslı,
- Bildirim(açılacak kuruluşun adı ile birlikte fiziki mekanın büyüklüğünün ve aydınlatma şartlarının yeterli olduğuna, mevzuatta belirtilen aletlerin mevcut olduğuna vb. dair),
- 992 sayılı Kanuna göre açılacak laboratuvarlar için ruhsat talep eden uzman tarafından imzalı laboratuvarda bulunan kimyasal maddeler, cihaz, araç ve gereçler ile yapılacak tahliller listesi,
- Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastanelerin birinden resmi olarak görevlendirilecek ilgili branş uzmanı tarafından mahallinde incelenip doldurulacak inceleme raporu,
- Sağlık kuruluşunda bulunan Röntgen, Tomografi, Kemik dansitometre, Mamografi ve Sintigrafi cihazlarının hepsi için ayrı ayrı Türkiye Atom

⁶²⁵ Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü’nün 25.04.2007 tarih ve 8728 sayılı(2007/31) Genelgesi; Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü’nün 29.09.2003 tarih ve 14509 sayılı(2003/118) Genelgesi

Enerjisi Kurumundan (TAEK) alınacak Lisans Belgelerinin noter onaylı örneği,

- Faaliyette bulunan yerin 1/100 ölçeğinde usulüne uygun çizilen ve sağlık ocağı hekimi tarafından onaylanan krokisi,
- Açılması istenilen işyeri bir şirket ise Ticaret Sicil Gazetesinin bir örneği ile şirket ortaklarının tümünün hekim olduğunu beyan eden, ruhsatname talep eden uzman ve şirket yönetim kurulu üyeleri tarafından imzalı taahhütname ve şirket yönetim kurulu üyelerinin üyeliklerini de belgeleyen noter onaylı imza sirküleri,
- Özel hastane, diyaliz merkezi veya özel sağlık kuruluşu bünyesinde faaliyet gösterilecek ise o kuruluşun Sağlık Bakanlığı Ruhsatı veya Çalışma Uygunluk Belgesinin örneği.

II - ÖZEL SAĞLIK KURULUŞLARININ AÇILMASI

II .1 – Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Özel Sağlık Kuruluşları

II .1 .1 –Tanım ve Türleri

Ağız ve diş sağlığı hizmeti sunulan özel sağlık kuruluşlarının açılması, çalışması ve denetlenmesi ile ilgili usul ve esaslar *Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik*⁶²⁶(ADSÖY) ile kapsamlı bir düzenlemeye tabi tutulmuştur. Fertlerin ve toplumun sağlığını korumak maksadıyla, 1219 sayılı Kanuna göre mesleğini serbest olarak icra etme yetkisine sahip diş hekimlerinin ağız ve diş sağlığı hizmeti verdikleri muayenehaneler ve diğer özel sağlık kuruluşları bu kapsamda değerlendirilmiştir.

Ağız ve diş sağlığı hizmeti sunulan özel sağlık kuruluşları; faaliyet alanları, hizmet alt yapı özellikleri ile bünyesinde bulunan diş ünitlerine göre merkez, poliklinik, müşterek muayenehane ve muayenehaneden oluşmaktadır(ADSÖY.md.5/1).⁶²⁷ Söz konusu sağlık kuruluşları aşağıda açıklanmıştır.

⁶²⁶ 14.10.1999 tarih ve 23846 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

⁶²⁷ Belirtelim ki; tabipler ve diş hekimlerinin birlikte çalıştıkları ve **Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik** hükümlerine göre ayaktan teşhis ve tedavi hizmeti

II .1 .2 –Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri

Ağız ve diş sağlığı merkezleri, birden fazla diş hekiminin müştereken açtıkları, en az üç diş ünitesinin ve genel anestezi ile müdahale biriminin bulunduğu, hastaların müşahade, muayene, teşhis ve tedavi edildikleri ağız ve diş sağlığı hizmeti sunulan sağlık kuruluşudur(ADSÖY.md.5/1).

Merkezler, 24 saat faaliyet göstermek zorundadır. Bu merkezlerde 24 saat diş hekimi bulunması zorunludur. Merkezlerde en az üç diş ünitesi, genel anestezi altında müdahale için gerekli malzeme ve cihazlar bulunur. Ayrıca, genel anestezi altında cerrahi müdahale uygulanan, anesteziyoloji ve reanimasyon uzmanı sorumluluğunda olan, asgari tıbbi malzeme ve ilaçların bulunduğu, hasta ve yakınlarının dolanım alanlarından izole edilmiş bulunan ameliyathane, cerrahi müdahale sonrası hastanın uyandırıldığı gözlem birimi, cerrahi müdahaleyi gerçekleştirecek sağlık personelinin müdahale öncesi ameliyat kıyafetlerini giydiği soyunma birimi, ameliyat öncesi gerekli sterilizasyon işleminin gerçekleştirildiği yıkanma birimi ve yarı steril alan bulunacaktır(ADSÖY.md.19/1).

II .1 .3 – Ağız ve Diş Sağlığı Polikliniği

Ağız ve diş sağlığı poliklinikleri, birden fazla diş hekiminin müştereken açtıkları ve en az iki diş ünitesinin bulunduğu ağız ve diş sağlığı hizmeti sunulan sağlık kuruluşudur(ADSÖY.md.5/1). Poliklinikler 24 saat açık kalabilirler. 24 saat faaliyet göstermeleri halinde mutlaka bir diş hekimi bulundurulur(ADSÖY.md.20/1). Bunlarda 24 saat açık kalma ve faaliyet yürütmek zorunlu değildir.

II .1 .4 – Muayenehane ve Müşterek Muayenehane

Muayenehane, diş hekiminin mesleğini serbest olarak icra etmek üzere münferiden açtığı sağlık kuruluşu iken; müşterek muayenehane, birden fazla diş hekiminin veya en az bir diş hekimi ve bir tabibin müştereken açtıkları ve mesleklerini serbest olarak icra ettikleri sağlık kuruluşudur(ADSÖY.md.5/1). Bu

sunulan özel sağlık kuruluşlarında(özel tıp merkezleri, özel dal merkezleri ve özel poliklinikler) sunulan ağız ve diş sağlığı hizmetleri **Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik** hükümlerine göre yürütülür(ADSÖY.md.5/2).

sağlık kuruluşlarında, faaliyet gösterdikleri saatler içinde mutlaka diş hekimi bulunur(ADSÖY.md.21). Belirtelim ki; Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi'nin 43.maddesine göre diş hekimi, muayenehanesinde kendi adına bir başka meslektaşını çalıştıramaz.

II. 1 .5 – Açılma/Kuruluş Süreci

II .1 .5 .1 – Açmaya ve İşletmeye Yetkili Kişiler

Yukarıda belirtilen ağız ve diş sağlığı merkezleri ve poliklinikler;

- 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun'a göre mesleğini serbest olarak icra etmek yetkisine sahip serbest çalışan diş hekimleri,
- 2368 sayılı Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun hükümlerine göre aynı hakkı haiz olan Devlet memuru veya diğer kamu görevlisi statüsünde bulunan diş hekimleri,
- Ortaklarının tamamı diş hekimlerinin bulunduğu şirketler,
- 5253 sayılı Dernekler Kanunu çerçevesinde kurulan ve bu Kanun'un 27. maddesi çerçevesinde kamu yararına çalıştığına karar verilen ve tüzüğünde ağız ve diş sağlığı hizmeti sunumu ile ilgili düzenleme bulunan dernekler,
- 13.07.1967 tarihli ve 903 sayılı Kanun'un 4.maddesine göre Bakanlar Kurulu'nca vergi muafiyeti tanınmış olan ve kuruluş senedinde ağız ve diş sağlığı hizmeti sunumu ile ilgili düzenleme bulunan vakıflar,
- Kanunla kurulan kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşları, tarafından açılabilir ve işletilebilirler(ADSÖY.md.6/1).

Ancak, yukarıda belirtilen vakıflar, dernekler ve kanunla kurulan kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşları yalnızca ağız ve diş sağlığı poliklinikleri ve merkezlerini açıp, işletilebilirler(ADSÖY.md.6/1). Anlaşıldığı üzere vakıf, dernek ve meslek kuruluşları muayenehane veya müşterek muayenehane açamayacaklardır.

Diğer taraftan ticari şirketler, ağız ve diş sağlığı hizmeti veren sağlık kuruluşu açmamaktadırlar. Bunun tek istisnası ortaklarının tamamı diş hekimi olan şirketlerdir. Bunların ağız ve diş sağlığı hizmeti sunan merkez ve poliklinik açmaları

mümkündür. Belirtelim ki, ortaklarının tamamı diş hekimi olsa da özel şirketler muayenehane açamamaktadırlar.⁶²⁸

Bununla birlikte, diş hekimleri tarafından yapılan sağlık hizmetlerinin yine bu meslek mensuplarınca yerine getirildiği, ancak özel sektörün önünün açılması için bu alandaki ticari işletmelerin diş hekimi olmayan diğer gerçek ve tüzel kişilerce de açılmasına olanak sağlanması amacıyla kanun teklifi verilmiştir.⁶²⁹ Sağlık Bakanlığı'nın son yıllardaki yaklaşımının da bu yönde olduğunu söyleyebiliriz.⁶³⁰

II .1 .5 .2 –Kuruluş Başvurusu

Ağız ve diş sağlığı hizmeti verecek sağlık kuruluşu açacakların bizzat veya mesul müdürleri vasıtasıyla il sağlık müdürlüğüne bir dilekçe ile başvurmaları gerekmektedir. Dilekçeye birer nüsha halinde eklenmesi gereken belgeler ise şunlardır(ADSÖY.md.7/1):

- Sağlık kuruluşunun faaliyet göstereceği adres,
- Sağlık kuruluşunun yerleşim planını gösterir 1/100 ölçekli krokisi,
- İlgili mevzuatına göre yangına karşı gereken tedbirlerin alındığına dair yetkili mercilerden alınan belge⁶³¹,
- Sağlık kuruluşu bir ticaret şirketi tarafından açılacak ise; ticaret sicili gazetesinin ve ortaklarının tamamının tabip veya diş hekimi olduklarını gösteren belgenin, diplomalarının, var ise uzmanlık belgelerinin il sağlık müdürlüğüne tasdikli suretleri⁶³²,
- Sağlık kuruluşu, adi şirket tarafından açılacak ise; tabiplerin veya diş hekimlerinin diplomalarının, var ise uzmanlık belgelerinin

⁶²⁸ Bu konuda yukarıda “ayakta teşhis ve tedavi yapılan özel sağlık kurum ve kuruluşları” bahsinde detaylı açıklamalarda bulunulduğu için burada tekrardan üzerinde durulmamıştır.

⁶²⁹ Diyarbakır Milletvekili Prof.Dr.Aziz AKGÜL tarafından, 22.dönem yasama faaliyetleri kapsamında, TBMM Başkanlığı'na 31.05.2006 tarih ve 2/807 esas numarada verilen kanun teklifi

⁶³⁰ Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan “*Sağlık Kuruluşları Yönetmeliği Taslağında*” gerçek kişiler ile ayrımsız özel hukuk tüzel kişilerinin hastanelerin yanı sıra, ağız ve diş sağlığı hizmeti verilenler dahil olmak üzere merkezler ve poliklinikler de açabileceği öngörülmektedir. (<http://sbu.saglik.gov.tr/ruhsatlandirma/> ; Erişim:13.07.2007)

⁶³¹ “...muayenehane ve ortak muayenehane için yapılacak başvurularda istenmez.” (ADSÖY.md.7/2)

⁶³² Belirtelim ki; “Kuruluş bir şirket ise, şirketin faaliyetine giren diğer işler sağlık kuruluşunda yapılamaz.” (ADSÖY.md.31/4)

müdürlükçe tasdikli ve vergi dairesine başvurulduğuna dair belgenin veya vergi levhasının noter tasdikli suretleri,

- Sağlık kuruluşunda bulundurulması zorunlu araç, gereç ve ilaçların nitelik ve miktarlarını gösteren Yönetmelik eki Ek-4'teki liste,
- Sağlık kuruluşunda bulunan ünit ve diğer malzemelere ait faturaların, satış veya kullanım hakkı belgelerinin birer örneği, ancak daha önce açılmış sağlık kuruluşları için bir kez geçerli olmak üzere ünit ve malzemenin dış hekimine ait olduğunu bildirir beyanı,
- Mes'ul müdürün sağlık kuruluşunda çalıştığına dair mes'ul müdürlük sözleşmesi, nüfus cüzdanı örneği ve iki adet vesikalık fotoğraf⁶³³,
- Sağlık kuruluşunda çalışan dış hekiminin odaya kayıtlı olduğuna dair oda kayıt belgesi⁶³⁴,
- Sağlık kuruluşunda çalışan dış hekimlerinin diplomalarının veya geçici mezuniyet belgelerinin müdürlükçe onaylı birer suretleri, ikişer adet vesikalık fotoğrafları,
- Tabelalarının standartlara uygun olduğunu gösterir dış hekimleri odası tarafından düzenlenmiş belge,
- Sağlık kuruluşunda çalışan dış hekimlerine ait varsa SDE sertifikasının bir fotokopisi.⁶³⁵

II .1 .5 .3 – Bina Durumu

Ağız ve diş sağlığı hizmeti verilen özel sağlık kuruluşu betonarme binada veya müstakil ahşap binada kurulabilir. Sağlık kuruluşunun hasta dolaşımının bulunduğu her birimi, ısısını uygun sıcaklıkta tutacak merkezi ve benzeri ısıtma sistemleri ile ısıtılır. Sıcak mevsimlerde uygun bir sistem ile soğutma sağlanır. Tüm birimlerde usulüne uygun olarak havalandırma ve aydınlatma sağlanır. Merkezlerde cerrahi müdahalelerin uygulanacağı genel anestezi müdahale ünitesi giriş katta

⁶³³ "...muayenehane ve ortak muayenehane için yapılacak başvurularda istenmez." (ADSÖY.md.7/2)

⁶³⁴ "Askeri dış hekimleri için uygulanmaz." (ADSÖY.md.7/2)

⁶³⁵ "SDE sertifikası; 3224 sayılı Türk Dişhekimleri Birliği Kanunu'nun 3 ve 19. maddeleri ile 11. maddesinin (h) bendi ve 26.maddesinin (h) bendi gereğince hazırlanan Türk Dişhekimleri Birliği Sürekli Dış Hekimliği Eğitimi Yönergesine göre verilen sertifikayı ifade etmektedir." (ADSÖY.md.4/h)

olmalı, ancak üst katlarda kurulacak ise sedye ile hastanın taşınabileceği bir asansör sistemi olmalıdır(ADSÖY.md.12).

Özel hastanelerden farklı olarak, ağız ve diş sağlığı hizmeti verilen sözkonusu özel sağlık kuruluşlarının bağımsız bir binada faaliyet göstermeleri zorunluluğu bulunmamaktadır. Öte yandan, sözkonusu sağlık kuruluşlarında hasta bekleme salonu, muayene odası, merkezlerde genel anestezi müdahale ünitesi ve merkezlerde ve polikliniklerde personel dinlenme odası gibi bulundurulması asgari birimler ile niteliklerine ADSÖY.'nin 13.maddesinde yer verilmiştir.

II .1 .5 .4 – Başvurunun Değerlendirilmesi

Yukarıda belirtilen dilekçe ve belgeler ile yapılan başvuru öncelikle dosya üzerinde incelenir. Başvuru dosyasında eksiklik yoksa sağlık kuruluşlarının kuruluş ve faaliyetlerinin Yönetmeliğe uygun olup olmadığının incelenmesi için bir denetim ekibi oluşturulur. Denetim ekibi il sağlık müdürlüğünce görevlendirilen, varsa biri diş hekimi olmak kaydıyla en az iki kişi ile diş hekimleri odası temsilcisi bir diş hekiminden oluşturulur. Denetim ekibi açılacak sağlık kuruluşunu yerinde inceler. Yapılacak inceleme neticesinde, başvurunun bütün şartları taşıdığı anlaşılırsa, müdürlük tarafından Yönetmelik eki Ek-1'de gösterilen *Uygunluk Belgesi* düzenlenir. Poliklinik ve merkezlerde Uygunluk Belgesine ilave olarak, mesul müdür adına Ek-2'de gösterilen *Mesul Müdürlük Belgesi* ve diğer çalışanlarının her birine Ek-3'de gösterilen *Personel Çalışma İzin Belgesi*'nden ikişer nüsha düzenlenir. Mesul Müdürlük Belgeleri muayenehane ve ortak muayenehaneler için düzenlenmez. Düzenlenen bu belgeler ve başvuru dosyasının bir örneği il sağlık müdürlüğünde saklanır, diğer nüshaları mesul müdüre imza karşılığı verilir(ADSÖY.md.8/1).

Bu Yönetmelik kapsamındaki mevcut bir özel sağlık kuruluşunu açmış ve işletenlerce şube niteliğinde ikinci bir sağlık kuruluşunun açılmak istenmesi durumunda ve faaliyet gösterdiği adresin değişmesi durumunda, yukarıda kuruluş başvurusu yapılırken belirtilen evrak ile başvuru aynen tekrarlanır(ADSÖY.md.8/2).

Yukarıda belirtilen ağız ve diş sağlığı merkezleri/poliklinikleri, muayenehane ve müşterek muayenehaneler, uygunluk belgelerini almadan faaliyete

geçemezler(ADSÖY.md.31/1). Aynı il hudutları içinde aynı isimle birden fazla sağlık kuruluşu bulunamaz. Şube açacak olan sağlık kuruluşu şubesinin adını ilk kuruluşun adının sonuna bulunduğu semtin, yerleşim yerinin adı veya numara koyarak isimlendirir(ADSÖY.md.31/5). Belirtelim ki, sağlık kuruluşları çalışmalarına ticari bir görünüm veremeyecekleri gibi; insanları yanıltıcı, paniğe sevk edici, yanlış yönlendirici, benzer nitelikteki kuruluşlar ve çalışanları arasında rekabete yol açıcı davranışlarda bulunamazlar(ADSÖY.md.32/1).

II .1 .5 .5 – Devir

Ağız ve diş sağlığı hizmeti veren sözkonusu özel sağlık kuruluşlarının devredilmesi halinde, devralanlar aynı zamanda denetimler neticesinde tespit olunan eksik ve aksaklıklardan dolayı, devreden sorumluluklarını da almış sayılır. Bu yüzden önceden devredene verilen süre devralana da verilmiş sayılarak ek bir süre verilmez. Daha önce açılmış bulunan muayenehane ve müşterek muayenehanelerin bir kez devredilmesinde fiziki ölçümlere uygunluk aranmaz(ADSÖY.md.30).

II .2 – Sağlık Kabinleri

II .2 .1 – Genel Olarak

Ülkemiz sağlık sisteminde muayenehane, hekim ya da diş hekiminin mesleğini serbest olarak icra etmek üzere münferiden açtığı sağlık kuruluşu iken, sağlık kabini ise mesleklerini serbest olarak icra etmek hak ve yetkisine sahip ebe, hemşire ve sağlık memurları(toplum sağlığı bölümünden mezun olanlarının) tarafından açılabilen sağlık kuruluşudur. Sağlık kabinlerinin açılması ve işleyişi Sağlık Bakanlığı'nın 1997/3 sayılı Genelgesi ile düzenlenmiştir.⁶³⁶ Aşağıdaki açıklamalarımıza 1997/3 sayılı Genelge kapsamında yer verilmiştir.

Sağlık kabinlerinde verilecek olan sağlık hizmetinin sınırları 1997/3 sayılı Genelge eki Ek 5'te kesin olarak çizilmiştir. Bunlar ise; her türlü pansuman ve küçük cerrahi müdahale, serum takılması, sünnet, her türlü enjeksiyon, kulak lavajı, acil yardım uygulamaları, gebelik testi, hemoglobün ölçümü, gebe izlem, bebek ve çocuk

⁶³⁶ Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 25.03.1997 tarih ve 6091(1997/3) sayılı Genelgesi

izlem, doğum(evde müdahale) ve evde bakım hizmetleridir. Sağlık kabinlerinde, sağlık kabini sahibi veya sahiplerince hekim tarafından tanımlanmamış uygulamalar ile ebe, hemşire ve sağlık memurlarının (toplum sağlığı bölümünden mezun olanların) meslek konularında belirtilmiş olan yetkilerin dışında kalan uygulamalarda bulunulamaz.

Ebe, hemşire ve sağlık memurları (toplum sağlığı bölümünden mezun olanlar) sağlık mevzuatında yer alan genel hükümler gereğince, birden fazla sağlık kabini açarak mesleklerini serbest olarak icra edemezler. Yine aynı mevzuat hükümleri gereğince, mesleğini serbest olarak icra eden sağlık personelinin bizzat başkaca bir işyeri açmak suretiyle her türlü ticaret yapması yasaktır.

Sağlık kabini ebe, hemşire ve sağlık memurunun (toplum sağlığı bölümünden mezun olanın) tek başına ya da sayılan sağlık personelinin ortaklık halinde açabileceği özel bir sağlık kuruluşudur. Sağlık kabinlerinde sağlık hizmeti sunmak üzere, sağlık kabini sahibi veya sahipleri dışında başkaca sağlık personeli çalıştırılmaz. Sağlık kabinlerinde, sağlık kabininin sahibi veya ortaklık halinde açılmış olması durumunda sağlık kabininin sahiplerinden en az birisinin bulunmadığı sürelerde, her ne gerekçe ile olursa olsun, sağlık hizmeti sunulamaz.

II .2 .2 – Açmaya Yetkili Kişiler

Danıştay istişari kararları, 1219 sayılı Kanun, 6238 sayılı Hemşirelik Kanunu hükümlerine göre mesleklerini serbest olarak icra etmek hak ve yetkisine sahip olup bu hak ve yetkiyi kullanmak isteyen ebe, hemşire ve sağlık memurları (toplum sağlığı bölümünden mezun olanlar) tek başlarına veya yalnızca söz konusu yetkiye sahip meslektaşları ile ortaklık halinde sağlık kabini açabilirler. Ebe, hemşire ve sağlık memurlarından bir üst eğitim görerek tıbbi teknolog ve benzeri diğer unvanları alanların sağlık kabini açmak suretiyle mesleklerini serbest olarak icra edebilmelerinde, yalnızca ebelik, hemşirelik veya sağlık memurluğu alanındaki ilk eğitimleri ve bu eğitimin kendilerine tanıdığı mesleki hak ve yetkiler dikkate alınır.

Belirtelim ki; sağlık kabinlerini sadece sözü edilen sağlık personeli açabilmektedir. Diyelim bir hekimin sağlık kabini açması sözkonusu değildir. Hekim ya da diş hekimi mesleğini serbestçe icra edecekse artık muayenehane açacaktır.

Sağlık kabini açmak isteyen kamu personeli ebe, hemşire ve sağlık memurları (toplum sağlığı bölümünden mezun olanlar), tıpkı hekimler gibi, 2368 sayılı Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun hükümleri çerçevesinde hareket edilmek kaydı ile sağlık kabini açarak mesleklerini serbest olarak icra edebilirler.⁶³⁷

Sağlık kabini açmak suretiyle mesleğini serbest olarak icra etmek isteyen kamu personeli ebe, hemşire ve sağlık memurları (toplum sağlığı bölümünden mezun olanlar), ancak görev yaptıkları kamu kuruluşunun bulunduğu belediye, belde veya köy veyahut ikamet etmesine yetkili amir tarafından izin verilen yerleşim yeri sınırları içerisinde, tek başlarına veya yalnızca söz konusu hak ve yetkiye sahip meslektaşları ile ortaklık halinde, sağlık kabini açabilirler.

II .2 .3 – Başvuru İşlemleri

Sağlık kabini açmak için başvuru, sağlık kabinini açma hak ve yetkisine sahip meslek mensubu tarafından il sağlık müdürlüğüne başkaca ek veya farklı bir düzenleme getirilmemiş ise il sağlık müdürlüğüne, sağlık kabininin bulunduğu yerleşim yerindeki sağlık ocağı aracılığı ile yapılır. Sağlık kabini açmak için il sağlık müdürlüğüne gönderilecek başvuru dosyasında bulunması gereken belgeler ise şunlardır:

- Sağlık kabini açma hak ve yetkisine sahip kişinin dilekçesi,
- Sağlık kabini açmak isteyen kişinin noter onaylı diploma örneği (ebelik, hemşirelik veya sağlık memurluğu alanındaki eğitime ait),
- Noter onaylı nüfus kağıdı örneği,
- Vesikalık fotoğraf(4 adet),
- İkametgah belgesi,

⁶³⁷ Belirtilen nitelikteki kamu sağlık personelinin sağlık kabini açabilmek için emekliye ayrılmış olmaları da gerekmemektedir. Danıştay 5.D. 28.12.1988, E:1988/3302, K:1988/3200; <http://www.danistay.gov.tr/kerisim/container.jsp>, Erişim:10.11.2007

- Sağlık kabini açmak isteyen kişi kamu personeli ise, çalıştığı kurumca düzenlenmiş ve mesleğini serbest olarak icra etmesinde sakınca olmadığına dair belge,
- Sağlık kabini açmak isteyen kişi kamu personeli ise, çalıştığı kurum tarafından düzenlenmiş 2368 sayılı Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun hükümleri çerçevesinde, sağlık kabinin faaliyetine verildiği tarihin ilgili kuruma yazı ile bildirildiği tarihten itibaren, ilgili kurumca gerekli işlemlerin yapılacağına dair belge,
- Sağlık kabinin, bulunduğu yerleşim yerindeki sağlık ocağı hekimince aslına uygun olduğuna dair onaylı krokisi,
- Sağlık kabininde bulundurulacak tıbbi malzeme listesi (1997/3 Genelge eki Ek-4’de yer alan Sağlık Kabinlerinde Bulundurulabilecek Tıbbi Malzemeler Listesi’nden oluşturulacaktır),
- Sağlık kabininde verilecek hizmetlerin listesi (1997/3 Genelge eki Ek-5’te yer alan Sağlık Kabinlerinde Sunulabilecek Hizmetler Listesi’nden oluşturulacaktır),
- Sağlık kabininin bulunduğu yerleşim yerindeki sağlık ocağı hekimi tarafından söz konusu sağlık kabininin açılmasının, bu Genelgede yer alan düzenlemeler açısından, uygun olup olmadığına dair ön denetim raporu,
- Ortaklık halinde açılacak sağlık kabinleri için, sağlık kabininin bütün ortaklarını gösteren Ticaret Sicili Gazetesi ile bütün ortakların ebe, hemşire ve sağlık memuru (toplum sağlığı bölümünden mezun) olduğunu gösterir belgeler.

II .2 .4 – Başvurunun Değerlendirilmesi ve Açılış

Başvurunun değerlendirilmesine yönelik işlemler istenilen belgeleri tamamlanmış başvuru dosyasının il sağlık müdürlüğüne intikal ettiği tarihi takiben 10 iş günü içerisinde sonuçlandırılır. Başvuru sahibi veya ortaklık halinde açılmak istenmesi durumunda, bütün sahiplerin imzasını içeren dilekçede mesul müdür olması teklif edilen ortak adına açılacak sağlık kabinin işletilmesinin uygun olduğuna

dair il sağlık müdürlüğünce düzenlenmiş **Sağlık Kabini İşletme Uygunluk Belgesi** verilir.

Sağlık kabininin ortaklık halinde açılmak istenmesi durumunda ayrıca, Sağlık Kabini İşletme Uygunluk Belgesine ek olarak, başvuruda bütün ortakların imzasını içeren dilekçede mesul müdür olması teklif edilen ortağa işyeri mesul müdürü unvanı verilerek, bu kişi adına **Sağlık Kabini Mesul Müdürlük Belgesi** düzenlenir.

Bu belgenin veya belgelerin dışında, sağlık kabininde mesleğini serbest olarak icra edecek başvuru sahibine ve ortaklık halinde açılmak istenmesi durumunda ise bütün ortaklar adına ayrı ayrı olmak üzere **alışma Uygunluk Belgesi** düzenlenir. Mesul müdürün sorumluluğu, diğer ortakların sundukları sağlık hizmetinin dışındaki, sağlık kabininin işleyişi ile ilgili mevzuatta belirtilen bütün hususlar ile doğrudan kendisinin sunduğu sağlık hizmeti ile ilgili hususları kapsar.

İşyeri sahipleri tarafından sağlık kabininin faaliyetine son verilmek istenmesi halinde, söz konusu talebin il sağlık müdürlüğüne bir iş günü öncesinde ilgili sağlık ocağı aracılığı ile işyeri sahipleri tarafından dilekçe ve ekinde söz konusu sağlık kabini için düzenlenmiş Sağlık Kabini İşletme Uygunluk Belgesi, alışma Uygunluk Belgesi veya Belgeleri ve var ise Sağlık Kabini Mesul Müdürlük Belgesi'nin asılları ile birlikte bildirimde bulunması zorunludur.

II .2 .5 – Bina Durumu ve Denetim

Sağlık kabinleri başkaca bir ticari kuruluş içerisinde veya bünyesinde yer alamaz. Bu yüzden, sağlık kabinlerinin faaliyet gösterdikleri mekn müstakil bir birim olmalıdır. Sağlık kabinlerinde birbirinden ayrılmış hasta bekleme veya kabul bölümü ile ebe, hemşire veya sağlık memurunun (toplum sağlığı bölümlerinden mezun olanların) hastaya yönelik müdahalelerini gerçekleştirecekleri tedavi bölümü yer alır.

Sağlık kabinlerinin olağan denetimleri il sağlık müdürlüğünce veya il sağlık müdürlüğü tarafından yetkilendirilmiş sağlık ocaklarınca yılda en az üç kez yapılır. Denetim sonuçları denetim defterine denetimi yapan yetkili veya yetkililer tarafından

düzenli olarak işlenir. Denetimde tespit edilen eksikliklerin tamamlanması için uygun bir süre tanınır. Tanınan süre sonunda eksikliklerin giderilmediğinin tespiti halinde, söz konusu sağlık kabini Valilik onayı ile süreli veya süresiz olarak kapatılır. Belirtelim ki; hangi eksikliklerin varlığı halinde ne kadar süre ile ya da süresiz kapatma işlemi uygulanacağına açıklık getirilmemiştir.

III - BAĞIMSIZ OLARAK DA AÇILABİLEN DİĞER SAĞLIK KURULUŞLARI

III .1 –Özel Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezleri(ÜYTE)

III .1 .1 – Niteliği ve Verilecek Hizmet

Özel üremeye yardımcı tedavi merkezleri; çocuk sahibi olamayan evli çiftlerden tıbben uygun görülenlerin üremeye yardımcı tedavi yöntemleri vasıtasıyla çocuk sahibi olmalarının sağlanmasına yönelik olarak açılan ve üremeye yardımcı tedavi yöntemlerinin uygulandığı ve gerçek kişilere veya özel hukuk tüzel kişilerine ait olan merkezlerdir. Belirtelim ki, kamu kurum ve kuruluşlarında da üremeye yardımcı tedavi yöntemleri uygulanmaktadır. Kamu ya da özel ayrımı olmaksızın bu alanda faaliyet gösteren kişi ve kuruluşların uymak zorunda oldukları usul ve esaslar ise *Üremeye Yardımcı Tedavi(ÜYTE) Merkezleri Yönetmeliği*⁶³⁸(ÜYTEY) ile düzenlenmiştir.⁶³⁹

Üremeye yardımcı tedavi yöntemleri ise, anne adayının yumurtası ile kocanın spermını çeşitli yöntemlerle döllenmeye daha elverişli hale getirerek, gerektiğinde vücut dışında döllenmesini sağlayıp, gametlerin veya embriyonun anne adayının genital organlarına transferini ifade eden ve modern tıpta bir tıbbi tedavi yöntemi olarak kabul edilen uygulamaları ifade etmektedir.

Bunlardan sun'î dölleme; erkek spermalarının cinsel ilişki dışındaki bir yöntemle kadının cinsel organına yerleştirilmesi, embriyo aktarması ise; erkek spermi ile kadın yumurtasının dış ortamda döllendirilmesi ve belirli bir gelişme

⁶³⁸ 21.08.1987 tarih ve 19551 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

⁶³⁹ Söz konusu ÜYTEY, daha önce "*İnvitro Fertilizasyon ve Embriyo Transferi Merkezleri Yönetmeliği*" adını taşıırken, 19.11.1996 tarih ve 22822 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Yönetmelik değişikliği ile bu şekilde adlandırılmaya başlanmıştır.

aşamasından sonra ana rahmine yerleştirilerek çocuk doğumunun sağlanması olarak tarif edilmektedir.⁶⁴⁰

III .1 .2 – Kuruluş Süreci

III .1 .2 .1 –Açmaya Yetkili Kişiler

Genel olarak ÜYTE merkezleri; kamu kurum ve kuruluşları ile gerçek kişiler ile özel hukuk tüzel kişileri tarafından bunlara ait genel ve özel hastaneler bünyesinde bir ünite şeklinde veya sadece ÜYTE uygulamak amacıyla bağımsız olarak da kurulabilir(ÜYTEY.md.7/1). Esasen bu başlıkta bizim ilgi alanımızı özel gerçek ve tüzel kişilerce müstakil olarak açılacak olan ÜYTE merkezleri oluşturmaktadır.⁶⁴¹

Özel ÜYTE merkezleri dahil bütün merkezlerin çalışma yapabilmeleri için Sağlık Bakanlığı’ndan izin almaları gerekmektedir. Bünyesinde birden fazla kadın hastalıkları ve doğum kliniği bulunan hastanelerde bile tek bir merkez açılmasına izin verilir. Merkez sahibi değişik illerde ve bir ilde birden fazla merkez açabilir. Ancak bu durumda merkezde görev alacak mesul müdür ve diğer personelin farklı kişiler olması ve yine izin alınması gerekir. Merkez sahibi kişi veya kuruluş veya üçüncü kişiler tarafından; şube, irtibat bürosu veya benzeri isimler altında veya belirli merkez ya da merkezlere hasta temini amacıyla bir yer açılmaz(ÜYTEY.md.7/2).⁶⁴²

Kamu kurum ve kuruluşlarına ait hastaneler bünyesinde ya da bu kurum ve kuruluşlar tarafından müstakil olarak merkezlerin açılabilmesi için Sağlık Bakanlığı’ndan **yazılı izin belgesinin** alınması yeterliyken, özel hastane bünyesinde

⁶⁴⁰ AYAN, Mehmet: Tıbbi Müdahalelerden Doğan Hukuki Sorumluluk, Kazancı Yayınları, Ankara 1991, s:40-43

⁶⁴¹ Belirtelim ki; müstakil olarak açılan ÜYTE merkezleri SUT’nin (2.2) maddesinin (b) bendinde sözü edilen ikinci basamak özel sağlık kuruluşları kapsamında sayılmamakla birlikte, SUT’nin (10.2.2) maddesinde belirtildiği üzere SGK bunlarla da sözleşme yaparak sağlık hizmeti satın almaktadır. Oysa 2007 yılı “**Sosyal Güvenlik Kurumu Özel Sağlık Kurumu/Kuruluşundan Sağlık Hizmeti Satın Alma Sözleşmesi**” nin (1.3.2)maddesine göre sağlık hizmeti satın alınacak sağlık kurum/kuruluşları, SUT’nin (2.2) maddesinin (b) bendinde belirtilen özel hastaneler, özel tıp merkezleri ve özel dal merkezleridir. Müstakil olarak açılan ÜYTE merkezlerinin ise bu kapsamda olmadığı açıktır.

⁶⁴² Aynı şekilde, “tüp bebek irtibat bürosu” adı altında herhangi bir kuruluşun faaliyetine de izin verilmeyecektir.(Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü’nün 10.05.2004 tarih ve 5040-9216-1941 sayılı(2004/68) Genelgesi)

ya da müstakil olarak gerçek kişiler veya özel hukuk tüzel kişileri tarafından açılacak merkezler için ise Sağlık Bakanlığı'ndan *ruhsatname* alınması zorunluluğu bulunmaktadır(ÜYTEY.md.7/2).

Üremeye yardımcı tedavi yöntemleri konusunda eğitim verecek merkezlerin nitelikleri ile çalışma usul ve esasları *Üremeye Yardımcı Tedavi Yöntemleri Konusunda Eğitim Verecek Merkezlerin Nitelikleri, Tespiti, Çalışma Usul ve Esasları İle Eğitim Programı ve Sertifika Verilmesine Dair Tebliğ*⁶⁴³ (ÜYTET) ile düzenlenmiştir. Burada sözü edilen eğitim merkezleri sağlık Bakanlığı eğitim hastaneleri ve üniversite hastaneleri ile özel ÜYTE merkezlerinde de açılabilir. Ancak, özel ÜYTE merkezlerinin eğitim merkezi olabilmesi, üniversite veya Sağlık Bakanlığı'na bağlı eğitim hastanelerinin eğitim merkezleri ile resmi işbirliği yapılmış olması şartına bağlıdır(ÜYTET.md.5). Aksi takdir de açılmaz.

Bu şekilde özel ÜYTE merkezlerinde eğitim merkezi açmak isteyenlerin de gerekli bilgi ve belgeler ile yazılı olarak Sağlık Bakanlığı'na başvurmaları gerekmektedir(ÜYTET.md.6). Özel ÜYTE merkezlerinde de eğitim merkezi açılmasına ve eğitim programına izin verilebilmesi için eğitim merkezlerinin taşınması gereken niteliklere ise sözkonusu Tebliğin 7.maddesinde yer verilmiştir.

III .1 .2 .2 – Kuruluş Başvurusu

Özel ÜYTE merkezi açacak olanların da, bir dilekçe ile mahallin en büyük mülki amirliğine başvurmaları, dilekçede ise merkezin açılacağı yerin adresinin, binanın özellikleri ile ne kadar hasta yatağı bulunacağını belirtilerek aşağıdaki belgelerin de eklenmesi gerekmektedir (ÜYTEY.md.8):

- Ölçekli vaziyet planı(1/5000 ölçekli, arsa üzerindeki bütün binaları gösterir plan),
- Planlar(En az 1/100 ölçekli, binanın tümüne ait kat planları)
- Kesitler ve cepheler(1/100 ölçekli),

Yukarıda istenilen proje ve kesitler, proje müellifi ve mahalli Bayındırlık ve İskan Müdürlüğünce tasdik edilerek, ikişer takım ozalit kopya halinde hazırlanır.

⁶⁴³ 15.12.2002 tarih ve 24964 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

- ÜYTE merkezinde kullanılacak cihazları gösteren Yönetmelik eki Ek 1’de yer alan liste,
- Merkezde görevlendirilecek mesul müdür(iki adet fotoğrafı), merkez sorumlusu ve diğer personelin isimleri, ve çalıştıkları alanlar ve bu alanlarla ilgili uzmanlık belgeleri, sertifikaları veya resmi belgeler,
- Kurucu gerçek kişi ise nüfus cüzdanının, özel hukuk tüzel kişisi ise tüzel kişiliğin kurulmasına ilişkin sözleşme, senet veya tüzüğün noterden tasdikli örneği.⁶⁴⁴

III .1 .2 .3 – Bina Durumu

Genel olarak ÜYTE merkezleri, Yönetmelikte belirtilen şartları haiz hastanelerde ve binalarda kurulabilirlerken(ÜYTEY.md.9/1), özel ÜYTE merkezleri dahil bağımsız olarak açılan merkezler ise imar mevzuatına göre yapılmış ve kullanma izni alınmış binalarda kurulabilir. Diğer taraftan başka amaçla yapılmış olup da merkez olarak açılacağı belirtilerek umumi binaya çevrilme ile ilgili olarak mahalli belediyeden izin alınmamış olan ve yangına karşı güvenlik önlemleri bulunmayan binalarda ÜYTE merkezleri açılmaz(ÜYTEY.md.9/2).

Öte yandan bir özel ÜYTE merkezinde, uygulama yapılabilmesi için hasta kabul bölümü, hasta muayene bölümü, amaliyathane, embriyoloji bölümünün, yıkanma ve sterilizasyon odasının, sperm odası, hasta odası ve hemşire odası gibi nitelikleri Yönetmelikte belirtilen bölümlerinin bulunması gerekmektedir(ÜYTEY.md.11/1).⁶⁴⁵

⁶⁴⁴ Dolayısıyla; ayakta teşhis ve tedavi yapılan özel sağlık kuruluşları ile ağız ve diş sağlığı hizmeti veren sağlık kuruluşlarının açılmasından farklı olarak, özel ÜYTE merkezlerini hekim/diş hekimi olmayan gerçek kişiler ile ortaklarının tamamı hekim/diş hekimi olmayan ticari şirketler de açabilmektedirler. Özel ÜYTE merkezlerinin “muayenehane mahiyetinde” görülmediği anlaşılmaktadır.

⁶⁴⁵ Belirtelim ki; bağımsız olarak açılan özel ÜYTE merkezlerinin Sağlık Bakanlığı’ndan ruhsat almış genel dal hizmeti veren bir hastane(kamu ya da özel) ile sevk protokolü yaparak yoğun bakım hizmetlerini de vermeleri gerekmektedir(ÜYTEY.md.11/3).

III .1 .2 .4 – Ruhsatlandırma

Yukarıda yer verildiği şekilde Yönetmeliğe uygun olarak düzenlenen dilekçe ve ekleri üzerine il sağlık müdürü veya görevlendireceği müdür yardımcısı başkanlığında, bir hekim ve il sağlık müdürlüğü veya il bayındırlık müdürlüğünden bir mühendis olmak üzere üç kişilik bir heyetin mahallen inceleme yapmasından ve rapor düzenleyerek, açılması istenen özel ÜYTE merkezi kontrol ederek eksiklikleri var ise tamamlattırmasından sonra, ilgili belgeler aynı ilde alt komisyon varsa alt komisyona, yoksa Valilik görüşleri ile birlikte Sağlık Bakanlığı'na gönderilir(ÜYTE.md.10/1).

Başvuru dosyası, 15 gün içinde alt komisyon tarafından incelenerek sonucu Sağlık Bakanlığı'na bildirilir. Sağlık Bakanlığı yapılacak ilk Bilim Komisyonu⁶⁴⁶ toplantısında dosyayı Komisyona sunar, uygun bulunması halinde **ruhsat** veya **izin belgesi** verilir(ÜYTE.md.10/2).

Üremeye Yardımcı Tedavi Yöntemleri Bilim Komisyonu, çalışma izni isteyen ÜYTE merkezlerinin incelenmesini dosya üzerinde ve alt komisyonlarda incelenmemişse mahallinde yaparak görüşünü Sağlık Bakanlığı'na bildirir(ÜYTE.md.6/6). Alt komisyonlar da, kendilerine gönderilen ve çalışma izni isteyen merkezlerin incelenmesini dosya üzerinde ve mahallinde yaparak görüşünü Sağlık Bakanlığı'na bildirirler(ÜYTE.md.6/8).

Müracaatın yapıldığı ilde alt komisyon yoksa il sağlık müdürlüğü dosyayı doğrudan Sağlık Bakanlığı'na gönderir. Ana Çocuk sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü tarafından dosya içeriği Yönetmeliğe uygun bulunursa Komisyona gönderilir. Bilim Komisyonu ilk toplantısında dosyayı görüşür ve en geç 30 gün içinde mahallinde inceleme yapar veya yaptırır. Dosya muhteviyatı ve fiziki yapı

⁶⁴⁶ ÜYTE merkezlerinin açılması, denetlenmesi, değerlendirilmesi ve kapatılması ile ilgili tavsiye kararları almak üzere Sağlık Bakanlığı'nca **üremeye yardımcı tedavi yöntemleri bilim komisyonu** ve **alt komisyonlar** oluşturulmakta(ÜYTE.md.5/1), ihtiyaca göre değerlendirme ve izleme görevlerini yapmak üzere Bakanlıkça uygun görülen illerde alt komisyonlar da oluşturabilmektedir(ÜYTE.md.5/5). Bilim komisyonu ile alt komisyonların kimlerden oluşacağı ise ÜYTEY'nin yine beşinci maddesinde gösterilmiştir.

uygun görüldüğü takdirde Sağlık Bakanlığı'nca *izin belgesi* veya *ruhsatname* düzenlenerek mahalline gönderilir(ÜYTE.md.10/3).

III .1 .3 – Ruhsatnamenin İptali

ÜYTEY'nde belirtilen esaslara uymayan özel ÜYTE merkezleri ile uygulamaları ve uygulama sonuçları Üremeye Yardımcı Tedavi Yöntemleri Bilim Komisyonu tarafından yeterli bulunmayan özel ÜYTE merkezlerinin faaliyetleri, Komisyon'un görüşü de alınarak, Sağlık Bakanlığı'nca üç aydan altı aya kadar durdurulur. Bu süre içerisinde yeniden başvurulduğu takdirde, merkezlerin durumu tekrar değerlendirilerek çalışmasına izin verilir veya faaliyetinin durdurulmasına devam edilir. Sürenin sonuna kadar yeniden değerlendirme talebinde bulunmayan ve durumunda değişiklik olmayan merkezlerin ruhsatı ve çalışma izni iptal edilir. Çalışmaları durdurulan merkezin elindeki vak'alar ise, en geç on gün içinde Sağlık Bakanlığı'na bildirilir(ÜYTEY.md.18/1).

Bundan başka, Özel ÜYTE merkezleri Sağlık Bakanlığı'ndan izin almadan çalışma yaparlar ise, merkez sahibi kişi veya kuruluş veya üçüncü kişiler tarafından, şube, irtibat bürosu veya benzeri isimler altında veya belirli merkez ya da merkezlere hasta temini amacıyla bir yer açılır ise, merkezler ile tabipler veya kuruluşlar arasında hastanın tabibini seçme hakkını sınırlandıran sözleşme ya da işbirliği yapılır ise ilk tespitte üç ay süre ile ikinci tespitte ise, altı ay süre ile merkezi faaliyeti durdurulur. Üçüncü tespitte ise ruhsat ve çalışma izni iptal edilir(ÜYTEY.md.18/2).

III .2 –Özel Genetik Hastalıklar Tanı Merkezleri

III .2 .1 – Niteliği ve Verilecek Hizmet

Bir sağlık hizmeti olarak bireyin dünyaya gelmeden önce genetik hastalıkların tanısına ve dolayısı ile tedavisine imkan sağlama yönündeki çalışmaların sağlıklı kuşakların oluşumu açısından önemi ortadadır. Genetik tanı merkezleri; genetik hastalıklarda prenatal ve/veya postnatal tanı koymak için invaziv yöntemlerin dışında çeşitli yöntemlerin uygulandığı sağlık hizmeti üretim birimleridir. Söz konusu merkezler kamu kurum ve kuruluşlarının yanısıra, özel hukuk tüzel kişileri ve gerçek kişilerce de kurulabilmektedir.

Kamu ya da özel ayrımı yapılmaksızın bu alanda faaliyet gösteren kişi ve kuruluşların uymak zorunda oldukları usul ve esaslar **Genetik Hastalıklar Tanı Merkezleri Yönetmeliği**⁶⁴⁷(GHTY) ile düzenlenmiştir. Bu bahiste bizim üzerinde duracağımız özel hukuk tüzel kişisi ve gerçek kişilerce bağımsız olarak açılacak olan merkezlerdir.

III .2 .2 – Kuruluş Süreci

III .2 .2 .1 – Açmaya Yetkili Kişiler ve Kuruluş Başvurusu

Genetik hastalıklar tanı merkezleri; kamu kurum ve kuruluşları ile özel hukuk tüzel kişileri ve gerçek kişiler tarafından, bunlara ait hastaneler bünyesinde bir merkez şeklinde veya sadece genetik hastalıklarda prenatal ve/veya postnatal tanı uygulamak maksadıyla, müstakil olarak kurulabilir(GHTY.md.7).

Özel genetik tanı merkezi açacakların bir dilekçe ile mahallin en üst mülki amirliğine başvurmaları gereklidir. Bu dilekçede, genetik tanı merkezinin açılacağı yerin adresi, binanın özellikleri ve mesul müdürün veya genetik tanı merkezi sorumlusunun ismi açıkça belirtilerek aşağıdaki belgeler dilekçeye eklenir(GHTY.md.8):

- Ölçekli vaziyet planı(1/500 ölçekli, arsa üzerindeki bütün binaları gösterir),
- Planlar(1/100 ölçekli, binanın her katı için ayrı tertiplenmiş, yerleşim ve kullanım alanları açıkça belirtilen planlar),
- Kesitler ve cepheler(1/200 ölçekli),
- Genetik tanı merkezlerinde kullanılacak cihazları gösterir Yönetmelik eki Ek 1’de yer alan bir liste,
- Genetik tanı merkezi mesul müdürünün uzmanlık belgesi veya doktora belgesi,

⁶⁴⁷ 10.06.1998 tarih ve 23368 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

- Kurucu gerçek kişi ise nüfus cüzdanının onaylı örneği, vakıf ise vakıf senedinin, şirket ise şirket sözleşmesinin noterden tasdikli örneği.⁶⁴⁸

III .2 .2 .2 – Bina Durumu

Genetik tanı merkezleri, bu Yönetmelikte tanımlanan Bakanlık tarafından onaylanan şartlara haiz olan binalarda veya binanın bir bölümünde veya hastanelerde kurulurlar. Ancak; özel genetik tanı merkezleri dahil bağımsız olarak açılan merkezler, ilgili mevzuata göre yapılmış ve kullanma izni alınmış binalarda kurulur. Başka amaçla yapılmış olup da, merkez açılacağı belirtilerek umumi binaya çevrilme ile ilgili olarak mahalli belediyeden izin alınmamış olan ve yangına karşı güvenlik önlemleri bulunmayan binalarda, merkezler açılmaz(GHTY.md.9/1).

Öte yandan bağımsız olarak açılan özel genetik hastalıklar tanı merkezinde; hasta kabul bölümü, hasta muayenehane bölümü, laboratuvarlar, tıbbi, radyoaktif ve kimyasal atık toplama yerleri, yıkanma ve sterilizasyon bölümleri vb. nitelikleri Yönetmelikte gösterilen bölümlerin bulunması zorunlu kılınmıştır(GHTY.md.11). Belirtelim ki; bağımsız olarak açılan özel genetik hastalıklar tanı merkezine açılış izni veya ruhsat verilebilmesi için Yönetmelik eki Ek 1’de belirtilen araç ve gerecin bulunması şarttır(GHTY.md.12).

III .2 .2 .3 – Ruhsatlandırma

Özel genetik hastalıklar tanı merkezleri dahil bütün merkezlerin çalışma yapabilmesi için Sağlık Bakanlığı’ndan izin alınması zorunludur. Hastanelerde veya müstakil binalarda sadece tek bir merkez açılmasına izin verilir. Merkez sahibi birden fazla ilde merkez açabilir. Ancak, bu taktirde merkezde görev alacak mesul müdür ve diğer personelin farklı kişiler olması ve bu Yönetmelik hükümlerine uygun olarak izin alınması şarttır(GHTY.md.10/1).

⁶⁴⁸ Anlaşıldığı üzere, özel genetik hastalıklar tanı merkezlerini hekim olmayan gerçek kişiler ile ortaklarının tamamı hekim olmayan ticari şirketler de açabilmektedir. Bunların da “muayenehane mahiyetinde” görülmediği anlaşılmaktadır.

Belirtelim ki; kamu kurum ve kuruluşlarına ait hastaneler bünyesinde ya da bu kurum ve kuruluşlar tarafından müstakil olarak kurulacak merkezlerin açılabilmesi için *yazılı izin belgesinin*; özel hukuk tüzel kişileri tarafından açılacak merkezler veya özel hastane bünyesinde ya da müstakil olarak gerçek kişiler tarafından açılacak merkezler için de *ruhsatnamenin*, Sağlık Bakanlığı'ndan alınması zorunludur(GHTY.md.10/2).

Genetik tanı merkezi açacak olanlar yukarıda belirtilen şekilde dilekçe ve ekleri ile Valiliğe başvuracaklardır. Dilekçenin il sağlık müdürlüğüne ulaşmasını takiben il sağlık müdürü veya görevlendireceği müdür yardımcısı başkanlığında, bir hekim ve il sağlık müdürlüğü veya il bayındırlık müdürlüğünden bir mühendis olmak üzere üç kişilik bir heyetin mahallen inceleme yapmasından ve rapor düzenleyerek, açılması istenen merkezi kontrol ederek eksikleri var ise tamamlattırılmasından sonra, Valilik görüşleri ile birlikte belgeler Sağlık Bakanlığı'na gönderilir(GHTY.md.10/3).

Başvuru dosyası Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü tarafından incelenir. Dosya içeriği Yönetmeliğe uygun bulunursa Komisyona⁶⁴⁹ gönderilir. Komisyon tarafından 30 gün içinde dosya üzerinde ve mahallinde inceleme yapıldıktan sonra uygun görüldüğü takdirde Sağlık Bakanlığı'nca bir yıl süreyle geçici izin belgesi düzenlenerek mahalline gönderilir. Bu sürenin sonunda merkez, Komisyon tarafından yeniden değerlendirilir ve uygun bulunursa Sağlık Bakanlığı'nca daimi izin belgesi veya ruhsatname verilir(GHTY.md.10/4).

Genetik tanı merkezleri, izin belgesi veya ruhsatnamesi verildikten sonra geçerli sebep olmaksızın 6 ay içinde faaliyete geçirilmezse, verilen izin veya ruhsatnamenin hükmü kalmaz. Genetik tanı merkezinde, radyoaktif malzeme kullanılacak ise Türkiye Atom Enerjisi Kurumundan gerekli izin alınması şarttır(GHTY.md.10/5).

⁶⁴⁹ “Genetik hastalıklar tanı merkezlerinin açılması, denetlenmesi ve kapatılmasıyla ilgili olarak bilimsel tavsiye kararları almak üzere, Sağlık Bakanlığı tarafından **Genetik Hastalıklar Bilim Komisyonu** oluşturulur”(GHTY.md.5/1). Komisyonun tavsiye kararları Sağlık Bakanı tarafından onaylandıktan sonra uygulamaya konulurken, Sağlık Bakanlığı ihtiyaca göre değerlendirme ve izleme görevlerini yapmak üzere alt komisyonlar da kurabilir(GHTY.md.6/7).

Genetik tanı merkezleri konusunda eğitim verecek merkezlerin nitelikleri, çalışma usul ve esasları, Komisyon'un görüşü alınarak Sağlık Bakanlığı tarafından en geç bir yıl içerisinde çıkarılacak bir Yönerge ile düzenlenir. Eğitim merkezleri, çıkarılacak Yönerge'de belirtilen usul ve esaslar çerçevesinde kurulur ve faaliyetler gösterirler(GHTY.md.10/3).

III .2 .2 .4 – Çalışma İzni veya Ruhsatın İptali

Yukarıda açıklanan vasıf ve şartlarda olmayarak izin belgesi veya ruhsatname alınmadan hekimler ve diğer şahıslar tarafından genetik tanı için özel genetik tanı merkezleri açılması veya oturdukları yerlerin bir bölümünün bu uygulamaya tahsis edilmesi yasaktır. Bu yasağa ve Yönetmelik hükümlerine uymadığı tespit edilenlerin faaliyetleri Sağlık Bakanlığı'nca durdurulur (GHTY.md.17).

Bu Yönetmelikte belirtilen esaslara uymayan veya uygulamaları Genetik Hastalıklar Bilim Komisyonu tarafından yeterli bulunmayan merkezlerin izin belgeleri ve ruhsatnameleri, Genetik Hastalıklar Bilim Komisyonu'nun görüşü de alınarak, Sağlık Bakanlığı'nca iptal edilir. Cinsiyete bağlı hastalıklar dışında cinsiyeti belirlediği tespit edilen genetik tanı merkezlerinin ruhsatı bir daha verilmemek üzere geri alınır. Mesul müdür hiç bir merkezde bir daha mesul müdür olarak çalışamaz(GHTY.md.18).

III .3 –Özel Diyaliz Merkezleri

III .3 .1 –Genel Olarak

Modern tıbbın bir gereği olarak, akut ve kronik böbrek yetmezliği bulunan hastaların hayatlarını devam ettirmede, böbrek nakline hazırlanmalarında ve gerekli diğer tıbbi durumlarda diyaliz yöntemlerinin uygulanması büyük önem taşımaktadır. Son dönem böbrek yetmezliği gelişen hastalarda uygulanan tedavi yöntemleri diyaliz veya böbrek naklidir. Böbrek nakli hasta olan bir organın yerine sağlıklı bir organın konmasıdır.⁶⁵⁰ Diyaliz ise böbrek yetmezliği veya başka sebeplerle insan vücudunda

⁶⁵⁰ Belirtelim ki; "bütün diyaliz merkezlerinin; kendisine en yakın organ nakli merkezi ve sağlık Bakanlığı ile koordinasyon kurarak, böbrek nakline aday hastalarının, kan ve doku grupları tayinlerini

biriken toksik maddelerin temizlenmesi amacı ile uygulanan diyaliz yöntemlerini ifade etmektedir.

Diyaliz tedavisi denildiğinde ise hemodiyaliz (makine diyalizi, bir merkezde) ve periton diyalizi (karından diyaliz, evde) akla gelmektedir. Bunlardan hemodiyaliz, hemodiyaliz cihazı vasıtasıyla yapay membran kullanılarak diyaliz merkezlerinde veya evde yapılan standart ve high flux, hemodiafiltrasyon ve benzeri alternatif diyaliz yöntemlerini, periton diyalizi ise, son dönem böbrek yetmezliği hastaları için hemodiyalize alternatif olarak kullanılan sürekli ayaktan, sürekli siklik, aralıklı ve aletli periton diyalizi ve benzeri diyaliz yöntemlerini ifade etmektedir. Özel olarak ev hemodiyalizi ise, bir diyaliz merkezi ile bağlantılı olmak kaydıyla, hastanın talebi ve bilgilendirilmiş onay formu alınarak ve tıbbi kontrolleri diyaliz merkezi tarafından yapılmak kaydıyla evde yapılan diyaliz yöntemlerini kapsamaktadır.⁶⁵¹

Esasen hemodiyaliz tedavisi standart olarak en az haftada 3 gün, günde 4 saat olmak üzere bir merkezde yapılmaktadır. Yıllar içinde diyaliz teknolojisinde ve tıpta kaydedilen gelişmelerle, diyaliz tedavisinin yeterliliği artmış, diyaliz hastalarının uzun ve sağlıklı yaşam sürebilmesi mümkün olmuştur. Ancak yine de “iyi ve kaliteli” diyaliz tedavisi gören hastaların yaşam süresi ve kalitesi arzu edildiği kadar iyi değildir. Haftada 3 gün, 4 saat hemodiyaliz tedavisi gören hastalar, halen hastalıkları ile ilgili bazı ilaçları almak zorundadırlar. Haftada 12 saat hemodiyaliz tedavisiyle üre yeterli temizlense de, kandaki fosforu düşürmek için veya kansızlıklarını düzeltmek için bazı ilaçları almak gerekmekte, aralıklı hemodiyalize bağlı olarak sıklıkla diyaliz sırasında tansiyon düşmeleri, kramplar, bulantı ve kusmalar olmaktadır. Haftada 12 saat diyalize giren bir hasta mutlaka diyetine çok dikkat etmek zorundadır. Normal bir insanda böbrek vücudumuz için zararlı olan maddeleri atmak, kan basıncını düzenlemek ve kalbi korumak için 24 saat süresince çalışmaktadır (yani haftada 7x24 saat: 168 saat). Bu nedenle, haftada 3 gün, 4 saat

yaptırıp, Ulusal Bekleme Listesi'ne kaydettirmeleri gereklidir. Diyaliz merkezleri; hastalarını her yıl kendisine en yakın organ nakli merkezi sorumlusu veya uzmanı ile konsulte ederek organ nakline uygun hastaları birlikte belirlemek ve bu konsültasyon raporlarını hasta dosyasında muhafaza etmek, nakil için uygun görülenler listesine ilave olan hastaların bilgilerini ve kayıt olmuşlarsa nakil merkezi isimlerini her yıl Bakanlığa bildirmekle yükümlüdürler”(DMY.md.42).

⁶⁵¹ Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 24.04.2007 tarih ve 8521 sayılı(2007/30) Genelgesi

yapılan hemodiyaliz tedavisi tamamen yeterli bir tedavi değildir. Diyaliz tedavi süresini uzatmak, daha iyi ve yeterli (normale yakın) diyalize neden olacaktır.

Daha uzun süreli diyaliz ile zararlı maddelerin daha iyi temizleneceği kuşkusuzdur. Daha uzun süreli diyalizle, iki diyaliz arasındaki kilo alımı daha az olacak, diyaliz sırasında çok daha az sorun yaşanacaktır. Daha uzun diyaliz ile üre yanında, fosfor, potasyum gibi zararlı maddeler daha iyi temizlenecek, ilaç kullanmaya gerek kalmayacak, çok sıkı diyet gerekmeyecek ve ilaç kullanmaya gerek olmadan kansızlık düzelecektir. Sonuçta daha uzun diyaliz ile hasta kendini çok daha iyi hissedecek, iştahı artacak, yaşam kalitesi yükselecektir. Daha uzun ve daha sık hemodiyaliz ise en iyi “ev hemodiyalizi” koşullarında sağlanabileceği belirtilmektedir.⁶⁵²

Kamu ya da özel ayrımı yapılmaksızın bu alanda faaliyet gösteren kişi ve kuruluşların uymak zorunda oldukları usul ve esaslar ***Diyaliz Merkezleri Hakkında Yönetmelik***⁶⁵³ (DMY) ile düzenlenmiştir. Bu bahiste bizim üzerinde duracağımız özel hukuk tüzel kişisi ve gerçek kişilerce bağımsız olarak açılacak olan diyaliz merkezleri olacaktır.⁶⁵⁴

III .3 .2 –Kuruluş Süreci

III .3 .2 .1 –Açmaya Yetkili Kişiler ve Başvuru

Diyaliz merkezleri, kamu kurum ve kuruluşları ile gerçek kişiler ve özel hukuk tüzel kişileri tarafından, sadece diyaliz uygulamak amacıyla ***ayrı bir merkez olarak kurulabileceği gibi***, bunlara ait olan;

- Genel hastaneler bünyesinde,

⁶⁵² Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 24.04.2007 tarih ve 8521 sayılı(2007/30) Genelgesi

⁶⁵³ 08.05.2005 tarih ve 25809 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

⁶⁵⁴ Belirtelim ki; müstakil olarak açılan diyaliz merkezleri SUT'nin (2.2) maddesinin (b) bendinde sözü edilen ikinci basamak özel sağlık kuruluşları kapsamında sayılmamakla birlikte, SUT'nin (19.5.1)maddesi uyarınca SGK bunlarla da sözleşme yaparak sağlık hizmeti satın almaktadır. Oysa 2007 yılı “***Sosyal Güvenlik Kurumu Özel Sağlık Kurumu/Kuruluşundan Sağlık Hizmeti Satın Alma Sözleşmesi***” nin (1.3.2)maddesine göre sağlık hizmeti satın alınacak sağlık kurum/kuruluşları, SUT'nin (2.2) maddesinin (b) bendinde sayılan özel hastaneler, özel tıp merkezleri ve özel dal merkezleridir. Müstakil olarak açılan diyaliz merkezlerinin ise bu kapsamda olmadığı açıktır.

- Nefroloji alanında hizmet veren özel dal hastane veya merkezlerinde;
- Çocuk sağlığı ve hastalıkları alanında faaliyet gösteren özel dal hastanelerinde, bağımsız bir bölüm olarak da kurulabilir(DMY.md.8/1).

Belirtelim ki; burada sayılanların haricindeki özel dal hastaneleri, özel dal merkezleri, teşhis merkezleri, tıp merkezleri, poliklinikler ve klinikler bünyesinde diyaliz merkezi açılmamaktadır(DMY.md.8/2).

Kamu kurum ve kuruluşlarına ait her türlü hemodiyaliz merkezleri için izin belgesinin ve özel hastane bünyesindeki diyaliz bölümü veya müstakil olarak kurulacak **özel diyaliz merkezlerinin** açılabilmesi için gerekli olan Yönetmelik eki Ek 11'de yer verilen **Açılma İzin Belgesinin** ilgili valilikten alınması gerekmektedir(DMY.md.8/3).

Diyaliz merkezi açacakların bir dilekçe ile il sağlık müdürlüğüne başvurmaları ve dilekçeye ekli başvuru dosyasında aşağıdaki bilgi ve belgelerin bulunması gerekmektedir(DMY.md.16/1):

- Diyaliz merkezinin her katı için ayrı olmak üzere mimar tarafından düzenlenmiş, yerleşim ve kullanım alanlarını gösteren 1/100 ölçekli planlar,
- Yapı kullanma izni belgesi veya yapı kullanma izin belgesi henüz alınamamışsa mahalli belediyeden bina için yapı kullanma izin belgesi verileceği beyanını gösteren yazılı belge,
- Yangına yönelik tedbirlerin alındığına dair yetkili merciden alınmış olan rapor,
- Diyaliz merkezinde kullanılacak cihaz, araç ve gereçlerin diyaliz merkezi sahipliğinde olduğunu gösteren ve merkez yetkilisi tarafından onaylanan liste,⁶⁵⁵

⁶⁵⁵ Açılma izni belgesi verilen diyaliz merkezlerinin, açılma izni alınma sırasındaki cihaz, personel, bina ve diğer tıbbî ve fizik şartlardaki herhangi bir değişikliği ilgili valiliğin veya Sağlık Bakanlığı'nın bilgisi olmaksızın yapmaları yasaktır. Aksi takdirde, bu yasağa uymayanların faaliyetleri ilgili valilik veya Sağlık Bakanlığı'na durdurulur(DMY.md.38).

- Kurucu gerçek kişi ise, nüfus hüviyet cüzdanının; vakıf ise, vakıf senedinin ve ticaret sicil gazetesi kaydının; şirket ise, sermaye durumunun ve şirket ortaklarını gösteren ticaret sicili gazetesinin örneği⁶⁵⁶,
- Diyaliz merkezinde görev yapacak Sorumlu Uzmanın, Sorumlu Tabibin, Hemşirenin ve Diyaliz Teknisyeninin veya Teknikerinin bu Yönetmelik uyarınca istenilen meslekî sertifikaları ile diplomalarının ve uzmanlık belgelerinin örnekleri; kamu kurum ve kuruluşlarından yapılan başvurularda ise, bu belgelerin kurum amirinden tasdikli örnekleri,
- Özel diyaliz merkezinde görev yapacak personelin tamamı ile yapılan sözleşmeleri,
- Personelin ikametgâh belgeleri; İkametgâh yeri olarak, büyük şehir belediyesi olan yerlerde büyük şehir belediye sınırları; diğer yerlerde ise belediye sınırları dikkate alınarak, hazırlanacak personelin ikametgah belgeleri⁶⁵⁷,
- Diyaliz merkezinde tam gün çalışması gereken Sorumlu Tabibin ve aynı zamanda Sorumlu Tabip olarak tam gün çalışacağı bildirilen Sorumlu Uzmanın muayenehanesi haricinde başkaca bir serbest meslek icrası olmadığına dair ilgili tabip odasınınca düzenlenen belge,
- Yeterli nitelikte ve kapasitedeki su sisteminin yaptığı arıtma sonrasında elde edilen suyun, bakteriyolojik ve kimyasal analiz sonuçlarının Avrupa Birliği Farmakopesisindeki standartlara uygun olduğunu gösterir belge,
- Merkezde kullanılacak diyaliz cihazlarının marka, imâl tarihi, imâl edildiği ülkeyi belirten liste ve onaylı fatura örnekleri,
- Bir merkez için adına açılma izin belgesi düzenlenmiş olan sorumlu uzman hekim, başka bir ilde aynı şekilde çalışacağı zaman, daha önce

⁶⁵⁶ Görüldüğü üzere, müstakil olarak açılacak olan özel diyaliz merkezlerini hekim olmayan gerçek kişiler ile ortaklarının tamamı hekim olmayan ticari şirketler de açabilmektedir. Bunların da “muayenehane mahiyetinde” görülmediği anlaşılmaktadır.

⁶⁵⁷ Burada belirtilen ikametgahla ilgili kısıtlamanın dışına, ancak haklı sebeplerin mevcudiyeti ve buna istinaden il sağlık müdürlüğünün uygun görüşü ve kamu personeli için ayrıca Valiliğin yazılı onayı ile çıkılabilir(**DMY.md.16/2**).

çalıştığı diyaliz merkezi ile ilişkisi kalmadığına ilişkin olarak ayrıldığı ilin müdürlüğünce onaylı yazılı beyanı.

III .3 .2 .2 – Bina Durumu

Diyaliz merkezleri; imar ile ilgili mevzuat hükümlerine göre yapı kullanma izni almış olan veya yapı kullanma izin belgesi olmamasına rağmen mahalli belediyeden bina için yapı kullanma izin belgesi verileceği yönünde yazılı belge alınan, müstakil olarak bu işe ayrılmış binalarda veya çok katlı binaların ayrı girişi olan müstakil bölümlerinde kurulur(DMY.md.9/1). Açılma İzin Belgesi alındıktan sonra binada yapılan esasa yönelik değişikliklerin izin belgesini düzenleyen valilikçe uygun görülmesi gerekir(DMY.md.9/4). Diyaliz merkezlerinde diyaliz tedavi salonları bodrum katlarda bulunamaz. Binanın hemodiyaliz merkezi olarak kullanılan kısımlarında, periton diyalizi ve laboratuvar dışında başka amaçlı oda veya birimler bulunamaz(DMY.md.9/2).

Diyaliz merkezinin bulunduğu bina için, yukarıda belirtilen yapı kullanma izin belgesinin yanında aşağıdaki unsurların da bulunması gerekmektedir(DMY.md.9/3).⁶⁵⁸

- Çok katlı binalarda faaliyette olan diyaliz merkezlerinde, zemin ve birinci katın haricindeki katlarda da hasta tedavi ve kullanım alanı mevcut ise, sedye taşımaya müsait ve merkezin jeneratörüne bağlı olan asansör bulunması,
- Yangına karşı güvenlik tedbirlerinin alındığını gösteren ve yetkili merciden verilen raporun olması,
- Diyaliz merkezinin, sıcak mevsimlerde uygun klima sistemiyle soğutulması ve her türlü soba hariç olmak üzere, merkezi veya kat

⁶⁵⁸ Başka amaçla yapılmış olup, sonradan diyaliz merkezi açılacağı belirtilen binanın teknik uygunluğunun İl Bayındırlık ve İskan Müdürlüğü tarafından onaylanmasına ilişkin daha önce varolan hüküm; belediye sınırı içinde 3194 sayılı İmar kanununa tabi bir binaya belediye onayı gerektiğinden ve özel yapıların statik olarak incelenmesi Bayındırlık ve İskan Müdürlüğünün görevleri arasında olmadığından madde metninden çıkarılmış bulunmaktadır.(18.08.2007-26617 RG) Bu nedenle, diyaliz merkezlerinin açılışında artık Bayındırlık ve İskan Müdürlüğünün teknik raporu istenmemektedir.(Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 19.09.2007 tarih ve 19490 sayılı Genelgesi)

kaloriferi sistemi veya uygun ısı temin eden bir sistemle ısıtılarak, oda sıcaklığının ortalama 22 derece tutulması,

- Merkezlerde, elektrik kesilmesi halinde en kısa süre içinde otomatik olarak devreye girebilecek ve elektrik projesinde hesaplanan kurulu gücün en az % 70'i oranında uygun güç ve nitelikte bir jeneratör bulunması.

Diğer taraftan hemodiyaliz ve periton diyalizi merkezlerinde hasta kabul ve dinlenme bölümü, su sistemi odası, tıbbi bakım ve solüsyon değişimi odası gibi bulunması gereken bölümlere Diyaliz Merkezleri Hakkında Yönetmeliğin 10 ve 11. maddelerinde, bu merkezlerde bulunması gereken cihazlar ile araç ve gereçlere ise Yönetmeliğin 12.maddesinde yer verilmiştir. Şüphesiz bunlardan en önemlisi hemodiyaliz cihazlarıdır.⁶⁵⁹

Zorunlu olmamakla birlikte diyaliz merkezi, hastalarına acil durumda hizmet vermek üzere bir ambulans bulundurabilir(DMY.md.12/3). Zira, yapılan Yönetmelik değişikliği ile diyaliz merkezlerinin ambulans bulundurma veya bir ambulans servisi desteği alma zorunlulukları kaldırılmış bulunmamaktadır.⁶⁶⁰ Öte yandan, diyaliz merkezi sadece diyaliz hastalarına yönelik olmak üzere ilgili mevzuat uyarınca ruhsatlandırılmış bir laboratuvar kurması veya bu nitelikleri haiz bir laboratuvar ile anlaşması zorunludur. Diyaliz merkezinin kendi bünyesinde kuracağı laboratuvar ile diyaliz hastaları haricindeki hastalara laboratuvar hizmeti vermek istemesi halinde ise müstakil girişli laboratuvar oluşturmak ve diyaliz hastaları ile doğrudan teması engellemek zorundadır(DMY.md.12/4).

III .3 .2 .3 – Açılma İzni

Diyaliz merkezi açma başvurusu; Diyaliz Merkezleri Başvuru Değerlendirme Komisyonu⁶⁶¹ tarafından öncelikle dosya üzerinde incelenir⁶⁶² ve noksanlıklar var

⁶⁵⁹ Esasen diyaliz merkezi kavramı; 5 aktif hemodiyaliz cihazı ve 1 yedek hemodiyaliz cihazı olmak üzere 6 hemodiyaliz cihazını tanımlamaktadır(DMY.md.12/1-a). Buna göre yeni açılacak bir diyaliz merkezi 1 yedek olmak üzere toplam 6 cihazla açılabilir.(Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 19.09.2007 tarih ve 19490 sayılı Genelgesi)

⁶⁶⁰ 18.08.2007 tarih ve 26617 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

⁶⁶¹ “Diyaliz merkezlerinin açılması için yapılan başvuruyu değerlendirmek üzere, her il sağlık müdürlüğü nezdinde *Diyaliz Merkezleri Başvuru Değerlendirme Komisyonu* teşkil

ise, diyaliz merkezi açma talebinde bulunanlara yazı ile bildirilir(DMY.md.17/1). Başvuru dosyasında noksanlık yok ise, açılmak istenilen merkezler Komisyon tarafından personel, bina, tıbbî donanım ve cihaz, araç ve gereçler ile bu Yönetmeliğin öngördüğü diğer hususlara uygunluk yönünden yerinde ve üyelerin tamamının iştiraki ile incelenerek, sonuçları bir rapor halinde il sağlık müdürüne sunulur(DMY.md.17/2).

Başvuru belgeleri noksan veya inceleme sonucunda durumu mevzuata uygun olmayan diyaliz merkezine ilişkin başvuru dosyası, ret gerekçeleriyle birlikte başvuru sahibine resmî bir yazı ile iade edilir(DMY.md.17/3). İl sağlık müdürlüğüne yapılan başvuru üzerine gerekli işlemler, başvuru tarihinden itibaren en geç on beş iş günü içerisinde sonuçlandırılır(DMY.md.17/4).

Başvuru dosyası noksansız ve yerinde yapılan incelemede uygun görülen diyaliz merkezleri için merkez sahibi adına, il sağlık müdürlüğünce hazırlanan ve Vali tarafından onaylanan *Açılma İzni Belgesi* verilir.⁶⁶³ Diyaliz merkezi bu belge ile faaliyete geçer ve sosyal güvenlik kurumları ile anlaşma imzalayabilir. İl sağlık Müdürlüğü tarafından hazırlanan ve Vali tarafından onaylanan açılma izin belgesi ile başvuru dosyasının özetini gösterir Yönetmelik eki Ek 12'deki Diyaliz Merkezleri Dosya Özeti Formu il sağlık müdürlüğünce doldurulup onaylanarak Sağlık Bakanlığı'na gönderilir. Bakanlık gerekli gördüğü takdirde diyaliz merkezini yerinde denetledikten sonra ya da doğrudan nihai *çalışma ruhsatını* düzenler(DMY.md.17/5).⁶⁶⁴ Belirtelim ki; diyaliz merkezinin faaliyete başlayıp hasta

olunur”(DMY.md.15/1). “Komisyon, il sağlık müdürünün görevlendireceği bir müdür yardımcısının veya ilgili şube müdürünün başkanlığında; bu Yönetmeliğin 13.maddesinde belirtilen sorumlu uzman niteliklerini haiz olan ve kamu kurumlarına ait hastaneler bünyesinde çalışan, biri asil ve biri yedek olmak üzere iki uzman tabip ve varsa müdürlükten yoksa İl Bayındırlık ve İskan Müdürlüğünden bir mühendis veya mimar olmak üzere toplam üç kişiden oluşur” (DMY.md.15/2).

⁶⁶² “Başvurular, Komisyonda değerlendirilirken; il genelindeki diyaliz hasta sayısı, ikamet adresleri, ulaşım olanakları, mevcut cihaz sayısı ve diğer merkezlerin yerleşim durumu ve ildeki hastaların da ihtiyaçları ve hizmet kalitesi göz önünde bulundurularak, belirli bir plan ve program dahilinde değerlendirilir ve kaynakların uygun kullanımına ve atıl kapasiteye yol açılmamasına dikkat edilir” (DMY.md.15/6).

⁶⁶³ Buna aykırı olarak ilgili il sağlık müdürlüğünden veya Sağlık Bakanlığı'ndan açılma izni belgesi alınmaksızın, diyaliz tedavisi yapmak amacıyla özel yerler açılması ve kamu kurum ve kuruluşlarında diyaliz tedavisi için yer tahsis edilmesi yasaktır. Aksi takdirde, bu yasağa uymayanların faaliyetleri ilgili valilik veya Sağlık Bakanlığı'nca durdurulur(DMY.md.38).

⁶⁶⁴ “Sağlık Bakanlığı'na bağlı eğitim ve araştırma hastaneleri ile üniversite hastaneleri bünyesinde açılacak diyaliz merkezi veya üniteleri için bu Yönetmelik hükümlerine uygun şekilde hazırlanan dosya, başvuru dilekçesi ile birlikte doğrudan Bakanlığa sunulur ve gerekli iş ve işlemler yapılarak

kabulü için il sağlık müdürlüğünce düzenlenen çalışma izin belgesi yeterli olup, gerektiğinde Sağlık Bakanlığı'nca düzenlenen çalışma ruhsatının verilmesi şart değildir.

Açılma izni belgesi il sağlık müdürlüğünce düzenlendiği tarihten itibaren altı ay içerisinde faaliyete geçmeyen diyaliz merkezlerine verilen açılma izninin hükmü kalmaz ve açılma izni belgesi, ilgili valilikçe iptal edilir(DMY.md.17/6) Açılma izin belgesinde merkezin, hemodiyaliz veya periton diyalizi merkezi olduğu açıkça belirtilir. Ancak, hemodiyaliz merkezi bünyesinde, periton diyalizi merkezi açılması durumunda ayrıca açılma izin belgesi düzenlenmez; sadece açılma izin belgesine bu hususta gerekli şerh düşülür(DMY.md.17/7).

Adres değişikliği ve ruhsatında kayıtlı cihaz kapasitesinin değiştirilmesi durumlarında, Diyaliz Merkezleri Başvuru Değerlendirme Komisyonu tarafından yerinde inceleme yapılır ve yukarıdaki fıkralara göre işlemler yürütülür(DMY.md.17/10). Diyaliz merkezi sahibinin veya merkezin kayıtlı cihaz kapasitesinin değiştirilmesi talebi hallerinde, il sağlık müdürlüğüne sadece değerren hususlar ile ilgili belgeler sunulur ve açılma izin belgesi yeniden alınarak ruhsat değerlişikliği yapılmak üzere Sağlık Bakanlığı'na gönderilir(DMY.md.17/8). Adres değerlişikliği halinde ise; diğer konularda değerlişiklik yok ise, bu Yönetmeliğin 16. maddesinin (a), (b) ve (c) bentlerinde belirtilen belgeler sunularak açılma izni belgesi yeniden alınır(DMY.md.17/9).

Diğer taraftan diyaliz merkezlerinde görev alacak sorumlu uzman, sorumlu tabip ve hemşireler ile bu merkezlerin tıbbi denetimlerinde yer alacak personellerin eğitimleri, Sağlık Bakanlığı'nca eğitim vermek üzere yetkilendirilmiş diyaliz merkezlerince yürütülür. Üniversitelerin tıp fakülteleri ile eğitim ve araştırma hastaneleri ve kadrosunda nefroloji uzmanı olan kamu kurum ve kuruluşlarına ait hastaneler bünyesindeki diyaliz merkezlerine eğitim yetkisi

diyaliz merkezleri için açılma izin belgesi ile üniteler için uygunluk belgesi Bakanlıkça düzenlenir” (DMY.md.17/11).

verilebilir(DMY.md.26/1).⁶⁶⁵ Görüldüğü üzere özel hastaneler ile bağımsız olarak açılan özel diyaliz merkezlerine eğitim yetkisi verilmesi sözkonusu değildir.

Diyaliz eğitim merkezi olarak yetkilendirilmeyi talep eden merkez Sağlık Bakanlığı'na başvurması gerekmektedir. Bu başvurular Diyaliz Bilimsel Danışma Kurulu⁶⁶⁶ tarafından değerlendirilerek, bu Yönetmelikte öngörülen şartları taşıyan diyaliz merkezlerine Sağlık Bakanlığı'nca eğitim yetkisi verilir ve buna dair yetki belgesi düzenlenir(DMY.md.27).

III.3.3 – Diyaliz Merkezinin Faaliyetinin Durdurulması

Özel diyaliz merkezleri de dahil olmak üzere diyaliz merkezlerinin açılma izin belgeleri geçici olarak askıya alınıp faaliyetleri geçici olarak durdurulabileceği gibi, açılma izin belgeleri iptal edilerek faaliyetleri tamamiyle de durdurulabilir. Diyaliz hizmetlerinin sunulması kapsamında uyulması gereken ilgili mevzuata aykırı olarak hasta veya toplum sağlığını riske attığı veya meslekî deontoloji kurallarına aykırı faaliyet gösterdiği herhangi bir şekilde tespit olunan merkezin açılma izni belgesi **geçici olarak**, hasta veya toplum sağlığını riske sokan durumlar veya aykırılıklar giderilinceye kadar ilgili valilikçe veya Sağlık Bakanlığı'nca askıya alınır ve bu diyaliz merkezinin hasta kabulü durdurulur(DMY.md.40/1).

Denetim sonucunda⁶⁶⁷ ortaya çıkan ve denetim formuna kaydedilen ve ayrıca bir rapor ile Sağlık Bakanlığı'na da bildirilen; bu Yönetmelik hükümlerine ve bu

⁶⁶⁵ Kamu kurum ve kuruluşları ile gerçek kişiler ve özel hukuk tüzel kişileri, Sağlık Bakanlığı'ndan izin almadan diyaliz sertifikası vermek amacıyla eğitim faaliyetinde bulunamazlar. Aksi takdirde, bu yasağa uymayanların faaliyetleri ilgili valilik veya Sağlık Bakanlığı'nca durdurulur(DMY.md.38).

⁶⁶⁶ “Kurul; Tedavi Hizmetleri Genel Müdürünün başkanlığında veya konuyla ilgili görevlendireceği en az daire başkanı düzeyindeki bir idari amir ile nefroloji alanında bilimsel olarak temayüz etmiş ve bir diyaliz merkezinde en az beş yıl aktif olarak çalışmış öğretim üyeleri veya uzman tabipler arasından sağlık Bakanlığı'nca seçilen altı üye olmak üzere toplam yedi üyeden oluşur”(DMY.md.5). Diyaliz Bilimsel Danışma Kurulu'nun; ülke genelinde diyaliz hizmetlerinin gelişimini izleyerek, alınacak tedbirleri ve ulusal stratejileri belirlemek için ihtiyaç duyulan konularda Bakanlığa görüş bildirmek, diyaliz merkezlerinin yıllık faaliyetlerini değerlendirmek ve gerekli hallerde alınacak tedbirler konusunda Bakanlığa görüş bildirmek, diyaliz merkezlerine eğitim yetkisi verilmesine veya verilmiş bu yetkilerin kaldırılmasına esas olmak üzere, Bakanlığa görüş bildirmek vb. görevleri bulunmaktadır(DMY.md.6).

⁶⁶⁷ “Diyaliz merkezleri; şikayet veya ihbar üzerine yapılan denetimler ile Bakanlığın yaptırdığı veya Bakanlık denetim elemanlarınca yapılan olağan dışı denetimler hariç olmak üzere Müdürlük tarafından, Komisyon veya denetleme ekibi vasıtasıyla, Diyaliz Merkezi İdari Denetim Formu (EK-9) ve Diyaliz Merkezi Tıbbi Denetim Formu (EK-10)'a göre altı ayda bir defa olağan olarak denetlenir” (DMY.md.37/1). “Denetimler sonucunda düzenlenen denetim raporları Bakanlığa gönderilir. Ancak

konudaki diğer düzenlemelere aykırı faaliyetlerin veya eksikliklerinin bir ay içerisinde sona erdirilmesi veya giderilmesi hususu, ilgili il sağlık müdürlüğü tarafından diyaliz merkezi sahibine yazılı olarak ihtar olunur ve bu durum, sağlık Bakanlığı'na bildirilir. Bu bir aylık süre sonunda yapılacak ikinci denetimde eksikliklerini gidermeyen diyaliz merkezinin açılma izni belgesi, ikinci bir ihtara gerek kalmaksızın ilgili valilikçe *iptal edilir*(DMY.md.39/1).

Tıbbî denetimler sırasında, hastaların klinik ve laboratuvar değerlendirmeleri sonucunda tıbbî açıdan yetersiz diyaliz yaptığı anlaşılan diyaliz merkezleri yazılı olarak ihtar edilir. Yazılı ihtar ile verilecek bir aylık süreye rağmen, bu süre sonunda yapılacak denetimde yetersiz diyaliz tedavisi yapmaya devam ettiği tespit olunan diyaliz merkezinin açılma izin belgesi, ilgili valilikçe *iptal edilir*(DMY.md.39/2).

Sağlık Bakanlığı tarafından herhangi bir şekilde denetlenen ve Yönetmeliğe ve bu konudaki diğer düzenlemelere aykırı faaliyet gösterdiği veya eksiklikleri olduğu anlaşılan merkez için, aykırılıkların veya eksikliklerin giderilmesi amacıyla bir aylık süre tanınması konusunda ilgili valiliğe talimat verilir; bu süre sonunda Sağlık Bakanlığı'nca yapılan veya valilik vasıtasıyla yaptırılan denetimde aykırılığa son vermediği veya eksikliğini gidermediği anlaşılan merkezin açılma izni belgesi, ilgili valilikçe *iptal edilir*. Ancak personel eksikliği durumunda ilgili merkezde mevcut personele uygun olacak şekilde hasta sayısında azaltmaya gidilir(DMY.md.39/3).⁶⁶⁸

Öte yandan kapatılan ve açılma izni belgesi iptal edilen diyaliz merkezlerinde tedavi gören hastalar il sağlık müdürlüğü tarafından, hastaların istekleri doğrultusunda diğer diyaliz merkezlerine nakledilir. Bu hastaların diyaliz tedavileri, nakil yapılan merkezlerce aksatılmaksızın gerçekleştirilir(DMY.md.39/5). Faaliyeti

hakkında işlem yapılması gereken diyaliz merkezleri için, Bakanlığa bildirim gerekmeksizin Müdürlükçe, Yönetmelik hükümleri ve genel mevzuata göre uygun işlem yapılarak sonucu Bakanlığa bildirilir” (DMY.md.37/4).

⁶⁶⁸ Belirtelim ki; Sağlık Bakanlığı'nca verilecek talimata, ilgili valilikçe gerektiği gibi uyulmaması sebebiyle, Yönetmeliğe aykırı olarak faaliyetine devam ettiği anlaşılan merkezin açılma izni belgesi bu sefer doğrudan Sağlık Bakanlığı'nca iptal edileceği gibi, ilgililer hakkında idari ve yasal işlem de yapılacaktır(DMY.md.39/4).

geçici olarak durdurulan diyaliz merkezinin kayıtlı hastaları da, aynı şekilde başka diyaliz merkezlerine nakledilir(DMY.md.40/2).

III .4 –Özel Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezleri

III .4 .1 –Niteliği ve Verilecek Hizmet

Esasen madde bağımlılığı; kafein, kokain, alkol, nikotin vb. maddelerin kullanımını ile bedensel, ruhsal ve sosyal problemlere sebebiyet veren, hayatın idamesi için zorunlu olmayan maddelerin kullanımlarının devam ettirilmesi ve bu maddelerin kullanım arzusunun durdurulamaması halini ifade etmektedir. Madde bağımlılığı sorununa temel yaklaşımlardan birisini oluşturan madde bağımlılarının tedavilerinin ve rehabilitasyonlarının sağlanması doğrudan tedavi görenlerin sağlığını ilgilendirdiği gibi toplum sağlığını da etkilemektedir.

Madde bağımlılarının tedavilerinin ve rehabilitasyonlarının yapıldığı kamu ve özel sağlık kurum ve kuruluşları bünyesinde veya müstakil olarak kurulan madde bağımlılığı tedavi merkezlerinin tesis, hizmet ve personel kıstaslarının tespit edilmesine ve bunların açılmalarına, faaliyetlerine, denetlenmelerine ve kapanmalarına ilişkin usul ve esaslar ise *Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezleri Yönetmeliği*⁶⁶⁹ (MBMY) ile düzenlenmiştir. Sözkonusu idari düzenleme ile pek çok Avrupa Birliği ülkesinde uygulamada bulunan ancak ülkemizde madde bağımlılığı tedavisinde kullanılması yasal olmayan ve Yönetmelik eki Ek 1’de yer verilen ilaç ve maddelerin kullanımına da imkan tanınarak, madde bağımlılığı tedavisine farklı seçenekler sunulmaya çalışıldığı söylenebilir.⁶⁷⁰

Sözkonusu merkezleri kamu kurum ve kuruluşları da açmakla birlikte, biz özellikle bağımsız olarak özel hukuk tüzel kişisi ve gerçek kişilerce açılacak olan özel madde bağımlılığı tedavi merkezleri üzerinde duracağız.

Öte yandan, kamu ve özel sağlık kurum ve kuruluşlarında görev yapan ve tabip, psikolog ve hemşire ünvanını haiz sağlık personeli, görev yaptıkları özel veya

⁶⁶⁹ 16.02.2004 tarih ve 25375 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

⁶⁷⁰ Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü’nün 20.07.2004 tarih ve 12447 sayılı(2004/98) Genelgesi

resmî kurumlar aracılığı ile herhangi bir kurumda görev yapmayanlar ise şahsen madde bağımlılığı eğitimi sertifika programına müracaat edebilirler. Başvuru dilekçeleri ve ilgili kurumun uygunluk yazıları, Sağlık Bakanlığı'nca değerlendirilir ve talebin uygun bulunması halinde aday, Sağlık Bakanlığı'nca belirlenen eğitim merkezlerinde madde bağımlılığı eğitimi sertifika programına başlatılır(MBMY.md.35)

Madde bağımlılığı tedavisi eğitimi verilebilecek merkezler ise ***Madde Bağımlılığı Merkezlerinde Görev Yapacak Personelin Eğitimine ve Sertifikalandırılmasına Dair Tebliğ***⁶⁷¹'in (MBMT) 4.maddesinde gösterilmiştir. Buna göre, sadece üniversite ve Sağlık Bakanlığı'na bağlı eğitim hastaneleri bünyesindeki madde bağımlılığı tedavi merkezleri eğitim merkezi olabilecektir. Kamu kurum ve kuruluşları ile gerçek kişiler ve özel hukuk tüzel kişileri, Sağlık Bakanlığı'ndan izin almadan madde bağımlılığı sertifikası vermek amacıyla eğitim faaliyetinde bulunamazlar. Bu suretle alınan sertifikalar geçerli olmadığı gibi bu yasağa uymadıkları tespit edilenlerin faaliyetleri de Sağlık Bakanlığı'nca durdurulur(MBMY.md.38).

III .4 .2 – Açmaya Yetkili Kişiler

Madde bağımlılığı tedavi merkezleri; kamu kurum ve kuruluşları ile gerçek kişiler ve özel hukuk tüzelkişilerine ait hastaneler bünyesinde kurulabileceği gibi sadece madde bağımlılığı tedavi usûlleri uygulamak amacıyla müstakil bir merkez olarak da kurulabilir(MBMY.md.9/1). Belirtelim ki; kamu kurum ve kuruluşlarına ait her türlü merkez için ***açılma izni belgesinin*** ve özel hastane bünyesinde veya müstakil olarak kurulacak özel merkezlerin açılabilmesi için gerekli ***ruhsatnamenin*** Sağlık Bakanlığı'ndan alınması zorunludur(MBMY.md.9/2).

Anlaşılacağı için kamu kurum ve kuruluşlarınca açılacak merkezler için Sağlık Bakanlığı'ndan izin belgesi alınması yeterli iken, hem özel hastaneler bünyesinde kurulacak merkezler için hem de özel hukuk tüzel kişisi ve gerçek kişilerce bağımsız olarak açılmasında Sağlık Bakanlığı'nın ruhsatname düzenlemesi gerekmektedir. Diğer taraftan, bağımsız olarak kurulan özel merkezler, “özel dal

⁶⁷¹ 10.05.2006 tarih ve 26164 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

hastanesi” hükmünde sayılmış ve bu merkezler hakkında Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezleri Yönetmeliği’nde hüküm bulunmayan hallerde, özel hastaneler ile ilgili mevzuat hükümlerinin uygulanacağı hüküm altına alınmıştır(MBMY.md.9/3).

Müstakil merkez sahiplerinin birden fazla ilde madde bağımlılığı tedavi merkezi açmaları olanaklıdır. Ancak bu durumda, merkezde görev alacak personelin farklı olması ve her bir merkez için ayrı ruhsatname alınması gerekmektedir(MBMY.md.9/4). Görüldüğü üzere özel müstakil madde bağımlılığı tedavi merkezlerini açacak olanlar konusunda herhangi bir sınırlama getirilmemiştir. Yani, özel müstakil madde bağımlılığı tedavi merkezleri, özel tıp merkezi, özel dal merkezi ve özel poliklinik gibi “muayene mahiyetinde” kabul edilmemiş, hatta, “özel dal hastanesi” hükmünde sayılmıştır. Dolayısıyla yukarıda açıklandığı üzere ülkemizde hastane açma yeterliliğine sahip olanlar sözkonusu merkezleri de açabileceklerdir.

III .4 .3 – Kuruluş Süreci

III .4 .3 .1 – Kuruluş Başvurusu ve Ruhsata/İzne Esas Belgeler

Madde bağımlılığı tedavi merkezi açılmasına yönelik özel kişi ve kurumlara ruhsat veya kamu kurum ve kuruluşlarına izin Sağlık Bakanlığı’na verilmekle birlikte, ruhsat ve izin alınması amacıyla merkez açmak isteyenlerin bir dilekçe ile il sağlık müdürlüğüne başvurması gerekmektedir. Özel hukuk tüzel kişisi ve gerçek kişilerce merkez açılış dilekçesine ekli başvuru dosyasında bulunması gereken bilgi ve belgeler ise şunlardır(MBMY.md.10/5):

- Özel merkezlerde, imar ile ilgili mevzuata göre alınmış olan yapı kullanma izni belgesi,
- Yangına karşı gereken tedbirlerin alındığına ilişkin olarak ilgili mevzuata göre yetkili mercilerden alınmış olan belge,
- Özel merkezlerde kullanılacak olan tıbbî araç ve gereçlerin sorumlu uzman tarafından onaylanmış envanteri,

- Özel merkezlerde, kurucu gerçek kişi ise, nüfus hüviyet cüzdanının; vakıf ise, vakıf senedinin; şirket ise, şirket sermayesini ve ortaklarını gösteren ticaret sicil gazetesinin noter tasdikli örneği,
- Merkezde görev yapacak personelin bu Yönetmelik uyarınca istenilen meslekî sertifikaları ile diplomalarının ve uzmanlık belgelerinin noter tasdikli örnekleri,
- Özel merkezlerde görev yapacak bütün personelin sözleşmelerinin noter tasdikli örnekleri.

III .4 .3 .2 – Madde Bağımlılığı Tedavi Usulleri Bilim Komisyonu

Madde bağımlılığı tedavi merkezlerinin tamamının ruhsat veya açılma izni başvurularının ve ruhsatlarındaki veya izinlerindeki değişiklik taleplerinin incelenmesi ile bunların açılmaları, denetlenmeleri, faaliyetleri ve kapatılmaları ile ilgili tavsiye kararları almak üzere Sağlık Bakanlığı bünyesinde, Madde Bağımlılığı Tedavi Usûlleri Bilim Komisyonu oluşturulmuştur(MBMY.md.5/1). Komisyon; öğretim üyesi, klinik şef ve farmakologlar, Adli Tıp Kurumu ve TTB temsilcileri ile Sağlık Bakanlığı temsilcilerinden olmak üzere toplam 15 kişiden oluşmaktadır.

Madde Bağımlılığı Tedavi Usûlleri Bilim Komisyonu; yılda en az iki defa olmak üzere, ihtiyaca ve Sağlık Bakanlığı'nın daveti üzerine, başkan(müsteşar veya görevlendireceği müsteşar yardımcısı) tarafından önceden belirlenmiş toplantı gündemine göre toplanır. Komisyon, en az 11 üyenin katılımı ile toplanır ve üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar alır. Oylarda eşitlik olması halinde, başkanın taraf olduğu görüş kararlaştırılmış sayılır. Komisyon, gerektiğinde yerinde inceleme ve değerlendirme yapmak üzere, asıl veya yedek üyelerden alt komisyonlar oluşturabilir(MBMY.md.6).

Madde Bağımlılığı Tedavi Usûlleri Bilim Komisyonu aşağıda belirtilen görevleri yerine getirir(MBMY.md.7):

- Ülke genelinde madde bağımlılığı tedavisinin gelişimini izleyerek, alınacak tedbirler ve belirlenecek ulusal stratejiler konusunda Sağlık Bakanlığı'na görüş bildirmek,

- Merkezlerin yıllık faaliyetlerini değerlendirmek, gerektiğinde faaliyetleri konusunda alınacak tedbirleri belirlemek, bunların açılmasına, kapatılmasına ve ruhsat veya izin değişiklik taleplerine esas olmak üzere Sağlık Bakanlığı'na görüş bildirmek,
- Merkezlere eğitim yetkisi verilmesine ve bu yetkilerinin kaldırılmasına esas olmak üzere Sağlık Bakanlığı'na görüş vermek ve bunların faaliyetlerini denetlemek,
- Gerektiğinde, Sağlık Bakanlığı'nın talebi üzerine merkezleri yerinde incelemek ve değerlendirmek,
- Madde bağımlılığı tedavi usûlleri ile ilgili tanı ve tedavi protokollerini belirlemek ve gerektiğinde güncelleştirmek,
- Merkezlerde tutulan istatistik verilerini değerlendirmek,
- Bu Yönetmelik kapsamında Sağlık Bakanlığı'nca belirlenecek konularda görüş bildirmek.

III.4.3.3 – Ön İzin

Gerçek ve özel hukuk tüzelkişileri tarafından müstakil olarak açılacak merkezler bakımından, Sağlık Bakanlığı'ndan *ön izin* alınması gerekmektedir. Ön izin için; merkez binasının yerleşim projesini hazırlayan mimar; merkez, belediye ve mücavir alan sınırları içinde ise ilgili belediye, şayet, mücavir alan dışında ise Valilik tarafından onaylanmış 1/500 veya 1/200 ölçekli vaziyet planı ile 1/100 veya 1/50 ölçekli iki takım mimari proje ve mühendislik hizmetlerini gösterir projeler, il sağlık müdürlüğü kanalıyla Sağlık Bakanlığı'na gönderilir(MBMY.md.10/1). Ön izin verilmesi için yapılan başvurular, başvuru belgelerinde usûlsüzlük veya noksanlık bulunmaması kaydıyla, Sağlık Bakanlığı'na intikal ettiği tarihten itibaren en geç otuz gün içerisinde sonuçlandırılır(MBMY.md.10/4).

İmar ile ilgili mevzuata uygun olarak, yukarıda belirtilen yetkili mercilerce projeler onaylandıktan sonra, müstakil madde bağımlılığı tedavi merkezi yapılacak yerin gerekli şartları taşıdığıının tespit edilmesi halinde, Sağlık Bakanlığı'nca ön izin verilir(MBMY.md.10/2). Sağlık Bakanlığı tarafından ön izin verilmiş projelerin uygulanması sırasında avan projelerde bir değişikliğin meydana gelmesi, ruhsat

yenileme, yeniden ruhsat, tadilat ve ilave ruhsat taleplerinde ve ruhsatlı merkeze ilave bina inşa edilmesi halinde de birinci ve ikinci fıkra hükmü uygulanır. Başka amaçla inşa edilmiş olan binaların, merkez binasına dönüştürülmesi halinde, dönüştürme ve tadilat işleminden önce yine Sağlık Bakanlığı'ndan ön izin alınması zorunludur(MBMY.md.10/3).

Müstakil olarak açılan merkezler “özel dal hastanesi” hükmünde sayılmakla birlikte, özel hastaneler gibi bu merkezler için de başka amaçlarla yapılmış binalara ön izin verilmemesi ve bu binalarda merkez kurulamaması sözkonusu değildir. Özel hastaneler ise ancak bu amaçla yapılan binalarda kurulabilmektedir. Özel hastaneler için Danıştay'ın yürütmeyi durdurma kararı ile getirilen bu düzenleme⁶⁷², bize göre, müstakil olarak açılacak olan özel madde bağımlılığı tedavi merkezleri için uygulanamaz. Nihayetinde bu merkezleri düzenleyen Yönetmelik için herhangi bir yürütmeyi durdurma veya iptal kararı da bulunmamaktadır. Kaldı ki; bu merkezler hakkında ancak Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezleri Yönetmeliği'nde hüküm bulunmayan hallerde, özel hastaneler ile ilgili mevzuat hükümleri uygulanabilecektir(MBMY.md.9/3).

III .4 .3 .4 – Ruhsatlandırma

III .4 .3 .4 .1 – Başvurunun Değerlendirilmesi

İl sağlık müdürlüğüne yukarıda yer verilen belgeler ile yapılan başvuruyu değerlendirmek üzere müdürlük nezdinde bir değerlendirme komisyonu⁶⁷³ oluşturulur(MBMY.md.11/1).Başvuru, değerlendirme komisyonu tarafından öncelikle dosya üzerinde incelenir ve noksanlıklar var ise, il sağlık müdürlüğüne merkez açma talebinde bulunanlara bildirilir. Başvuru dosyasında noksanlık yok ise, il değerlendirme komisyonu tarafından personel, bina, tıbbî donanım ve araç-gereçler

⁶⁷² Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 06.09.2007 tarih ve 18675 sayılı Genel Yazısı

⁶⁷³ “İl değerlendirme komisyonu; il sağlık müdürü veya görevlendireceği bir müdür yardımcısının başkanlığında, yataklı tedavi kurumları ile ilgili şube müdürü, bu Yönetmelikte belirtilen sorumlu uzman niteliklerini haiz bir uzman tabip ve il bayındırlık ve iskan müdürlüğünden bir teknik eleman olmak üzere toplam dört kişiden oluşur” (MBMY.md.11/1).

ile bu Yönetmeliğin öngördüğü diğer hususlara uygunluk yönünden yerinde incelenerek, sonuçları bir rapor halinde düzenlenir(MBMY.md.11/2).

Başvuruda istenen belgeleri noksansız olan ve yerinde yapılan incelemede uygun görülen başvuru dosyaları, ilgili valiliğin yazısı ekinde Sağlık Bakanlığı'na gönderilir. Başvuru belgeleri noksan olan veya durumu mevzuata uygun bulunmayan merkeze ilişkin başvuru dosyası, red gerekçeleriyle birlikte başvuru sahibine resmî bir yazı ile iade edilir(MBMY.md.11/3). Belirtelim ki; il sağlık müdürlüğüne yapılan başvuru işlemlerinin, başvuru tarihinden itibaren en geç on işgünü içerisinde sonuçlandırılması gerekmektedir(MBMY.md.11/4).

III .4 .3 .4 .2 – Ruhsatname Düzenlenmesi

Sağlık Bakanlığı'na intikal ettirilen başvuru, öncelikle Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nce, dosya üzerinde incelenir ve eksiklik bulunmuyor ise Madde Bağımlılığı Tedavi Usûlleri Bilim Komisyonu'na havale edilir. Komisyon tarafından, incelenen ve değerlendirilen başvuru dosyasının uygun bulunması halinde Sağlık Bakanlığı tarafından, müstakil olarak açılanlarda dahil olmak üzere özel merkezlere **madde bağımlılığı tedavi merkezi ruhsatnamesi**; kamu kurum ve kuruluşlarına ait merkezlere ise, **açılma izni belgesi** düzenlenir. Ruhsatlandırılması veya izin verilmesi uygun görülmeyen dosyalar ise, eksiklikleri giderilmek üzere il sağlık müdürlüğüne iade edilir(MBMY.md.12/1).

Söz konusu merkezlerde faaliyete başlanması ancak belirtilen ruhsat veya izinlerin alınmasına bağlıdır. Diğer taraftan; Sağlık Bakanlığı'ndan açılma izni veya ruhsatname almaksızın, tabipler veya diğer kişiler tarafından madde bağımlılığı tedavisi yapmak amacıyla özel yerler açılmaz ve kamu kurum ve kuruluşlarında madde bağımlılığı tedavisi için yer tahsis edilemez. Bu yasağa uymadıkları tespit edilenlerin faaliyetleri ise Sağlık Bakanlığı'nca durdurulur(MBMY.md.38).

Ruhsat sahibinin ve sorumlu uzmanın değişmesi ile adres değişikliği hallerinde, Sağlık Bakanlığı'ndan tekrar ruhsatname alınması zorunludur. Ruhsatname alındıktan sonra binada yapılan esasa yönelik değişikliklerin de Sağlık Bakanlığı'nca uygun görülmesi gerekir(MBMY.md.12/2).

III .4 .4 – Faaliyetin Durdurulması

Denetim sonucunda⁶⁷⁴ ortaya çıkan ve denetim formuna kaydedilen ve ayrıca bir rapor ile Sağlık Bakanlığı'na bildirilen; bu Yönetmelik ile öngörülen şartlarda saptanan eksiklik ve usûlsüzlüklerin bir ay zarfında giderilmesi hususu, il sağlık müdürlüğü tarafından merkez sorumlusuna yazılı olarak ihtar olunur ve bu durum Sağlık Bakanlığı'na bildirilir. Bu süre zarfında eksikliklerini veya tespit olunan usûlsüzlüğü gidermeyen merkez, ikisi Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğünden ve üçü Madde Bağımlılığı Tedavi Usûlleri Bilim Komisyonu'nun üyeleri arasından belirlenecek beş kişilik bir heyet marifetiyle yerinde denetlenir. Yapılan denetimde, eksikliğin veya usûlsüzlüğün devam ettiğine karar verilen merkezin ruhsatı veya izni Sağlık Bakanlığı'nca iptal edilir(MBMY.md.39/1).

Kapatılan ve ruhsatı veya izni iptal edilen madde bağımlılığı tedavi merkezlerinde tedavi gören hastalar ise, il sağlık müdürlüğü tarafından, sağlık güvencelerine göre veya hastaların talebi doğrultusunda diğer merkezlere nakledilirler. Başka tedavi kurumlarına nakil, hastaların tedavileri aksatılmaksızın gerçekleştirilir(MBMY.md.39/2).

III .5 – Özel Evde Bakım Merkezleri

III .5 .1 – Genel Olarak Evde Bakım Hizmetleri

Fertlerin ve toplumun sağlığını korumak amacıyla, evde bakım hizmeti veren sağlık kuruluşlarının açılması, çalışması ve denetlenmesi ile bunları işleten kurum ve kuruluşların, özel hukuk tüzel kişilerinin ve gerçek kişilerin uyması gereken usul ve esaslar *Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik*⁶⁷⁵ (EBHY) ile düzenlenmiştir. Sözkonusu Yönetmelik, bağımsız işyerleri şeklinde veya tıp merkezi, dal merkezi, poliklinik ve özel hastane bünyesinde evde bakım hizmeti sunmak amacıyla açılan sağlık kuruluşları ile bu sağlık kuruluşlarının sahip ve işletenlerini ve evde bakım hizmeti faaliyetlerini kapsamaktadır.

⁶⁷⁴ “Merkezler, il sağlık müdürlüğü ekipleri tarafından, şikayet ve soruşturma ile Bakanlığın Komisyona yaptırdığı veya Bakanlık müfettişliğince yapılan olağandışı denetimler hariç olmak üzere, en az yılda iki defa yerinde denetlenir” (MBMY.md.37/1).

⁶⁷⁵ 10.03.2005 tarih ve 25751 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

Genel olarak evde bakım hizmeti; hekimlerin önerileri doğrultusunda hasta kişilere, aileleri ile yaşadıkları ortamda, sağlık ekibi tarafından rehabilitasyon, fizyoterapi, psikolojik tedavi de dahil tıbbi ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde sağlık ve bakım ile takip hizmetlerinin sunulmasını ihtiva etmektedir(EBHY.md.4/d).

Evde bakım hizmetinde devamlılık esastır. Bu devamlılık, hastanın talebi ve hizmetin gereklerine göre gece ve gündüz, hafta sonu ve tatil günleri dahil olmak üzere gerektiğinde 24 saat kesintisiz hizmet verilebilecek şekilde olmalıdır. İhtiyaç durumunda belirli saatlerde de evde bakım hizmeti verilebilir(EBHY.md.19/1).

Evde bakım hizmeti almak isteyen kişi, sağlık kuruluşuna bizzat veya telefon ile müracaat edebilir. Çağrı merkezi görevlisi personel hizmet talep eden kişi ile görüşme yapar, gerekli bilgileri verir. İlk görüşmeyi takiben hekim veya hemşire tarafından görüşme yapılır. Hizmet alacak kişinin durumu ve sunulacak hizmet belirlenir. Bakım hizmeti alacak kişi hekim ve hemşire tarafından evde ziyaret edilir, kişinin bakım ihtiyaçları, ev şartları belirlenir. Hekim tarafından evde bakım hizmeti alacak kişinin varsa tanısını koyup ve tedavisini planlayan diğer hekimler ile bağlantı kurulur, tedavi planı alınır ve son olarak da evde bakım planı ve tedavi planı oluşturulur(EBHY.md.19/2).

Hastanın tanısını koyup ve tedavisini planlayan diğer hekimler bulunmuyor veya bağlantı kurulmuyor ise hizmet alacak kişinin sağlık durumuna göre sağlık kuruluşunun hekimi tarafından muayene edilerek, tanı ve tedavi planı hazırlanır. Hemşire tarafından da bakım planı hazırlanarak hekimin onayına sunulur varsa gerekli değişiklikler yapılarak uygulanacak bakım planı hazırlanır. Gerektiği durumlarda ilgili uzmanlık alanlarındaki uzman hekimlerle hasta konsültasyonu sağlanır(EBHY.md.19/2).

Evde bakım planına göre hekim dışı sağlık personelinin görev saatleri ve uygulayacakları işlemler belirlenir ve görev dağılımı yapılır(EBHY.md.19/3). Sağlık kuruluşu, evde tedavi veya bakımını yapabileceği kişi sayısı ve mevcut personel durumunu dikkate alarak uygun sayıda kişi ile bakım sözleşmesi yapabilir(EBHY.md.19/4). Belirtelim ki; sağlık kuruluşları tıbbi ve etik gerekleri

yerine getiremeyeceği sayıda hasta ile sözleşme yapması, bakımını ve tedavisini üstlenmesi yasaktır(EBHY.md.31/g).

III .5 .2 – Kuruluş Süreci

III .5 .2 .1 – Açmaya Yetkili Kişiler

Sağlık kuruluşları, faaliyet alanları, verilen hizmetin kapsamına göre altyapı özellikleri ile hizmet veren personelin niteliğine göre, **merkez** veya **birim** olarak açılabilirler(EBHY.md.5).⁶⁷⁶ Birimler; özel hastane, özel tıp merkezi, özel dal merkezi veya özel poliklinik olarak ilgili mevzuatına göre ruhsatlandırılmış özel sağlık kuruluşları bünyesinde bir birim olarak açılabilirler(EBHY.md.7; md.8/2).

Merkezler ise tabip sorumluluğunda ve gerekli asgari standart donanım ve personel desteği ile sadece evde bakım hizmetleri verilmek üzere, özel hukuk tüzel kişileri ve gerçek kişilerce müstakil olarak açılan kuruluşlardır(EBHY.md.6; md.8/1). Bizde bu başlık altında bağımsız olarak açılan evde bakım merkezleri üzerinde duracağız.

Özel müstakil evde bakım merkezlerini açacak olanlara herhangi bir sınırlama getirilmemiştir. Başka bir söyleyişle bu merkezleri açacak olanların mutlaka tabip olmaları ya da ortaklarının tamamının tabip olduğu ticari şirketler olması gibi bir şart aranmamıştır. Müstakil olarak açılan evde bakım merkezleri de “muayenehane mahiyetinde” görülmemiştir. Öte yandan, evde bakım hizmeti verecek olan sağlık kuruluşu bir şirket ise, şirketin faaliyetine giren genel sağlık hizmetleri dışındaki diğer işler sağlık kuruluşunda yapılamaz(EBHY.md.31/d).

III .5 .2 .2 – Kuruluş Başvurusu

Sağlık kuruluşu açacakların bizzat veya mesul müdürleri vasıtasıyla sağlık kuruluşunun unvanı, sahibi veya sahiplerini, faaliyet göstereceği adresi, merkez olarak açılacak ise mesul müdürün, birim olarak açılacak ise birim sorumlusunun

⁶⁷⁶ “Mevzuatında halka sağlık hizmeti sunumu ile ilgili düzenleme yer alan kamu kurum ve kuruluşları ile kamu hastaneleri, bu Yönetmelik kapsamında evde bakım hizmeti verebilirler” (EBHY.md.8/3).

ismi, unvanı, hizmet vereceği alanları ve sağlık kuruluşunun açılması ile ilgili işlemlerin başlatılmasını talep eden ve bir örneği Yönetmelik eki Ek 1’de bulunan dilekçe ile il sağlık müdürlüğüne başvurmaları gerekmektedir(EBHY.md.9/1). Dilekçeye ekli olarak başvuru dosyasında bulunması gereken bilgi ve belgeler ise şunlardır(EBHY.md.9/2):

- Sağlık kuruluşunun oda esasında bütün mekanlarının ne amaçla kullanılacağını gösterir en az 1/100 ölçekli onaylanmış plan örneği,
- Merkez olarak açılacak sağlık kuruluşu bir ticaret şirketi tarafından açılacak ise, şirket ortaklarını gösterir ticaret sicil gazetesinin aslı veya noter tasdikli örneği⁶⁷⁷,
- Sağlık kuruluşunda çalışacak tüm personelin listesi ile diplomalarının il sağlık müdürlüğüne onaylı örnekleri, nüfus cüzdanlarının fotokopisi ve ikişer adet vesikalık fotoğrafları,
- Sağlık kuruluşunda çalışacak bütün sağlık personelinin herhangi bir kamu kuruluşunda görev yapıp yapmadıklarını beyan eden dilekçeleri ile görev yaptıklarını beyan edenlerin dilekçe ekinde görev yaptıkları kamu kurum ve kuruluşlarında 2368 sayılı Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanunda öngörülen tazminatların, söz konusu sağlık personeli için düzenlenecek personel çalışma belgesinin tarihinin bildirilmesinden itibaren, maaşlarından kesilmeye başlanacağını bildirir belgeleri,
- Sağlık kuruluşunda ve evde bakım hizmeti verecek personelin yanında bulundurulacak asgari araç-gereç ve cihazları gösterir ayrıntılı bir liste,
- Hizmet alacak kişilerin bakımı ve tedavisi için gerekli olan malzeme ve tıbbi cihazların sağlık kuruluşu tarafından temin edileceğine dair mesul müdür ve sağlık kuruluşu sahipleri tarafından imzalı Yönetmelik eki Ek 2’deki taahhütname,

⁶⁷⁷ Özel hastaneler veya özel tıp merkezi, özel dal merkezi, özel poliklinik bünyesinde bir birim olarak faaliyet gösterilecek ise, başvuru sırasında bünyesinde bulunduğu sağlık kuruluşunun uygunluk belgesi/ruhsatnamesinin il sağlık müdürlüğüne onaylı örneğinin eklenmesi gerekecektir.

- Evde bakım hizmeti alan kişinin gerekli durumlarda herhangi bir gerekçe göstermeksizin ikinci basamak sağlık kuruluşuna nakledileceğine dair mesul müdür ve sağlık kuruluşu sahipleri tarafından imzalı Yönetmelik eki Ek 3'deki taahhütname.

Belirtelim ki; müstakil olarak açılan evde bakım merkezleri de dahil olmak üzere bu kapsamdaki sağlık kuruluşlarında ve sağlık personelinin yanında bulunması gereken asgari araç-gereç, tıbbi malzeme ve donanım, her türlü kayıt defterleri, hasta dosyasında bulunması gerekli formlar, sağlık kuruluşlarının bildirimleri ve işleyişle ilgili hususlar *Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Tebliğ*⁶⁷⁸ (EBHT) ile düzenlenmiştir.

III .5 .2 .3 – Açılma İzni

Bağımsız evde bakım merkezi açılmak üzere yukarıdaki belgeler ile yapılan başvuru, il sağlık müdürlüğü tarafından, başvuru tarihinden itibaren onbeş iş günü içinde dosya üzerinde incelenerek, başvuru dosyasında eksikleri var ise sağlık kuruluşunu açmak isteyenlere bildirilir. Başvuru dosyasında eksiklik yok ise, il sağlık müdürlüğü tarafından sağlık kuruluşunun kuruluş ve faaliyetlerinin bu Yönetmeliğe uygun olup olmadığının incelenmesi ve denetlenmesi için en az bir hekim olmak üzere iki sağlık personeli ile ekip oluşturulur ve bu ekip tarafından özel bağımsız evde bakım merkezi yerinde incelenir (EBHY.md.10/1).⁶⁷⁹

Bu inceleme sonucunda uygun görülenlere il sağlık müdürlüğü tarafından Yönetmelik eki Ek 4'de yer alan "*uygunluk belgesi*"⁶⁸⁰, Ek 5'de yer alan "*mesul müdürlük belgesi*" düzenlenir. İlave olarak çalışanların her birine ise Ek 6'da yer alan "*personel çalışma belgesi*"nden ikişer nüsha düzenlenir. Düzenlenen bu belgeler ve başvuru dosyasının bir örneği il sağlık müdürlüğünde saklanıp diğer nüshaları sağlık kuruluşu mesul müdürüne imza karşılığında

⁶⁷⁸ 13.09.2005 tarih ve 25935 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

⁶⁷⁹ Müstakil olarak açılan özel evde bakım merkezleri betonarme binada veya ahşap ise müstakil bir binada kurulur. Bütün bölümler aynı bina içerisinde ve birbirlerine bitişik konumda olmak zorundadır. Binada ilgili mevzuat uyarınca yangına karşı güvenlik önlemleri bulunmalıdır(EBHY.md.15).

⁶⁸⁰ Uygunluk belgesi alınmadan faaliyette bulunulması ise yasaktır(EBHY.md.31/a). Aksi halde müstakil olarak açılan özel evde bakım merkezinin faaliyeti süresiz olarak durdurulur.(EBHY.Eki Denetleme Formu.md.1)

verilir(EBHY.md.10/2).⁶⁸¹ Belirtelim ki; bu Yönetmelik kapsamındaki mevcut sağlık kuruluşunu açanlar ve işletenlerce, şube niteliğinde ikinci bir kuruluşunun açılmak istenmesi durumunda, yukarıda belirtilen şekilde yeniden başvuru yapılması gerekmektedir(EBHY.md.10/4).

III .5 .3 – Faaliyetin Durdurulması

Bağımsız olarak açılan özel evde bakım merkezleri dahil evde bakım hizmeti veren tüm sağlık kuruluşlarının denetimi sonucunda yapılan tespitlere göre süreli ya da süresiz faaliyetin durdurulması yaptırımları uygulanmaktadır. Eksikliğin giderilmesi için herhangi bir süre bile verilmeden süresiz olarak faaliyetin durdurulması sadece iki durumda sözkonusudur: Birincisi; uygunluk belgesinin bulunmaması, ikincisi de mesul müdürlük belgesinin olmamasıdır. Bu başlık altında özellikle sağlık kuruluşu/evde bakım merkezinin fiziksel denetim sonuçlarına göre faaliyetinin durdurulması üzerinde durulmuştur.

Müstakil evde bakım merkezleri dahil tüm sağlık kuruluşlarının denetimi; il sağlık müdürlüğü tarafından oluşturulan bir hekim ve bir hemşire olmak üzere en az iki sağlık personeli tarafından gerçekleştirilir. Olağan denetimler en az altı ayda bir yapılır. Şikayet, soruşturma ve Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatının veya il sağlık müdürlüğünün talebi üzerine olağan dışı denetimler de yapılabilir. Denetimlerde Yönetmelik eki Ek 7'de yer alan Denetleme Formu kullanılır. Denetim ile ilgili bulgular ve sonuçlar il sağlık müdürlüğüne ait teftiş ve denetim defterine yazılır(EBHY.md.29/1).

Olağan denetimler, düzenli aralıklarla gerçekleştirilir. Bu denetimlerde tespit edilen eksiklikler için, denetim formunda eksikliğin giderilmesi için verilecek süre sütununda belirlenen süreler verilir. Bu süre içerisinde, belirlenen eksikliğini gidermediği tespit edilen sağlık kuruluşuna, denetim formunda eksikliğin devamında verilecek faaliyet durdurma süresinde belirlenen süre boyunca faaliyet durdurması uygulanır. Bu şekilde faaliyeti geçici olarak durdurulan sağlık kuruluşu, verilen süre

⁶⁸¹ Birim olarak faaliyet gösterecek olan sağlık kuruluşları için ise mesul müdürlük belgesi yerine "*birim sorumlusu*" belgesi düzenlenir(EBHY.md.10/3).

sonunda⁶⁸²; süresiz durdurulan ise üç ay içerisinde eksikliklerini gidermediği takdirde sağlık kuruluşunun *uygunluk belgesi iptal edilip* geri alınır(EBHY.md.29/2).⁶⁸³

Denetim formunda belirtilen geçici süreli kapatmalarda, sağlık kuruluşunun hizmet verdiği hastalar bilgilendirilir. Hastaların talep etmeleri halinde, sağlık kuruluşunun teklif edeceği ve il sağlık müdürlüğü tarafından uygun görülen bir özel sağlık kuruluşunun gözetiminde hastaya geçici olarak hizmet verilmeye devam edilir. Bu hizmet ile ilgili olarak sağlık kuruluşu tarafından hastadan ek bir ücret talep edilemez ve yapılacak tüm harcamalar geçici süreli kapatılan sağlık kuruluşu tarafından karşılanır(EBHY.md.29/5).

III .6 – Güzellik ve Estetik Amaçlı Sağlık Kuruluşları

III .6 .1 – Güzellik ve Estetik Amaçlı Tıbbi İşlemler

Bir kişinin doğuştan sahip olduğu ya da sonradan bir etken sonucu veya kendiliğinden oluşan, kişinin dış görünümünü bozan veya bozduğu düşünülen, ben, kıl, sarkık, farklı renkteki deri, derideki yağ kümesi, sivilce, kırmızı damar ucu, bedendeki ve yüzdeki sakatlık, olağandan farklı şekil, deformasyon, yara izi, asimetric, ortalamanın üzerindeki veya altındaki ebatta uzuvların düzeltilmesi veya kapatılması amacıyla yürütülen tıbbi müdahalelere “estetik amaçlı tıbbi müdahale” denilmektedir.⁶⁸⁴ Güzellik ve estetik amaçlı sağlık kuruluşlarında verilen hizmetlerin bir bölümü de bu niteliktedir.

⁶⁸² Örneğin; sağlık kuruluşunun/evde bakım merkezinin evde bakım hizmeti dışındaki hizmet alanlarında faaliyet göstermesi, kullanılan cihaz ve araçların temizlik ve kontrolünü yaptırmadığında 5 gün; sağlık kuruluşunda/evde bakım merkezinde bulundurulması zorunlu asgari tıbbi malzeme ve donanım olmadığında eksikliğin giderilmesi için 15 günlük süre verildiği halde eksiklik giderilmediğinde, evde bakım hizmeti veren personelin yanında bulunması zorunlu asgari ilaçlar olmadığında ise herhangi bir süre vermeksizin 7 gün faaliyet durdurma yaptırımı uygulanmaktadır (**EBHY.Ek 7-Denetleme Formu**).

⁶⁸³ Sağlık kuruluşunun/evde bakım merkezinin uygunluk belgesi ile mesul müdürlük belgesinin bulunmaması hallerinde süresiz olarak faaliyetleri durdurulmaktadır(**EBHY.Ek 7-Denetleme Formu**).

⁶⁸⁴ ÖZAY, Merter: Estetik Amaçlı Tıbbi Müdahalelerde Hekimin Hukuki Sorumluluğu, Yetkin Yayınları, Ankara 2006, s:23; AŞÇIOĞLU, Çetin: Tıbbi Yardım ve El Atmalardan Doğan Sorumluluklar, Tekışık Ofset, Ankara 1993, s:51

Estetik amaçlı müdahalelerde, doğrudan doğruya beden sağlığını koruma amacı bulunmadığı söylenebilir.⁶⁸⁵ Gerçekten de, hayatın kimi doğal aşamaları hastalık olarak algılanınca, güzellik ve estetik amaçlı olarak sağlık kuruluşlarına da başvurular artmaya başladı. Doğanın hükmünü icra etmesinin bir sonucu olarak saç dökülmesi, yüzde kırışıklıklar vb. estetik amaçlı başvuruların gerekçesi oldu. Öyle ki; bu yönlü başvuruların ülkemizde ulaştığı cironun 1 milyar doları geçtiği ve giderekte artacağı haber verilmektedir.⁶⁸⁶ Ancak, beden sağlığı ile ruh sağlığı bir bütün olduğu düşünüldüğünde, fiziki yapıdaki anormalliklerin yol açtığı ruhi bozuklukları tamire yönelik estetik amaçlı müdahalelerin tedavi niteliği taşıdığı kabul edilir.⁶⁸⁷

Ülkemizde, insanların güzellik ve/veya estetik amaçlı olarak başvurdukları sağlık kuruluşlarının açılmalarına, faaliyetlerine ve denetlenmelerine dair usûl ve esasları, genel sağlığın korunması bakımından düzenlemek amacıyla da **Güzellik ve Estetik Amaçlı Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik**⁶⁸⁸(GASKY) yayımlanmıştır.⁶⁸⁹ Söz konusu Yönetmelik; bağımsız işyerleri şeklinde veya tıp merkezi, özel dal merkezi, özel hastane, otel, tatil köyü gibi kurum veya kuruluşlar bünyesinde güzellik ve/veya estetik amaçlı olarak açılan sağlık kuruluşları ile bu sağlık kuruluşlarının sahibi olan gerçek veya tüzel kişileri kapsamaktadır.

⁶⁸⁵ AYAN, Mehmet: Tıbbi Müdahalelerden Doğan Hukuki Sorumluluk, Kazancı Yayınları, Ankara 1991, s: 34

⁶⁸⁶ OĞUZ, Kürşad ve SAROĞLU, Aycan: “ ‘Ruhsuz Güzellik’ Bizi Bozmasın”, **Aktüel**, 26 Ağustos 2003, S:631, s:12-16

⁶⁸⁷ AYAN, Mehmet: Tıbbi Müdahalelerden Doğan Hukuki Sorumluluk, Kazancı Yayınları, Ankara 1991, s: 34

⁶⁸⁸ 12.05.2003 tarih ve 25106 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır. Belirtelim ki; bu yeni Yönetmelikle(md.37), 14.11.2001 tarih ve 24583 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan eski “**Güzellik ve Estetik Amaçlı Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik**” yürürlükten kaldırılmıştır.

⁶⁸⁹ Güzellik ve Estetik Amaçlı Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik, yukarıda sözü edilen 15.02.2008 tarihli Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmeliğin 39/1.maddesi ile yürürlükten kaldırılmış olmakla birlikte kendilerini 01.01.2010 yılına kadar bu yeni Yönetmeliğe uyarlayacaklardır. Mevcut güzellik ve estetik amaçlı sağlık kuruluşlarının açılması sözü edilen Yönetmeliğe göre yapıldığından açıklamalarımız da bu kapsamda olmuştur.

III .6 .2 – Kuruluş Süreci

III .6 .2 .1 – Açmaya Yetkili Kişiler

Güzellik ve estetik merkezi, güzellik salonu, *saç ekim merkezi*⁶⁹⁰, güzellik enstitüsü gibi isimler altında faaliyet gösteren, güzellik ve estetik amaçlı olarak kişilere cilt ve vücut bakımı, makyaj, epilasyon ve benzeri hizmetlerin verildiği özel sağlık kuruluşları; faaliyet alanları, hizmet altyapı özellikleri ile hizmet veren personelin niteliğine göre, *merkez* veya *salon* olarak açılabilir(GASKY.md.5)

Güzellik ve estetik amaçlı sağlık kuruluşları müstakil olarak açılacağı gibi; özel tıp merkezleri, cilt hastalıkları ve plastik ve rekonstrüktif cerrahî özel dal merkezleri ile özel hastaneler bünyesinde *ünite* şeklinde de açılabilir(GASKY.md.8/1). Bizim üzerinde duracağımız ise, müstakil olarak açılan güzellik ve estetik amaçlı sağlık kuruluşlarıdır. Belirtelim ki; otel, tatil köyü gibi turistik amaçlı olarak faaliyet gösteren yerlerde de sağlık kuruluşları açılabilir(GASKY.md.8/2).

Tabip sorumluluğunda açılan ve bu tabiple birlikte başka bir tabibin veya güzellik uzmanının görev yaptığı, bünyesinde bulundurdukları birimlere göre gerekli asgarî standart donanım ve personel desteği ile güzellik ve estetik amaçlı olarak çeşitli uygulamalar yapılan özel sağlık kuruluşları “*güzellik merkezleri*” olarak adlandırılmaktadır(GASKY.md.6). Gerçek veya tüzel kişileri tarafından bir güzellik uzmanının sorumluluğunda açılan ve bünyesinde bulundurdukları birimlere göre gerekli asgarî standart donanım ve personel desteği ile güzellik ve estetik amaçlı olarak faaliyet gösteren özel sağlık kuruluşları ise “*güzellik salonları*”dır(GASKY.md.7).

Bağımsız olarak açılacak olan güzellik salonlarının gerçek ve tüzel kişiler tarafından açılacağına açıkça yer verildiği halde güzellik merkezleri için bu açıklıkta bir anlatıma yer verilmemiştir. Ancak, güzellik merkezleri hekim, güzellik salonları ise güzellik uzmanı sorumluluğunda açılacaktır. Netice itibariyle,

⁶⁹⁰ Danıştay 10. Dairesinin 09.09.2005 tarih ve E:2004/13345 sayılı kararıyla yürütmesi durdurulmuştur

güzellik merkezlerini ya da güzellik salonlarını, sadece hekimlerin veyahut ortaklarının tamamının hekimlerden oluştuğu ticari şirketlerin açabileceği öngörülmemiştir.

Sağlık Bakanlığı; müstakil olarak açılan estetik amaçlı sağlık kuruluşlarını, özellikle “güzellik merkezlerini” ayakta teşhis ve tedavi yapılan özel sağlık kuruluşları olan özel tıp merkezi, özel dal merkezi ve özel poliklinik statüsünde, idari yargı kararlarındaki anlatımla “muayenehane mahiyetinde” görmemiştir. Ancak bize göre; özellikle güzellik merkezlerinin yürürlükteki mevzuat açısından “muayenehane mahiyetinde” değerlendirilerek, sadece hekimler ya da ortaklarının tamamı hekim olan ticari şirketler tarafından açılıp işletilebileceğinin kabul edilmesi gerekmektedir. Vergi uygulamaları açısından da, güzellik merkezlerinde hizmetin bizzat hekim tarafından verilmesi durumunda %8 KDV’ye tabi olacağı belirtilmiştir.⁶⁹¹

Gerçektende, güzellik merkezlerinde hekimler tarafından yapılması gereken müdahaleler incelendiğinde(GASKY.md.12) bunların birçoğunun tıbbi girişim olduğu, tıpta uzmanlık dallarının faaliyet alanlarına girdiği ve hekimlik mesleğinin serbestçe icrası niteliğinde olduğu anlaşılmaktadır. Dahası, güzellik merkezlerinde tutulan protokol kayıt defterine tabipler tarafından yapılan muayeneler, *tıbbi müdahaleler* ve verilen reçeteler kayıt edilmektedir(GASKY.md.29). Şu halde denilebilir ki; güzellik merkezlerinde yapılan tıbbi müdahaleler ile hekimlik mesleğinin serbestçe icra edildiği dikkate alındığında, “ayakta teşhis ve tedavi yapılan özel sağlık kuruluşları” bahsinde yer verilen idari yargının yerleşmiş içtihatlarında da ortaya konulduğu üzere, özellikle güzellik merkezlerinin “muayenehane mahiyetinde” olduğunun kabulü ile buralarının ancak hekimler ya da ortaklarının tamamının hekimlerden oluştuğu ticari şirketlerce açılması yürürlükteki sağlık mevzuatına da uygun düşer.

⁶⁹¹ İstanbul Vergi Dairesi Başkanlığı’nın 26.06.2007 tarih ve 5110 sayılı Özelgesi; EROL, Ahmet; ÖZDEN, Kemal ve FINDIKÇI, Mehmet: “Güzellik Merkezlerinde Fatura Düzenleme Zamanı, KDV ve Dönem Karının Tespiti Açısından Özellik Arzeden Durumlar”, **Yaklaşım**, Aralık 2007, S:180, s:34-39

III .6 .2 .2 – Kuruluş Başvurusu

Güzellik ve estetik amaçlı sağlık kuruluşu açacak olanlar bizzat veya mesul müdürleri vasıtasıyla, hangi tür sağlık kuruluşunu açacaklarını belirten ve açılış ile ilgili işlemlerin başlatılmasını talep eden bir dilekçe ile il sağlık müdürlüğüne başvururlar(GASKY.md.9/1). Dilekçeye ekli başvuru dosyasında bulunması gereken bilgi ve belgeler ise şunlardır(GASKY.md.9/2):

- Sağlık kuruluşunun faaliyet göstereceği adresi, sağlık kuruluşunun unvanını, açılacak birimleri, sahibini veya sahiplerini belirten ve mesul müdürce imzalı dilekçe,
- Sağlık kuruluşunun odalar şeklinde ve bütün mekanlarının ne amaçla kullanılacağını gösteren en az 1/100 ölçekli ve hizmet sınırları içerisinde bulunduğu sağlık ocağı görevlileri tarafından yerinde bizzat görülerek doğruluğu onaylanmış plan örneği,
- Sağlık kuruluşu bir şirket tarafından açılacak ise, ticaret sicil gazetesinin ve şirket ortaklarının son durumunu gösteren yetkili mercilerden alınan belgenin bir örneği⁶⁹²,
- Sağlık kuruluşunda çalışacak tabiilerin yapacakları tıbbî işlemleri liste halinde bildiren ve bu listede gösterilen işlemler için gerekli araç, gereç, cihaz ve malzemenin bulundurulacağını belirtildiği mesul müdürce düzenlenmiş imzalı taahhütnâme⁶⁹³,
- Sağlık kuruluşunda güzellik uzmanınca yapılacak uygulamaların bildirildiği ve buna göre bulundurulması zorunlu araç, gereç ve malzemelerin asgarî nitelik ve miktarlarını gösteren mesul müdür tarafından düzenlenen liste,
- Sağlık kuruluşu bünyesinde bulundurulacak cihazlar ile ilgili 26. maddede belirtilen belgelerin birer örneği,

⁶⁹² “Sağlık kuruluşu bir şirket ise, şirketin faaliyet alanına giren diğer işler sağlık kuruluşunda yapılamaz”(GASKY.md.33/d).

⁶⁹³ Bu bilgi ve belgeler güzellik salonları için istenmez(GASKY.md.9/3).

- Sağlık kuruluşunda çalışan tabiplerin diplomaları, uzmanlık belgeleri veya sertifikalarının noter tasdikli örnekleri, nüfus cüzdanlarının suretleri ile ikişer adet vesikalık fotoğrafları⁶⁹⁴,
- Sağlık kuruluşunda çalışacak bütün tabipler için bağlı oldukları tabip odası tarafından düzenlenen ve çalışacağı özel sağlık kuruluşunun belirtildiği belgelerin örneği⁶⁹⁵,
- Sağlık kuruluşunda çalışan güzellik uzmanı ve diğer personelin, kuruluştaki yapacakları işlere göre diplomalarının ve/veya ilgili belgelerinin noter tasdikli örnekleri, nüfus cüzdanlarının suretleri ile ikişer adet vesikalık fotoğrafları,
- Sağlık kuruluşunda çalışacak olan sağlık personelinin tamamının, herhangi bir kamu kuruluşunda görev yapıp yapmadıklarını beyan eden dilekçeleri ile görev yaptıklarını beyan edenlerin dilekçeleri ekinde görev yaptıkları kamu kurum ve kuruluşlarından, 2368 sayılı Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanunda öngörülen tazminatların, söz konusu sağlık personeli için düzenlenecek personel çalışma belgesinin tarihinin bildirilmesinden itibaren maaşlarından kesilmeye başlanılacağını bildirir belgeler.⁶⁹⁶

Belirtelim ki; güzellik ve estetik amaçlı sağlık kuruluşu, özel tıp merkezi veya cilt hastalıkları ile plastik ve rekonstrüktif cerrahî özel dal merkezi veya özel hastane bünyesinde bir birim olarak açılıyor ise, uygunluk belgesinin veya özel hastane ruhsatının mesul müdürce onaylı örneği de başvuru sırasında istenecek belgeler arasındadır.

III .6 .2 .3 – Açılma İzni

Yukarıdaki şekilde gerçekleştirilen başvuru, öncelikle dosya üzerinde incelenir. Başvuru dosyasında eksiklik yok ise, sağlık kuruluşunun açılmasının Yönetmeliğe uygun olup olmadığının incelenmesi için il sağlık müdürlüğü tarafından görevlendirilen ve Yönetmelik kapsamındaki konularla ilgili olan birisi tabip olmak

⁶⁹⁴ Bu bilgi ve belgeler güzellik salonları için istenmez(**GASKY.md.9/3**).

⁶⁹⁵ Bu bilgi ve belgeler güzellik salonları için istenmez(**GASKY.md.9/3**).

⁶⁹⁶ Bu bilgi ve belgeler güzellik salonları için istenmez(**GASKY.md.9/3**).

üzere, en az iki kişiden oluşturulan denetim ekibi tarafından yerinde inceleme yapılır. İnceleme sonucunda Yönetmelik hükümlerine uygunluğu tespit edilen güzellik ve estetik amaçlı sağlık kuruluşlarına, Yönetmelik eki Ek 1'deki *Uygunluk Belgesi*, Ek 2'deki *Mesul Müdürlük Belgesi* ve Ek 3'deki *Personel Çalışma Belgeleri* düzenlenir(GASKY.md.10/1).⁶⁹⁷

Öte yandan, müstakil olarak açılanlar dahil olmak üzere güzellik ve estetik amaçlı sağlık kuruluşlarını açan ve işletenlerce, şube niteliğinde ikinci bir sağlık kuruluşunun açılmak istenmesi veya kuruluşun faaliyet gösterdiği adresin değişmesi durumlarında yukarıda yer verilen bilgi ve belgeler ile başvurunun aynen tekrarlanması gerekmektedir(GASKY.md.10/2).

Güzellik merkezleri ve güzellik salonları; hepsi birden veya yalnız bir kısmı sağlık kuruluşunun bünyesinde bulunmak üzere cilt (yüz ve boyun) bakım birimi, epilasyon/depilasyon birimi, vücut bakım (sellülit) birimi, aktif jimnastik birimi, el ve ayak bakım birimi ve bronzlaştırıcı biriminden oluşur(GASKY.md.18). Ayrıca sağlık kuruluşu bünyesinde zayıflama bölümü, saç ekim bölümü ve kuaför bölümü de bulundurulabilir(GASKY.md.19). Belirtelim ki; güzellik ve estetik amaçlı sağlık kuruluşunun bünyesine ekleyeceği her yeni birim/bölüm için, gerekli belgelerle il sağlık müdürlüğüne başvurarak Uygunluk Belgesine bu birimin/bölümün ilave ettirilmesi gerekmektedir(GASKY.md.27/3).

Güzellik ve estetik amaçlı sağlık kuruluşlarının devredilmesi halinde, devralan kişi adına Uygunluk Belgesi almak üzere, devir sözleşmesinin noter tasdikli sureti ile başvuru dilekçesi ve gerektiğinde şirket ortaklarını gösteren belgeler ile birlikte il sağlık müdürlüğüne devraldıkları tarihten itibaren on beş gün içinde başvururlar. Başvurunun uygun görülmemesi halinde durum, ilgililere en geç beş gün içinde yazı ile bildirilir(GASKY.md.32/2).

Diğer taraftan, güzellik ve estetik amaçlı olarak tıbbi uygulama konusunda eğitim programı ve sertifika verilmesi ile bu eğitimi verecek merkezlerin nitelikleri,

⁶⁹⁷ Uygunluk belgesi alınmadan faaliyette bulunulması ise yasaktır(GASKY.md.33/a). Aksi halde müstakil olarak açılanlarda dahil olmak üzere güzellik ve estetik amaçlı sağlık kuruluşunun faaliyeti süresiz olarak durdurulur(GASKY.Eki Denetleme Formu.md.1).

tespiti ve çalışma usul ve esasları ise *Güzellik Merkezlerinde Yapılacak Tıbbi Uygulamalar İle İlgili Sertifika Eğitimi ve Eğitim Verecek Merkezlerin Nitelikleri, Tespiti, Çalışma Usul Esaslarına Dair Yönerge*⁶⁹⁸ (GMEY)ile düzenlenmiştir. Güzellik ve estetik amaçlı sağlık kuruluşları bünyesinde eğitim merkezi açılması ve eğitim programı düzenleme yetkisi verilebilmesi için taşımaları gereken niteliklere ise Yönergenin 8.maddesinde yer verilmiştir.

Eğitim merkezi olmak isteyen güzellik ve estetik amaçlı sağlık kuruluşlarının il sağlık müdürlüğüne yaptığı başvurunun dosya üzerinde incelenmesi ve yerinde yapılan inceleme ile düzenlenen durum tespit raporu Sağlık Bakanlığına gönderilir. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nce uygun görülen sağlık kuruluşu için Yönerge eki Ek 1'de bulunan *Medikal Estetik Eğitim Merkezi Yetki Belgesi* ve Ek 2'de bulunan *Medikal Estetik Merkezi Eğitimci Belgesi* düzenlenir(GMEY.md.11).

III .6 .3 – Faaliyetin Durdurulması

Müstakil olarak açılan güzellik merkezleri ile güzellik salonları dahil güzellik ve estetik amaçlı tüm sağlık kuruluşlarının denetimi sonucunda yapılan tespitlere göre süreli ya da süresiz faaliyetin durdurulması yaptırımları uygulanmaktadır. Eksikliğin giderilmesi için herhangi bir süre bile verilmeden süresiz olarak faaliyetin durdurulması sadece iki durumda sözkonusudur: Birincisi; uygunluk belgesinin bulunmaması, ikincisi de mesul müdürlük belgesinin olmamasıdır. Bu başlık altında özellikle güzellik ve estetik amaçlı sağlık kuruluşlarının fiziksel denetim sonuçlarına göre faaliyetlerinin durdurulması üzerinde durulmuştur.

Müstakil olarak açılanlar da dahil olmak üzere güzellik ve estetik amaçlı sağlık kuruluşları, il sağlık müdürlüğü tarafından oluşturulan ekipler(biri tabip olmak kaydıyla en az iki sağlık personeli) tarafından düzenli olarak en az 6 ayda bir Yönetmelik eki Ek 10'da yer alan denetleme formu doldurulmak suretiyle denetlenir. Şikayet, soruşturma ve Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatının veya il sağlık müdürlüğünün talebi üzerine olağan dışı da denetlenebilir. Denetim ile ilgili

⁶⁹⁸ 30.07.2003 tarih ve 11575 sayılı Sağlık Bakanı onayı ile yürürlüğe girmiştir.(Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 2003/88 sayılı Genelgesi eki)

sonuçlar, il sağlık mdrlğine ait teftiş ve denetim defterine yazılır(GASKY.md.31/1).

Denetimlerde tespit edilen eksiklikler için, denetleme formunda eksikliğin giderilmesi için verilecek süre sütununda belirlenen süreler verilir. Bu süre içerisinde, belirlenen eksikliğini gidermediği tespit edilen sağlık kuruluşunun faaliyeti, bu formda belirtilen süre boyunca durdurulur. Bu şekilde faaliyeti geçici olarak durdurulan sağlık kuruluşunun verilen süre sonunda eksikliklerini gidermediği tespit edildiği takdirde, sağlık kuruluşunun uygunluk belgesi iptal edilmek üzere geri alınır(GASKY.md.31/3).⁶⁹⁹Belirtelim ki; sağlık kuruluşunun devri halinde devralan, denetim esnasında eksik ve aksaklıklardan dolayı devredenin sorumluluklarını da almış sayılacağı için, önceden devredene verilen süre, devralana da verilmiş sayılarak ek bir süre verilmemektedir(GASKY.md.32/1).

Olağanüstü denetimler hariç il sağlık müdürlüğünce altı ayda bir olağan denetimi yapılan *medikal estetik eğitim merkezinin* bu niteliğini kaybettiğinin anlaşılması durumunda ise faaliyeti durdurulur ve Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nce eksikliklerin tamamlanması için 2 ay süre verilir. Belirtilen süre içinde eksikliklerini tamamlamayan merkezlerin yetki belgesi geri alınır(GMEY.md.25).

III .7 – Hiperbarik Oksijen Tedavisi Uygulanan zel Sağlık Kuruluşları

III .7.1 –Niteliği ve Verilecek Hizmet

Hiperbarik oksijen tedavisi; basınç kabini içinde 1 atmosferden yüksek basınç altına alınan hastaya %100 oksijen solutarak uygulanan bilimsel ve modern bir tedavi yöntemidir. Bu tedavi yöntemi problem yaralar, damar yetmezliğine bağlı ülser

⁶⁹⁹ örneğin; güzellik ve estetik amaçlı sağlık kuruluşunda hizmet verilen bütün birimler uygunluk belgesinde belirtilmemiş ise eksikliğin giderilmesi için 7 gün süre verilmekte ve eksiklik giderilmez ise faaliyet 7 gün süreyle, sağlık kuruluşundaki birim ve odaların nitelikleri mevzuata uygun değil ise eksikliğin giderilmesi için 1 aylık süre verilmekte ve eksiklik giderilmediğinde de faaliyet 5 gün süreyle durdurulmaktadır. Öte yandan, sağlık kuruluşunun uygunluk belgesi ile mesul müdürlük belgesinin bulunmaması halinde ise bu eksikliklerin giderilmesi için herhangi bir süre verilmediği gibi faaliyette süresiz olarak durdurulmaktadır(GASKY.Ek 10-Denetleme Formu).

tedavisinde, radyasyona bağılı doku hasarı tedavisinde, ani görme ve işitme kaybı gibi durumlarda ülkemizde ve dünyada başvurulan bir yöntem olarak öne çıkmaktadır.

Basınç odası kullanılarak yapılan hiperbarik oksijen tedavi yöntemi ile hastalıkların tedavi esaslarını, bu uygulamayı yapacak olan sağlık kuruluşlarının açılması, çalışması ve denetlenmesi ile ilgili usul ve esaslar **Hiperbarik Oksijen Tedavisi Uygulanan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik**⁷⁰⁰(HBOTY) ile düzenlenmiş bulunmaktadır. Söz konusu Yönetmelik, hiperbarik oksijen tedavisi uygulayan özel sağlık kuruluşları ile bu kuruluşların sahip ve işletenleri ve bunların hiperbarik tedavi ile ilgili faaliyetlerini kapsamaktadır.

III .7 .2 – Kuruluş Süreci

III .7 .2 .1 – Açmaya Yetkili Kişiler

Hiperbarik oksijen tedavisi uygulayacak olan sağlık kuruluşlarını, kanun uyarınca mesleğini serbest icra eden hekim veya uzman hekimler ile özel hastaneler, ayakta teşhis ve tedavi hizmeti sunulan özel sağlık kuruluşları(tıp merkezleri, dal merkezleri ve poliklinikler) açabilmektedir(HBOTY.md.6). Danıştay, hiperbarik oksijen tedavisi uygulayan sağlık kuruluşlarını, “basınç odası kullanarak hiperbarik oksijen tedavisi” yapma konusunda uzmanlık eğitimi almış “sualtı hekimliği ve hiperbarik tıp uzmanı hekimlerin” açabileceğini belirterek, Yönetmeliğin 6.maddesindeki “hekimlerin” ibaresini iptal etmiştir.⁷⁰¹

Ancak Danıştay İdari Dava Daireleri Genel Kurulu, “...*gerek Hususi Hastaneler Kanunu, Gerek Özel Hastaneler Yönetmeliği, gerekse Ayakta Teşhis ve Tevdi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelikte, 1219 sayılı Kanun uyarınca mesleğini serbest olarak icra eden ‘hekimlerin’ belirtilen mevzuat kapsamında sağlık kuruluşu ‘açmasını’ yasaklayan bir düzenleme bulunmaması nedeniyle, sağlık kuruluşu açmaya yetkili kişileri düzenleyen dava konusu yönetmeliğin 6.maddesindeki ‘hekim’ ibaresinin iptalinde hukuki isabet*

⁷⁰⁰ 01.08.2001 tarih ve 24480 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

⁷⁰¹ Danıştay 10.D. 22.02.2005, E:2001/5313, K:2005/656 (Kazancı Bilgi Bankası)

görülmemiştir...”diyerek, uzman olmayan hekimlerin de sözkonusu sağlık kuruluşlarını açabilmesinin mümkün olduğunu göstermiştir.⁷⁰²

Özel hastaneler ile ayakta teşhis ve tedavi yapılan özel sağlık kuruluşlarında bir ünite olarak açılması mümkün iken, müstakil olarak açılıp hiperbarik oksijen tedavisi uygulayacak olan özel sağlık kuruluşunu ise ancak hekimler veya uzman hekimler açabilecektir.⁷⁰³ Öte yandan ortaklarının tamamı hekim veya uzman hekim olan ticari şirketler de müstakil olarak bu sağlık kuruluşlarını açabilecektir. Bununla birlikte, şirket ortakları içerisinde hekim dışında başka kişilerin bulunması halinde sağlık kuruluşu faaliyet gösteremeyecektir(HBOTY.md.36/o).

Sağlık kuruluşlarındaki basınç kabinleri; özel hastaneler mevzuatına göre ruhsatlandırılmış özel hastaneler, ayakta teşhis ve tedavi yapılan özel sağlık kuruluşları hakkında yönetmelik ile uygunluk belgesi verilmiş sağlık kuruluşları bünyesinde bir *ünite* şeklinde veya *bağımsız bir sağlık kuruluşu* olarak binaların giriş veya zemin katlarında kurulabilir. Ancak tek kişilik basınç kabinleri, binanın statik olarak taşımasının uygun olduğu hakkında ilgili resmi kurumdan alınmış belge ve yangına karşı güvenlik önlemlerine sahip olduğu belgelenen binaların diğer katlarında da kurulabilir(HBOTY.md.5).⁷⁰⁴ Bu başlık altın özellikle bağımsız olarak açılacak olan hiperbarik oksijen tedavisi uygulayan özel sağlık kuruluşları(Hiperbarik Oksijen Merkezleri) üzerinde durmaya çalışacağız.

Hiperbarik oksijen merkezlerinin bina ve basınç kabini alt yapı standartlarına Yönetmeliği ikinci bölümünde, 14-21.maddelerde yer verilmiştir. Hiperbarik oksijen tedavisi sırasında hastaların izlenmesi için bulunması zorunlu araç ve gereçler Yönetmelik eki Ek 4’de belirtilmişken, bulundurulması zorunlu asgari birimler olarak da hasta bekleme salonu, muayene salonu, acil odası, tedavi ünitesi salonu gibi birimler ve nitelikleri Yönetmeliğin 23.maddesinde düzenlenmiştir.

⁷⁰² Danıştay İdari Dava Daireleri Genel Kurulu,16.06.2006, E:2005/2941, K:2006/748(Kazancı Bilgi Bankası)

⁷⁰³ Burada sözü edilen uzman hekim, 1219 sayılı Kanuna göre mesleğini serbest olarak icra etmek yetkisine sahip serbest çalışan ve Tebabet Uzmanlık Tüzüğüne göre deniz ve sualtı hekimliği ile hava ve uzay hekimliği dalında uzmanlık eğitimini tamamlamış hekimleri kapsamaktadır(HBOTY.md.4/h).

⁷⁰⁴ “Basınç kabini : Tedavi edilecek hastaların bulunduğu basınçla doldurulan tek veya çok kişilik odadır” (HBOTY.md.4/j).

III .7 .2 .2 – Kuruluş Başvurusu

Sağlık kuruluşu açacakların bizzat veya mesul müdürleri vasıtasıyla il sağlık müdürlüğüne bir dilekçe ve ekli dosya ile başvurmaları, dilekçeye ekli olarak başvuru dosyasında da aşağıdaki bilgi ve belgelere yer vermeleri gerekmektedir(HBOTY.md.7/1):

- Sağlık kuruluşunun unvanını, sahibini veya sahiplerini, faaliyet göstereceği adresi ve sağlık kuruluşunun açılışı ile ilgili işlemlerinin başlatılmasını talep eden mesul müdür tarafından imzalı başvuru dilekçesi,
- Sağlık kuruluşunun, yerleşim planını gösterir 1/ 100 ölçekli mimar tarafından tasdik edilmiş krokisi,
- Yangına karşı gereken tedbirlerin alındığına dair ilgili mevzuatına göre yetkili mercilerden alınan belge örneği,
- Sağlık kuruluşu bir ticaret şirketi tarafından açılacak ise, şirket ortaklarını gösterir ticaret sicili gazetesinin aslı veya noter tasdikli örneği ile ortaklarının tamamının hekim olduklarını belgelemek üzere söz konusu şirket ortaklarının diplomalarının, varsa uzmanlık belgelerinin il sağlık müdürlüğü tarafından onaylı birer örneği⁷⁰⁵,
- Sağlık kuruluşunda kullanılacak cihazları gösterir bir liste(Yönetmelik eki Ek 4'deki liste),
- Sağlık kuruluşunda hasta nakli için kullanılmak üzere bulundurulacak olan ambulansla ilgili olarak; 07.12.2006 tarih ve 26369 sayılı resmi gazetede yayımlanan Ambulanslar ve Acil Sağlık Araçları ile Ambulans Hizmetleri Yönetmeliğine uygun olan ambulans sağlık kuruluşuna ait ise ruhsatının noter tasdikli sureti, sağlık kuruluşuna ait değil ise ruhsatlı bir ambulandan hizmet satın alınacağına dair hizmet sözleşmesinin noter tasdikli örneği⁷⁰⁶,
- Mesul müdürün, açılacak sağlık kuruluşunda mesul müdür olarak çalışacağına dair noterlikçe tasdikli mesul müdürlük sözleşmesi ile

⁷⁰⁵ Özel hastaneler bünyesinde açılacak üniteler için istenmez(HBOTY.md.7/2).

⁷⁰⁶ Özel hastaneler bünyesinde açılacak üniteler için istenmez(HBOTY.md.7/2).

mesul müdüre ait tasdikli nüfus cüzdanı örneği ve iki adet vesikalık fotoğraf ve uzmanlık diplomasının veya sertifikasının⁷⁰⁷ noter tasdikli birer örneği,

- Sağlık kuruluşunda çalışacak bütün hekimler için bağlı oldukları meslek kuruluşu tarafından düzenlenmiş, meslek kuruluşuna kayıtlı olduklarını bildirir belgenin veya meslek odası kimlik kartının mesul müdür tarafından onaylı bir örneği⁷⁰⁸,
- Sağlık kuruluşunda çalışacak sağlık ve sağlık dışı tüm personele ait diplomalarının noter veya il sağlık müdürlüğü tarafından tasdikli birer suretleri,
- Müstakil binada değil ise kat maliklerinden alınacak muvafakat belgesi,
- Çalışan personellerden en az ikisinin yangına karşı müdahale edebileceklerini gösteren belgelerin birer örneği,
- Yoğun bakımı olan bir özel hastane veya anesteziyoloji ve reanimasyon uzmanı ile yapılan sözleşmenin bir örneği,
- Sağlık kuruluşunda bulunacak güvenlik önlemlerini belirtir etraflı bir liste.

Bu kapsamdaki mevcut bir özel sağlık kuruluşunu açmış ve işletenlerce şube niteliğinde ikinci bir sağlık kuruluşunun açılmak istenmesi veya faaliyet gösterdiği adresin değişmesi durumunda yukarıda belirtilen evraklar ile başvurunun aynen tekrarlanması gerekmektedir(HBOTY.md.8/3).

⁷⁰⁷ Burada sözü edilen sertifikalı hekim; Sağlık Bakanlığı tarafından açılan kursu başarı ile tamamlayan hekimler ile Kurtarma ve Sualtı Komutanlığında açılan (asgari 3 aylık ve uygulamalı) Dalgıç Tabip Subay kursunu başarı ile tamamlayan hekimler veya yurtdışında hiperbarik oksijen konusunda asgari 3 aylık eğitim aldığını yapılan sınavda bu eğitimi başarı ile tamamladığını belgeleyen ve başvuruları sonucu Sağlık Bakanlığı'na yapılacak değerlendirmede yeterli görülen hekimleri ifade etmektedir(HBOTY.md.4/i). Ancak Yönetmeliğin (4/i)maddesi Danıştay 10.Dairesinin 22.02.2005, E:2001/5313, K:2005/656 sayılı kararı ile iptal edilmiş ve Danıştay İdari Dava Daireleri Genel Kurulunun ,16.06.2006, E:2005/2941, K:2006/748 sayılı kararı ile de bu iptal onanmıştır.(Kazancı Bilgi Bankası)

⁷⁰⁸ Askeri hekimler için bu belge istenmez(HBOTY.md.7/2).

III .7 .2 .3 – Açılma İzni

Yukarıdaki bilgi ve belgeler ile yapılan başvuru üzerine, inceleme komisyonu⁷⁰⁹ tarafından sağlık kuruluşu yerinde incelenerek rapor yazılır. İnceleme neticesinde açılması istenen sağlık kuruluşunun eksikleri varsa tamamlattırılmasından sonra yeniden değerlendirilip Valilik görüşleri ile birlikte ilgili belgeler ve dosyası eksiksiz olarak Sağlık Bakanlığı'na gönderilir(HBOTY.md.8/1).

Başvuru dosyası, Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü⁷¹⁰ tarafından incelenir. Dosya içeriği Yönetmeliğe uygun bulunursa teknik komisyona⁷¹¹ gönderilir. Teknik komisyon tarafından en geç bir ay içerisinde dosya üzerinde ve sağlık kuruluşu yerinde inceleme yapıldıktan sonra durum tespit raporu hazırlanarak Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne verilir. Genel Müdürlükçe uygun görüldüğü takdirde Sağlık Bakanlığı'nca Ek 1'de gösterilen **Uygunluk Belgesi**, mesul müdür adına Ek 2'de gösterilen **Mesul Müdürlük Belgesi** düzenlenir ve daha sonra il sağlık müdürlüğü tarafından diğer çalışanlarının her birine Ek 3'de gösterilen **Personel Çalışma Belgesi** düzenlenir(HBOTY.md.8/2). Belirtelim ki; bu belgelerin asıllarının birer örnekleri hiperbarik oksijen merkezinin mesul müdürüne imza karşılığı verilecektir(HBOTY.md.8/2).⁷¹²

⁷⁰⁹ “İl sağlık müdürü veya görevlendireceği müdür yardımcısı başkanlığında, açılacak sağlık kuruluşunun bağlı bulunduğu sağlık ocağından bir hekim, olmak üzere toplam üç kişiden oluşan komisyonu ifade eder” (HBOTY.md.4/m).

⁷¹⁰ Daha önce Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nce yapılan bu işlemler (ki, değişiklikten önce Yönetmelikte Genel Müdürlükten kasıt Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü idi) yapılan yönetmelik değişikliği ile(06.11.2007-26692 RG) artık Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nce yapılmaya başlanmıştır. Benzer işlemlerin bize göre yerinde bir karar ile Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne devrinin ise daha önce kararlaştırıldığını söyleyebiliriz.(Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 02.10.2007 tarih ve 20544 sayılı yazısı)

⁷¹¹ Burada sözü edilen teknik komisyon, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün başkanlığında Müsteşarlık makamından alınan onayla kurulan, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü temsilcisi, uzman veya **sertifikalı hekim**, anestezi ve reanimasyon uzmanı hekim ve basınç odası konusunda bilgili mühendisten oluşan 5 kişilik teknik ekiptir(HBOTY.md.8/2). Yönetmeliğin (8/2) maddesindeki “**sertifikalı hekim**” ibaresi de Danıştay 10.Dairesinin 22.02.2005, E:2001/5313, K:2005/656 sayılı kararı ile iptal edilmiş ve Danıştay İdari Dava Daireleri Genel Kurulunun 16.06.2006, E:2005/2941, K:2006/748 sayılı kararı ile de bu iptal onanmıştır.(Kazancı Bilgi Bankası)

⁷¹² Belirtelim ki, uygunluk belgesi alınmadan faaliyete geçilemez(HBOTY.md.36/a). Aksi halde hiperbarik oksijen merkezinin faaliyeti, eksikliğin giderilmesi için herhangi bir süre de verilmeksizin süresiz olarak durdurulur(HBOTY.Ek 9-Denetleme Formu).

Belirtelim ki; hiperbarik oksijen merkezini devir alan kişilerin ise; yukarıda açıklandığı üzere bu sağlık kuruluşlarını açmaya yetkili olmaları kaydıyla, sağlık kuruluşunu devir alacaklarına dair dilekçe ve sağlık kuruluşunun unvan, sahip ve adresi ile devralanın ticari şirket olması durumunda ortaklarının tamamının hekim veya uzman hekim olduğunu gösterir belgeler ile birlikte il sağlık müdürlüğüne onbeş gün içerisinde başvurmaları gerekmektedir(HBOTY.md.35/2).

Hiperbarik oksijen merkezinde hastalara uygulanacak hiperbarik oksijen tedavisi endikasyonlarının neler olacağı Yönetmelik eki Ek 5’de gösterilirken, sağlık kuruluşuna başvuran hastaların kimlik bilgileri ile tıbbi işlemlerin kaydında kullanılmak üzere il sağlık müdürlüğüne onaylı protokol kayıt defteri bulundurulacağı(HBOTY.md.30), başvuran her hastanın protokol kayıt defterine kaydedileceği(istirahat raporu düzenlenmiş ise bunlarında günlük kayıtlarının yapılacağı), her hekimin de, işyerinin ismini taşıyan reçeteyi kullanacağı ve bu reçeteye kendi imzasını atıp ve kaşesini basacağı ifade edilmiştir(HBOTY.md.32).

III .7 .3 – Faaliyetin Durdurulması

Müstakil olarak açılan hiperbarik oksijen merkezleri de dahil olmak üzere hiperbarik oksijen tedavisi uygulayan tüm sağlık kuruluşlarının denetimi sonucunda yapılan tespitlere göre süreli ya da süresiz faaliyetin durdurulması yaptırımları uygulanmaktadır. Bu başlık altında özellikle hiperbarik oksijen merkezlerinin fiziksel denetim sonuçlarına göre faaliyetlerinin durdurulması üzerinde durulmuştur.

Hiperbarik oksijen merkezleri, il sağlık müdürlüğü tarafından oluşturulan ekipler(biri hekim, varsa uzman veya sertifikalı hekim olmak kaydıyla en az iki sağlık personeli) tarafından düzenli olarak en az 6 ayda bir Yönetmelik eki Ek 9’da yer alan denetleme formu doldurulmak suretiyle denetlenir. Şikayet, soruşturma ve Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatının veya il sağlık müdürlüğünün talebi üzerine olağan dışı da denetlenebilir. Denetim ile ilgili sonuçlar, il sağlık müdürlüğüne ait teftiş ve denetim defterine yazılır(GASKY.md.34/1).

Bu denetimlerde tespit edilen eksiklikler için, denetleme formunda eksikliğin giderilmesi için verilecek süre sütununda belirlenen süreler verilir. Bu süre

içerisinde, belirlenen eksikliğini gidermediği tespit edilen sağlık kuruluşuna, denetleme formunda eksikliğin devamında verilecek faaliyet durdurma süresinde belirlenen süre boyunca faaliyet durdurması uygulanır. Bu şekilde faaliyeti geçici olarak durdurulan sağlık kuruluşunun verilen süre sonunda; süresiz durdurulanın ise, üç ay içerisinde eksikliklerini gidermediği tespit edildiği takdirde sağlık kuruluşunun uygunluk belgesi geçersiz sayılarak iptal edilip geri alınır(GASKY.md.34/3).⁷¹³

Diğer taraftan, hiperbarik oksijen merkezinin devri halinde devralan, denetim esnasında eksik ve aksaklıklardan dolayı devredenin sorumluluklarını da almış sayılacağı için, önceden devredene verilen süre, devralana da verilmiş sayılarak ek bir süre verilmemektedir(GASKY.md.35/1).

III .8 – Özel Ambulans Servisleri

III .8 .1 – Ambulans Hizmetleri

Ülkemizde ambulans hizmetleri *Ambulanslar ve Acil Sağlık Araçları İle Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği*⁷¹⁴ (AHY) ile düzenlenmiş bulunmaktadır. Bu yönetmelik ile Milli Savunma Bakanlığı hariç bütün kamu kurum ve kuruluşları ile gerçek kişiler, özel hukuk tüzel kişileri, iktisadilik esaslarına ve özel hukuk hükümlerine göre çalışan kamu kurum ve kuruluşları tarafından verilen ambulans hizmetlerini, ambulansların ve acil sağlık araçlarının tıbbi ve teknik donanım özellikleri ile ambulans servislerinin kuruluş, işleyiş, personel, araç-gereç, ücret, denetim, devir ve uygunluk belgelerinin geri alınmasına dair usul ve esasları belirlenmiş bulunmaktadır(AHY.md.2).

⁷¹³ Örneğin; hiperbarik oksijen merkezindeki birim ve odaların nitelikleri mevzuata uygun değil ise eksikliğin giderilmesi için 1 ay süre verilmekte ve eksiklik giderilmez ise 5 gün süreyle, sağlık kuruluşundaki hasta kayıtları düzenli tutulmuyor ise eksikliğin giderilmesi için herhangi bir süre de verilmeksizin yine 5 gün süreyle faaliyet durdurma yaptırımı uygulanmaktadır. Öte yandan, sağlık kuruluşunun uygunluk belgesi ile mesul müdürlük belgesinin bulunmaması halinde ise bu eksikliklerin giderilmesi için herhangi bir süre verilmediği gibi faaliyeti süresiz olarak durdurulmaktadır(**HBOTY.Ek 9-Denetleme Formu**).

⁷¹⁴ 07.12.2006 tarih ve 26369 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır. Belirtelim ki; bu alanı daha önce düzenleyen 08.07.2001 tarihli ve 24456 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan *Ambulanslar ile Özel Ambulans Servisleri ve Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği* ise AHY'nin 34.maddesiyle yürürlükten kaldırılmıştır.

Ambulanslar ulaşım şekline göre kara, hava ve deniz ambulansları olarak; kara ambulansları da kullanım amacına göre acil yardım ambulansı, hasta nakil ambulansı ve özel donanımlı ambulanslar olarak sınıflandırılmaktadır(AHY.md.5/1).

Bunlardan acil yardım ambulansı; her türlü acil durumda, olay yerinde ve ambulans içerisinde hasta ve yaralılara gerekli acil tıbbi müdahaleyi yapabilecek ekibe, teknik ve tıbbi donanıma sahip kara aracıdır. Hasta nakil ambulansı, acil tıbbi müdahale gerektirmeyen hasta veya yaralıların nakli amacıyla kullanılan gerekli teknik ve tıbbi donanıma sahip kara aracıdır. Özel donanımlı ambulanslar ise hasta veya yaralıların yaş, fiziksel ve tıbbi durumları ile ambulansların görev yaptığı bölgenin coğrafi özelliğine göre özel olarak tasarlanmış ve buna göre ekip ve ekipmanla donatılmış araçlardır. Acil yardım ambulansı, hasta nakil ambulansı ve özel donanımlı ambulanslardan yoğun bakım ambulanslarının Yönetmelik eki EK 1 ve EK 2' de yer alan teknik ve tıbbi donanıma sahip olmaları gerekmektedir(AHY.md.5/2).

Hava ambulansları, hasta nakli veya acil tıbbi müdahale amaçlı kullanılmak üzere ulusal sivil havacılık yetkili biriminden çalışma ve uçuş izni almış ve Yönetmelik eki EK 3' de belirtilen tıbbi donanıma sahip uçak ve helikopterlerden oluşmaktadır. Deniz ambulansları ise hasta nakli veya acil tıbbi müdahale amaçlı kullanılmak üzere Denizcilik Müsteşarlığından çalışma izni almış ve Yönetmelik eki EK 3' de belirtilen tıbbi donanıma sahip deniz araçlarıdır(AHY.md.5/2).

Ambulanslardan farklı olarak acil sağlık araçları da bulunmaktadır. Acil sağlık aracı, acil sağlık hizmeti sunumunda ihtiyaç duyulan personel ve malzemeyi en hızlı şekilde ulaştırmak ve olay yerinde görev yapmak üzere kullanılan her türlü kara, hava ve deniz aracıdır. Olay yerinde tıbbi müdahale, teknik ve lojistik destek için kullanılacak olan bu araçlar motosiklet, bisiklet, doktor aracı, medikal kurtarma aracı, organ nakli aracı, mobil komuta kontrol aracı, mobil haberleşme aracı, mobil sağlık aracı ve benzeri araçlar olup, hasta taşıma amaçlı kullanılamaz(AHY.md.6/1). Belirtelim ki; acil sağlık araçları sadece ambulans servisleri ve sağlık kurumları bünyesinde ve amacına uygun olarak kullanılabilir. Başka kişi ve kuruluşlarca kullanılamaz(AHY.md.6/2).

III .8 .2 – Açmaya Yetkili Kişiler ve Başvuru

Ambulans servisleri, hasta nakli ve/veya acil yardım amacıyla kurulan işletmelerdir(AHY.md.4/d). Ambulans servislerini, bütün kamu kurum ve kuruluşları, gerçek kişiler ile özel hukuk tüzel kişileri ve iktisadilik esaslarına ve özel hukuk hükümlerine göre çalışan kamu kurum ve kuruluşları açabilmektedir(AHY.md.4/b). Bizim ilgi alanımızı ise gerçek kişiler ile özel hukuk tüzel kişileri tarafından açılan ambulans servisleri oluşturmaktadır. Anlaşıldığı üzere, ambulans servislerinin özellikle hekim ya da diğer sağlık personelinin açılmasını gerektirir zorlayıcı bir düzenleme bulunmamaktadır.

Belirtelim ki; ambulans servisleri dışında, sağlık personeli bulundurmayan veya bünyesinde sağlık birimi olmayan kurum ve kuruluşlar ambulans işletemez(AHY.md.31/b). Ambulans servisi şirket, dernek, vakıf gibi kuruluşların sahipliğinde ise, bu kuruluşların faaliyet alanına giren sağlık hizmetleri haricindeki diğer işler ambulans servisinde yapılamaz(AHY.md.31/ı).

Ambulans servisi kuracak olanların, bizzat veya mesul müdürleri vasıtasıyla, kuruluşun unvanının, sahip veya sahiplerinin, faaliyet adresinin, verilmek istenen ambulans hizmetinin ve sahip olunan ambulansların sınıfının belirtildiği dilekçe ile il sağlık müdürlüğüne başvurmaları gerekmektedir. Dilekçeye ekli başvuru dosyasında bulunması gereken ve ikişer nüshadan oluşan bilgi ve belgeler ise şunlardır(AHY.md.11/1):

- Ambulans servisinin çağrı merkezi ile istasyonlarının adresleri, iletişim bilgileri,
- Ambulans servisinde bulunması zorunlu asgari mekânlara ait 1/100 ölçekli plan,
- Yetkili birimden alınmış işyeri açma belgesi örneği,
- Yetkili birimle yapılan tıbbi atık sözleşmesi örneği,
- Özel ambulans servisinde çalışan ve bir kamu kurum ve kuruluşunda görev yapan sağlık personelinin 2368 sayılı Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanunda öngörülen tazminatların, söz konusu sağlık personeli için düzenlenecek personel çalışma

belgesinin tarihinin bildirilmesinden itibaren maaşlarından kesilmeye başlanılacağını bildiren belgeleri,

- Açılacak ambulans servisinde görev yapacak mesul müdürle yapılan sözleşmenin ve hekimlik diplomasının varsa uzmanlık belgesinin birer örneği, mesul müdüre ait nüfus cüzdanı örneği, 2 adet vesikalık fotoğraf ve ikametgâh ilmuhaberi,
- Ambulans servisinde çalışacak hekim ve sağlık personelinin ambulans servisinde çalışmak istediklerine dair dilekçeleri, diploma örnekleri veya mezuniyet belgeleri, bu Yönetmelikte belirtilen kurs sertifikalarının birer örneği, ikişer adet vesikalık fotoğrafları, mesul müdür tarafından onaylanmış nüfus cüzdanı fotokopileri,
- Şoför olarak çalışacak personelin ehliyet fotokopisi, 2 adet vesikalık fotoğraf ve ikametgâh ilmühaberi ve temel ilkyardım eğitimi sertifikası,
- Bulundurulan ambulansın sınıfına göre bu Yönetmeliğin EK 1, EK 2, EK 3 ve EK 4'ünde belirtilen asgari tıbbi cihaz, araç-gereç, malzeme ve ilaçların nitelik ve miktarlarını gösteren, mesul müdür tarafından her araç için onaylanmış liste,
- Ambulans ve acil sağlık aracı olarak kullanılan taşıtlara ait trafik tescil belgelerinin mesul müdürce onaylanmış birer adet örneği,
- Hava ve deniz ambulansları için yetkili birimlerden (deniz ambulansları için Denizcilik Müsteşarlığından) alınmış kullanım izin belgelerinin, mesul müdürce onaylanmış birer adet örneği ve istasyon olarak kullanacakları hava ve deniz limanlarının kullanım izinleri,
- İstasyonların bekleme yapacakları yerler ambulans servisine ait değilse ilgili kuruluş ile sözleşme veya izin belgesi,
- Ambulans servisinin/ambulansın faaliyet göstereceği gün ve saatleri bildiren dilekçe,
- Yangına karşı gereken tedbirlerin alındığına dair yetkili mercilerden alınan belge.

III .8 .3 – Ruhsatlandırma

III .8 .3 .1 –Ambulans ve Acil Sağlık Aracı Tescili

Özel ambulans servisleri de dahil olmak üzere açmaya ve işletmeye yetkili kişi ve kurumlarca acil sağlık hizmetlerinde kullanılan kara araçlarının ambulans ve acil sağlık aracı olarak tescili; il sağlık müdürlüğünce yapılan inceleme ve değerlendirme sonucunda düzenlenen belgeye dayanılarak yetkili trafik birimlerince yapılmaktadır(AHY.md.9/1). Özel ambulans servisine ait ambulanslar (hava ve deniz ambulansları hariç) uygunluk belgesi aldıkları il sınırları içinde görev yapmak ve konuşlanmak zorundadırlar(AHY.md.31/i).

Denizcilik Müsteşarlığı ve ulusal havacılık yetkili birimlerince çalışma yetkisi verilen deniz ve hava araçlarının ambulans veya acil sağlık aracı olarak tescili için de yine il sağlık müdürlüğünce yapılan inceleme ve değerlendirme sonucunda ambulans veya acil sağlık aracı uygunluk belgesi düzenlenmektedir(AHY.md.9/2).

Diğer taraftan; il sağlık müdürlüğünce bu Yönetmelik hükümleri uyarınca yapılan denetim ve değerlendirmeler neticesinde ambulans veya acil sağlık aracı olarak nitelenemeyecek vasıftaki araçların tespiti halinde, durum tespit tutanağı düzenlenir. Aracın sahibi veya mesul müdürü bu Yönetmelik hükümlerine göre verilen süre içerisinde, tespit edilen eksiklikleri gidermekle yükümlüdür. Bu süre zarfında araç, ambulans veya acil sağlık aracı olarak kullanılamaz. Verilen süre sonunda eksikliklerin giderilmemesi halinde yetkili trafik birimine durum yazıyla bildirilerek, "ambulans" veya "acil sağlık aracı" ruhsatının iptal edilmesi ve araç üzerindeki yazı ve işaretler ile tepe lambası, siren gibi teknik ve tıbbi donanımların kaldırılması sağlanır(AHY.md.9/3).

III .8 .3 .2 –Ambulans Servislerinin Ruhsatlandırılması

Ambulans servisi açılabilmesi için yukarıdaki şekilde yapılan başvuru, öncelikle dosya üzerinde incelenir. Başvuru dosyasında eksiklik yoksa ambulans servislerinin kuruluş ve faaliyetlerinin bu Yönetmeliğe uygun olup olmadığının incelenmesi için bir komisyon oluşturulur(AHY.md.12/1). Komisyon, açılacak kuruluşu, çağrı merkezi ve istasyonlar ile ambulans ve acil sağlık araçlarını yerinde

inceler. Bu inceleme neticesinde uygun bulunan kuruluşa ait ön inceleme raporu tanzim edilir. Uygun bulunmayanların eksikleri yazı ile müracaat eden kuruluşa bildirilir(AHY.md.12/2).

Başvurusu uygun görülen kuruluşa; örneği Yönetmelik eki EK 5’te yer alan *Ambulans Servisi Uygunluk Belgesi*, ambulans servisinde bulunan her bir ambulans/acil sağlık aracı için örneği Yönetmelik eki EK 6’da yer alan *Ambulans/Acil Yardım Aracı Uygunluk Belgesi*, mesul müdür adına örneği Yönetmelik eki EK 7’de yer alan *Mesul Müdürlük Belgesi*, diğer çalışanların her birine de, örneği Yönetmelik eki EK 8’de yer alan *Personel Çalışma İzin Belgesi* düzenlenir. Bu belgelerin müdürlükçe onaylı birer örneği ambulans servisinde faaliyet gösteren ambulansların içinde bulundurulur(AHY.md.12/3).⁷¹⁵

Ambulans servisinin veya ambulansların devredilmesi halinde ise, devralanlar aynı zamanda denetimler neticesinde tespit olunan eksik ve aksaklıklardan dolayı, devreden sorumluluklarını da almış sayılır. Bu yüzden önceden devredene verilen süre devralana da verilmiş sayılarak ek bir süre verilmez. Belirtelim ki; ambulans servisini devralan kişiler, ambulans araçları/acil sağlık araçlarına ait tescil belgeleri ile kuruluş başvurusunda belirtilen belgeleri hazırlayarak müracaat etmeleri halinde inceleme sonucu uygun bulunanlara, ambulans servisi uygunluk belgesi düzenlenir(AHY.md.30).

III .8 .4 – Ambulans Servislerinin Bölümleri

Ambulans servisleri çağrı merkezi⁷¹⁶ ve istasyonlardan⁷¹⁷ oluşmaktadır. Acil yardım, özel donanımlı ambulans ile hava ve deniz ambulansı bulunduran servisler için gerekli çağrı merkezi standartları ve genel olarak ambulans servisinde bulunması gereken asgari birimler ve nitelikleri ise Yönetmeliğin 16.maddesinde gösterilmiştir(AHY.md.10/1). Ambulans servislerinin faaliyet gösterdikleri çağrı

⁷¹⁵ Zaten, ambulans servisleri, ambulans servisi uygunluk belgesi almadan faaliyete geçemezler(AHY.md.31/a).

⁷¹⁶ “Ambulans çağrı merkezi, gelen çağrılarının değerlendirildiği ve ambulansların sevk ve idare edildiği yerdir”(AHY.md.4/f).

⁷¹⁷ “Ambulans istasyonu, çağrı merkezine bağlı olarak faaliyet gösteren ambulans ve ekibinin bekleme yeridir”(AHY.md.4/g).

merkezi veya istasyonlardan herhangi birinde adres değişikliği veya ilave istasyonlar açıldığı takdirde; yukarıda kuruluş başvurusunda açıklandığı üzere adres, iletişim bilgileri, tıbbi atık sözleşmesi ve işyeri açma belgesi ile birlikte il sağlık müdürlüğüne 7 gün içinde bir dilekçeyle başvurulur(AHY.md.12/4).

Her ambulans servisi, en az iki adet kara ambulansı ve ekibini bulundurmak zorundadır. Ambulans sayısı beşin üzerinde olan ambulans servisleri, kullandıkları ambulanslardan herhangi birinin geçici olarak hizmet dışı kaldığı durumlarda kullanılmak üzere her beş adet ambulans için bir adet olmak üzere yedek ambulans bulundurabilir. Bulundurulan yedek ambulans için ayrıca personel gerekmez. Ancak yedek ambulansın hangi ambulansın yerine ve kaç gün süre ile kullanılacağı en geç bir gün önce il sağlık müdürlüğüne bildirilir(AHY.md.10/2). Ambulanslara, kullanım amacına göre ambulans uygunluk belgesi düzenlenir ve ambulanslar bu amacın dışında kullanılamaz. Acil yardım ambulansları ise gerektiğinde hasta nakli için kullanılabilir(AHY.md.10/3).

Diğer sağlık kurum ve kuruluşları da ambulans bulundurdukları takdirde ambulans uygunluk belgesi almak zorundadır. Bu kuruluşlar birden fazla ambulans bulundurdukları takdirde ambulans servisi uygunluk belgesi almak zorundadır. Bu kuruluşların mesul müdürü veya sorumlu hekimi, aynı zamanda ambulans servisinin de mesul müdürüdür(AHY.md.10/4). Ambulans servisleri, özel sağlık kuruluşları ile ambulans hizmet alımı için sözleşme yapabilir. Ambulans servislerinin hangi bölgelerde ve hangi sayıda kuruluşla sözleşme yapabileceği müdürlükçe ilgili şubelerden oluşturulacak bir heyetçe belirlenir(AHY.md.10/5).

III .8 .5 – Faaliyetin Durdurulması

Özel ambulans servisleri yapılan denetimlerde yapılan tespitlere göre ya süresiz olarak kapatılır ya da belirli sürelerle faaliyetleri durdurulur. Ambulans servisleri ile ambulans ve acil sağlık araçları komisyonca⁷¹⁸ düzenli olarak yılda en az iki kez denetlenir. Şikâyet ve soruşturma ile Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü veya il sağlık müdürlüğünün talebi üzerine ayrıca olağan dışı denetimler

⁷¹⁸Komisyon; ambulans servisi ve ambulansların incelenmesi, teftiş ve denetimi amacıyla oluşturulan il sağlık müdürlüğü acil sağlık hizmetlerinde görevli bir hekim ve en az iki sağlık personelinden oluşan üç kişilik ekibi ifade etmektedir(AHY.md.4/j).

de yapılır. Denetim ile ilgili bulgular ve sonuçlar il sağlık müdürlüğüne ait teftiş ve denetim defterine yazılır. Denetim sonuçları en az yılda iki kez Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğüne yazılı olarak bildirilir. Gerekli görülen hallerde Sağlık Bakanlığı tarafından da denetleme yapılabilir(AHY.md.27/1).

Denetimlerde; ambulans servisleri için örneği Yönetmelik eki EK 10/A'da gösterilen Ambulans Servisi Denetleme Formu, ambulans ve acil sağlık araçları için örneği Yönetmelik eki EK 10/B'de gösterilen Ambulans/Acil Sağlık Aracı Denetleme Formu kullanılır ve bu formlarda belirlenen yaptırımlar uygulanır(AHY.md.27/2).⁷¹⁹ Öte yandan, denetimler sonucunda, ambulans ve acil sağlık aracı uygunluk belgesi iptal edilmiş ve bu iptal nedeni aracın teknik ve tıbbi yetersizlik veya eksikliklerine bağlı ise, il sağlık müdürlüğünün yazılı teklifi üzerine araçların üzerinde bulunan her türlü yazı, sesli ve ışıklı ikaz cihazları ile tıbbi donanımları il sağlık müdürlüğüne söktürülerek durumuna uygun araç olarak ilgili trafik birimlerince yeniden tescili yapılır(AHY.md.27/3).

IV – ÖZELLİKLİ DİĞER SAĞLIK KURULUŞLARININ AÇILMASI

Bu başlık altında yer vereceğimiz sağlık kuruluşları, müstakil olarak açılması sözkonusu olmayan, ancak özel hastaneler ya da Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik hükümlerine göre açılabilen özel sağlık kuruluşları tarafından kurulabilen sağlık birimleridir.

IV .1 - Kanser Erken Teşhis ve Tarama Merkezleri(KETEM)

IV .1 .1 – Genel Olarak

Sağlık Bakanlığı'na bağlı Devlet hastanelerine entegre olarak veya Milli Savunma Bakanlığı'na bağlı kuruluşlar haricindeki diğer kamu kurum ve kuruluşları ile özel hukuk tüzel kişilerinince kurulmuş bulunan ve kurulacak olan Kanser Erken

⁷¹⁹ Örneğin; denetimlerde özel ambulans sevisinin uygunluk belgesinin olmadığı anlaşıldığında bu eksikliğin giderilmesi için herhangi bir süre verilmeksizin özel ambulans servisi süresiz olarak kapatılır. Aynı yaptırım ambulans ve acil sağlık araçlarının uygunluk belgesinin bulunmaması durumunda da geçerlidir. Yine, ambulanslar/acil sağlık araçları il dışında kullanıldığında da faaliyet süresiz olarak durdurulmaktadır. Diğer bazı durumlarda ise faaliyet süreli olarak durdurulmaktadır. Örneğin; kuruluştta, uygunluk belgesinde belirtilen çalışma saatlerine uyulmadığının tespiti halinde, bu eksikliğin giderilmesi için herhangi bir süre de verilmeksizin uygunluk belgesi 30 gün süre ile iptal edilir/faaliyet durdurulur(AHY.Ek 10/A ve 10/B-Denetleme Formu).

Teşhis ve Tarama Merkezlerinin kuruluş ve çalışma esaslarının belirlenmesi ve kurulu olduğu il sınırları içinde erken tanısı konulabilen kanser vakalarının belirlenmesi, kanser türlerinin kontrol altına alınması, hizmet içi eğitim ve halk eğitimi yoluyla halkın kanser konusunda bilgilendirilmesi, bilinçlendirilmesi sağlanarak hizmet kalitesinin ve verimliliğin artırılması amacıyla **Kanser Erken Teşhis ve Tarama Merkezleri Yönetmeliği**⁷²⁰ (KETEMY) çıkarılmıştır. Bu başlık altında, özel hukuk tüzel kişilerince açılacak olan merkezler üzerinde durulmuştur.

Buna paralel olarak, Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı'nca İl Sağlık Müdürlükleri bünyesinde kurulmuş ve kurulacak olan kanser kayıt merkezlerinin örgütlenmesi, çalışmaları ve çalışanlarının görev tanımlarının yapılması amacıyla da **Kanser Kayıt Merkezleri Yönetmeliği**⁷²¹(KKMY) çıkarılmış bulunmaktadır. Kanser kayıt merkezleri ile kanser erken teşhis ve tarama merkezlerinin bulunduğu illerdeki “il kanser kontrol koordinatörlüğü”nün görev ve yetkileri ise **İl Kanser Kontrol Koordinatörlüğü Yönergesi**⁷²² ile düzenlenmiştir. Ayrıca, **Kanser Kayıt Merkezleri Gizlilik Yönergesi**⁷²³ ile **Kanser Kayıt Merkezleri ve Kanser Kayıt Birimleri Kanser Kayıtlılığı Eğitim ve Sertifika Programı Yönergesi**⁷²⁴ de çıkarılmıştır.

IV .1 .2 – Açılış ve İşleyiş

Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı tarafından yapılan değerlendirmeler sonucunda veya Ayakta Teşhis ve Tedavi Hizmetleri Hakkında Yönetmelik hükümlerini yerine getiren yerlerde, Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün olumlu görüşü alınarak Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı'nca KETEM açılmasına izin verilebilir(KETEMY.md.5). Söz konusu merkezlerde erken teşhis ve tarama hizmetleri ile takip ve destek çalışmaları yürütülür.

Merkezler; hastaneye entegre veya il sağlık müdürlüğüne bağlı olarak kurulur. İl sağlık müdürlüklerinde kanser erken teşhis, tarama ve eğitim

⁷²⁰ 14.12.2000 tarih ve 24260 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

⁷²¹ 14.12.2000 tarih ve 24260 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

⁷²² 21.01.2006 tarih ve 68 sayılı Sağlık Bakanı onayı ile yürürlüğe girmiştir.

⁷²³ 24.01.2006 tarih ve 60 sayılı Sağlık Bakanı onayı ile yürürlüğe girmiştir.

⁷²⁴ 31.08.2007 tarih ve 1141 sayılı Sağlık Bakanı onayı ile yürürlüğe girmiştir.

merkezlerinin faaliyetleri ve yazışmaları il kanser kontrol koordinatörü tarafından sağlanır. Merkezlerin faaliyetleri İl Kanser Kontrol Danışma Kurulunda⁷²⁵ görüşülür. Merkezlerde, bu Yönetmeliğin 9.maddesinin (a) bendinde belirtilen nitelik ve sayıda personel çalıştırılır. Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelere entegre olan merkezlerde başhekimlik, diğer merkezlerde ise il sağlık müdürlüğü tarafından bir hekim merkez sorumlusu olarak görevlendirilir(KETEMY.md.6).

Öte yandan bu merkezler, yılda en az bir defa olmak üzere Sağlık Bakanlığı'nca denetlenir(KETEMY.md.19). Yapılan denetimlerde, merkezlerin Yönetmelik hükümlerine aykırı halleri ile gerekli teşhis araç ve gereçleri bulundurulmadığının tespiti halinde, eksikliklerini tamamlaması için ilk seferinde altı ay, ikinci seferinde ise üç aya kadar süre verilir(KETEMY.md.20). Gerekli uyarılara ve yirminci maddede sayılan önlemlere rağmen denetim raporlarında belirtilen eksikliklerini tamamlamayan özel işletmelere bağlı merkezlerin açılış izinleri iptal edilerek, sorumluları hakkında yasal işlemler başlatılacaktır(KETEMY.md.22).

IV .2 – Akupunktur Tedavisi Uygulanan Özel Sağlık Kuruluşları

IV .2 .1 –Genel Olarak

Akupunktur; iğne, lazer ışınları (lazer akupunktur) gibi bilimsel uyarı yöntemleri ile vücuttaki ve kulaktaki bulunmuş özel noktaların uyarılması suretiyle yapılan bir tedavi yöntemidir. Son yıllarda ülkemizde de yaygılık kazanan bu tedavi yöntemini uygulayacak kişi ve kurumlar ile uyulması gereken kuralların tespiti zorunluluğu ortaya çıkmıştır.

Bunun üzerine, fertlerin ve toplumun sağlığını korumak maksadıyla, ülkemizde akupunktur tedavisinin bilimsel yöntemlerle yapılması ve bu tedavinin uygulandığı özel sağlık kuruluşlarının açılmasına, çalışmasına ve denetlenmesine ilişkin usul ve esasları düzenlemek amacıyla Sağlık Bakanlığı'nca **Akupunktur**

⁷²⁵ “İl Kanser Kontrol Danışma Kurulu; kanserden sorumlu il sağlık müdür yardımcısı, merkez sorumlusu, kanser erken teşhis, tarama ve eğitim merkezi sorumlu hekimi, ildeki devlet hastanelerinin başhekimleri veya yerine görevlendirdiği kanser konusunda bilgili tercihen uzman bir hekim ile ildeki üniversiteler ve resmi kurum ve kuruluşlarında görevli kanser kontrolü ile ilişkili uzmanlardan oluşur”(KKMY.md.11/1).

*Tedavisi Uygulanan Özel Sağlık Kuruluşları İle Bu Tedavinin Uygulanması Hakkında Yönetmelik*⁷²⁶ (ATÖSY) çıkarılmıştır.

IV .2 .2 – Türleri

IV .2 .2 .1 – Akupunktur Üniteleri

Özel hastaneler mevzuatına göre ruhsatlandırılmış özel hastaneler, Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik ile uygunluk belgesi verilmiş özel sağlık kuruluşları bünyesinde yapılan akupunktur tedavileri, sağlık kuruluşunun faaliyet gösterdiği ayrı bir dal ve bu sağlık kuruluşunun bir ünitesi olarak kabul edilmektedir(ATÖSY.md.6). Böylece özel hastaneler, özel tıp merkezleri, özel dal merkezleri ve özel poliklinikler bünyesinde akupunktur tedavisi uygulamak üzere, bir tıbbi dal olarak akupunktur üniteleri açılabilir.

IV .2 .2 .2 – Akupunktur Merkezleri

Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik hükümlerine göre akupunktur tedavisi özel bir dal olarak kabul edilerek özel dal merkezi şeklinde değerlendirilen yerler akupunktur merkezleri olarak adlandırılmaktadır(ATÖSY.md.7). Akupunktur merkezlerinin özel dal merkezi olarak kabul edildiği anlaşılmaktadır.

IV .2 .2 .3 – Akupunktur Muayenehaneleri

Muayenehane, hekimlerin mesleklerini serbest olarak icra etmek üzere münferiden Kanun hükümlerine göre açtıkları özel sağlık kuruluşları olup, akupunktur tedavisinin bu sağlık kuruluşunda yapılması durumunda muayenehane kapsamında değerlendirilmektedir(ATÖSY.md.8) Gerçektende akupunktur tedavisi uygulayacakların Kanun gereğince hekim ve Sağlık Bakanlığı'na düzenlenmiş “Akupunktur Tedavisi Uygulama Sertifikası”na sahip olmaları gerekmektedir(ATÖSY.md.20/1).

⁷²⁶ 17.09.2002 tarih ve 24879 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

Öyle ki; fizik tedavi uzmanı hekimler dahi “Akupunktur Tedavisi Uygulama Sertifikası”na sahip olmak koşulu ile akupunktur tedavisini, akupunkturla ilgili tanıtım yapmadan ve tabelada belirtmeden mesleğini serbestçe icra ettikleri sağlık kuruluşunda uygulayabilmektedirler.⁷²⁷ Akupunktur muayenehanesinde de sadece akupunktur tedavi uygulamaları yapılabilmekte ve akupunktur tedavisi uygulayan sağlık kuruluşlarında bulunması gereken asgari malzeme ve donanımın⁷²⁸ dışında, örneğin Güzellik ve Estetik Amaçlı Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik kapsamında belirtilen cihazları kullanabilmek ve uygulama yapabilmek için sözkonusu hekimin “Medikal Estetik Sertifikasına” sahip olması veya dermatoloji veya plastik, rekonsrüktif ve estetik cerrahi uzmanı olması gerekmektedir.⁷²⁹

Öte yandan Sağlık Bakanlığı’nın izni ile açılan eğitim kurslarında veya yurtdışında eğitim aldığını belgeleyen kişilerin aldıkları eğitimlerin Sağlık Bakanlığı’nca uygun olduğu kabul edilenlere, gerek görülürse Sağlık Bakanlığı’nca, Akupunktur Bilim Komisyonu üyelerinden oluşan bir jüride değerlendirmeye tabi tutulmak ve burada yeterli görülmeleri halinde akupunktur tedavisi uygulama sertifikası düzenlenebilmektedir(ATÖSY.md.20/2).

IV .2 .3 – Sağlık Kuruluşunun Açılma/Kuruluş Süreci

IV .2 .3 .1 – Sağlık Kuruluşu Açmaya Yetkili Kişiler

Yukarıda belirtilen akupunktur tedavisi uygulayan sağlık kuruluşları; Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik, özel hastaneler ile ilgili mevzuat hükümlerine göre ruhsatlandırılmış sağlık kuruluşları ile 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San’atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun’a göre mesleğini serbest olarak icra etme yetkisine sahip serbest çalışan hekimler ile 2368 sayılı Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun hükümlerine

⁷²⁷ Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü’nün 03.02.2005 tarih ve 1385 sayılı yazısı

⁷²⁸ Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü’nün 12.01.2004 tarih ve 596(2004/4) sayılı Genelgesi

⁷²⁹ Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü’nün 14.12.2006 tarih ve 19336 sayılı yazısı

göre aynı hakkı haiz olan Devlet memuru veya diğer kamu görevlisi statüsünde bulunan hekimler tarafından açılabilir ve işletilebilirler(ATÖSY.md.9).

IV .2 .3 .2 – Akupunktur Bilim Komisyonu

Akupunktur tedavisi uygulayacak hekimlerin; kimleri, hangi şartlarda ve hangi hastalıklarda tedavi edebilecekleri, akupunktur tedavi uygulamasını öğrenmek için gerekli teorik ve pratik uygulama müfredatı ile sertifika verilmesinin sağlanması ve verilen sertifikaların değerlendirilmesi ile ilgili görüş belirlemek üzere, Sağlık Bakanlığı'nca “Akupunktur Bilim Komisyonu” kurulmuştur(ATÖSY.md.17/1). Bilim komisyonu Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğünün teklifi ve Sağlık Bakanının onayı ile oluşturulur. Seçilen üyeler üç yıl süre ile görev yaparlar. Üyeliğe tekrar seçilmek mümkündür. (ATÖSY.md.17/2). Bilim Komisyonu; üniversite öğretim üyeleri, hekim ve uzman hekimler ile Sağlık Bakanlığı bürokratlarından olmak üzere toplam 11 kişiden oluşmaktadır.

Akupunktur Bilim Komisyonunun akupunktur tedavisi uygulayacak sağlık kuruluşlarını ruhsatlandırma ya da denetleme şeklinde görevleri bulunmamaktadır. Yılda en az bir defa Sağlık Bakanlığı'nın daveti üzerine Sağlık Eğitimi Genel Müdürünün başkanlığında toplanan Akupunktur Bilim Komisyonu akupunkturun bilimsel doğrultuda gelişmesi ve uygulanması için aşağıdaki konularda tavsiye kararları alır(ATÖSY.md.19):

- Ülkemizde akupunktur uygulamak isteyen kişilerin yurt dışında veya yurt içinden alınmış akupunktur eğitimini belirleyen belge ve sertifikaları inceleyerek değerlendirme raporlarını hazırlar.
- Akupunktur eğitimi ile ilgili usul ve esaslar hakkında Sağlık Bakanlığı'na görüş bildirir.
- Akupunktur tedavisinin endikasyon ve kontrendikasyonlarını belirler.
- Akupunktur tedavi yöntemi ile ilgili yönlendirici, aydınlatıcı çalışmalar yapar.
- Sağlık Bakanlığı tarafından ihtiyaç duyulan bilimsel ve teknik konularda gerekli çalışmaları yapar.

- Akupunktur tedavisi uygulanan yerlerde bulunması gerekli tıbbi araç, gereç, personel, mekan konusunda Sağlık Bakanlığı'na görüş bildirir.

IV .2 .3 .3 – Başvuru İçin Gereken Belgeler

Sağlık kuruluşu bünyesinde akupunktur tedavisi yapacaklar bizzat veya mesul müdürleri vasıtasıyla il sağlık müdürlüğüne bir dilekçe ile başvururlar. Dilekçeye ekli başvuru dosyasında bulunması gereken bilgi ve belgeler ise şunlardır(ATÖSY.md.10/1):

- Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik hükümlerine göre verilmiş uygunluk belgesi veya özel hastaneler ile ilgili mevzuat hükümlerine göre verilmiş hastane ruhsatı,
- Sağlık kuruluşunun oda esasında bütün mekanlarının ne amaçla kullanılacağını gösterir mimari olarak çizilmiş en az 1/100 ölçekli ve hizmet sınırları içerisinde bulunduğu sağlık ocağı hekimince yerinde görülerek "plan mahalline uygundur" şeklinde onaylanmış plan örneği,
- Sağlık kuruluşunda kullanılacak olan ve bulundurulması mecburi asgari tıbbi malzeme ve donanım ile ilaç listeleri dikkate alınarak hazırlanmış, bizzat veya mesul müdürce imzalanmış ve hizmet sınırları içerisinde bulunduğu sağlık ocağı hekimince yerinde bizzat görülerek doğruluğu onaylanmış asgari araç-gereç ve ilaç listesi,
- Sağlık kuruluşunda akupunktur uygulayacak hekimlerin diplomalarının varsa uzmanlık belgelerinin ve Sağlık Bakanlığı'nca düzenlenen "Akupunktur Tedavisi Uygulama Sertifikası"nın noter onaylı örnekleri ile ikişer adet vesikalık fotoğrafları,
- Sağlık kuruluşunda akupunktur uygulayacak hekimlerin bölge tabip odasına kayıtlı olduğunu bildirir belgenin örneği veya kimlik fotokopisi,
- Sağlık kuruluşunda akupunktur uygulayacak hekimlerin, herhangi bir kamu kuruluşunda görev yapıp yapmadıklarını beyan eden dilekçeleri ile görev yaptıklarını beyan edenlerin dilekçe ekinde görev yaptıkları kamu kurum ve kuruluşlarından 2368 sayılı Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanunda öngörülen tazminatların izin

alınmasından sonra maaşlarından kesilmeye başlanılacağını bildirir belgeleri,

- Sağlık kuruluşunda çalışacak hekim dışı sağlık personelinin diplomalarının Müdürlükçe onaylı örnekleri ve ikişer adet vesikalık fotoğrafları.

Merkez açacaklar, aynı zamanda Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik hükümlerine tabidir. Buna göre özel dal merkezi açılışında istenen tüm şartlar yerine getirilir ve ilgili belgeler başvuru dosyasına eklenir(ATÖSY.md.10/3).

IV .2 .3 .4 – Başvurunun Değerlendirilmesi

Yukarıdaki şekilde yapılan başvuru öncelikle dosya üzerinde incelenir. Başvuru dosyası il sağlık müdürlüğü tarafından başvuru tarihinden itibaren 15 iş günü içinde incelenerek, eksiklikleri var ise bu eksiklikler sağlık kuruluşunu açmak isteyenlere bildirilir. Başvuru dosyasında eksiklik yok ise il sağlık müdürlüğü tarafından görevlendirilen ekip sağlık kuruluşunu yerinde inceler. Bu inceleme sonucunda uygun görülenlere il sağlık müdürlüğü tarafından Yönetmelik eki EK-1'de yer alan **Uygunluk Belgesi** düzenlenir.⁷³⁰ Uygunluk belgesine ilave olarak, akupunktur uygulayacak hekim adına Yönetmelik eki EK-2'de yer alan **Personel Çalışma Belgesinden** ikişer nüsha düzenlenir.⁷³¹ Düzenlenen bu belgeler ve başvuru dosyasının bir örneği il sağlık müdürlüğünde saklanır, diğer nüshaları ilgili kişiye imza karşılığında verilir(ATÖSY.md.11/1).

Merkez açılışlarında değerlendirme Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik hükümlerine göre bir arada yapılır. Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik ve Akupunktur Tedavisi Uygulanan Özel Sağlık Kuruluşları ile Bu Tedavinin

⁷³⁰ “Uygunluk belgesi almadan faaliyete geçilemez”(ATÖSY.md.27/1-a).

⁷³¹ “Bu sağlık kuruluşlarında, personel çalışma belgesi düzenlenen hekimler ve diğer sağlık personeli dışında hekim ve sağlık personeli çalıştırılmaz” (ATÖSY.md.27/1-b). “Müdürlükçe adlarına personel çalışma belgesi düzenlenmemiş hekim ve hekim dışı sağlık personeli, her ne surette olursa olsun, sağlık kuruluşunda çalıştırılmaz”(ATÖSY.md.27/1-d).

Uygulanması Hakkında Yönetmelik hükümlerine göre yapılan değerlendirme sonucunda ilgili belgeler birlikte düzenlenir(ATÖSY.md.11/2). Bu Yönetmelik kapsamındaki mevcut bir sağlık kuruluşunu açanlar ve işletenlerce, faaliyet gösterdiği adresin değişmesi durumunda, yukarıda belirtilen evraklar ile başvuru aynen tekrarlanır(ATÖSY.md.11/3).

IV .2 .4 – Faaliyetin Durdurulması

Akupunktur tedavisi uygulayan sağlık kuruluşları il sağlık müdürlüğü tarafından oluşturulan ekipler tarafından düzenli olarak denetlenir. Şikayet, soruşturma ve Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatının veya il sağlık müdürlüğünün talebi üzerine yapılacak olağan dışı denetimler hariç olmak üzere, olağan denetimler en az dört ayda bir yapılır. Denetimlerde Yönetmelik eki Ek- 3'de yer alan denetleme formu kullanılır. Denetim ile ilgili bulgular ve sonuçlar il sağlık müdürlüğüne ait teftiş ve denetim defterine yazılır(ATÖSY.md.25/1). Denetimler, denetim işlemi için görevlendirilen biri hekim olmak kaydıyla en az iki sağlık personeli tarafından gerçekleştirilir. Olağan denetimler, düzenli aralıklarla gerçekleştirilir(ATÖSY.md.25/2).

Bu denetimlerde tespit edilen eksiklikler için, denetim formunda eksikliğin giderilmesi için verilecek süre sütununda belirlenen süreler verilir. Bu süre içerisinde, belirlenen eksikliğini gidermediği tespit edilen sağlık kuruluşuna, denetim formunda eksikliğin devamında verilecek faaliyet durdurma süresinde belirlenen süre boyunca akupunktur tedavi uygulama faaliyeti durdurması uygulanır. Bu şekilde faaliyet geçici olarak durdurulan sağlık kuruluşunun verilen süre sonunda; süresiz durdurulanın ise, üç ay içerisinde eksikliklerini gidermediği tespit edildiği takdirde sağlık kuruluşunun akupunktur uygunluk belgesi geçersiz sayılarak iptal edilip geri alınır(ATÖSY.md.25/3).⁷³²

Denetimlerde bir sağlık kuruluşunda denetim formundaki birden çok eksikliğin aynı anda tespit edildiği durumlarda, eksikliklerin giderilmesi için

⁷³² Örneğin; uygunluk belgesi almadan akupunktur tedavisi uygulayan özel sağlık kuruluşuna bu eksikliğin giderilmesi için herhangi bir süre verilmediği gibi faaliyeti süresiz olarak durdurulur. Kuruluşta çalışan bütün sağlık personelinin çalışma belgesinin bulunmaması durumunda ise bu eksikliğin giderilmesi için herhangi bir süre verilmemekle birlikte eksikliğin devamında faaliyet 5 gün süre ile durdurulmaktadır(ATÖSY.EK 3-Denetleme Formu).

tanınacak süre veya eksiklikler giderilmediğinde uygulanacak faaliyeti durdurma süresi olarak, süresi en uzun olan hüküm için belirlenen süre uygulanır(ATÖSY.md.25/4).

IV .3 –Psiko-Teknik Değerlendirme Merkezleri

IV .3 .1 – Psiko-Teknik Değerlendirme

Psiko-tekniik değerlendirme, sürücülerin güvenli araç kullanmalarını sağlayan zihinsel özelliklerinin(algi, dikkat, hafıza, vb); psikomotor yetenek düzeylerinin(göz, el, ayak koordinasyonu, vb.); tutum-davranış, alışkanlık ve kişilik özelliklerinin(risk alma, sorumluluk, öz kontrol vb) bilgisayar destekli testler aracılığı ile ölçülmesi ve sürücülük açısından uygun olup olmadığının belirlenmesine yönelik olarak yapılmaktadır.

Ülkemizde sürücüler çeşitli nedenlerle psiko-tekniik değerlendirmeye alınmaktadırlar. Bu nedenlere aşağıda kısaca değinilmiştir:

- Ehliyetin kanuni nedenlerle geri alınması halinde, tespit edilen kural ihlallerinin sürücülük için gerekli yetenek ve becerilerin eksikliğinden kaynaklanıp kaynaklanmadığına dair bir sonuca varmak için. Şöyle ki; 2918 sayılı Karayolları Trafik Kanunu'nun alkolle ilgili 48, hız ile ilgili 51 ve ceza puanı ile ilgili 118.maddeleri gereğince ehliyeti geri alınanlar için kanuni zorunluluk bulunmaktadır.
- Karayolları Trafik Yönetmeliği⁷³³'nin 77.maddesi gereğince, gerekli görülen hallerde sürüdü adayları, psikotekniik değerlendirmeye tabi tutulabilmektedir.
- Karayolu Taşıma Yönetmeliği⁷³⁴'nin 60.maddesi gereğince, sürücülerin yolcu ve eşya taşımacılığına ait taşıtlarda çalışabilmesi için, bedeni ve psikotekniik açıdan sağlıklı olduklarını gösteren bir sağlık raporunu yetkili sağlık kuruluşlarından her beş yılda bir almaları gerekmektedir.

⁷³³ 18.07.1997 tarih ve 23053 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

⁷³⁴ 25.02.2004 tarih ve 28384 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

IV .3 .2 – Psiko-Teknik Değerlendirme ve Psikiyatri Uzmanı Muayenesi

Psiko-tekniik değerlendirme merkezlerinin açılış, işleyiş ve denetim işlemleri ise Karayolları Trafik Yönetmeliği'nin 79.maddesi ve eki Ek-4 sayılı cetvel doğrultusunda yürütölmektedir. Karayolları Trafik Yönetmeliği'nin 79.maddesinde, 2918 sayılı Kanunun ilgili maddelerinde tanımlanan nitelikteki trafik suçlarını işleyen sürücülerin, psiko-tekniik değerlendirme ve psikiyatri uzmanı muayenesine tabi tutulacakları, psiko-tekniik değerlendirme ve psikiyatri uzmanı muayenesine tabi tutulacak kişiye, önce psiko-tekniik değerlendirme uygulanacağı, Yönetmelik ekinde yer alan 4 sayılı Cetvelde belirtilen usul ve esaslara göre yapılan psiko-tekniik değerlendirmenin aynı Cetvelde tanımlanmış altyapı özelliklerine sahip, resmi ve özel kuruluşlar bünyesinde oluşturulan ve il sağlık müdürlüğü tarafından yetkilendirilmiş merkezlerde çalışan psikolog ünvanına sahip kişiler tarafından düzenleneceği belirtilmiştir.

Buna göre, psiko-tekniik değerlendirme ve psikiyatri uzmanı muayene raporları; il sağlık müdürlükleri tarafından söz konusu raporları düzenlemeye yetkilendirilmiş resmi ve özel kurum ve kuruluşlarda çalışan (psiko-tekniik değerlendirme için) psikolog ünvanına sahip ve (psikiyatri uzmanı muayenesi için) psikiyatri uzmanları tarafından verilebilecektir. Belirtelim ki; bir kişinin beden sağlığı ve akıl sağlığı hakkında rapor tanzim etme hakkı aynı 1219 sayılı Kanunun 13.maddesi hükümlerine göre hekimlere verilmiştir. Dolayısı ile kişinin psiko-tekniik değerlendirme raporunu değerlendirecek, psikiyatrik muayeneyi yaparak son kararı verecek kişi Psikiyatri Uzmanıdır. Psiko-tekniik değerlendirme merkezlerinin sadece psiko-tekniik değerlendirme yapması mümkün olmayıp, sürücülerin mutlaka psikiyatri muayenesinden geçmesi gerekmektedir.⁷³⁵

IV .3 .3 – Merkezlerin Açılışı

IV .3 .3 .1 – Açmaya Yetkili Kişiler

Karayolları Trafik Yönetmeliği'nin eki Ek-4 sayılı cetvele göre; psiko-tekniik değerlendirme, bu Cetvelde belirtilen usul ve esaslara göre ve yine bu Cetvelde

⁷³⁵ Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 03.06.2005 tarih ve 8148(2005/88) sayılı Genelgesi

tanımlanmış altyapı özelliklerine sahip, resmi ve özel kuruluşlar bünyesinde oluşturulan ve il sağlık müdürlüğü tarafından yetkilendirilmiş merkezlerde çalışan psikolog ünvanına sahip kişiler tarafından yapılır. Düzenlemeden, sözkonusu merkezlerin “resmi ve özel kuruluşlar” bünyesinde açılacağı anlaşılmaktadır. Buradaki resmi ve özel kuruluşun ise, mutlaka bir sağlık kuruluşu olması gerekmez. Özel hastane ya da tıp merkezleri bünyesinde olabileceği gibi, tamamen ticari bir kuruluş olması da mümkündür.⁷³⁶

IV .3 .3 .2 – Başvuru

Karayolları Trafik Yönetmeliği'nin eki Ek-4 sayılı cetvel gereğince, psiko- teknik değerlendirme merkezi açmak isteyen kişi aşağıda belirtilen belgeler ile işyeri açmak istediği ilin il sağlık müdürlüğüne başvurur:

- Başvuru sahibinin psiko-teknik değerlendirme merkezi açmak istediğine dair dilekçe,
- Merkezde çalışacak kişinin psikolog ünvanını (Üniversitelerin Fen- Edebiyat ve Edebiyat Fakültelerinin 4 yıllık Psikoloji Bölümü mezunları) taşıdığını belgeleyen diplomanın noter tasdikli örneği (Merkezde çalışacak psikologların birden çok olması durumunda herbiri için ayrı belge istenir),
- Psiko-teknik değerlendirme merkezinin onaylı krokisi,
- Merkezde, psiko-teknik değerlendirme için kullanılacak ve bu Cetvelde genel esas ve usulleri belirtilen trafik alanda geliştirilmiş bilgisayar destekli testlerin Türkiye toplumu özelliklerine göre hazırlanmış norm çalışmasına sahip olduğunu gösterir belge örneği,
- Merkezde kullanılacak bilgisayar destekli testleri kullanabilmek için yetkilendirilmek istenen psikoloğun bu Cetvelde tanımlanan özellikleri içeren eğitimi aldığına dair belge (Merkezde çalışacak psikologların birden çok olması durumunda herbiri için ayrı belge istenir).

⁷³⁶ Sağlık Bakanlığı'nın 13.11.2006 tarih ve 17590 sayılı yazısı

IV .3 .3 .3 – Başvurunun Değerlendirilmesi

Yukarıda belirtilen belgeleri tam ve geçerli olan başvuru sahibine ait merkez, il sağlık müdürlüğü elemanlarınca, başvuru tarihinden itibaren en geç 1 ay içerisinde Karayolları Trafik Yönetmeliği'nde tanımlanan usul ve esaslara uygun olup olmadığı yönünden yerinde denetlenir. Uygun bulunduğu takdirde işyerine **Psiko-teknik Değerlendirme Merkezi Çalışma Uygunluk Belgesi** ve başvuruda beyan edilen psikoloğa (ya da psikologlara ayrı ayrı olmak üzere) **Psiko-teknik Değerlendirme Uygulama Yetki Belgesi** düzenlenir.

IV .4 - Sürücü Olur Raporu Veren Sağlık Kuruluşları

Sürücü olur raporu verme konusunda geçmiş dönemde özel sağlık kuruluşları il sağlık müdürlüklerince yetkilendirilirken, artık bunun için ayrıca yetkilendirilmiş olma şartı aranmamaktadır. Konunun psiko-teknik değerlendirme merkezlerince yapılan iş ve işlemlerle de bir ilgisi bulunmamaktadır. İsim benzerliğinden kaynaklanabilecek karışıklığa meydan vermemek için kısaca açıklamayı uygun bulduk.

Geçmiş dönemde yürürlükte olan **Sürücü Adayı Sağlık Raporu Düzenlenmesi Hakkında Tebliğ**⁷³⁷ hükümlerine göre resmi yataklı tedavi kurumlarının yanı sıra, özel hastaneler, özel tıp merkezleri ve özel poliklinikler de yaptıkları başvuruların kabul edilmesi durumunda adlarına düzenlenen “Sürücü Adayı Sağlık Raporu” Düzenleme Yetki Belgesi kapsamında sürücü olur raporu düzenleyebiliyorlardı. Ancak sözkonusu tebliğ yürürlükten kaldırılmış bulunmaktadır.⁷³⁸

Sürücü adaylarının ve sürücülerin sahip olmaları gereken sağlık şartlarına ve muayenelerine ilişkin genel esaslar ise artık **Sürücü Adayları ve Sürücülerde Aranacak Sağlık Şartları İle Muayenelerine Dair Yönetmelik**⁷³⁹te düzenlenmiş bulunmaktadır. Yönetmeliğin 4.maddesine göre; sürücü adaylarının genel sağlık muayeneleri pratisyen tabip veya uzman tabip tarafından bu Yönetmelik

⁷³⁷ 29.04.2004 tarih ve 25447 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

⁷³⁸ Sürücü Adayı Sağlık Raporu Düzenlenmesi Hakkında Tebliğin Yürürlükten Kaldırılmasına Dair Tebliğ ise 30.09.2006 tarih ve 26305 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

⁷³⁹ 26.09.2006 tarih ve 26301 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

hükümlerine göre yapılır. Tabiilerce düzenlenen raporlar, resmi kurumlarda kurum mühürü ile, özel hastanelerde başhekimlerce, diğer özel sağlık kuruluşlarında sağlık kuruluşunun mesul müdürünce, muayenehanelerde ise muayenehanenin bulunduğu ilçenin sağlık grup başkanlığı, sağlık grup başkanlığı bulunmayan merkez ilçelerde il sağlık müdürlüklerince, isim ve imza yönünden onaylanması gerekmektedir. Aile hekimliği uygulamasına geçilmiş illerde bu raporlar Toplum Sağlığı Merkezi tarafından da verilebilir.

Tabiilerce verilen sağlık raporlarının gerçeğe uygun olmamasının tespiti halinde bu raporlar geçersiz sayılır ve sorumlular hakkında Cumhuriyet Başsavcılığına suç duyurusunda bulunulur. Bu tabiiler bir daha sürücü adayı sağlık raporu veremez ve daha sonra verecekleri raporlar geçersiz sayılır. Bu husus Emniyet Genel Müdürlüğüne bildirilir.

IV .5 – Gemiadamları Sağlık Raporları Veren Özel Sağlık Kuruluşları

IV .5 .1 – Gemiadamları Sağlık Raporları

Gemiadamlarının sağlık durumları ile ilgili kurallar **Gemiadamları Yönetmeliği**⁷⁴⁰ nin 61-65 maddeleri arasında düzenlenmiş bulunmaktadır. Yönetmeliğin 61.maddesine göre ise gemiadamları, iki yılda bir **Gemiadamları Sağlık Yönergesi**⁷⁴¹ hükümlerine göre periyodik sağlık yoklaması yaptırmak zorundadırlar. Esasen gemiadamları sağlık raporları; Gemiadamı Olur Sağlık Raporu, Özel Durum Sağlık Raporu, Periyodik Sağlık Muayene Raporu ve Gemiadamı Olamaz Sağlık Raporundan oluşmaktadır.

Sözü edilen rapor tanımlarına ise Gemiadamları sağlık Yönergesinin 3.maddesinde yer verilmiş bulunmaktadır. Buna göre Gemiadamı Olur Sağlık Raporu, ilk kez Gemiadamları Sağlık Yoklama Belgesi almak için başvuran gemiadamı adayları ile iki yıldan daha uzun süre denizde faal olarak çalışmamış gemiadamlarına yapılacak tıbbi muayene ve tetkikler sonucu düzenlenecek, sağlık durumlarının denizde çalışmaya elverişliliğini gösterir sağlık kururlu rapordur.

⁷⁴⁰ 31.07.2002 tarih ve 24832 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

⁷⁴¹ Söz konusu Yönerge, 18.03.2005 tarih ve 1101 sayılı Sağlık Bakanlığı Oluru ile yürürlüğe girmiştir.

Gemiadamı Olamaz Sağlık Raporu ise, yapılacak tıbbi muayene ve tetkikler sonucu sağlık durumlarında denizde çalışmaya engel sakatlık, arıza ve hastalık tespit edilen ve denizde çalışmasına müsaade edilmeyen gemiadamı adaylarına veya gemiadamlarına verilen sağlık raporudur.

Sözkonusu Yönergenin 11.maddesine göre; Gemiadamı Olur Sağlık Raporu yetkilendirilen resmi veya özel sağlık kuruluşları tarafından, Periyodik Sağlık Muayene Raporu Sahil Sağlık Denetleme Merkezleri tabipleri tarafından, Özel Durum Sağlık Raporu ve Gemiadamı Olamaz Sağlık Raporu yetkili sağlık kuruluşunun ilgili uzman tabibinin/tabiplerinin muayene sonucuna göre Sahil Sağlık Denetleme Merkezleri tabipleri tarafından ya da yetkilendirilen resmi veya özel sağlık kuruluşları tarafından verilir.

IV .5 .2 – Yetkilendirilecek Özel Sağlık Kurum ve Kuruluşları

Gemiadamları sağlık raporlarını düzenleme konusunda kamu sağlık kuruluşlarının yetkilendirilmesinde herhangi bir sorun bulunmamaktadır. Yönergenin 13.maddesine göre; iç hastalıkları, göz, kulak-burun-boğaz, ortopedi ve travmatoloji, nöroloji, psikiyatri ve genel cerrahi uzmanlarından oluşan sağlık kurulu bulunan kamu kurumlarına ait yataklı tedavi kurumları, ayaktan teşhis ve tedavi yapılan kuruluşlar Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü'ne başvurmaları halinde başka bir işleme gerek görülmezsizin yetkilendirilmiş olurlar.

Yönergenin 14/a.maddesine göre yetkilendirilecek özel sağlık kurum ve kuruluşlarının ise 2219 sayılı Hususi Hastaneler Kanununa göre ruhsatlandırılmış özel hastaneler ile Ayakta Teşhis ve Tevdi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik hükümlerine göre çalışma uygunluk belgesi almış özel tıp merkezi veya özel poliklinik olmaları zorunluluğu bulunmaktadır. Özel hastaneler, özel tıp merkezleri ve özel poliklinikler dışındaki özel sağlık kuruluşlarının gemi adamları sağlık raporları düzenlemeleri hususunda yetkilendirmesi ise sözkonusu olamayacaktır.

Yönergenin 15.maddesine göre Gemiadamları sağli raporları düzenlemek üzere yetki belgesi almak isteyen özel sağlık kurum ve kuruluşları mesul

müdürlerinin il sağlık müdürlüğüne başvurması gerekmektedir. Yapılan bu başvuru ise Yönergenin 16.maddesi gereğince değerlendirilmektedir. Yetki belgesi almak üzere başvuran sağlık kuruluşu, il sağlık müdürlüğünün ilgili birim görevlileri ile Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü tarafından görevlendirilmiş tabibin de iştirakiyle oluşan heyet tarafından başvuru dosyasında beyan edilen bilgilerin doğruluğu ve mevzuat hükümlerine uygunluğu açısından yerinde incelenir.

Yetkilendirme işlemi Sağlık Bakanlığı adına Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü tarafından yapılır. Genel Müdürlük mevzuat hükümlerine uygun bulunan özel sağlık kurum ve kuruluşunun başvurusunun il sağlık müdürlüğü tarafından uygun bulunduğunu bildiren yazının kendisine ulaştırıldığı tarihten itibaren bir ay içinde **“Gemiadamlarının Sağlık Raporlarını Düzenleme Yetki Belgesi”**ni düzenler ve imza karşılığında başvuruda bulunan sağlık kurum ve kuruluşunun mesul müdürüne veya tebligata yetkili görevlisine teslim eder. Sözkonsu yetki belgesini alan sağlık kurum ve kuruluşları gemiadamları sağlık raporlarını düzenleyebilirler.

IV .6 – Kaplıcalar

IV .6 .1 – Genel Olarak

Bilinen anlamda hastane ya da ayakta teşhis ve tedavi merkezi olmadıkları halde, Sağlık Bakanlığı’na verilen izinle açılmaları ve sağlık personeli istihdamı sözkonusu olduğu için çalışmamızda kısaca kaplıcalar üzerinde de durulmuştur. Kaplıcalarda; toprak, yeraltı, deniz ve iklim kaynaklı doğal tedavi unsurları tedavi edici faktör olarak kullanılmaktadır. Zaten kaplıca tedavisi de, doğal tedavi unsurlarının yöredeki iklim olanakları ve gerekli görülen diğer tedaviler ile birlikte kür⁷⁴² tarzında uygulandığı bir tedavi sistemidir.

Kaplıcalar, içmece ve iklim kür merkezleri ile ilgili hususlar ve buralarda kurulacak sağlık amaçlı her türlü tesisin nitelik ve niceliklerinin belirlenmesi, kurulması, işletme izinlerinin verilmesi, denetlenmesi ve sağlık koşullarına uygun biçimde kontrol altına alınması için gerekli esasların belirlenmesi amacıyla

⁷⁴² Tedavi etkeninin belli dozda, seri halde, düzenli aralıklarla, belli sürelerle tekrarlanarak verilmesi ile uygulanan tedavi yöntemidir.

*Kaplıcalar Yönetmeliği*⁷⁴³(KY) çıkarılmış bulunmaktadır. Kaplıcalar Yönetmeliği ile bağlantılı olarak da, *Kaplıcalar Yönetmeliğinin Ek-2 Sayılı Cetvelinde Yer Alan Kaplıca Suları Analiz Parametrelerinin Değiştirilmesine Dair Tebliğ*⁷⁴⁴ ile *Peloidlerin Üretimi ve Satışı Hakkında Tebliğ*⁷⁴⁵ yayımlanmış bulunmaktadır.

IV .6 .2 – Kaplıca Tesislerinin Türleri

Kaplıca tedavisi amacıyla hangi tesislerin kurulabileceği Kaplıcalar Yönetmeliği'nin 5.maddesinde gösterilmiştir. Bunlar; kaplıca kür merkezi, kaplıca kür kliniği ve kaplıca kür otelidir.

Kaplıca kür merkezi; kaplıca ortamında kurulu konaklama imkanlarından yararlanan, hastaların uzman doktor tarafından düzenlenen ve kontrol edilen bir kür programı çerçevesinde açık kür denilen ve hastaların ayakta kaplıca tedavisi gördükleri tesistir.

Kaplıca kür kliniği; klinik tarzında düzenlenip inşa edilmiş, kaplıca tedavisi endikasyonu konulmuş hastaların uzman doktor tarafından kapalı kür denilen ve hastaların yatırılarak kaplıca kürü uygulandığı tesistir. Kür kliniği, tıbbi değerlendirme kurulu raporuna uygun olarak sadece belirli hastaların ve hastalıkların tedavisinde hizmet verecek spesifik kür kliniği olarak değerlendirilebilir.

Kaplıca Kür Otel ise; kaplıca tedavisi endikasyonu konmuş hastaların ve/veya sağlık amaçlı kür görenlerin konakladığı, uzman doktor kontrolünde kaplıca uygulamaları görmelerini sağlayan ve denetlenen tedavi bölümlerini ihtiva eden otel tipi tesistir.

Kaplıca tedavisinde kullanılan yöntemler Yönetmeliğin 6, maddesinde düzenlenmiş, kaplıca tesislerinde bulunması gereken tedavi bölümleri Yönetmeliğin 7.maddesinde düzenlenmiş bulunmaktadır. Bu bölümlerden birisi olarak fizik tedavi ve/veya rehabilitasyon bölümü, *tıbbi değerlendirme kurulunun*⁷⁴⁶

⁷⁴³ 25.07.2001 tarih ve 24472 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

⁷⁴⁴ 17.06.2004 tarih ve 25495 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

⁷⁴⁵ 21.04.2005 tarih ve 25793 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

⁷⁴⁶ “Tıbbi değerlendirme kurulu, Sağlık Bakanlığı tarafından görevlendirilen iki tıbbi ekoloji ve hidroklimatoloji uzmanı ve bir fizik tedavi ve rehabilitasyon uzmanından oluşur.”(KY.md.20/1)

önerileri doğrultusunda oluşturulur. Bu bölüm 3153 sayılı Radyoloji, Radyom ve Elektrikle Tedavi ve Diğer Fizyoterapi Müesseseleri Hakkında Kanun'a ve bu kanuna dayanılarak yürürlüğe konulan Fizyoterapi ve Bunlara Benzer Müesseseler Hakkında Nizamnameye göre izin almak zorundadır(KY.md.8).

IV .6 .3 – Açmaya Yetkili Kişiler ve İzin Zorunluluğu

Kaplıca tesislerini işletmek isteyen gerçek ve tüzel kişiler, kaynakta veya çıkış noktasında hiçbir işlem yapmadan kaynağın veya çıkış noktasının yerini tereddüte meydan vermeyecek şekilde belirleyen plan veya kroki ile birlikte valiliğe müracaat ederler(KY.md.18/1). Görüldüğü kaplıca tesislerini gerçek ya da tüzel kişiler işletebilmekte, bunların da hekim ya da ortaklarının tamamı hekim olan ticari şirketler olması gerekmemektedir. Öte yandan, kaplıca tesislerinde işletmecinin devamlı olarak işinin başında bulunması esastır. İşletmecinin devamlı surette bulunmasına imkan olmayan hallerde ise, mesul müdür marifetiyle işin yürütülmesi mümkündür(KY.md.15/1).

Başvurunun il sağlık müdürlüğüne intikali üzerine kaynak veya sondaj-galeri, başvuru sahibi tarafından il sağlık müdürlüğü elemanlarının kontrolünde numune alınacak şekilde getirilir. *İnceleme ve tespit kurulu*⁷⁴⁷ kaynağı veya çıkış noktasını mahallinde inceleyerek gerekli tespitleri yapar ve Yönetmelik EK -1 deki raporu düzenleyerek imzalar(KY.md.18/2). Analiz sonuçları ve inceleme ve tespit kurulunun raporu il sağlık müdürlüğünce incelenerek valiliğin görüşü ile Sağlık Bakanlığı'na gönderilir. Söz konusu belgeler tıbbi değerlendirme kurulu tarafından incelenir ve EK-5'de bulunan rapor ile inceleme sonucu belgelenir. İnceleme sonucu valiliğe bildirilir(KY.md.18/5).

Kaplıca tesislerini işletmek isteyenler Kaplıcalar Yönetmeliği'nde belirtilen esaslara uygun olarak Sağlık Bakanlığı'ndan önce tesis izni, sonra işletme izni almak

⁷⁴⁷ “Tesis izninin verilmesi aşamasında inceleme ve tespit kurulu; sağlık müdürünün veya görevlendireceği müdür yardımcısının başkanlığında, gıda ve çevre kontrol şube müdürü, sağlık ocağı tabibi, jeoloji mühendisi, inşaat mühendisi ve çevre sağlığı teknisyeninden; işletme izni verilmesi aşamasında kurula iştirak etmek üzere katılacak tıbbi ekoloji ve hidroklimatoloji uzmanı veya fizik tedavi ve rehabilitasyon uzmanından oluşur.” (KY.md.19/1)

zorundadır. Kurulu ve faaliyette olan tesisler için tesis ve işletme izin süreçleri bir arada yürütülür(KY.md.17/1). Bu şekilde tesis ve işletme izni verilen kaplıca tesisleri sağlık teşkilatının denetimine tabidir. Bu tesisler senede bir defa Sağlık Bakanlığı'nca oluşturulan bir komisyon tarafından sağlık açısından denetlenir(KY.md.32/1).

IV .6 .4 – Tesis ve İşletme İzni

IV .6 .4 .1 - Tesis İzni

Tesisi izni, tıbbi değerlendirme kurulunun olumlu raporu ile birlikte; inceleme ve tespit kurulu raporu, kaplıca tesisine ait doğal tedavi unsurunun analiz raporu, doğal tedavi unsurunun tıbbi değerlendirme kurulu raporu, hidrojeoloji konusunda uzman jeoloji mühendisi tarafından hazırlanan kaynak koruma alanlarını da kapsayan hidrojeolojik rapor, talassoterapi tesisleri hariç olmak üzere kaynak merkez olmak üzere yarı çapı en az 500 metrelik bir daire dahilindeki çevresinin 1/200 ve 1/25000 ölçekli haritası, tedavi bölümleri projeleri, Kullanılacak doğal tedavi unsuru kaynağının kullanım hakkına sahip olduğunu belirten tahsis belgesi, kira kontratı ve benzeri belgeler, projelendirilen tesislerin uygun ölçekli imar planları, tesisin kurulacağı alanın tapusu, tahsis belgesi veya kira kontratı belgelerinden oluşan dosya il sağlık müdürlüğüne incelenir ve belgelerin tamam olması halinde valiliğin görüşü ile birlikte Sağlık Bakanlığı'na gönderilir(KY.md.21/1)

Yukarıda sözü edilen belgelerin eksiksiz ve bu Yönetmelik hükümlerine uygun olması halinde projeler Sağlık Bakanlığı'nca onaylanır ve tesis izni verildiği bir yazı ile valiliğe bildirilir. Dosyaların iki nüshası il sağlık müdürlüğünde ve işletmecide muhafaza edilmek üzere ilgili valiliğe gönderilir(KY.md.21/3). İşletmeciler, Sağlık Bakanlığı'ndan tesis izni almadan inşa ettikleri yapılardan dolayı hak talep edemezler(KY.md.21/4). Verilen tesis izninin geçerlilik süresi üç yıldır. İşletmecinin bu süre içerisinde tesisini tamamlayamaması ve Sağlık Bakanlığı'ndan ek süre talebinde bulunması durumunda bu süre Sağlık Bakanlığı'nca en fazla bir yıl uzatılır(KY.md.21/5).

IV .6 .4 .2 – İşletme İzni

Tesisin kurulmasını müteakip, işletmeci tesisini tamamladığını valiliğe yazı ile bildirir. Valilikçe tesisin uygunluğunun belirlenmesi için inceleme ve tespit kurulu görevlendirilir. Kurulca tesisin mahallinde incelenmesi sonucu, bu Yönetmelik hükümlerine ve projelerine uygunluğunun belirlenmesi halinde, tedavi amaçlı kullanım yerlerinden örnekler alınarak aşağıdaki belgeler istenir(KY.md.22/1):

- Tedavi amaçlı kullanım yerleri analiz raporu (EK-3),
- İnceleme ve tespit kurulunca tesisin incelenmesinden sonra düzenlenen ve EK-6’da örneği bulunan uygunluk bildirim formu,
- Mesul müdür sözleşmesi,
- Bulundurulması gereken zorunlu sağlık personelin sözleşmeleri ve sağlık müdürlüğünce onaylı diplomaları,
- İçme ve kullanma suyunun ne şekilde temin edildiğinin belgelendirilmesi,
- Atık suların ne şekilde bertaraf edileceğinin belgelendirilmesi.

Bu belgeler valiliğin görüşü ile birlikte Sağlık Bakanlığı’na gönderilir. Bakanlıkça yapılan inceleme sonucunda bu Yönetmelikte belirtilen şartları taşıyan işletmelere işletme izni verilir(KY.md.22/2). Belirtelim ki; verilen işletme izni, izin belgesi üzerinde yazılı şahıs, adres ve iş için geçerlidir. Bunlardan herhangi birinin değişmesi halinde izin belgesi geçerliliğini kaybeder(KY.md.34/1).

İzin belgesinde belirtilen işletme sahibinin ve/veya işletmecinin veya adresinin değişmesi halinde; işletmeci tarafından üç ay içinde değişikliklerle ilgili bilgi, belge ve izin belgesinin aslı ile mahallin en büyük mülki amirine başvurulur(KY.md.34/2). İnceleme ve tespit kurulu tarafından yerinde gerekli incelemeler yapılarak, iznin verildiği sıradaki şartlarda bir değişikliğin olup olmadığının tespitine ilişkin rapor düzenlenir. Rapora göre yetkili makam izin belgesi üzerinde gerekli düzeltmeyi yapar veya yeniden izin belgesi tanzim eder (KY.md.34/3). Tesis yerinin veya tesiste yapılan işin değişmesi halinde yeniden izin alınması şarttır(KY.md.34/4).

V - ÖZEL SAĞLIK KURUM VE KURURLUŞLARININ BİLDİRİMİ

Yukarıda yürürlükteki mevzuata göre ülkemizde açılması uygun görülen sağlık kurum ve kuruluşlarına detaylı bir biçimde yer vermeye çalıştık. Bu başlık altında ise Sağlık Bakanlığı'nca açılmasına izin verilen ve sağlık personeli istihdam eden sözkonusu sağlık kurum ve kuruluşlarının ilgili diğer kurumlara bildirilmesi açıklanmaya çalışılacaktır. Belirtelim ki; buradaki bildirimler özel sağlık kurum ve kuruluşlarının da aşağıda yer verdiğimiz mevzuat hükümlerine göre birer işyeri sayılmaları nedeniyle yapılmaktadır.

V .1- Sosyal Güvenlik Kurumu'na Bildirim

V .1 .1 – Sosyal Sigorta İşlemleri Açısından

Bu başlık altındaki işverenin bildirim yükümlülükleri, 506 sayılı Kanuna da değinilmiş olmakla birlikte, büyük ölçüde 5510 sayılı Kanun hükümlerine göre açıklanmaya çalışılmıştır. 5510 sayılı Kanunun sosyal sigortaya ilişkin hükümlerinin yürürlük tarihinin 01.10.2008 olması, bizi bu şekilde hareket etmeye yöneltmiştir.

V .1 .1 .1 – Genel Olarak İşverence Bildirim

506 sayılı Kanunun 5.maddesinde işyeri; sigortalıların işlerini yaptıkları yerler ile işin niteliği ve yürütümü bakımından işyerlerine bağlı bulunan yerlerle, dinlenme, çocuk emzirme, yemek, uyku, yıkanma, muayene ve bakım, beden ve meslek eğitimi yerleri, avlu ve büro gibi diğer eklentiler ve araçları kapsayacak bir biçimde değerlendirilmiştir. 5510 sayılı Kanunun 11.maddesi birinci fıkrasına göre ise, sigortalı sayılanların maddi olan ve olmayan unsurlar ile birlikte işlerini yaptıkları yerler **“işyeri”** olarak tanımlanmıştır. Tanıma göre işyeri, sigortalı sayılanların, bina, araç gereç, makine gibi maddi unsurlar; marka ve patent gibi maddi olmayan unsurlar ile birlikte işlerini yaptıkları yer olmaktadır.

Sosyal sigorta mevzuatı açısından çalıştırılan sağlık ve diğer personel nedeniyle birer işyeri olarak değerlendireceğimiz Sağlık Bakanlığı'nca açılma izni verilmiş özel sağlık kurum ve kuruluşları işyerlerinin de Kuruma(SGK) bildirilmesi gerekmektedir. Bu bildirim belli bir süreye bağlanmıştır. 506 sayılı Kanunun

8.maddesi gereğince işveren, ***işyeri bildirgesini*** “*en geç sigortalı çalıştırmaya başladığı tarihte*” Kuruma vermek veya iadeli-taahhütlü olarak göndermekle yükümlü kılınmıştır.⁷⁴⁸ İşyeri bildirgesinin verilmemesi veya geç verilmesi ise bu Kanunda belirtilen hak ve yükümleri kaldırmaz.

Sigortalı çalıştırılan bir işin veya işyerinin başka bir işverene devrolunması veya intikal etmesi halinde de, yeni işveren bildirme vermekle yükümlüdür. Bu işlerde çalışan sigortalıların sigorta hak ve yükümleri devam eder. İşyerinin miras yolu ile intikali halinde ise, yeni işveren işyeri bildirgesini ölüm tarihinden itibaren en geç üç ay içinde Kuruma doğrudan vermek veya iadeli taahhütlü olarak göndermekle yükümlüdür.

Benzer şekilde 5510 sayılı Kanunun 11.maddesi üçüncü fıkrasına göre de işveren, örneği Kurumca hazırlanacak ***işyeri bildirgesini*** “*en geç sigortalı çalıştırmaya başladığı tarihte*” Kuruma vermekle yükümlüdür.⁷⁴⁹ Aynı işveren birden fazla işyeri kurar ise her işyeri için ayrı işyeri bildirgesi düzenleyecektir. Sermaye şirketlerinin nevelerinin değişmesi, birleşmesi veya diğer bir şirkete katılması durumunda, bu hususların ticaret siciline tesciline ilişkin ilan tarihini; adi şirketlerde şirkete yeni ortak alınması durumunda ise en geç yeni ortağın alındığı tarihi takip eden *on gün içinde*, işyeri bildirgesi ile Kuruma bildirilmek zorundadır.

5510 sayılı Kanunun 11.maddesi beşinci fıkrasına göre, işyerinin faaliyette bulunduğu adresten başka bir ildeki adrese nakledilmesi, sigortalı çalıştırılan bir işin veya işyerinin başka bir işverene devredilmesi veya intikal etmesi halinde, işyerinin nakledildiği, yeni işverenin işi veya işyerini devraldığı tarihi takip eden *on gün içinde*, işyerinin miras yoluyla intikali halinde ise mirasçıları, ölüm tarihinden itibaren en geç *üç ay içinde*, işyeri bildirgesini Kuruma vermekle yükümlüdür.

İşyeri bildirgesinin süresinde Kuruma verilmemesi ise idari para cezası yaptırımına bağlanmıştır. 5510 sayılı kanunun 102.maddesi birinci fıkrasının (b) alt bendi uyarınca; ***işyeri bildirgesini***, Kurumca belirlenen şekle ve usûle uygun

⁷⁴⁸ GÜZEL, Ali, OKUR, A.Rıza ve CANIKLIOĞLU, Nurşen: Sosyal Güvenlik Hukuku, Beta Yayınları, Yenilenmiş 11.Bası, İstanbul 2008, s:180-185

⁷⁴⁹ TUNCAY, A.Can ve EKMEKÇİ, Ömer: Sosyal Güvenlik Hukuku'nun Esasları, Legal Yayınları, İstanbul 2008, s:105

vermeyenler veya Kurumca internet, elektronik veya benzeri ortamda göndermekle zorunlu tutulduğu halde, anılan ortamda göndermeyenler veya bu Kanunda belirtilen süre içinde Kuruma vermeyenlere; bilânço esasına göre defter tutmak zorunda olanlar için asgari ücretin üç katı tutarında, diğer defterleri tutmak zorunda olanlar için asgari ücretin iki katı tutarında ve defter tutmakla yükümlü olmayanlar için bir aylık asgari ücret tutarında, idari para cezası uygulanacaktır.

V .1 .1 .2 – Ticaret Sicil Memurluğunca Bildirim

Öte yandan 506 sayılı Kanunun 8.maddesi ikinci fıkrasına benzer bir biçimde, 5510 sayılı Kanunun 11.maddesi üçüncü fıkrasına göre de, şirket kuruluşu aşamasında, çalıştıracığı sigortalı sayısını ve bunların işe başlama tarihini, ticaret sicili memurluklarına bildiren işverenlerin, bu bildirimleri Kuruma yapılmış sayılır. Ticaret sicili memurlukları, kendilerine yapılan bu bildirimini *en geç on gün içinde* Kuruma bildirmek zorundadır.⁷⁵⁰

V .1 .1 .3 – Sağlık Bakanlığı'nca Kuruma Bildirim

5510 sayılı Kanunun 11.maddesi 6.fıkrası uyarınca Sağlık Bakanlığı veya il sağlık müdürlüklerinin de özel sağlık kurum ve kuruluşu işyerlerini Kuruma bildirme yükümlülüğü bulunduğunu söyleyebiliriz. Gerçektende sözkonusu kanun hükmü uyarınca; valilikler, belediyeler ve *ruhsat vermeye yetkili diğer kamu* ve özel hukuk *tüzel kişileri*, yapı ruhsatı ve *diğer tüm ruhsat veya ruhsat niteliği taşıyan işlemlerine ilişkin bilgi ve belgeler ile varsa bunların verilmesine esas olan istihdama ilişkin bilgileri*, verildiği tarihten itibaren bir ay içinde Kuruma bildirmekle yükümlü tutulmuşlardır.

Buna göre Sağlık Bakanlığı veya il sağlık müdürlüğü yukarıda açıkladığımız özel sağlık kurum ve kuruluşlarına verdikleri ruhsat veya uygunluk belgelerini verildiği tarihten itibaren bir ay içinde Kuruma göndermek zorundadır. Dahası 5510 sayılı Kanunun 11.maddesi 7.fıkrası uyarınca, “...belirtilen yükümlülükleri yerine getirmeyenler hakkında, 102.maddenin birinci fıkrasının (b) bendi uyarınca idari para cezası uygulanır. İdari para cezası uygulanması, bu yükümlülüklerin yerine

⁷⁵⁰ GÜZEL, Ali ve OCAK, Saim: “5510 Sayılı Yasa İle İşverenlere Getirilen Ek Sosyal Sigorta Yükümlülükleri”, *Legal İş Hukuku ve Sosyal Güvenlik Hukuku Dergisi*, 2007/13, s:137-186

getirilmesine engel teşkil etmez.” denildiği için sözkonusu kamu kurumları hakkında asgari ücretin üç katı tutarında idari para cezası da uygulanabilecektir.

V .1 .2 – Genel Sağlık Sigortası İşlemleri Açısından

Yukarıda sosyal sigorta işlemlerinin yürütülebilmesi için 506 ve 5510 sayılı Kanunlar yönüyle özel sağlık kurum ve kuruluşları işyerlerinin Kuruma bildirilmesi hususuna yer verdik. Bu başlık altında ise Kurumla sözleşme yapacak olan özel sağlık kurum ve kuruluşlarının Kuruma başvurusu ile adres, unvan ve ruhsat değişikliği ve kapanma hallerinde yapılacak bildirimlere değinilecektir.

Kurumca sağlık hizmetleri finanse edilenler, 5510 sayılı Kanuna göre de genel sağlık sigortalıları sağlık hizmetlerini Kurumla sözleşme yapan kamu ve özel sağlık kurum ve kuruluşlarından almaktadırlar. ***Genel Sağlık Sigortası Kapsamında Uygulanan “Medula” Sistemi Hakkında Tebliğ (Seri No: 1)*** gereğince, özel sağlık kurum ve kuruluşları ile Kurum arasında sözleşme yapılabilmesi ve faturaların ödenebilmesi için özel sağlık kurum ve kuruluşlarının MEDULA sistemine entegre olmaları gerekmektedir.

Buna göre; SGK ile ilk kez sözleşme yapacak olan kamu sağlık kurum ve kuruluşlarının yanı sıra özel sağlık kurum ve kuruluşlarının da, Kuruma başvurmadan önce, MEDULA tesis kodunu almak için HÜAP⁷⁵¹ tarafından geliştirilen “ulusal sağlık hizmet sağlayıcıları ve hekim veritabanı oluşturulması” projesi kapsamında, öncelikle Ankara HÜAP ekibine başvurmaları gerekmektedir. Bu ekip tarafından oluşturulacak kayıt sonrasında özel sağlık kurum ve kuruluşlarına verilecek MEDULA tesis kodu ile Kuruma sözleşme imzalama ve MEDULA ekranlarının açılabilmesi için başvuruda bulunulabilecektir.⁷⁵²

Öte yandan 2007 yılı ***“Sosyal Güvenlik Kurumu Özel Sağlık Kurumundan/Kuruluşundan Sağlık Hizmeti Satın Alma Sözleşmesi”***nin Zeyilname 2 ile eklenen (3.1.9.9) maddesine göre de; *“sözleşmenin imzalanmasından sonra sözleşme eki EK-1 Listesinde yer alan branşlardan herhangi biri için faaliyet izin*

⁷⁵¹ Hacettepe Üniversitesi Araştırma Geliştirme Projesi. HÜAP; Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Maliye Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı ve Hacettepe Üniversitesi arasında düzenlenen bir protokole dayalı olarak yürütülmektedir.

⁷⁵² http://www.ohsad.org/ohsadb2c/contentweb.aspx?icerik_id=1750&dil=tr; Erişim:27.03.2008

belgesi düzenlenmesi halinde bu durum özel sağlık kurumunca/ kuruluşunca 3 (üç) iş günü içinde Kuruma bildirilir. Kuruma gerekli bildirim yapılmadığının tespiti halinde sözleşmenin (5.1.10) numaralı maddesine göre işlem yapılır.” Yani, 10.000.-YTL cezai şart uygulanır.⁷⁵³

2007 yılı sözleşmesinin (3.1.10.1) maddesine göre, Kurumla sözleşmeli özel sağlık kurumu/kuruluşu, unvan değişikliklerine ilişkin bilgi ve belgeleri, değişikliğin Ticaret Sicili Gazetesindeki yayımı tarihinden itibaren en geç 60 (altmış) gün içinde Kuruma iletmekle yükümlüdür. Hasta kabulünün devam edeceği bu süre sonunda bilgi ve belgelerin Kuruma iletilmemesi halinde sağlık kurumu/kuruluşu MEDULA sistemi üzerinden pasif edilir ve bu sözleşmenin (5.1.10) numaralı maddesine göre 10.000.-YTL cezai şart uygulanır. Ticaret Sicili Gazetesinde yayımını Kuruma ilettiği tarihten itibaren 3 (üç) iş günü içinde sağlık kurumu/kuruluşu MEDULA sisteminden yeniden aktif hale getirilir.

Kurumla sözleşmeli özel sağlık kurum ve kuruluşlarının adres değişikliklerini de önceden Kuruma bildirmeleri gerekmektedir. Aksi takdirde, **2007 yılı sözleşmesinin** (3.1.10.2.) maddesi uyarınca 10.000.-YTL cezai şart uygulanır. Adres değişikliğinin yapıldığı tarihten itibaren sağlık kurumu/kuruluşu MEDULA sistemi üzerinden pasif edilir ve hasta kabul edemez. Hasta kabul etmesi halinde verilen sağlık hizmetlerinin bedelleri ödenmez. Sağlık kurumunun/kuruluşunun yeni adresinde çalışabileceğine dair Sağlık Bakanlığı’ndan alınacak ruhsat ve faaliyet izin belgesinin Kuruma bildirilmesi ile birlikte sağlık kurumu/kuruluşu MEDULA sistemi üzerinden aktive edilir ve hasta kabulüne tekrar başlayabilir.

Diğer taraftan **2007 yılı sözleşmesinin** (3.1.10.4.) maddesine göre Kurumla sözleşmeli özel sağlık kurumu/kuruluşu, sahibinin ve anonim şirketlerde yönetim kurulu üyesi ve/veya kurucu ortaklarının, diğer şirket türlerinde ortaklarının tümü veya bir kısmının değişmesi halinde, bu değişikliği Ticaret Sicili Gazetesinde yayımlanmasından itibaren 30 (otuz) gün içinde Kuruma bildirmek ve gerekli

⁷⁵³ Belirtelim ki; **2007 yılı sözleşmesinin** (5.9.) maddesine göre, bu alt bölümde sözü edilen cezai şart tutarları ilgiliye tebliğ edildiği tarihte tahakkuk edecek ve (5.10.) maddesi gereğince de cezai şart tutarı, özel sağlık kurumunun/kuruluşunun Kurumda tahakkuk etmiş alacağından mahsup edilecektir. Kurumda tahakkuk etmiş alacağı veya yeterli alacağı bulunmayan sağlık kurumları/kuruluşları için Kurum alacağı genel hükümlere göre tahsil edilecektir.

belgeleri iletmekle yükümlüdür. Kuruma bildirim yapıldığı takdirde devralan kişi adına Sağlık Bakanlığı'nca ruhsatname ve faaliyet izin belgesi tanzim edilinceye kadar, özel hastanenin eski sahibinin ve mesul müdürünün sorumluluğunda hastanenin faaliyeti devam eder. Zamanında bildirim yapılmadığının tespit edilmesi halinde, yine bu sözleşmenin (5.1.10) numaralı maddesine göre 10.000.-YTL cezai şart uygulanır.

Benzer biçimde, **2007 yılı sözleşmesinin** (3.1.10.5.) maddesinde, Kurumla sözleşmeli özel sağlık kurumu/kuruluşu, ruhsat belgesi içeriğindeki hizmetlerin tamamı veya bir kısmı iptal edildiğinde, bu durumu 5 (beş) iş günü içinde Kuruma bildirmekle yükümlü kılınmıştır. Aksi takdirde bu sözleşmenin (5.1.10) numaralı maddesine göre 10.000.-YTL cezai şart uygulanacaktır. Ruhsatsız verilen hizmet bedelleri de ödenmeyecektir.

Özel sağlık kurum ve kuruluşunun kapanması halinde ise Kurumla düzenlenmiş sözleşme sona erecektir. Esasen, **2007 yılı sözleşmesinin** (6.1.) maddesine göre, taraflar bir ay önceden yazılı bildirimde bulunmak şartıyla sözleşmeyi her zaman feshedebilir. Ancak, **2007 yılı sözleşmesinin** "Zeyilname 1" ile değişik (6.2.) maddesine göre, Kurumla sözleşmeli özel sağlık kurumunun/kuruluşunun kapanması halinde, kapanma tarihinde sözleşme kendiliğinden sona erer. Özel sağlık kurumunun/ kuruluşunun kapanması halinde bu durum 15 gün içinde Kuruma bildirilecek ve bu süre içinde sağlık kurumunda/kuruluşunda mevcut olan faturalar Kuruma teslim edilecektir. Aksi takdirde mücbir sebepler dışında Kurumca fatura bedelleri ödenmeyecektir.

V .2- Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'na Bildirim

4857 sayılı Kanunun 3.maddesine göre, bu Kanunun kapsamına giren nitelikte bir işyerini kuran, her ne suretle olursa olsun devralan, çalışma konusunu kısmen veya tamamen değiştiren veya herhangi bir sebeple faaliyetine son veren ve işyerini kapatan işveren, işyerinin unvan ve adresini, çalıştırılan işçi sayısını, çalışma konusunu, işin başlama veya bitme gününü, kendi adını ve soyadını yahut unvanını, adresini, varsa işveren vekili veya vekillerinin adı, soyadı ve adreslerini bir ay içinde bölge müdürlüğüne bildirmek zorundadır. Alt işveren, bu sıfatla mal veya hizmet

üretimi için meydana getirdiği kendi işyeri için birinci fıkra hükmüne göre bildirim yapmakla yükümlüdür.

Ancak, şirketlerin tescil kayıtları ise ticaret sicili memurluklarının gönderdiği belgeler üzerinden yapılır ve bu belgeler ilgili ticaret sicili memurluğunca bir ay içinde Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ilgili bölge müdürlüklerine gönderilir.

Belirtelim ki, işverenin işyerini bildirim yükümlülüğü sürekli sürekli işler için sözkonusudur, 4857 sayılı Kanunun 10.maddesi ikinci fıkrasına göre süreksiz işler ilgili bölge müdürlüğüne bildirilmeyecektir.

Özel sağlık kurum ve kuruluşları, iş sözleşmesi ile çalıştırdıkları sağlık ve diğer personelin işçi sayılarak işlerini yaptıkları işyerlerinin de Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın ilgili bölge müdürlüğüne belirtilen sürede verilmesi gerekmektedir. Keza 4857 sayılı Kanunun 2.maddesi ikinci fıkrasına göre, işverenin işyerinde ürettiği mal veya hizmet ile nitelik yönünden bağlılığı bulunan ve aynı yönetim altında örgütlenen yerler (işyerine bağlı yerler) ile dinlenme, çocuk emzirme, yemek, uyku, yıkanma, muayene ve bakım, beden ve meslekî eğitim ve avlu gibi diğer eklentiler ve araçlar da işyerinden sayılmaktadır.

Öte yandan 4857 sayılı Kanunun birinci maddesi son fıkrası gereğince işyerleri, işverenler, işveren vekilleri ve işçiler, 3.maddedeki bildirim gününe bakılmaksızın bu Kanun hükümleri ile bağlı olurlar. İşyeri bildirimini, hukuken beyan edici(deklaratif) bir işlem niteliği taşır, işyerinin hukuken mevcudiyeti için gereken inşai bir işlem niteliği bulunmamaktadır.⁷⁵⁴ İşyerinin bildirilmesi yükümlülüğünün amacı, çalışma yaşamının Devlet tarafından gerektiği gibi denetlenebilmesini sağlamaktır.⁷⁵⁵ İşyerinin bildirimini ile artık ilgili bölge müdürlüğü sözkonusu işyerinden haberdar olmakta ve iş mevzuatına ilişkin işlemler verilecek olan bir işyeri sicil numarası üzerinden yürütülmektedir.

⁷⁵⁴ MOLLAMAHMUTOĞLU, Hamdi: İş Hukuku, Turhan Kitabevi, Ankara 2004, s:160

⁷⁵⁵ DEMİR, Fevzi: İş Hukuku ve Uygulaması, 4.Baskı, Birleşik Matbaacılık, İzmir 2005, s:32

V .3 - Mahalli İdareye Bildirim

Diğer işyerleri gibi Sağlık Bakanlığı'nca açılmasına izin verilen özel sağlık kurum ve kuruluşu işyerlerinin de ilgili belediye ya da özel idareye bildirilmesinin, buralardan işyeri açma ve çalışma ruhsatı verilmesinin gerekip gerekmediği tartışmalı konuların başında gelmektedir.

Esasen 3572 sayılı İşyeri Açma ve Çalışma Ruhsatlarına Dair Kanun Hükmünde Kararnamenin Değiştirilerek Kabulüne Dair Kanun'un 3.maddesine göre; belediye hudutları ve mücavir alan dışında kalan işyerleri ve işletmelere il özel idareleri, belediye hudutları ve mücavir alan içinde kalan işyerleri ve işletmelere ise belediyeler işyeri açma ve çalışma ruhsatı vermeye yetkili kılınmışlardır. Büyükşehir belediyelerinin yetkileri de aynı kanun hükmünde gösterilmiştir.

Öte yandan işyeri açılması ve ruhsatlandırılmasına ilişkin iş ve işlemleri düzenleyen temel belge ***İşyeri Açma ve Çalışma Ruhsatlarına İlişkin Yönetmelik***⁷⁵⁶(İÇRİY)tir. Buna göre; belediye sınırları ve mücavir alanlar dışı ile kanunlarda münhasıran il özel idaresine yetki verilen hususlarda il özel idaresi; büyükşehir belediyesi sınırları ve mücavir alanlar içinde büyükşehir belediyesinin yetkili olduğu konularda büyükşehir belediyesi, bunların dışında kalan hususlarda büyükşehir ilçe veya ilk kademe belediyesi; belediye sınırları ve mücavir alanlar içinde belediyeyi ve organize sanayi bölgesi sınırları içinde organize sanayi bölgesi tüzel kişiliği işyeri açma ve çalışma ruhsatı verme konusunda yetkili idare olarak karşımıza çıkmaktadır.(İÇRİY.md.4/a)

İşyeri açılmasında karmaşaya sebep olan durum, kendi özel mevzuatlarına göre ilgili kurumlardan izin alınarak açılan avukatlık ve noterlik bürosu, mali müşavirlik bürosu, dersane, sürücü kursu, güzellik salonu, muayenehane, eczane, özel hastane vb. işyerlerinde ortaya çıkmaktadır. Şu halde, Sağlık Bakanlığı'ndan alınan izinle açılan özel sağlık kurum ve kuruluşları için ayrıca belediyelerden de ruhsat alınıp alınmayacağına açıklığa kavuşturulması gerekmektedir.

⁷⁵⁶ 10.08.2005 tarih ve 25902 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

Özel mevzuatı uyarınca ilgili bakanlık veya kurumdan alınan belge ile belediyeden verilecek ruhsatın birbirinden farklı nitelik taşıdığı, ilgili kurumdan alınan iznin o faaliyeti yürütecek olan kişinin faaliyeti yürütmeye yetkili olduğunu gösterdiği, bu izinlere dayalı olarak açılacak olan işyerlerinin faaliyette bulunacağı mekanlara da belediyelerin işyeri açma ve çalışma ruhsatı vereceği, çünkü o işyerinde faaliyet yürütülmesi için işyerinin fen ve itfaiye yönünden tetkik edilmesi, yapı kullanma izni olup olmadığı, su ve kanalizasyon bağlantısı gibi belediyeleri ilgilendiren yönlerinin bulunduğu, bu bakımdan kendi özel mevzuatı gereğince ilgili bakanlık veya kurumlardan alınan izni müteakip işyerinin yürütüleceği mekan için ilgili belediyeye başvurularak işyeri açma ve çalışma ruhsatı alınması gerektiği belirtilmektedir.⁷⁵⁷

İçişleri Bakanlığı Mahalli İdareler Genel Müdürlüğü'nün yaklaşımı da bu yönde olmuştur. Optisyenlik müesseselerinin⁷⁵⁸, güzellik salonlarının⁷⁵⁹, eczane ve özel hastanelerin⁷⁶⁰ Sağlık Bakanlığı'ndan alınan izinle açılmış olmalarına rağmen, ilgili belediyeden de ayrıca işyeri açma ve çalışma ruhsatı alacakları, zira belediye tarafından verilecek ruhsat ile Sağlık Bakanlığı(İl Sağlık Müdürlüğünce) verilen ruhsatın birbirinden farklı bir nitelik taşıdıkları ifade edilmiştir. Öte yandan, Güzellik ve Estetik Amaçlı Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik, yukarıda sözü edilen 15.02.2008 tarihli Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmeliğin 39/1.maddesi ile yürürlükten kaldırıldığı için, bu yönetmeliğe göre açılmış olan güzellik salonları mevcut durumlarını 01.01.2010 yılına kadar sürdürecektir olmakla birlikte, güzellik salonları artık İşyeri Açma ve Çalışma Ruhsatlarına İlişkin Yönetmelik kapsamında belediyelerce ruhsatlandırılacaktır(ÖSKY.geçici md.5/1).

Diğer taraftan varolan bu karmaşanın sona erdirilmesine yönelik olarak, İşyeri Açma ve Çalışma Ruhsatlarına İlişkin Yönetmeliği'nin 6.maddesi birinci fıkrası "*Yetkili idarelerden usulüne uygun olarak işyeri açma ve çalışma ruhsatı*

⁷⁵⁷ ZÜLÜFLÜ, Hafize: Açıklamalı ve Örnekli Yeni İşyeri Mevzuatı, Seçkin Yayıncılık, Ankara 2006, s: 127-128

⁷⁵⁸ İçişleri Bakanlığı Mahalli İdareler Genel Müdürlüğü'nün 26.01.2005 tarih ve 80207 sayılı yazısı

⁷⁵⁹ İçişleri Bakanlığı Mahalli İdareler Genel Müdürlüğü'nün 16.11.2005 tarih ve 82678 sayılı yazısı

⁷⁶⁰ İçişleri Bakanlığı Mahalli İdareler Genel Müdürlüğü'nün 17.11.2005 tarih ve 82714 sayılı, 27.07.2006 tarih ve 81658 sayılı ve 11.09.2006 tarih ve 82036 sayılı yazıları

alınmadan işyeri açılmaz ve çalıştırılmaz.” şeklinde iken, yapılan değişiklik ile madde hükmü, “ Yetkili idarelerden usulüne uygun olarak işyeri açma ve çalışma ruhsatı alınmadan işyeri açılmaz ve çalıştırılmaz. İşyerlerine bu Yönetmelikte belirtilen yetkili idareler dışında diğer kamu kurum ve kuruluşları ile ilgili meslek kuruluşları tarafından özel mevzuatına göre verilen izinler ile tescil ve benzeri işlemler bu Yönetmelik hükümlerine göre ruhsat alma mükellefiyetini ortadan kaldırmaz. İşyeri açma ve çalışma ruhsatı alınmadan açılan işyerleri yetkili idareler tarafından kapatılır.” şeklinde değiştirilmiştir.⁷⁶¹

Belirtelim ki; yapılan bu değişiklik de yargıya taşınmış ve Danıştay sözkonusu madde hükmündeki, *“İşyerlerine bu Yönetmelikte belirtilen yetkili idareler dışında diğer kamu kurum ve kuruluşları ile ilgili meslek kuruluşları tarafından özel mevzuatına göre verilen izinler ile tescil ve benzeri işlemler bu Yönetmelik hükümlerine göre ruhsat alma mükellefiyetini ortadan kaldırmaz.”* cümlesinin yürütmesini çeşitli başvurular ile durdurmuştur.⁷⁶² Şu halde, Sağlık Bakanlığı’nca açılmasına izin verilen özel sağlık kurum ve kuruluşlarının ayrıca ilgili belediyelerden işyeri açma ve çalışma ruhsatı alması gerekmeyecektir.

V .4 – Özel Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Açılma Harcı

Yukarıda yer verildiği üzere özel sağlık kurum ve kuruluşlarının açılması, birçok belgenin temini açısından bürokratik işlemlerin yoğun olduğu bir süreç olarak karşımıza çıkmaktadır. Öte yandan, özel sağlık kurum ve kuruluşları belediyelere işyeri açma izin harcı ödedikleri gibi Sağlık Bakanlığı’na da ruhsat ya da uygunluk belgeleri karşılığında ödeme yapmaktadırlar. Sözkonusu ödemeler özel sağlık kurum ve kuruluşları için ayrıca bir yük teşkil ettiği için, bu hususlara da aşağıda kısaca değinilmiştir.

V .4 .1 - İşyeri Açma İzin Harcı

Sağlık Bakanlığı’nca açılma izni verilen başka bir söyleyişle ruhsatlandırılan özel sağlık kurum ve kuruluşlarının belediyelerden işyeri açma ve çalışma ruhsatı

⁷⁶¹ 13.04.2007 tarih ve 26492 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

⁷⁶² Danıştay 8.Dairesi, 19.09.2007 tarih ve 2007/3638 sayılı yürütmeyi durdurma kararı; Danıştay 8.Dairesi, 19.09.2007 tarih ve 2007/2566 sayılı yürütmeyi durdurma kararı

alma zorunluluklarının bulunmamasına rağmen, yine de belediyelere işyeri açma izin harcı ödeyip ödemeyeceklerinin açıklığa kavuşturulması gerekmektedir.

Belediye mücavir alan sınırları içinde açılan işyerleri açılma izinlerini başka merciden alsa bile bu işyerlerinin faaliyete başlaması için belediyeden açma izni almamaları ama harç ödemeleri gerektiği ifade edilmektedir.⁷⁶³ İçişleri Bakanlığı da “...belediye ve mücavir alan sınırları dahilinde açılan işyerleri başka bir kurumdan ruhsat almış olsa dahi, 2464 sayılı Kanununun 81. maddesine göre ilgili belediyeye harç ödemesi gerekmekte olup...” demektedir.⁷⁶⁴

Gerçektende 2464 sayılı Belediye Gelirleri Kanunu'nun işyeri açma izni harcı başlıklı 81.maddesinde, “...Belediye sınırları veya mücavir alanlar içinde bir işyerinin açılması işyeri açma izni harcına tabidir...” denilmiştir. Aynı şekilde, **2464 Sayılı Belediye Gelirleri Kanununun Çeşitli Harçlarla İlgili Hükümlerinin Uygulanmasına İlişkin Yönetmeliğin**⁷⁶⁵ işyeri açma izni harcı başlıklı 10.maddesinde, “... Belediye sınırları veya mücavir alanlar içinde bir işyeri açmak işyeri açma izni harcına tabidir. Bu harcın uygulanmasında işyeri; mağaza, yazıhane, idarehane, **muayenehane**, imalathane, fabrika... gibi ticari, sınai, ve mesleki bir faaliyetle başka bir iş ve girişimin yapılmasına ayrılan ya da bu faaliyet, iş ve teşebbüslerde kullanılan yerlerdir...” denilmek suretiyle kapsamdaki işyerleri belirlenmiştir.

Buna göre, hekim ve diş hekimi muayenehaneleri ve sağlık kabinleri ile yargı kararlarına göre “muayenehane niteliğinde” sayılan özel tıp merkezleri, özel dal merkezleri, özel poliklinikler, özel ağız ve diş sağlığı merkezleri ve poliklinikleri de yukarıda yer verdiğimiz Danıştay yürütmeyi durdurma kararlarına göre belediyelerden işyeri açma ve çalışma ruhsatı almak zorunda olmamakla birlikte belediyelere işyeri açma izin harcı ödemek durumundadırlar. Öte yandan, avukat büroları için belediyelerden işyeri açma ve çalışma ruhsatı alma zorunluluğu bulunmadığı gibi “...bu bürolar nedeniyle belirli bir kamu hizmeti karşılığı alınması

⁷⁶³ TAMER, Mustafa: Yerel Yönetimlerde İşyeri Açma ve Çalışma Ruhsatları, Seçkin Yayıncılık, Ankara 2006, s:113

⁷⁶⁴ İçişleri Bakanlığı Mahalli İdareler Genel Müdürlüğü'nün 14.06.2005 tarih ve 81465 sayılı ve 27.07.2006 ve 82658 sayılı yazıları

⁷⁶⁵ 21.08.1981 tarih ve 17435 sayılı resmi Gazetede yayımlanmıştır.

esas olan işyeri açma izni harcının alınmasının da hukuken mümkün olmadığına...”ilişkin bağlayıcı yargı kararı⁷⁶⁶ dikkate alındığında, başvuru halinde benzer bir yargı kararının Yönetmelikte sözü edilen “muayenehaneler” için de çıkması beklenebilir.

V .4 .2 - Ruhsatlandırma Bedelleri

Sağlık Bakanlığı’na açılmasına izin verilen özel sağlık kurum ve kuruluşlarından, açılma işlemlerinde düzenlenen belgelerin karşılığı olarak ruhsatlandırma bedelleri alınmaktadır. Sözü edilen ruhsatlandırma bedelleri alınmasının kanuni dayanağını ise 181 sayılı KHK ve 209 sayılı Kanun oluşturmaktadır.

181 sayılı KHK’nın ek 2.maddesine göre, Sağlık Bakanlığı’na düzenlenecek veya onaylanacak her türlü ruhsatlandırma, ürün üretim ve satış izin belgesi ve mesul müdürlük belgesi ile permi ve sertifikalar üzerinden 50 YTL’den az, 15.000 YTL’den çok olmamak üzere Maliye Bakanlığı’nın görüşü üzerine Sağlık Bakanlığı’na belirlenecek tarifelere göre *ruhsatlandırma bedeli* alınmakta ve Bakanlık Merkez Saymanlığınca tahsil edilen bu tutarlar bütçeye gelir kaydedilmektedir. Bu tarifeler her yıl 213 sayılı Vergi Usul Kanununa göre belirlenen yeniden değerlendirme oranında artırılmaktadır.

Yine, 209 sayılı Kanununun 3.maddesinde, Sağlık Bakanlığı, birinci basamak sağlık hizmeti sunan kuruluşlar da dahil olmak üzere Sağlık Bakanlığı kurum ve kuruluşları ile bağlı kuruluşlarındaki (Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü hariç), diğer hizmetlerden başka, “*bastırılan veya yaptırılan her nevi belgeleri*” 3359 sayılı Kanun uyarınca belirlenen tarife üzerinden fiyatlandırmaya yetkili kılınmış bulunmaktadır.

Buna göre özel hastaneler için düzenlenen, açılış ruhsatı, ön izin belgesi, faaliyet izin belgesi, ruhsat yenileme, mesul müdür ve mesul müdür yardımcısı yetki belgeleri, ek bina ilavesi, branş ilavesi ve iptali, yatak artırımı ve azaltılması, adres değişikliği, sisim değişikliği, sahip değişikliği işlemleri için Sağlık Bakanlığı’na belli

⁷⁶⁶ Danıştay Vergi Dava Daireleri Genel Kurulu, 27.01.2006 tarih ve E:2005/128, K: 2006/1 sayılı kararı

bedeller ödenmektedir.⁷⁶⁷ Benzer biçimde özel diyaliz merkezleri ruhsat ve değişikliklerinde, madde bağımlılığı tedavi merkezleri açılış ruhsatı ve ön izin belgelerinde, organ ve doku nakli merkezleri ruhsatı, göz bankası ruhsatı, kordon kanı bankası ruhsatında da Sağlık Bakanlığı'na ruhsat bedelleri ödenmektedir.⁷⁶⁸

Diğer taraftan, tıp merkezi, dal merkezi, poliklinik, hiperparik oksijen tedavi merkezi, cerrahi müdahale birimi, eksimer laser cerrahisi uygulama birimi, ağız ve diş sağlığı merkezi, ağız ve diş sağlığı polikliniği, ağız ve diş sağlığı müşterek muayenehanesi, ağız ve diş sağlığı muayenehanesi, güzellik salonu, güzellik merkezi, akupunktur merkezi, akupunktur ünitesi, akupunktur muayenehanesi, sağlık kabini, psiko-teknik değerlendirme merkezi, evde bakım merkezi ve evde bakım birimi için düzenlenen uygunluk belgeleri ve değişiklikleri için; 3153 ve 992 sayılı Kanunlar kapsamındaki laboratuvarlar için düzenlenen ruhsat; kaplıca işletmeleri için düzenlenen tesis ve işletme izni için de Sağlık Bakanlığı'na belli tutarların ödendiğini belirtelim.⁷⁶⁹

⁷⁶⁷ Örneğin; özel hastane açılış ruhsatının bedeli 2006 yılında 1.500 YTL iken 2007 yılında 1.800 YTL olmuştur. Ön izin belgesinin bedeli 2006'da 500 YTL iken 2007'de 600 YTL, faaliyet izin belgesi bedeli ise 2007'de 325 YTL olmuştur.(Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 03.04.2007 tarih ve 6826 sayılı yazısı)

⁷⁶⁸ Örneğin; organ ve doku nakli merkezleri ruhsat bedelleri 2006'da 2.000 YTL iken 2007'de 2.200 YTL, göz bankası ruhsat bedeli 2006'da 1.500 YTL iken 2007'de 1.650 YTL, kordon kanı bankası ruhsat bedeli ise 2007 yılında 2.200 YTL olarak belirlenmiştir.(Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 03.04.2007 tarih ve 6826 sayılı yazısı)

⁷⁶⁹ Örneğin; özel tıp merkezi için düzenlenen uygunluk belgesinin bedeli 2006'da 300 YTL iken 2007'de 324 YTL, özel dal merkezi için düzenlenen uygunluk belgesinin bedeli 2006'da 200 YTL iken 2007'de 216 YTL ve özel poliklinik için düzenlenen uygunluk belgesinin bedeli ise 2006'da 150 YTL iken 2007'de 162 YTL olmuştur.(Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 29.12.2006 tarih ve 14755 sayılı yazısı)

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

TÜRKİYE'DE ÖZEL SAĞLIK KURUM VE KURULUŞLARINDA PERSONEL İSTİHDAMININ USUL VE ESASLARI

I - ÖZEL SAĞLIK KURUM VE KURULUŞLARINDA PERSONEL İSTİHDAMININ KOŞULLARI

I.1 – Sağlık Personeli Olma

I.1.1 - Sağlık Personelinin Nitelikleri

I.1.1.1 –Genel Olarak

Kamu ya da özel sektörde çalışacak olan sağlık personelinin belli niteliklere haiz olması gerekmektedir. Hekim, diş hekimi, ebe, hemşire, sağlık memuru gibi sağlık hizmeti üretiminde ağırlıklı rol alan geleneksel sağlık meslek grupları bulunduğu gibi psikolog, fizyoterapist, diyetisyen, çocuk gelişimcisi vb. sağlık lisansiyeri olan daha yeni meslek gruplarından da söz edilebilir. Esasen sağlık insan gücü; “*kamu ya da özel tüm sağlık kesiminde toplumun ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetini üreten personelin tamamına*” verilen addır.⁷⁷⁰

Genel olarak sağlık personeline 657 sayılı Kanununun 36.maddesinin “*III. Sağlık Hizmetleri ve Yardımcı Sağlık Hizmetleri Sınıfı*” başlıklı bendinde yer verilmiş bulunmaktadır. Buna göre, tabip, diş tabibi, eczacı vb. mesleki eğitim görerek yetişmiş sağlık personeli olarak değerlendirilmiştir. Öte yandan tıp teknolojü, fizyoterapist, ebe, hemşire, sağlık memuru, sosyal hizmetler mütehasısı, biyolog, psikolog, diyetçi, sağlık mühendisi, sağlık fizikçisi, sağlık idarecisi ile ebe ve hemşire, hemşire yardımcısı, (fizik tedavi, laboratuvar, eczacı, diş anestezi, röntgen teknisyenleri ve yardımcıları, çevre sağlığı ve toplum sağlığı teknisyenleri dahil) benzeri sağlık personeli alanlarında yüksek öğrenim görmüş kişiler olarak tanımlanmaktadır.

⁷⁷⁰ TC. Sağlık Bakanlığı ve TC.Yükseköğretim Kurulu:Türkiye Sağlık İnsan Gücü Durum Raporu, Mart 2008 Ankara, s:9

5237 sayılı Türk Ceza Kanunu'nun 280.maddesinde ise sağlık mesleği mensubu deyiminden tabip, diş tabibi, eczacı, ebe, hemşire ve sağlık hizmeti veren diğer kişilerin anlaşılacağı belirtilmiştir. Daha genel bir tanımla sağlık çalışanı, sağlık sektöründe sağlık hizmeti veren sağlık meslek mensuplarını⁷⁷¹ ve sağlık meslek mensuplarının yanında sağlık hizmetinin verilmesine katılarak, sağlık hizmetinin verilmesine dolaylı yoldan katkıda bulunan diğer çalışanları ifade etmektedir.⁷⁷²

Yukarıdaki fıkrada sözü edilen geleneksel sağlık mesleklerini kimlerin yapabileceği, 1219 sayılı Kanun ile 6283 sayılı Hemşirelik Kanunu'nda düzenlenmiştir. Öte yandan bunların eğitimlerinin nitelik ve süreleri ise ikincil mevzuatta yer almaktadır. **Doktorluk, Hemşirelik, Ebelik, Diş Hekimliği, Veterinerlik, Eczacılık Ve Mimarlık Eğitim Programlarının Asgari Eğitim Koşullarının Belirlenmesine Dair Yönetmelik**⁷⁷³ ile sözü edilen sağlık mesleklerine ilişkin yükseköğretim ön lisans ve lisans diplomalarının ve bu mesleklere sahip kişilerin mesleki yeterliliklerinin Avrupa Birliği üyesi ülkelerde tanınabilmesi için, bu alanlarda yürütülen yükseköğretim programlarının eğitim müfredatlarının ve eğitim sonunda kazanılması gereken bilgi ve beceri düzeylerinin belirlenmesi amaçlanmıştır. **Tıpta Uzmanlık Tüzüğü**⁷⁷⁴ ile de lisans eğitimlerinde sonra *tıp veya diş hekimliği* uzmanlık dalları, bu dallarda uzman olabilmek için gerekli koşullar, tıp veya diş hekimliğinde uzmanlık eğitimi verecek kurum ve kuruluşların nitelikleri ile uzmanlık eğitiminin usul ve esasları düzenlenmiştir.

Belirtelim ki; üniversite rektörlüklerine bağlı tıp fakültesi hastanelerinde öğretim elemanı olarak görev yapan hekimler de bulunmaktadır. Bu kapsamdaki personel ise 2547 sayılı Yüksek Öğretim Kanunu ve 2914 sayılı Yüksek Öğretim Personel Kanunu hükümlerine tabidirler. Devlet üniversitelerindeki hekim öğretim

⁷⁷¹ **Sağlık Meslek Mensupları Birliği Kanun Tasarı Taslağı**'nın 3/d maddesinde, "sağlık meslekleri, sağlıklı ya da hasta kişileri konu alan, temel faaliyet alanları doğrudan doğruya insan üzerinde uygulamalara dayanan, sağlık uygulamalarında hekim veya diş hekiminin yönlendirmesi ve denetimi altında teknik destek sağlayan, sağlık alanında insan üzerinde doğrudan uygulaması olmayan ve sağlıkla ilgili diğer meslekleri" ifade etmektedir. (http://www.saglik.gov.tr/extras/birimler/bidb/smmb/tmb_deklare.doc; Erişim:30.06.2007)

⁷⁷² SAVAŞ, Halide: Sağlık Çalışanlarının ve Sağlık Kurumlarının Tıbbi Müdahaleden Doğan Sorumlulukları, Seçkin Yayıncılık, Ankara 2007, s:39

⁷⁷³ 02.02.2008 tarih ve 26775 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

⁷⁷⁴ 19.06.2002 tarih ve 24790 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

elemanları diğerk kamu görevlileri statüsündeyken, vakıf üniversitelerindeki(özel üniversiteler) personel ilgili kanunların yanı sıra 4857 sayılı İş Kanunu ile 5510 sayılı Kanun hükümlerine tabi olmaktadırlar.

I .1 .1 .2 - Hekimler

I .1 .1 .2 .1 – Tanım

Tıp, tababet ve hekim kavramları arasında yakın bir ilgi bulunmaktadır. Tıp, “*hastaları iyi etme*” ilmi olarak tanımlanırken, tababet, “*hastalıkları ve sakatlıkları önleme, tedavi etme veya hafifletme amacını taşıyan ve hastalıklar bilimine, patolojiye ve tabii bilimlerin verilerine dayanılarak yapılan bilimsel ve teknik fiilleri kapsayan uygulamadır*”.⁷⁷⁵ Hekim ise, özellikle modern toplum hayatında, hukuk düzeni tarafından kendisine tıp mesleğini icra etme(ve dolayısıyla tıbbi müdahalelerde bulunabilme) yetkisi tanınmış kişileri ifade eder.⁷⁷⁶

Hekimin tıp mesleğini icra edebilmesi için belirli bir meslek eğitim süresini başarı ile bitirmesi ve ayrıca Devletin yetkili organlarından çalışma ruhsatı alması gerekmektedir.⁷⁷⁷ Hekimler uzmanlık seviyelerine göre “pratisyen hekimler ve “uzman hekimler” olmak üzere iki gruba ayrılmaktadır. Pratisyen hekim sadece lisans eğitime dayalı olarak tıp mesleğini icra eden hekimdir.

Ülkemiz sağlık mevzuatının bel kemiği niteliğindeki kaynaklarına bakıldığında sözü edilen meslek kişilerinden bahsedilirken “pratisyen hekim” adına yer verilmediği, tıp fakültesinden mezun olan kişilere verilen meslek ünvanının “tabip”, “hekim” ya da “tıp doktoru” olduğu, hekimin “pratisyen” olarak bu ön adı ile tanımlanmasının meslekteki unvan sıralanmasında herkes tarafından tenzil-i rütbe

⁷⁷⁵ BAYRAKTAR, Köksal: Hekimin Tedavi Nedeniyle Cezai Sorumluluğu, (Doktora Tezi), İstanbul Üniversitesi yayınları No:768, Hukuk Fakültesi Yayınları No:391, Sermet Matbaası, İstanbul 1972, s:24

⁷⁷⁶ AYAN, Mehmet: Tıbbi Müdahalelerden Doğan Hukuki Sorumluluk, Kazancı Yayınları, Ankara 1991, s: 5

⁷⁷⁷ AŞÇIOĞLU, Çetin: Tıbbi Yardım ve El Atmalardan Doğan Sorumluluklar, Tekışık Ofset, Ankara 1993, s:1; AYAN, Mehmet: Tıbbi Müdahalelerden Doğan Hukuki Sorumluluk, Kazancı Yayınları, Ankara 1991, s: 5

olarak görüldüğü, bu sebeple de bu ön adın hem Sağlık Bakanlığı hem de Türk Tabipleri Birliği tarafından kullanılması eleştirilmiştir.⁷⁷⁸

Uzman hekim, lisans eğitiminden, yani tıp fakültesi eğitiminden sonra belirli bir uzmanlık dalında lisansüstü eğitim almış olan hekimdir. Ayrıca, intörn diye adlandırılan bir grup daha vardır. Sözkonusu grup tıp fakültesi son sınıf öğrencisi olup, hekim adayı sayılırlar.⁷⁷⁹ İntörn hekimlere üniversite öğretim elemanının gözetimi altında tedavi faaliyetine katılma imkanı tanınmıştır.⁷⁸⁰

Hukukumuz bakımından kimlerin tıp mesleğini icraya yetkili oldukları 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun ile 6023 sayılı Türk Tabipleri Birliği Kanunu hükümlerine göre tespit edilmiştir. Aşağıda bu şartlara yer verilmiştir.

I .1 .1 .2 .2 – Hekimlik Yapabilmenin Koşulları

I .1 .1 .2 .2 .1 – Türk Vatandaşı Olmak

1219 sayılı Kanunun birinci maddesine göre, “*Türkiye Cumhuriyeti dahilinde tababet icra ve herhangi surette olursa olsun hasta tedavi edebilmek için ... Türk bulunmak şarttır.*” Kanunun 4.maddesinde ise, “*Yabancı memleketlerin tıp fakültelerinden izinli Türk hekimlerinin Türkiye’de hekimlik edebilmesi için ...*” denilmiştir. Şu halde, Türkiye’de yabancılar hekimlik mesleğini yapamayacaklardır.⁷⁸¹ Dolayısıyla, sadece Türk vatandaşları Türkiye Cumhuriyeti sınırları içinde hekimlik yapabilirler. Yabancıların ülkemizde hekimlik yapmaları

⁷⁷⁸ KÖK, Ahmet Nezih: “Ön Ad ‘Pretisyen’e Gerek Var mı?”, <http://www.medimagazin.com.tr/mm-on-ad-pratsiyene-gerek-var-mi-ky-51543.html>, Erişim:20.03.2008

⁷⁷⁹ ÖZDEMİR, Hayrünisa: Özel Hukukta Teşhis ve Tedavi Sözleşmesi, Yetkin Yayınları, Ankara 2004, s:44; AYAN, Mehmet: Tıbbi Müdahalelerden Doğan Hukuki Sorumluluk, Kazancı Yayınları, Ankara 1991, s: 5; YAVUZ İPEKYÜZ, Filiz: Türk Hukukunda Hekimlik Sözleşmesi, Vedat Kitapçılık, İstanbul 2006, s:16

⁷⁸⁰ ÖZDEMİR, Hayrünisa: Özel Hukukta Teşhis ve Tedavi Sözleşmesi, Yetkin Yayınları, Ankara 2004, s:44; SARITAŞ, Hatice: Hasta Hakları Açısından Hekimin Hukuki Sorumluluğu, Bilge Yayınevi, Ankara 2005, s:11-12

⁷⁸¹ Sahte vatandaşlık belgesi ve tıp fakültesi diploması ile hekimlik yapılmasına dair örnek bir haber için bkz: “Ödüllü Doktor Sahte Çıktı”, <http://www.hurriyet.com.tr/gundem/5135109.asp?m=1>; Erişim 17.03.2008

yasaklanmış bulunmaktadır.⁷⁸² Bu yasak, sadece serbest meslek olarak hekimliği değil her çeşit tababet ve hasta tedavi hizmetini de kapsamaktadır.⁷⁸³

Öte yandan 2219 sayılı Hususi Hastaneler Kanunu'nun 9.maddesi gereğince de, özel hastanede bulunması gereken mesul müdürün Türkiye'de sanatını yapmaya izinli *Türk hekim* olması gerekmektedir. Özel hastanenin kurucuları yabancı olsa bile mesul müdür Türk hekim olacaktır. Aynı şekilde, özel hastanelerde de Türk vatandaşı olmayan hekimler çalıştırılmayacaktır.⁷⁸⁴

I .1 .1 .2 .2 .2 – Tıp Fakültesi Diplomasına Sahip Olmak

Hekimlik mesleğinin icra edilebilmesi için aranan ikinci koşul ise tıp fakültesi diplomasına sahip olmaktır. 1219 sayılı Kanunun 1.maddesinde de, "*Türkiye Cumhuriyeti dahilinde tababet icra ve herhangi surette olursa olsun hasta tedavi edebilmek için Türkiye Darülfünunu Tıp Fakültesinden diploma sahibi olmak...şarttır.*" denilmiştir. Tıp fakültesi diploması ise, tıbbi müdahalelerde bulunan kimsenin yeterli ve ilmi niteliklere sahip olduğunu gösteren belgedir.⁷⁸⁵ Tıp fakültesi diploması olmaksızın kimse tıbbi müdahalelerde bulunamaz.⁷⁸⁶ Doktorluk, Hemşirelik, Ebelik, Diş Hekimliği, Veterinerlik, Eczacılık Ve Mimarlık Eğitim Programlarının Asgari Eğitim Koşullarının Belirlenmesine Dair Yönetmelik'in 3.maddesine göre, tıp eğitimine kabul edilebilmek için asgari lise mezunu olmak gerekmekte olup, tıp eğitimi tıp fakültelerinde verilen asgari altı yıl ya da 5500 saatlik teorik ve pratik eğitimden oluşmaktadır.

Diğer taraftan tıp fakültesi diplomasına sahip olmak da tek başına hekimlik mesleğinin icrasına yeterli değildir. 1219 sayılı Kanunun 2.maddesi gereğince, tıp

⁷⁸² Hekim ve diğer sağlık çalışanlarından çalışması yasaklanmış olanlara, istisnalarına ve yaptırımlarına aşağıda detaylı olarak değinilecektir.

⁷⁸³ AYBAY, Rona: Yabancılar Hukuku, İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları, Yayın No:89, 2.Baskı, İstanbul 2007, s:175-176

⁷⁸⁴ Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 22.05.2000 tarih ve 8974 sayılı Genel Yazısı; Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 06.11.2003 tarih ve 20774 sayılı talimatı

⁷⁸⁵ BAYRAKTAR, Köksal: Hekimin Tedavi Nedeniyle Cezai Sorumluluğu, (Doktora Tezi), İstanbul Üniversitesi yayınları No:768, Hukuk Fakültesi Yayınları No:391, Sermet Matbaası, İstanbul 1972, s:112

⁷⁸⁶ Buna aykırı hareket edilmesi halinde, 1219 sayılı Kanunun 25.maddesine göre, **diploması olmadığı halde**, menfaat temin etmek amacıyla yönelik olmasa bile, hasta tedavi eden veya tabip unvanını takınan şahıs iki yıldan beş yıla kadar hapis ve bin güne kadar adli para cezası ile cezalandırılır.

fakültesi diplomasının muteber olması için Sağlık Bakanlığı'nca tasdik ve tescil edilmiş olması gerekmektedir.⁷⁸⁷ Gerçektende Sağlık Bakanlığı doktor bilgi bankası oluşturmuş bulunmaktadır.⁷⁸⁸ Tasdik ve tescil işleminin üniversite özerkliğini zedelemekle birlikte kurucu değil, bildirici bir işlem niteliğinde olduğu ifade edilmektedir.⁷⁸⁹

1219 sayılı Kanununun 4.maddesine göre; yabancı ülke tıp fakültelerinden mezun Türk hekimlerin Türkiye'de hekimlik yapabilmeleri için Sağlık Bakanlığı'ndan ve Üniversite Tıp Fakültesi Profesörler Kurulu'ndan seçilmiş bir jüri tarafından, kimliklerine bakıldıktan sonra, diplomalarının Türkiye tıp fakültesi ders programının ve öğrenim süresinin aynı veya benzeri bir fakülteden bütün sınav dönemleri geçirilerek alınıp alınmamış olduğu araştırılır. Bu koşullarda alınmış olduğu anlaşılan diplomalar kabul edilip, Sağlık Bakanlığı'nca onaylanarak kütüğe geçirilir ve sahiplerinin hekimlik yapmalarına izin verilir. Buna karşılık diploma bu şartlara uygun olmayan bir fakülteden alınmış ise, Türkiye tıp fakülteleri öğrenim süresine ve ders programlarına göre okumamış olanlar eksikliklerini tamamlamak üzere bir tıp fakültesinde okuyup staj gördükten sonra, tıp fakülteleri profesörlerinden oluşan bir kurul önünde sınava tabi tutulurlar. Sınavı başaranların hekimlik yapmalarına usulüne göre izin verilir.

1219 sayılı Kanun, önemli cerrahi müdahaleler için normal bir tıp fakültesi diplomasını yeterli saymayarak ayrıca uzmanlık diplomasını da aramaktadır. Tıpta

⁷⁸⁷ Sahte tıp fakültesi diplomaları ile hekimlik yapılmasına dair örnekler için bkz: "Ailesini Üzmemek İçin Sahte Doktor Olmuş", <http://www.medimagazin.com.tr/haber.php?id=50651>, Erişim:17.03.2008; "Sahte Doktora Teşekkür Belgesi", <http://www.milliyet.com.tr/default.aspx?aType=HaberDetay&ArticleID=505204>, Erişim:17.03.2008; "Devlet Gebze'ye Sahte Doktor Atadı", http://www.sonsayfa.com/news_detail.php?id=67004, Erişim:17.03.2008

⁷⁸⁸ Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde yer alan Türkiye Sağlık Bilgi Sistemi/e-Sağlık Projesi kapsamında reçete, e-Reçete ve diğer işlemlerde kullanılması amacıyla, Ulusal Doktor Veri Tabanı/Doktor Bilgi Bankası oluşturulmuştur. Doktor Bilgi Bankası veri tabanına, Türkiye'deki tüm sağlık kurumlarında çalışan Uzman Hekim, Pratisyen Hekim ve Diş Hekimlerinin, belirlenen veri modelindeki başlıklar altında verileri girilmiş, güvenlik ve gizlilik ilkeleri çerçevesinde, mevcut veri tabanındaki kimlik ve eğitim bilgilerinden bazıları ekrana getirilmeden Sağlık Bakanlığı web sitesindeki (www.saglik.gov.tr) web uygulamaları bölümü altında bulunan **Doktor Bilgi Bankası** linkinden ya da <http://sbu.saglik.gov.tr/drBank/> adresinden T.C. Kimlik Numarasına göre sorgulama imkanı sunulmuştur.

⁷⁸⁹ BAYRAKTAR, Köksal: Hekimin Tedavi Nedeniyle Cezai Sorumluluğu, (Doktora Tezi), İstanbul Üniversitesi yayınları No:768, Hukuk Fakültesi Yayınları No:391, Sermet Matbaası, İstanbul 1972, s:114

uzmanlık 2547 sayılı Kanununun (3/t-3) maddesine göre, Sağlık Bakanlığı tarafından düzenlenen esaslara göre yürütülen ve tıp doktorlarına belirli alanlarda özel yetenek ve yetki sağlamayı amaçlayan bir yükseköğretimdir. Uzman hekim ise Tıpta Uzmanlık Tüzüğü'nün (2/h) maddesine göre, Tüzüğe ekli Çizelgede yer alan tıbbi uzmanlık dallardan birinde uzmanlık eğitimini tamamlayarak o dalda sanatını uygulama hakkı ve uzmanlık unvanını kullanma yetkisi kazanmış olanlardır. Tıpta Uzmanlık Tüzüğü'nün 30. maddesine göre de, “*Uzmanlık belgesi alan tabipler ...kamu ve özel sektöre ait klinik, enstitü, laboratuvar veya diğer sağlık kurumlarında uzmanlıkları ile ilgili tıbbi faaliyette bulunmak ve mesleklerini serbest olarak uygulamak yetkisine sahiptirler...*”

1219 sayılı Kanununun 3.maddesi birinci fıkrasına göre, “... *hekim diploması ile cerrahi veya alt dallarında uzman olduğuna dair... gerekli belgeleri olmayan hiçbir kimse cerrahi ameliye yapamaz. Küçük cerrahi ameliyeleri her hekim yapabilir...*”^{790,791} Ayrıca, Sağlık Bakanlığı'nca açılan ve yönetilen okullardan mezun olan sağlık memurları ve bu okullara eşdeğer okullardan mezun olup mezuniyet belgeleri Sağlık Bakanlığı'nca onaylanıp kayıt edilenler - yönetmeliklerinde yazılı olanlar ile sınırlı kalma koşulu ile- küçük ameliyeleri yapabilir. Nitelik ve koşulları bu kanunla saptanmış olan sünnetçiler sünnet ameliyesini yapabilirler. 1219 sayılı Kanununun 3.maddesi ikinci fıkrası gereğince de, “*Acil tıbbi yardım ve bakım ile sınırlı kalmak ve Sağlık Bakanlığınca çıkarılacak yönetmeliğinde belirtilmek kaydıyla acil tıp teknikerleri ile acil tıp teknisyenleri hastaya müdahale edebilir, bu hususta lazım gelen iş ve işlemleri yapabilirler...*”

Öte yandan 2007 yılı “**Sosyal Güvenlik Kurumu Özel Sağlık Kurumundan/Kuruluşundan Sağlık Hizmeti Satın Alma Sözleşmesi**”nin (3.1.6)

⁷⁹⁰ Hekimlerden başka ebe, hemşire ve toplum sağlığı bölümü mezunu sağlık memurlarınca açılabilen sağlık kabinlerinde de adı geçen sağlık personeline “her türlü pansuman ve küçük cerrahi müdahale, sünnet vb.” yapılabilmesine izin verildiğini söyleyelim.(Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 25.03.1997 tarih ve 6091(1997/3) sayılı Genelgesi)

⁷⁹¹ Gerçektende, 1219 sayılı Kanununun 23.maddesine göre, genel ve lokal anesteziyi gerektiren büyük ameliyaların biri uzman en az iki hekim tarafından yapılması zorunludur. Benzer biçimde, 3153 sayılı Radyoloji, Radyom ve Elektrikle Tedavi ve Diğer Fizyoterapi müesseseleri Hakkında Kanun'un 2.maddesine göre, bu gibi teşhis ve tedavi kurumları, yalnız uzmanlık belgesi almış hekimler tarafından açılacaktır. Dahası Ağız Diş Çene Hastalıkları ve Cerrahisi dalında doktora yapmış diş hekimleri bile kimi cerrahi girişimleri yapamamaktadır.(Sağlık Bakanlığı Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü'nün 02.10.2006 tarih ve 5258 sayılı yazısı)

maddesine göre de; sözleşmeyi imzalamış özel sağlık kurumları/kuruluşları, kapsamdaki kişilere hizmet verebilmek için öngörülen *uzman hekimleri*⁷⁹² bulundurmak zorundadır. Kurumla sözleşme yapan özel sağlık kurum ve kuruluşları, ruhsat veya faaliyet izin belgelerinde yer alan branşlarda *65 yaşını doldurmamış*⁷⁹³ en az bir tam zamanlı uzman hekim bulundurmaya taahhüt ederler. Ancak, özel tıp merkezlerinde ruhsata esas zorunlu dört ana branştan en fazla iki branşta yarı zamanlı uzman hekim çalışabilir. Öte yandan ilgili branşta hizmet veren en az bir tam zamanlı uzman hekim bulunması durumunda, hastalara aynı branştaki yarı zamanlı hekimlerce verilen sağlık hizmetleri bedelleri de SGK tarafından ödenecektir.

I .1 .1 .2 .2 .3 – Tabip Odasına Kayıtlı Bulunmak

Hekimlik mesleğini icra edebilmek için aranan üçüncü koşul tabip odasına kayıtlı bulunmaktır. Tabip odaları ise, mesleki görevler ve kanunlarda yer almış kurallara hekimlerin uyup uymadıklarını denetleyen, meslek içi disiplini sağlayan, mesleki dayanışma ve gelişmeyi gerçekleştiren bir meslek kuruluşudur.⁷⁹⁴

6023 sayılı Türk Tabipleri Birliği Kanunu'nun 7.maddesi birinci fıkrasına göre, *“Bir tabip odası sınırları içinde sanatını serbest olarak icra eden tabipler bir ay içinde o il veya bölge tabip odasına üye olmak ve üyelik görevlerini yerine getirmekle yükümlüdürler.”* Daha önce her hekim için tabip odalarına üye olma

⁷⁹² SGK; sözleşme yapabilmek için özel sağlık kurum ve kuruluşlarının “uzman hekim” bulundurmasını şart koşmak suretiyle, deyim yerinde ise “parayı veren düdüğü çalar” misali çıtayı biraz daha yükseltmektedir.

⁷⁹³ Buradaki, “65 yaşını doldurmamış” ibaresinin; sağlık mevzuatına göre, “...bütün kamu ve özel sağlık kurumlarının/kuruluşlarının tesis, hizmet ve personel kıstaslarını belirlemeye yetkili olan Sağlık Bakanlığı'nca, özel hastanelerin, tıp merkezlerinin ve özel dal merkezlerinin bünyesinde bulundurulması gerekli uzmanlık dalları ile uzmanlık dallarında çalıştırılacak hekimlerin sayısı, çalışma saatleri(tam veya yarı zamanlı) ve niteliği(uzman hekim olma) belirlenmiş olup, sözü edilen mevzuatta, 65 yaşından büyük hekimlerin özel sağlık kurumunda/kuruluşunda istihdam edilemeyeceği ve bu hekimlerce sağlık hizmeti verilemeyeceği yönünde bir sınırlama yer almamıştır” ve düzenleme, “... kişilerin Anayasa ile güvence altına alınmış olan çalışma hak ve özgürlüklerini sınırladığı gibi yasal dayanağı da bulunmamaktadır.” denilerek 15.12.2007 tarihinden geçerli olmak üzere yürütmesinin durdurulmasına karar verilmiştir.(Danıştay 10. Dairesi, 06.11.2007, E:2007/5066)

⁷⁹⁴ BAYRAKTAR, Köksal: Hekimin Tedavi Nedeniyle Cezai Sorumluluğu, (Doktora Tezi), İstanbul Üniversitesi yayınları No:768, Hukuk Fakültesi Yayınları No:391, Sermet Matbaası, İstanbul 1972, s:119

zorunluluğu varken, bu koşul 1980 sonrasında sadece serbest hekimler için zorunlu kılınmıştır.⁷⁹⁵

6023 sayılı Kanununun 7.maddesi ikinci fıkrasına göre ise, “*Mesleklerini serbest olarak icra etmeksizin kamu kurum ve kuruluşları ile kamu iktisadi teşebbüslerinde asli ve sürekli görevlerde çalışanlar ile herhangi bir sebeple mesleğini icra etmeyenler tabip odalarına üye olabilirler.*” Yani serbest çalışan hekimlerin dışındakilerin tabip odalarına üye olmaları zorunlu olmayıp tercihlerine bırakılmıştır.

Şu halde, muayenehane, özel poliklinik, özel tıp merkezi, özel hastane, her türlü özel laboratuvar vb. sağlık kurum ve kuruluşlarında serbest hekimlik yapan her hekim bir ay içinde ilgili tabip odasına üye olmak zorundadır. Yalnızca kamu kuruluşlarında çalışan hekimler için üyelik isteğe bağlı olup, askeri kurumlarda hekimlik yapanlar tabip odalarına üye olamazlar.

Bununla birlikte özel sağlık kurum ve kuruluşlarında istihdam edilecek hekimler için Sağlık Bakanlığı’na istenen belgeler arasında “ilgili tabip odasına üye olduğuna dair belge” *genelde* istenmemektedir.⁷⁹⁶ Örneğin; Özel Hastaneler Yönetmeliği’nin (13/1-8) ve (16/e) maddeleri gereğince özel hastanede mesul müdür/mesul müdür yardımcısı olarak görevlendirilecek hekimin “*ilgili tabip odasına kayıtlı olması*” aranan şartlardan birisi iken diğer hekimler için bu koşul aranmamaktadır. Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik kapsamındaki özel tıp merkezleri ile özel polikliniklerde ise ne mesul müdür hekim için ne de diğer hekimler için tabip odasına kayıtlı olma şartı aranmamaktadır.⁷⁹⁷ Öte yandan, Akupunktur Tedavisi Uygulanan Özel Sağlık

⁷⁹⁵ ÖZDEMİR, Hayrünnisa: Özel Hukukta Teşhis ve Tedavi Sözleşmesi, Yetkin Yayınları, Ankara 2004, s:47; YAVUZ İPEKYÜZ, Filiz: Türk Hukukunda Hekimlik Sözleşmesi, Vedat Kitapçılık, İstanbul 2006, s:19

⁷⁹⁶ SGK ise sözleşme yaptığı özel sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışacak olan hekimleri ilgili tabip odalarıyla ilişkilendirmektedir. Örneğin; 2007 yılı “*Sosyal Güvenlik Kurumu Özel Sağlık Kurumundan/Kuruluşundan Sağlık Hizmeti Satın Alma Sözleşmesi*”nin eki(ek 2) “sözleşme yapmak için aranan belgeler formu”nda, özel sağlık kurumunda/kuruluşunda çalışacak hekimlere ilişkin aranan belgeler arasında, “hekimin muayenehanesi olup olmadığına veya başka bir özel sağlık kurumunda/kuruluşunda çalışıp çalışmadığına dair tabip odasından alınacak belgenin aslı”da bulunmaktadır.

⁷⁹⁷ Belirtelim ki; 09.03.2000 tarih ve 23988 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmış olan eski Yönetmeliğin (10/1) maddesinde, sağlık kuruluşunda(özel tıp merkezi, özel dal merkezi ve özel

Kuruluşları İle Bu Tedavinin Yapılması Hakkında Yönetmeliğin (10/e) maddesinde ise, “*özel sağlık kuruluşunda akupunktur uygulayacak hekimlerin bölge tabip odasına kayıtlı olduğunu bildirir belgenin örneği veya kimlik fotokopisi*”, sağlık kuruluşu bünyesinde akupunktur tedavisi yapılması için başvuruda istenen belgeler arasında sayılmıştır.

I .1 .1 .2 .2 .4 – Hekimlik Mesleğinin İcrasına Engel Hali Bulunmamak

I .1 .1 .2 .2 .4 .1 – Geçici Engel Halinin Bulunmaması

Hekimler, mesleklerini icradan “geçici” veya “sürekli” olarak men edilebilirler. Hekimlik mesleğinin yürütülmesini geçici olarak engelleyen hal, hekime haysiyet divanı tarafından meslek icrasından men cezası verilmesi ve bu cezanın Yüksek Haysiyet Divanı tarafından onaylanması sonucu kesinleşmesidir. 6023 sayılı Kanunun (39/I-c) maddesine göre, Haysiyet Divanı, yükümlülüklerine aykırı hareket eden hekimler için 15 günden 6 aya kadar geçici olarak meslekten men cezası verebilir. 6023 sayılı Kanunun (39/I-d) maddesine göre ise, bir mıntıkada üç defa sanat icrasından men cezası almış olanlar, o mıntıkada çalışmaktan men edilirler. Kanunun (40/II) maddesi gereğince, her iki ceza da, kendiliğinden Yüksek Haysiyet Divanının denetimine tabidir ve onun tasdiğiyle kesinleşir. Öte yandan 6023 sayılı Kanunun (49/I) maddesine göre, “*Memur olsun, serbest olsun Yüksek Haysiyet Divanı kararı ile geçici olarak sanat icrasından men edilen azalar, hiçbir suretle sanatlarını icra edemeyecekleri gibi hasta kabul ettikleri yerler kapatılır.*”

I .1 .1 .2 .2 .4 .2 – Sürekli Engel Halinin Bulunmaması

Hekimlik mesleğinin icrasını sürekli engelleyen haller ise, 23.01.2008 tarihli ve 5728 sayılı Kanunun 25.maddesi ile değişik 1219 sayılı Kanunun 28. maddesinde düzenlenmiştir. Buna göre, “**Hekimlik mesleğinin icrası için; Türk Ceza Kanununun 53. maddesinde belirtilen süreler geçmiş olsa bile; kasten işlenen bir suçtan dolayı beş yıl veya daha fazla süreyle ya da devletin güvenliğine karşı suçlar, Anayasal**

poliklinikte) çalışacak bütün hekim ve dış hekimleri için bağlı oldukları meslek kuruluşu tarafından düzenlenmiş, meslek kuruluşuna kayıtlı olduklarını bildirir belgenin veya meslek odası kimlik kartının mesul müdür tarafından onaylı bir örneği kuruluş başvurusunda aranan belgelerden biriydi. Artık bu belgenin aranmadığı anlaşılmaktadır.

düzene ve bu düzenin işleyişine karşı suçlar, milli savunmaya karşı suçlar, devlet sırlarına karşı suçlar ve casusluk, kamunun sağlığına karşı suçlar, zimmet, irtikâp, rüşvet, hırsızlık, dolandırıcılık, sahtecilik, güveni kötüye kullanma, hileli iflas, ihaleye fesat karıştırma, edimin ifasına fesat karıştırma, suçtan kaynaklanan malvarlığı değerlerini aklama veya kaçakçılık suçlarından hapis cezasına mahkûm olmamak gerekir.

*İcrayı sanat etmesine mani ve gayrikabili şifa bir marazı aklı ile malul olduğu bilimuaylene tebeyyün eden tabipler, Sağlık Bakanlığının teklifi ve Sağlık Bakanlığı Yüksek Disiplin Kurulu kararıyla **icrayı sanattan menolunur ve diplomaları geri alınır.***⁷⁹⁸

Belirtilen cezalar nedeniyle hekimin meslek icrasının yasaklanması ise yerinde bulunmamıştır. *“Hekimin meslekten icrasını gerektirebilecek ‘ağır hapis, beş seneden fazla hapis ve kamu hizmetlerinden yasaklılık’ cezalarından mahkum olma ile hekimlik mesleğinin yerine getirilmesi arasında bir ilişkinin bulunduğu şüphelidir. Kanuna göre hareket edilirse, örneğin siyasal düşüncelerinden dolayı ağır hapis cezasına mahkum edilmiş bir hekim meslekten sürekli olarak çıkarılabilecektir; bu durumda siyasal düşüncelerle hekimliğin icrası arasındaki bağlantıyı kurabilmek güçtür.*⁷⁹⁹

I .1 .1 .3 - Dış Hekimliği Yapabilmenin Koşulları

I .1 .1 .3 .1 - Türk Vatandaşı Olmak

Dış hekimliğinin icrası genel olarak hekimler ile benzerlik taşımakla birlikte 1219 sayılı Kanun ikinci bölümündeki 29-46 maddelerinde ayrıca düzenlenmiştir. Kanunun 29.maddesine göre, *“Dışçılık sanatı; dişlerin, diş etleri ile esnanın tedavisi ve dişlerin ikmal ve ıslahına ait ameliyelerin icrasına münhasırdır.”*

⁷⁹⁸ Belirtelim ki; meslekten sürekli alıkonma cezası alan hekimlerin ceza süresince mesleğini herhangi bir şekilde yaptıklarının tespiti halinde ise, 1219 sayılı Kanunun 42.maddesi uyarınca 500.- Türk Lirasından 5.000.- Türk Lirasına kadar idari para cezası uygulanır.

⁷⁹⁹ BAYRAKTAR, Köksal: Hekimin Tedavi Nedeniyle Cezai Sorumluluğu, (Doktora Tezi), İstanbul Üniversitesi yayınları No:768, Hukuk Fakültesi Yayınları No:391, Sermet Matbaası, İstanbul 1972, s:121

Hekimler gibi Kanununun 30.maddesine göre, “*Türkiye Cumhuriyeti dahilinde dişçilik sanatını icra ve diş tabibi ünvanını taşıyabilmek için Türk...olmak lazımdır.*” Şu halde Türk vatandaşı olmayanlar bağımlı ya da bağımsız olarak diş hekimliği mesleğini ülkemizde icra edemeyeceklerdir. Bu husus, hekimlik yapabilmenin koşulları bahsinde yukarıda açıklandığından burada ayrıca açıklamaya gerek duyulmamıştır.

I .1 .1 .3 .2 – Diş Hekimliği Fakültesi Diplomasına Sahip Olmak

Diş hekimliği mesleğinin icra edilebilmesi için aranan ikinci koşul ise tıp diş hekimliği fakültesi diplomasına sahip olmaktır. 1219 sayılı Kanununun 30.maddesinde de, “*“Türkiye Cumhuriyeti dahilinde dişçilik sanatını icra ve diş tabibi ünvanını taşıyabilmek için ... Türkiye Darülfünununun Dişçi Mektebinden diploma almak lazımdır.”* denilmiştir. Diş hekimliği fakültesi diploması olmayanlar dişçilik sanatını icra edemezler⁸⁰⁰. Belirtelim ki, 1219 sayılı Kanununun 34.maddesi gereğince, diş hekimlerinin dışında “hekimlerin” de diş çekmek ve dişler üzerinde tıbbi müdahalede bulunmak ve diş etlerine ilişkin her çeşit tedaviyi yapmaya yetkileri bulunmakla birlikte doğrudan doğruya dişçilik yapmak isteyenlerin, en az bir yıl devam etmek suretiyle diş hekimliği fakültesinden verilmiş bir ruhsatının bulunması gerekmektedir.

Doktorluk, Hemşirelik, Ebelik, Diş Hekimliği, Veterinerlik, Eczacılık Ve Mimarlık Eğitim Programlarının Asgari Eğitim Koşullarının Belirlenmesine Dair Yönetmelik’in 6.maddesine göre, temel diş hekimliği eğitime kabul edilebilmek için asgari lise mezunu olmak gerekmekte olup, temel diş hekimliği eğitimi bir üniversitede tam gün üzerinden en az beş yıllık teorik ve pratik eğitimden oluşmaktadır. Uzman diş hekimi ise Tıpta Uzmanlık Tüzüğü’nün (2/h) maddesine göre, Tüzüğe ekli Çizelgede yer alan diş hekimliği ile ilgili uzmanlık dallarından birinde uzmanlık eğitimini tamamlayarak o dalda sanatını uygulama hakkı ve uzmanlık ünvanını kullanma yetkisi kazanmış olanlardır. Tıpta Uzmanlık

⁸⁰⁰ Buna aykırı hareket edilmesi halinde, 1219 sayılı Kanununun 41.maddesine gereğince, kişisel çıkar amacı olmasa bile **diplomatsız olarak** diş hekimliği mesleğine ilişkin herhangi bir muayene veya müdahale yapan, diş hekimliği klinik hizmetleri ile ilgili işyeri açanların meslek icraları durdurulur. Bu kişiler hakkında üç yıldan beş yıla kadar hapis ve bin güne kadar adli para cezasına hükmolunur.

Tüzüğü'nün 30. maddesine göre de, *“Uzmanlık belgesi alan ... dış tabipleri kamu ve özel sektöre ait klinik, enstitü, laboratuvar veya diğer sağlık kurumlarında uzmanlıkları ile ilgili tıbbi faaliyette bulunmak ve mesleklerini serbest olarak uygulamak yetkisine sahiptirler...”*

Diğer taraftan, yabancı ülkelerdeki dış hekimliği fakültelerinden diplomalı Türk dış hekimlerine de ülkemizde mesleklerini icra edebilmelerine izin verilebilmektedir. Bu husus 1219 sayılı Kanununun 31.maddesinde düzenlenmiştir. Buna göre; *yabancı memleketlerdeki dış hekim mekteplerinden* izinli Türk dış hekimlerinin Türkiye'de sanatlarını yapabilmeleri için Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığında ve Üniversite Tıp Fakültesi Profesörler Meclisinden ve Dış Hekimi Mektebi profesörlerinden seçilmiş bir jüri heyeti tarafından hüviyetlerine bakıldıktan sonra diplomalarının Türkiye Dış Hekimi Mektebi ders programının ve öğrenim süresinin aynı veya benzeri bir mektepten bütün sınav devreleri geçirilerek alınıp alınmamış olduğu araştırılır. Bu şartlarda alınmış olduğu anlaşılan diplomalar kabul edilip Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığınca onaylanarak kütüğe geçirilir ve iyelerinin sanat yapmalarına izin verilir. Bu şartlara uygun olarak alınmamış diplomaların üyeleri Dış Hekimi Mektebi profesörleri karşısında ve Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığında gönderilecek bir işyar da bulunduğu halde teori ve pratikten bir sınav geçirirler. Bu sınavın şekli Sağlık ve Sosyal Yardım ve Kültür Bakanları tarafından beraberce kararlaştırılır. Ancak Türkiye'de Dış Hekimi Mektebi Ders programlarına ve öğrenim süresine göre okumamış olanlar eksiklerini tamamlamak üzere Dış Hekimi Mektebinde okuduktan ve staj gördükten sonra sınava girerler. Sınavları başaranların sanat yapmalarına usulüne göre izin verilir.

I .1 .1 .3 .3 – Dış Hekimleri Odasına Üye Bulunmak

Dış hekimlerinin de-özellikle serbest çalışan- ilgili dış hekimleri odasına kayıtlı olmaları gerekmektedir. 3224 sayılı Türk Dış Hekimleri Birliği Kanunu'nun 17. maddesi birinci fıkrasına göre, *“Bir Oda sınırları içinde sanatını serbest olarak icra etmeye başlayan dış hekimleri bir ay içinde o il veya bölge Odasına üye olmak ve üyelik görevlerini yerine getirmekle yükümlüdürler.”* Aynı kanun maddesinin dördüncü fıkrasına göre de, serbest çalışacak olan dış hekimleri ilgili dış hekimleri odasına kaydolmadıklarında meslek ve sanatlarını serbest olarak icra edemezler.

3224 sayılı Kanununun 17.maddesi ikinci fıkrasına göre ise, “*Mesleklerini serbest olarak icra etmeksizin kamu kurum ve kuruluşları ile kamu iktisadi teşebbüslerinde asli ve sürekli görevlerde çalışan diş hekimleri ile herhangi bir sebeple mesleğini icra etmeyenler istedikleri takdirde Odaya üye olabilirler.*” Yani serbest çalışan hekimlerin dışındakilerin tabip odalarına üye olmaları zorunlu olmayıp tercihlerine bırakılmıştır.

Şu halde, muayenehane, özel poliklinik, özel tıp merkezi, özel hastane, her türlü özel laboratuvar vb. sağlık kurum ve kuruluşlarında serbest hekimlik yapan her hekim bir ay içinde ilgili diş hekimi odasına üye olmak zorundadır. Yalnızca kamu kuruluşlarında çalışan hekimler için üyelik isteğe bağlıdır. Gerçekten de, Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmeliğin (7/j) maddesine göre, özel ağız ve diş sağlığı merkezi/polikliniği ile özel ağız ve diş sağlığı muayenehanesi/müşterek muayenehanesi açılışı sırasında, başvuru evrakı arasında, askeri hekimler hariç, “*sağlık kuruluşunda çalışan diş hekiminin odaya kayıtlı olduğuna dair oda kayıt belgesi*” de istenmektedir.

I .1 .1 .3 .4 – Diş Hekimliği Mesleğinin İcrasına Engel Hali Bulunmamak

I .1 .1 .3 .4 .1 – Geçici Engel Halin Bulunmaması

Diş hekimlerinin mesleklerini icradan geçici olarak uzaklaştırılmaları 3224 sayılı Kanununun (44/d) maddesinde düzenlenmiştir. Uygulamanın detayları ve nasıl yürütüleceği ise *Türk Diş Hekimleri Birliği ve Diş Hekimleri Odalarının Disiplin Yönetmeliği*'nin⁸⁰¹ 5 ve 9.maddelerinde gösterilmiştir. Buna göre, diş hekiminin geçici olarak meslekten uzaklaştırılması, oda bölgesinde bir aydan altı aya kadar serbest meslek uygulamasından alıkonulmasıdır.

3224 sayılı Kanununun 44.maddesi birinci fıkrasında; diş hekimliği vakar ve onuruna veya meslek düzen ve geleneklerine uymayan fiil ve hareketlerde bulunanlar ile mesleğini gereği gibi uygulamayan veya kusurlu olarak uygulayan veyahut görevin gerektirdiği güveni sarsıcı davranışlarda bulunan meslek mensupları hakkında, fiil ve hareketin niteliği ve ağırlık derecesine göre uyarma, kınama para

⁸⁰¹ 25.03.2001 tarih ve 24353 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

cezası, meslekten geçici ve sürekli men disiplin cezalarının uygulanacağı, beşinci fıkrasında da, disiplin cezalarını gerektiren fiiller ve bu fiillere uygulanacak disiplin cezalarının ise Yönetmelikte gösterileceği ifade edilmiştir.⁸⁰²

Buna göre meslekten geçici men cezasını gerektiren fiil ve haller Türk Dış Hekimleri Birliği ve Dış Hekimleri Odalarının Disiplin Yönetmeliği'nin 9.maddesinde düzenlenmiştir. Burada sözü edilen fiillerin varlığı halinde meslekten geçici men cezasının uygulanması halinde, Yönetmeliğin 5.maddesi gereğince geçici meslekten alıkonma ile ilgili kararlar, dış hekiminin muayenehanesinin kapısına, toplu muayenehane, poliklinik gibi birden fazla hekim veya dış hekiminin birlikte çalıştığı özel sağlık kuruluşlarında ise dış hekiminin dış sağlığı hizmeti verdiği birimde mühürlenmiş girişin yanına asılır ve ceza süresince asılı kalır.

I .1 .1 .3 .4 .2 – Sürekli Engel Halin Bulunmaması

Dış hekiminin meslekten sürekli alıkonulması hem 3224 sayılı Kanunda hem de 1219 sayılı kanunda düzenlenmiş bulunmaktadır. 3224 sayılı Kanunun (44/e) maddesi ve Yönetmeliğin 10.maddesi uyarınca, oda bölgesinde iki kez serbest meslek uygulamasından geçici men cezası almış olan dış hekimlerine, yine oda bölgesinde sürekli olarak serbest meslek uygulamasından men cezası verilir.

23.01.2008 tarih ve 5728 sayılı Kanunun 29.maddesi ile değişik 1219 sayılı Kanunun 45.maddesi uyarınca da dış hekimlerinin meslekten sürekli men edilmemiş olmaları gerekmektedir. Şöyle ki, *“dış hekimliği mesleğinin icrası için; Türk Ceza Kanununun 53.maddesinde belirtilen süreler geçmiş olsa bile; kasten işlenen bir suçtan dolayı beş yıl veya daha fazla süreyle ya da devletin güvenliğine karşı suçlar, Anayasal düzene ve bu düzenin işleyişine karşı suçlar, milli savunmaya karşı suçlar, devlet sırlarına karşı suçlar ve casusluk, kamunun sağlığına karşı suçlar, zimmet, irtikâp, rüşvet, hırsızlık, dolandırıcılık, sahtecilik, güveni kötüye kullanma, hileli iflas, ihaleye fesat karıştırma, edimin ifasına fesat karıştırma, suçtan kaynaklanan malvarlığı değerlerini aklama veya kaçakçılık suçlarından hapis cezasına mahkum olmamak gerekir.*

⁸⁰² Daha öncede değinildiği üzere, sağlık mevzuatında suç ve suça esas fiillerin Yönetmelikte düzenlenmesi uygulamasına burada da rastlamaktayız. Bu husus ileride “kanunsuz suç ve ceza olmaz” ilkesi çerçevesinde tartışılmıştır.

İcrayı sanata mani ve gayri kabili şifa bir marazı akli ile malul olduğu bilmuayene tebeyyün eden dış tabibi ve dışçiler, Sağlık Bakanlığının teklifi ve Sağlık Bakanlığı Yüksek Disiplin Kurulu kararıyla icrayı sanattan menolunur ve diploma veya ruhsatnameleri geri alınır.”⁸⁰³

Belirtelim ki; Türk Dış Hekimleri Birliği ve Dış Hekimleri Odalarının Disiplin Yönetmeliği'nin 5.maddesine göre de, geçici meslekten alıkonma cezası alanlar ceza süresince ve sürekli meslekten alıkonma cezası alanlar ise sürekli olarak ceza aldıkları oda bölgesinde herhangi bir şekilde serbest dış hekimliği yapamazlar. Meslekten sürekli veya geçici alıkonma cezası alanların var ise muayenehaneleri ve dış hekimi toplu muayenehane, poliklinik ve benzeri adlar altındaki özel sağlık kuruluşlarında çalışıyorlar ise bu kuruluştta kendilerine münhasıran tahsis edilmiş olan hizmet verdiği birimler mühürlenerek kapatılır.

I .1 .1 .4 - Hemşirelik Yapabilmenin Koşulları

Sağlık hizmetlerinde temel insan gücü olarak tanımlanan hemşireler, 5634 sayılı Kanunun⁸⁰⁴ 3.maddesi ile değişik 6283 sayılı **Hemşirelik Kanunu**'nun⁸⁰⁵ 4.maddesine göre; “...tabip tarafından acil haller dışında yazılı olarak verilen tedavileri uygulamak, her ortamda bireyin, ailenin ve toplumun hemşirelik girişimleri ile karşılanabilecek sağlıkla ilgili ihtiyaçlarını belirlemek ve hemşirelik tanılama süreci kapsamında belirlenen ihtiyaçlar çerçevesinde hemşirelik bakımını planlamak, uygulamak, denetlemek ve değerlendirmekle görevli ve yetkili sağlık personelidir. Ayrıca aile hekimliği uygulamasına ilişkin kanun hükümleri ile bu Kanuna dayanılarak yürürlüğe konulan mevzuattaki görevleri de yaparlar...”⁸⁰⁶

6283 sayılı Kanunun 3.maddesine göre, “Türkiye’de hemşirelik mesleğini bu Kanun hükümleri dahilinde hemşire unvanı kazanmış Türk vatandaşı hemşirelerden

⁸⁰³ Meslekten geçici veya sürekli alıkonma cezası alan dış hekimlerinin ceza süresince mesleğini herhangi bir şekilde yaptıklarının tespiti halinde ise, 1219 sayılı Kanunun 42.maddesi uyarınca 500.- Türk Lirasından 5.000.- Türk Lirasına kadar idari para cezası uygulanır

⁸⁰⁴ 02.05.2007 tarih ve 26510 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

⁸⁰⁵ 02.03.1954 tarih ve 8647 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

⁸⁰⁶ Hemşirelerin bu kapsamdaki çalışma alanlarına, pozisyonlarına ve eğitim durumlarına göre görev, yetki ve sorumlulukları bir Yönetmelik ile düzenlenecek olmasına rağmen, Sağlık Bakanlığı “Hemşirelik Hizmetleri Yönetmeliği Taslağı” çalışmalarını yapmakla birlikte henüz sözü edilen Yönetmeliği yayımlamamıştır. (http://www.bsm.gov.tr/duyuru/docs/Y_Calismasi.pdf; Erişim:12.12.2007)

başka kimse yapamaz.” Düzenleme 1219 sayılı Kanundaki hekim ve diş hekimini mesleğini icra etmede aranan “Türk vatandaşı” olmak şartı ile paralellik taşımaktadır. Şu halde yabancılar ülkemizde hemşirelik mesleğini özel ya da kamu sağlık kuruluşlarında icra edemeyeceklerdir.⁸⁰⁷ Öte yandan hemşire olma açısından artık cinsiyetin kız olması şeklinde bir ayırım da bulunmamaktadır. Erkekler de hemşire olabileceklerdir.

Öte yandan hemşirelik mesleğini yapabilmek için hemşirelik diplomasına sahip olmak ve diplomanın da Sağlık Bakanlığı’na tescil edilmesi gerekmektedir. Bu husus 6283 sayılı Kanunun 1.maddesinde şu şekilde açıklanmıştır: *“Türkiye’de üniversitelerin hemşirelik ile ilgili lisans eğitimi veren fakülte ve yüksek okullarından mezun olan ve diplomaları Sağlık Bakanlığınca tescil edilenler ile öğrenimlerini yurt dışında hemşirelik ile ilgili, Devlet tarafından tanınan bir okulda tamamlayarak denklikleri onaylanan ve diplomaları Sağlık Bakanlığınca tescil edilenlere Hemşire unvanı verilir.”*⁸⁰⁸

6283 sayılı Kanunun 8.maddesine göre, lisans mezunu hemşireler meslekleriyle ilgili lisansüstü eğitim alarak uzmanlaştıktan ve diplomaları Sağlık Bakanlığı’na tescil edildikten sonra *uzman hemşire* olarak çalışırlar. Hemşireler meslekleri ile ilgili olan özellik arz eden birim ve alanlarda belirlenecek esaslar çerçevesinde Enfeksiyon Kontrol Hemşireliği Programı Sertifikası, Diyabet Eğitim Hemşireliği Programı Sertifikası, Evde Bakım Hemşireliği Programı Sertifikası, Hemodiyaliz Hemşireliği Sertifikası, Kanseri Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Hemşireliği Programı Sertifikası gibi yetki belgesi alırlar.⁸⁰⁹

1219 sayılı Kanunun 63-68. maddeleri arasında düzenlenen **“hastabakıcı hemşirelerin”** yukarıda açıklamaya çalıştığımız 6283 sayılı Kanun kapsamındaki

⁸⁰⁷ Belirtelim ki, yabancıların ülkemizde hemşirelik yaptıklarının tespiti halinde, 5728 sayılı Kanunun 175.maddesi ile değişik 6283 sayılı Kanunun 11.maddesi gereğince bunlara, mahalli mülki amir tarafından 100.-Türk Lirası idari para cezası verilir.

⁸⁰⁸ Öte yandan, 5728 sayılı Kanun ile 6283 sayılı Kanuna eklenen geçici 2.madde ile, hemşirelik eğitimine eşdeğer sağlık memurluğu programlarından mezun olanlara hemşire olarak çalışma imkanı getirildiği gibi üniversitelerin hemşirelik programlarında ülke ihtiyacını karşılayacak yeterli kontenjan oluşturulmak üzere 5 yıl süre ile sağlık meslek liselerinin hemşirelik ve hemşireliğe eşdeğer sağlık memurluğu programlarına öğrenci alınmasına devam edilmesi ve bu programlardan mezun olanlara da yine hemşire unvanı verilmesi kararlaştırılmıştır.

⁸⁰⁹ http://www.bsm.gov.tr/duyuru/docs/Y_Calismasi.pdf; Erişim:12.12.2007

“hemşireler” ile bir bağlantısı bulunmamaktadır. Hastabakıcı hemşireler ifadesi ile esas olarak kastedilen hastabakıcılık işini yapanlardır. 1219 sayılı Kanunun 63.maddesine göre hastabakıcılık işini, hastabakıcılık mekteplerinden mezun veya resmi hastanelerden verilmiş vesikaları bulunmayan ve “*Türk olmayan kadınlar*” yapamazlar.⁸¹⁰ Dahası hastabakıcılık vesikalarının geçerli olabilmesi için Sağlık Bakanlığı’na tasdik ve tescil edilmiş olması gerekmektedir.

I .1 .1 .5- Ebelik Yapabilmenin Koşulları

1219 sayılı Kanunun 51.maddesine göre ebeler, gebelerin muayenesi ve izlenmesi ile doğumda kimi basit müdahale yardımlarda bulunur. Hekimin yetki alanına giren tıbbi müdahalelerde bulunamazlar. Ebelerin çiçek aşısı yapmaları da mümkündür. 1219 sayılı Kanunun 52.maddesindeki yasaklama gereğince ebeler reçete yazamazlar.

Ülkemizde ebelik yapabilmek için de 1219 sayılı Kanunun 47.maddesine göre, “...*Türk olmak ve Tıp Fakültesi Kabile Mektebinden veya Sıhhiye ve Muaveneti İçtimaiye Vekaleti tarafından küşat ve idare edilen ebe mekteplerinden bir şahadetname sahibi bulunmak ve bu şahadetname mezkür Vekaletçe tasdik ve tescil edilmiş olmak lazımdır.*” Anlaşılacağı üzere yabancılar ülkemizde ebelik de yapamamaktadırlar. Ebelik mesleğinin icrası için de Türk vatandaşı şartı aranmaktadır.

Ayrıca kanun hükmünde sözü edilen okullardan alınacak ebelik diplomasının Sağlık Bakanlığı’na tasdik ve tescil edilmesi gerekmektedir. Öte yandan 1219 sayılı Kanunun 53.maddesi gereğince, yabancı ülkelerde eğitim görerek ebelik diploması almış Türk ebelerin bu belgeleri yine Sağlık Bakanlığı’na tasdik ve tescil edilmesi gerekecektir.⁸¹¹

⁸¹⁰ Belirtelim ki, 5728 sayılı Kanunun 36.maddesi ile değişik 1219 sayılı Kanunun 67.maddesi göre, yetkisi olmadığı halde hastabakıcılık eden ve bu ünvanı takınanlara mahalli mülki amir tarafından 100.-Türk Lirası idari para cezası verilir.

⁸¹¹ Belirtelim ki, 5728 sayılı Kanunun 30.maddesi ile değişik 1219 sayılı Kanunun 54.maddesi göre, diploması veya belgesi olmadığı halde ebelik yapanlara, fiilleri suç oluşturmadığı takdirde, 250.-Türk Lirası idari para cezası verilir.

Daha önce ağır ceza ya da beş yıldan fazla hapis cezası alan ebeler meslekten men edilirlerken “tıbbi” gerekçelere dayanmayan bu yaklaşım artık terkedilmiştir. 5728 sayılı Kanunun 33.maddesi ile değişik 1219 sayılı Kanunun 57.maddesi göre; *“İcrayı sanata mani ve gayrikabili şifa bir marazı akli ile maluliyeti bilmuayene anlaşılan ebeler, Sağlık Bakanlığının teklifi ve Sağlık Bakanlığı Yüksek Disiplin Kurulu kararıyla icrayı sanattan menolunur ve şahadetname veya vesikası geri alınır.”*

I .1 .1 .6- Eczacılık Yapabilmenin Koşulları

Ülkemizde kimlerin eczacılık yapabilecekleri 6197 sayılı Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kanun’un⁸¹² 2.maddesinde gösterilmiştir. Buna göre; Türk vatandaşı olmak; Türkiye Eczacı Mektep veya fakültelerinden diplomalı olmak veya yabancı memleketlerdeki eczacı mektep veya fakültelerinden diplomalı olup da 3 üncü madde gereğince ilmi hüviyetini ispat etmiş veya imtihanı kazanmış olmak; diplomaları Sağlık ve Sosyal Yardım Vekaletince tescil edilmiş olmak ve bu kanunun 4.maddesinde yazılı hallerden biri bulunmamak. Görüldüğü üzere eczacılık mesleğini de sadece Türk vatandaşları yapabilmektedir.⁸¹³

Hangi hallerde eczacılık yapılamayacağı ise 6197 sayılı Kanunun 5728 sayılı Kanunla değişik 4.maddesinde açıklanmıştır:

- Türk Ceza Kanununun 53.maddesinde belirtilen süreler geçmiş olsa bile; kasten işlenen bir suçtan dolayı beş yıl veya daha fazla süreyle ya da devletin güvenliğine karşı suçlar, Anayasal düzene ve bu düzenin işleyişine karşı suçlar, milli savunmaya karşı suçlar, devlet sırlarına karşı suçlar ve casusluk, kamunun sağlığına karşı suçlar, zimmet, irtikâp, rüşvet, hırsızlık, dolandırıcılık, sahtecilik, güveni kötüye kullanma, hileli iflas, ihaleye fesat karıştırma, edimin ifasına fesat karıştırma, suçtan kaynaklanan malvarlığı değerlerini aklama veya kaçakçılık suçlarından hapis cezasına mahkûm olmak.

⁸¹² 24.12.1953 tarih ve 8591 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

⁸¹³ Belirtelim ki; 6197 sayılı kanunun geçici 2.maddesine göre, “Lozan Sulh Muahedesine göre Türkiye’de eczacılık etmek müsaadesini almış olan eczane sahibi yabancı eczacılar bu kanun hükümlerine riayet etmek şartıyla sanatlarını icraya devam ederler”.

- Başka memleketlerde sanatını icradan menedilmiş olup bu muamelenin haklı olduğu İcra Vekilleri Heyetince kabul edilmiş olmak.
- Sanatını yapmasına mani iyileşmez bir hastalığı bulunmak.
- Sanatını yapmasına mani olacak derecede iki gözü rüyetten mahrum olmak.

Eczacıların özel sağlık kurum ve kuruluşlarından özel hastanelerde çalıştırılması zorunluluğu bulunmaktadır. 2219 sayılı Kanunun 13.maddesine göre sırf hayır için açılan özel hastanelerin bünyesinde diplomalı eczacı idaresinde eczane açabileceği belirtilmiş, 14.maddesi gereğince de bütün özel hastanelerden yatak sayısı elliden fazla olanların bir eczane ile lüzumu kadar eczacı bulundurmak zorunda oldukları hüküm altına alınmıştır. Aynı düzenlemeye Özel Hastaneler Yönetmeliği'nin de 27.maddesinde yer verilmiştir.

I.2 – Çalışma Yasağı Kapsamında Olmama

Özel sağlık kurum ve kuruluşlarında istihdam edilecek sağlık personelinin “çalışma yasağı” kapsamında olmaması gerekmektedir. Çünkü, aşağıda görüleceği üzere kamu düzeni ve sağlık hizmetlerinin niteliği gereği, sağlık personeli niteliğine haiz olmakla birlikte bazı durumlarda ya da statülerde bulunanların çalışmasına sınırlama hatta yasak getirilmiştir.

Bu başlık altında kanunlarımızda çalışması yasaklanmış sağlık personelinin kimler olduğu üzerinde durulacaktır. Yasağa rağmen özel sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışmaları/çalıştırılmaları durumunda iş sözleşmelerinin geçerliliği tartışılacaktır. Çalışması kanunla yasaklanmış olduğu halde fiilen çalıştırılan sağlık personelinin sigortalı sayılıp sayılmayacağı ise çalışmamızın son bölümünde değerlendirilecektir.

I.2.1 - Genel Yasaklama (Devlet Hizmet Yükümlülüğü)

Daha önce var olan ve devlet hizmet yükümlülüğünü düzenleyen 21.08.1981 tarihli ve 2514 sayılı *Bazı Sağlık Personelinin Devlet Hizmeti Yükümlülüğüne Dair Kanun* 4924 sayılı Kanunun 14.maddesi ile 24.07.2003 tarihinde yürürlükten

kaldırılmıştır. Ancak daha sonra 5371 sayılı Kanun⁸¹⁴ ile 3359 sayılı Kanuna eklenen ek 3, ek 4, ek 5 ve ek 6. maddeler ile yeniden sağlık sistemimize girmiştir.

Yapılan düzenleme ile 3359 sayılı Kanunun ek 3.maddesi birinci fıkrasında; *“Yurt içinde veya yurt dışında öğrenimlerini tamamlayarak tabip, uzman tabip ve yan dal uzmanlık eğitimini tamamlayarak uzman tabip unvanını kazananlar, her eğitimleri için ayrı ayrı olmak kaydı ile...”* yasada öngörülen değişken sürelerle Sağlık Bakanlığı veya Sağlık Bakanlığı’nca uygun görülen diğer kuruluşlarda Devlet memuru veya ilgililerin talebi halinde 4924 sayılı Kanuna tabi sözleşmeli sağlık personeli olarak devlet hizmeti yükümlüğünü yerine getirmekle yükümlü sayılmıştır.⁸¹⁵ Belirtelim ki; Türk Silahlı Kuvvetlerinde tıp, tıpta uzmanlık veya yan dal uzmanlık öğrenimlerini tamamlayanlar Devlet hizmeti yükümlülüğüne tabi değildir.

3359 sayılı Kanunun ek 4.maddesi birinci fıkrası gereğince, tıp fakülteleri dekanlıkları ve eğitim hastaneleri baştabiplikleri mezun olan veya uzmanlık ve yan dal uzmanlık öğrenimini tamamlayan tabip ve uzman tabiplerin isim ve adreslerini onbeş gün içinde Sağlık Bakanlığı’na bildirmekle yükümlü kılınmışlardır. Sağlık Bakanlığı’nca tescil edilmiş diploma, tıpta uzmanlık belgesi ve yandal uzmanlık belgeleri Devlet hizmet yükümlülüklerinin yerine getirilmesinden sonra ilgililere teslim edilmektedir.⁸¹⁶

3359 sayılı Kanunun ek 4.maddesi üçüncü fıkrasına göre ise; *“Devlet hizmeti yükümlülüğü kapsamındaki personel, bu görevlerini tamamlamadan mesleklerini*

⁸¹⁴ 05.07.2005 tarih ve 25178 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

⁸¹⁵ Anayasa Mahkemesi 13.03.2006 tarihli, E:2006/21, K:2006/38 sayılı kararında; “Devlet hizmeti yükümlülüğünün yerine getirilmesinin zorla çalıştırma olarak nitelenemeyeceği”, “Anayasa’nın 18. maddesinde öngörüldüğü üzere, ülke ihtiyaçlarının zorunlu kıldığı alanlarda öngörülen vatandaşlık ödevi niteliğindeki Devlet hizmeti yükümlülüğünün, bu düzenleme ile elde edilmek istenen amaç için elverişsiz ve gereksiz olduğundan ya da orantısız bulunduğu söz edilemeyeceği”, “Herkesin sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahip olması karşısında, Ülkenin her yöresinde sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesini sağlamak amacıyla tabiplerin Devlet hizmeti ile yükümlü kılındığı ve niteliği gereği sağlık hizmetlerinin yerine getirilmesinde ortaya çıkacak eksiklik ve gecikmelerin telafisi olanaksız sonuçlara yol açacağı hususları dikkate alındığında, ülke ihtiyaçlarının söz konusu Devlet hizmeti yükümlülüğünü zorunlu kıldığının kabulünün gerektiği” belirtilerek bu yönde yapılan iptal başvurusunu (5371 sayılı Kanun ile 3359 sayılı Kanuna eklenen Ek Madde 3’ün birinci fıkrasında yer alan *“...her eğitimleri için ayrı ayrı olmak kaydı ile...”* ibaresinin iptalini reddetmiştir.(11.12.2207-26727 RG)

⁸¹⁶ 2007 Yılı 17.Dönem Devlet Hizmet Yükümlülüğü Atama Kurası-İlan Metni”, http://personel.saglik.gov.tr/dhy_2007_17donemkurasi_ilanmetni.asp; Erişim:20.003.2008

icra edemezler.” Buna göre devlet hizmet yükümlülüğünü yerine getirmemiş olan hekimler –diplomaları da kendilerinde bulunmayacağından– kanuni olarak ne kamu sağlık tesislerinde ne de özel sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışamayacaklardır.

Ancak; kanunda olmamasına rağmen, devlet hizmeti yükümlüsü olarak çalışanlara; talepleri halinde, bu süre içerisinde mesleklerini serbest icra edebilmelerini teminen “*Devlet Hizmet Yükümlüsü*” şerhi düşülmek kaydı ile Sağlık Bakanlığı’nca belge verilmektedir.⁸¹⁷

I .2 .2 - Kamuda Sözleşmeli Sağlık Personeli Olarak Çalışanlar

Eleman temininde günlük çekilen yerlerde ve hizmet dallarında sağlık hizmetlerinin etkili ve verimli bir şekilde yürütülebilmesini temin etmek üzere, Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşları tarafından hizmet akdi ile sözleşmeli olarak istihdam edilen ve işçi sayılmayan sağlık personeli, 4924 sayılı “Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması Kanunu”nun 5.maddesi dördüncü fıkrasına göre, “... *kazanç getirici başka bir iş yapamaz, resmi veya özel herhangi bir müessesede maaşlı, ücretli veya sözleşmeli olarak görev alamaz, serbest olarak sanat ve mesleklerini icra edemez...*” Şu halde, Sağlık Bakanlığı’na bağlı sağlık tesislerinde sözleşmeli olarak çalıştırılan hekim, diş hekimi, ebe, hemşire ve sağlık memurlarının aynı anda özel sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışmaları yasaklanmış bulunmaktadır.

I .2 .3 – Kamuda İl Sağlık Müdürü ve Başhekim Olarak Çalışanlar

2368 sayılı *Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun*⁸¹⁸’un 4.maddesi gereğince mesleğini serbestçe icra etme yetkisine sahip olup il sağlık müdürlüğü ve başhekimlik görevini yürütenler serbest olarak çalışamazlar. Dolayısıyla sözkonusu görevlerini sürdürürken aynı zamanda muayenehane açamadıkları gibi özel hastane/tıp merkezi vb. özel sağlık kurum ve kuruluşlarında da çalışamazlar.

⁸¹⁷ “2007 Yılı 17.Dönem Devlet Hizmet Yükümlülüğü Atama Kurası-İlan Metni”, http://personel.saglik.gov.tr/dhy_2007_17donemkurasi_ilanmetni.asp; Erişim:20.003.2008

⁸¹⁸ 31.12.1980 tarih ve 17207(Mükerrer) sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

I .2 .4 – Kamudaki Bazı Sağlık Personelinin Durumu

Çalışmamızın üçüncü bölümünde açıklandığı üzere, 2368 sayılı Kanunun 4.maddesine göre, kamu sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personelinin, özel kanunlarına göre meslek ve sanatlarını serbest olarak icra etme hak ve yetkisine sahip olanlar istedikleri takdirde, kamudaki tazminat haklarından yararlanmamak şartı ile mesai saatleri dışında serbest olarak çalışabilirler. 1219 sayılı Kanuna göre mesleğini serbestçe icra etme yetkisine haiz sağlık personeli ise; hekim, diş hekimi, hemşire, ebe ve sağlık meslek liselerinin toplum sağlığı bölümlerinden mezun sağlık memurlarıdır.

Buna göre, yukarıda sözü edilen kamu sağlık personelinin 2368 sayılı Kanun uyarınca özel sağlık kurum ve kuruluşlarında çalıştırılması mümkün değildir. Şu halde, kamu sağlık tesislerinde çalışan sağlık lisansiyeri olan psikolog, fizyoterapist, diyetisyen, sosyal çalışmacı, çocuk gelişimcisi vb. sağlık personeli kamudaki tazminat haklarından vazgeçmek suretiyle mesai saatleri dışında muayenehane/sağlık kabinlerinde ya da özel hastane/özel tıp merkezi vb. sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışamayacaklardır. Bu yasağa rağmen çalıştırılmalarının iş hukuku ve sosyal sigorta açısından sonuçları aşağıda ayrıca tartışılmıştır.

I .2 .5 – Kamu Görevinden Ayrılmasına Rağmen Kamuya Karşı İş Yapan Sağlık Personeli

I .2 .5 .1– Genel Olarak

Çalışmamızın birinci bölümünde de kısaca değinildiği üzere, 2531 sayılı *Kamu Görevlerinden Ayrılanların Yapamayacakları İşler Hakkında Kanun*'un 2.maddesine göre, “...görevlerinden hangi sebeple olursa olsun ayrılanlar, ayrıldıkları tarihten önceki iki yıl içinde hizmetinde buldukları daire, idare, kurum ve kuruluşlara karşı, ayrıldıkları tarihten başlayarak üç yıl süreyle, o daire, idare, kurum ve kuruluştaki görev ve faaliyet alanıyla ilgili konularda doğrudan doğruya ya da dolaylı olarak görev ve iş alamazlar, taahhüde giremezler, komisyonculuk ve temsilcilik yapamazlar.”

Ancak bu yasaklamaya sağlık çalışanları açısından da bir istisna getirilmiş bulunmaktadır. Şöyle ki; 5635 sayılı Kanun ile 2531 sayılı Kanunun 3.maddesine eklenen bir fıkrayla; “uzman tabipler, tıpta uzmanlık tüzüğüne göre uzman olanlar, tabipler, dış tabipleri ve eczacıların **kendi nam ve hesabına yaptıkları mesleki faaliyetleri ile ilgili olarak** kurum ve kuruluşlarla tip sözleşmeler yapabilirler” denilmiştir. Yasağı ihlal edenlerin ise 2531 sayılı Kanunun 5728 sayılı Kanunun 378.maddesi ile değişik 4.maddesi uyarınca, altı aydan iki yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılacağı hüküm altına alınmıştır.

I .2 .5 .2 – SGK İle Sözleşme Yapacak Özel Sağlık Kurum ve Kuruluşlarındaki Sağlık Personeli Açısından

Yukarıdaki kanun hükümlerine göre, SGK’de uzman tabip, tabip, dış tabibi ve Tıpta Uzmanlık Tüzüğüne göre uzman olarak görev yapmakta iken Kurumdan ayrılan ve *kendi adına* bir özel sağlık merkezi açarak Kurumla sözleşme yapma talebinde bulunan *doktorun kendi nam ve hesabına sözleşme yapma talebinde bulunması halinde* bunlarla sözleşme imzalanabilecektir. Kendi adlarına eczane işleten eczacılarla da Kurum sözkonusu kanun hükmüne uygun olarak sözleşmeler yapılabilmektedir.

Ancak, aynı hekimin başka bir gerçek ya da tüzel kişiliğin işlettiği sağlık merkezinin ortağı, yetkilisi, temsilcisi veya komisyoncusu sıfatı ile Kurumla sözleşme yapma talebinde bulunması durumunda bu talebin, *doktorun sağlık merkezini kendi nam ve hesabına işletmediği, başka bir gerçek ya da tüzel kişinin nam ve hesabına, şirket ortağı, yetkilisi, temsilcisi sıfatı ile sözleşme yapma isteğini içerdiği*, bu durumunda 2531 sayılı Kanunun 2.maddesinde belirtilen yasak kapsamında olduğu, dolayısıyla 3.maddedeki istisnai hükmün sadece kendi nam ve hesabına mesleki faaliyette bulunanları kapsadığı gerekçesi ile reddedilmesi gerekmektedir.⁸¹⁹

Dolayısıyla Kurumdan emekli ya da istifa ederek ayrılmış bir hekimin Kurumla sözleşmeli bir özel hastane ya da tıp merkezi mesul müdürü olarak

⁸¹⁹ SGK Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü’nün 07.04.2008 tarih ve 14041(2008/19) sayılı Genelgesi

çalışması, kendi nam ve hesabına mesleki faaliyetini yürütmesi olarak değerlendirilemeyeceğinden, istisna kapsamına girmeyecek, tersine 2531 sayılı Kanunun 2.maddesindeki yasaklamaya tabi olacaktır.

I .2 .5 .3 – Özelde Çalışan Sağlık Personelinin İhale İle Kamuda İstihdamı Durumu

Çalışmamızın üçüncü bölümünde kamu sağlık kurum ve kuruluşlarınca “ihale ile sağlık personeli istihdamı”na yer verilmişti. Buna göre, 4924 sayılı Kanun ile 657 sayılı Devlet Memurlar Kanunu’nun 36.maddesine, *“Bu sınıfa dahil personel tarafından yerine getirilmesi gereken hizmetler, lüzumu halinde bedeli döner sermaye gelirlerinden ödenmek kaydıyla, Bakanlıkça tespit edilecek esas ve usullere göre hizmet satın alınması yoluyla gördürülebilir.”* hükmü eklenmiş ve bu düzenlemeyi Anayasa Mahkemesi iptal etmemiştir. Öte yandan ihale mevzuatında yapılan değişikliklerle çerçeve sözleşme ve kısa sözleşmeler ile sürekli ihtiyaç duyulan mal ve hizmetlerin her defasında ihale işlemlerini tekrarlamaya gerek olmadan dışarıdan hizmet satın alınması suretiyle karşılanması olanağı getirilmiştir.

İşte bu şekilde, kamu sağlık kurum ve kuruluşlarınca, dışarıdan özel sağlık kurum ve kuruluşlarından sağlık hizmeti satın alındığında, diyelim ekipmanla beraber sağlık personeli de kamu sağlık tesisinde çalışacaktır. Ancak, ihaleyi girip kamu sağlık tesisi ile sözleşme imzalayacak olan özel sağlık kurum ve kuruluşu yetkilisinin, daha önce o kamu sağlık kurum ve kuruluşunda, örneğin Sağlık Bakanlığı’nda iki yıl çalışması var ise 5321 sayılı Kanunun 2.maddesi uyarınca ayrıldığı tarihten başlayarak üç yıl süreyle, görevi ile ilgili olarak Sağlık Bakanlığı’na karşı taahhüde giremeyecek ve sözleşme imzalayamayacaktır.

Ancak, Sağlık Bakanlığı’ndan ayrılan ve *kendi adına* bir özel sağlık merkezi açarak Sağlık Bakanlığı ile yukarıda sözü edildiği üzere ihale ile çerçeve sözleşme veya kısa sözleşme yapma talebinde bulunan *doktorun kendi nam ve hesabına sözleşme yapma talebinde bulunması halinde* onunla sözleşme imzalanabilecektir.

I.2.6 – Yabancılar

Bu başlık altında, yabancıların ülkemizde çalışmasını düzenleyen mevzuat hükümlerine genel olarak yer verildikten sonra, yabancılara yasak sağlık mesleklerini ve çalışma yasağı kapsamında olmayan yabancı sağlık personelini açıklamaya çalışacağız.

I.2.6.1 – Genel Olarak

Yabancıların çalıştırılması ve bunlara çalışma izni alınmasında birçok Kanunda ve birbirinden farklı düzenlemelerin varlığı uygulamada birçok sorunu da beraberinde getirmekteydi. Ancak, son dönemde yapılan Kanuni düzenlemeler ile uygulamada birlikteliğin oluşturulması ve uluslar arası standartların sağlanması yolunda önemli bir mesafenin alındığı söylenebilir.

4817 sayılı *Yabancıların Çalışma İzinleri Hakkında Kanun*⁸²⁰ 06.09.2003 tarihinden itibaren yürürlüğe girmiş ve 1932 tarihli ve 2007 sayılı Türkiye’de Türk Vatandaşlarına Tahsis Edilen Sanat ve Hizmetler Hakkında Kanun’u da yürürlükten kaldırmıştır.⁸²¹ 4875 sayılı *Doğrudan Yabancı Yatırımlar Kanunu*⁸²² ile de bu Kanun kapsamında istihdam edilecek yabancı kilit personelin istihdamına ilişkin düzenlemelere yer verilmiştir. Bu Kanunların uygulanmasına yönelik olarak da iki Yönetmelik yayımlanmıştır: Yabancıların *Çalışma İzinleri Hakkında Kanunun Uygulama Yönetmeliği*⁸²³ ile *Doğrudan Yabancı Yatırımlarda Yabancı Uyruklu Personel İstihdamı Hakkında Yönetmelik*.⁸²⁴

Yukarıda sözü edilen mevzuat hükümlerine göre yabancıların ülkemizde çalışabilmesi için çalışmaya başlamadan önce izin almaları gerekmektedir. 4857 sayılı Kanunun 3.maddesine göre yabancı ise, 403 sayılı Türk Vatandaşlığı

⁸²⁰ 06.03.2003 tarih ve 25040 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

⁸²¹ 2007 sayılı Kanun ile inşaat işçiliği, rehberlik, kapıcılık, garsonluk gibi bir kısım işler sadece Türk vatandaşlarına tahsis edilmişti. 2007 sayılı Kanun yürürlükten kaldırıldığı için Kanunda sözü edilen mesleklerin yabancılar tarafından icra edilebilmesi mümkün hale gelmiştir. Belirtelim ki, 2007 sayılı Kanun yürürlükten kaldırılmış olmakla birlikte, yabancıların çalışmasına sınırlama/yasak getiren ve halen yürürlükte olan kanunlar bulunmaktadır. 4817 sayılı Kanunun 13.maddesi ikinci fıkrasına göre de, “Diğer kanunlarda yer alan, yabancıların çalışamayacağı iş ve mesleklere dair hükümler saklıdır”.

⁸²² 17.06.2003 tarih ve 25141 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

⁸²³ 29.08.2003 tarih ve 25214 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

⁸²⁴ 29.08.2003 tarih ve 25214 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

Kanununa göre Türk vatandaşı sayılmayan kişidir.⁸²⁵ Buna göre, yabancı olarak kabul edilen kişi, başka bir devletin vatandaşı olabileceği gibi, Türk vatandaşlık hukuku uyarınca, Türk vatandaşı sayılmayan kişidir.⁸²⁶ Türk vatandaşlarından farklı olarak, yabancıların kanunla kendilerine yasaklanmamış⁸²⁷ işlerde çalışabilmeleri için ikamet izni, çalışma vizesi ve çalışma izni alma zorunlulukları bulunmaktadır.

4817 sayılı Kanunun 4.maddesine göre, Türkiye'nin taraf olduğu ikili ya da çok taraflı sözleşmelerde aksi ön görülmedikçe yabancıların Türkiye'de bağımlı ya da bağımsız çalışmaya başlamadan önce izin almaları gerekmektedir. Ancak ülke menfaatlerinin gerekli kıldığı durumlarda veya mücbir nedenlere bağlı olarak çalışmaya başlamadan önce ilgili makama bilgi vermek koşuluyla çalışma süresi bir ayı geçmemek ve Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'ndan onay alınmak suretiyle çalışma izni işe başladıktan sonra da verilebilir.

4857 sayılı Kanun, çalışma iznini bağımlı ve bağımsız olarak çalışacak yabancı kişiler için zorunlu gördüğünden, bağımlı olarak çalışacak yabancılar, işçi niteliğinde olacaklarından bunların da iş sözleşmesi yapmadan önce Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'ndan çalışma izni almaları gerekecektir.⁸²⁸

4817 sayılı Kanunun 5.maddesine göre, Türkiye'nin taraf olduğu ikili ya da çok taraflı sözleşmelerde aksi öngörülmedikçe *sürelili çalışma izni* iş piyasasındaki durum, çalışma hayatındaki gelişmeler, istihdama ilişkin sektörel ve ekonomik konjonktür değişiklikleri dikkate alınarak, yabancıların ikamet izninin süresi ile hizmet akdinin veya işin süresine göre, belirli bir işyeri veya işletmede ve belirli bir meslekte çalışmak üzere en çok bir yıl geçerli olmak üzere verilir. Bir yıllık kanuni çalışma süresinden sonra, aynı işyeri veya işletme ve aynı meslekte çalışmak üzere çalışma izninin süresi üç yıla kadar uzatılabilir. Üç yıllık kanuni çalışma süresinin

⁸²⁵ Bu tanım özünde doğru olsa da eksik olduğu gerekçesiyle eleştirilmektedir. Buna göre, "yabancı"nın doğru tanımı, sadece tek bir yasaya(TVK) göre değil, bütün Türk yasalarını kapsayacak şekilde yapılmalıdır. Örneğin; "Türk yasalarına göre Türk vatandaşı sayılmayan kişi yabancıdır" gibi. Bkz. AYBAY, Rona: Yabancılar Hukuku, İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları, 2.Baskı, İstanbul 2007, s:74

⁸²⁶ CİN, Mustafa: "Yabancıların Çalışma İzinleri", **Kamu İş**, C:8, S:2005/3, s:107-129

⁸²⁷ Özel kanunlarında yabancılar yasaklanmış olan meslek ve sanatlar için bkz. ASAR, Aydoğan: Türk Yabancılar Mevzuatında Yabancı ve Hakları, 3.Bası, Turhan Kitabevi, Ankara 2006, s:145-170

⁸²⁸ TAŞKENT, S; EYRENCİ, Ö. ve ULUCAN, D.:Bireysel İş Hukuku, 3.Bası, Legal Yayıncılık, İstanbul 2006, s:90

sonunda, aynı meslekte ve dilediği işverenin yanında çalışmak üzere, çalışma izninin süresi altı yıla kadar uzatılabilir.

4817 sayılı Kanununun 6.maddesinde ise *süresiz çalışma izni* düzenlenmiştir. Buna göre; Türkiye'nin taraf olduğu ikili ya da çok taraflı sözleşmelerde aksi öngörülmedikçe, Türkiye'de en az sekiz yıl kanuni ve kesintisiz ikamet eden veya toplam altı yıllık kanuni çalışması olan yabancılara, iş piyasasındaki durum ve çalışma hayatındaki gelişmeler dikkate alınmaksızın ve belirli bir işletme, meslek, mülki veya coğrafi alanla sınırlandırılmaksızın *süresiz çalışma izni* verilebilir.⁸²⁹

4817 sayılı Kanununun 21.maddesinde, çalışma izni olmadan çalışan yabancı işçi ile bunları çalıştıran işverenler için idari para cezaları öngörülmüştür. Dolayısıyla çalışma izni olmadan iş sözleşmesi yapılmasına kural olarak, 4817 sayılı Kanun ile getirilen bir engel bulunmamaktadır. Hatta ikamet izninin olmaması da çalışma izninin olmaması gibi iş sözleşmesinin geçerliliğini etkilemez.⁸³⁰ Bazı yazarlara göre ise, çalışma izni almadan yabancılar ile yapılan iş sözleşmeleri geçersizdir.⁸³¹ Bu hususa aşağıda ayrıca değinilecektir.

I .2 .6 .2 – Yabancılara Yasak Sağlık Meslekleri

Ülkemizde, 1219 sayılı Kanununun 1 ve 4.maddeleri gereğince hekimlik mesleğini, 30.maddesi uyarınca diş hekimliği mesleğini, 47.maddesi uyarınca ebelik mesleğini ve 63.maddesine göre de hastabakıcılığı sadece Türk vatandaşları yapabilmektedir. Öte yandan, 2219 sayılı Kanununun 9.maddesi gereğince hastane mesul müdürünün Türk hekim olması gerekmektedir. 6283 sayılı Kanunun 3.maddesine göre ise hemşirelik mesleğini yine sadece Türk vatandaşları yapabilmektedir. Dahası, Türk soylu olmayan yabancı uyruklu hekim, diş hekimi,

⁸²⁹ Görüldüğü üzere süreli çalışma iznine sahip yabancılara, diledikleri iş ve işyerlerinde çalışma özgürlüğü tanınmış iken, ülkede belirli bir süre ikamet veya çalışmadan sonra verilen süresiz çalışma iznine sahip yabancılara, özel kanunlarında yabancılara yasaklanan meslekler dışında, diledikleri işlerde çalışabilme olanağı verilmiştir. Bkz: CİN, Mustafa: “Yabancılara Çalışma İzinleri”, **Kamu İş**, C:8, S:2005/3, s:107-129

⁸³⁰ ERGİN, Hediye: “Yabancılara Çalışma ve İkamet İzninin İş Sözleşmesine Etkisi”, **Legal İş Hukuku ve Sosyal Güvenlik Hukuku Dergisi**, 2007/16, s:1357-1402

⁸³¹ DEMİR, Fevzi: **İş Hukuku ve Uygulaması**, 4.Baskı, Birleşik Matbaacılık, İzmir 2005, s:70-71

ebe ve hemşireler usulüne uygun olarak çalışma izni ve ikamet izni alsalar bile ülkemizde mesleklerini her ne surette olursa olsun icra etmeleri mümkün değildir.⁸³²

Kısacası, yabancılar Türkiye’de hekimlik, diş hekimliği, ebe ve hemşirelik yapamazlar. Bu yasağa uyulmadan özel bir sağlık kurum veya kuruluşunda, iş sözleşmesi ile örneğin yabancı hekim çalıştırılması durumunda sözleşme başından itibaren geçersiz sayılacaktır. Söz konusu yasaklar ayrıca para cezası yaptırımına da bağlanmıştır.

Hekimliğin sadece ülke vatandaşlığına hasredilmesi, insan sağlığı ve yaşama hakkına verebileceği zararlar açısından şu şekilde eleştirilmektedir: *“Yabancı hekimlerin başka ülkelerde tababeti icra edememeleri, kanaatimizce, Devletler Hukukunun ilkel durumunun sonucudur. Ülkede bulunan hekimleri korumak amacı ile konulmuş olan bu ilke ile her hekim yalnız kendi ülkesinde hekimlik yapabilirken bundan insan sağlığı, yaşama hakkı büyük zararlar görmektedir. Hastanın mutlaka ülkedeki hekim tarafından tedavi edilmesi ve yabancı hekim tarafından bakılmamasının bizce makul bir sebebi yoktur. Tıp biliminin uygulanışı, verileri her yerde aynıdır ve bunun siyasal bir yanı bulunmamaktadır. Hekimliğin uluslar arası bildiri ve andlaşmalarda düzenlenmesi, uygulamanın evrenselleştirilmesi, insan sağlığına, yaşama hakkına verilen değerlerin gerçekleşmesini sağlayacaktır....”*⁸³³

Ülkemizde son yıllarda “ithal hekim”, “yabancı hekim” başlıklı önemli tartışmalar yaşanmış⁸³⁴, yabancıların da ülkemizde hekimlik yapmalarına yönelik olarak kanuni düzenlemeler yapılmaya çalışılmış fakat sonuç alınamamıştır.⁸³⁵

⁸³² Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü’nün 19.11.1998 tarih ve 14822 sayılı Genel Yazısı

⁸³³ BAYRAKTAR, Köksal: Hekimin Tedavi Nedeniyle Cezai Sorumluluğu, (Doktora Tezi), İstanbul Üniversitesi yayınları No:768, Hukuk Fakültesi Yayınları No:391, Sermet Matbaası, İstanbul 1972, s:119; Aynı yönde bkz: YAVUZ İPEKYÜZ, Filiz: Türk Hukukunda Hekimlik Sözleşmesi, Vedat Kitapçılık, İstanbul 2006, s:17; SARITAŞ, Hatice: Hasta Hakları Açısından Hekimin Hukuki Sorumluluğu, Bilge Yayınevi, Ankara 2005, s:12-13

⁸³⁴ “İthal Doktor İzni Dubai Şeyhi İçin”, Hürriyet, 21.02.2006; “Bakan Akdağ Yabancı Doktor Kriterlerini Açıkladı”, Hürriyet, 02.03.2006; “İthal Hekim Türk Hekimini Yaralamıştır”, Hürriyet, 13.03.2006

⁸³⁵ TBMM’nde 15.02.2007 günü kabul edilen 5581 sayılı Kanunun genel gerekçesinde; ülkemizdeki tabip sayısının ve dağılımının istenilen şekilde sağlık hizmeti verilmesine kafi gelmediği için ülkemizdeki hekim sayısının artmasına katkı sağlamak, başarılı yabancı tabiplerin ülkemizde çalışmalarının önündeki engelleri kaldırmak ve Avrupa Birliği’ne tam üyelik sürecinde kişi ve hizmetlerin serbest dolaşımı önündeki engellerin kaldırılması amacıyla uygun olarak, Türkiye’de tababet icra edebilmek için Türk olmak şartının kaldırılması gerektiği vurgulanmıştır. Bu amaçla,

Kanuni çalışmalar ülkemizdeki hekim sayısını artırma ve özellikle AB kapsamında kişilerin serbest dolaşımı önündeki engellerin kaldırılması gerekçelerine dayandırılmıştır. Oysa, prensipte, topluluk hukukuna göre AB'deki sağlık profesyonelleri serbest dolaşabilme, yerleşme ve iş kurma hakkına sahip olmakla birlikte, kamu politikası, güvenliği ve sağlık gerekçe gösterilerek profesyonellerin serbest dolaşımının sınırlandırılabilirdiği belirtilmektedir.⁸³⁶ Bununla birlikte yabancı hekimlerin ülkemizde çalışmasının önündeki engellerin kaldırılmasına dönük siyasal arzu⁸³⁷ ve iş çevrelerinin talepleri devam etmektedir.⁸³⁸

I .2 .6 .3 – İstisnalar

I .2 .6 .3 .1 – Genel Olarak

Yabancıların ülkemizde hekimlik yapamaması kuralının bazı istisnaları bulunmaktadır. Bu istisnalardan birisi *-günümüzde uygulanabilirliği kalmamış-* 1219 sayılı Kanunun 77.maddesinde düzenlenmiştir. Düzenlemeye göre, *“Türkiye’de mevzuatı kanuniyeye müsteniden haklı müktesepleri tanınmış olan ecnebi tabipler, dış tabipleri, dışçiler ve ebeler sanatlarını bu kanun ahkamı dairesinde icra edebilirler.”* Söz konusu kanun hükmünün dayanağı Lozan Anlaşmasının içinde yer alan *“İkamet ve Adli Salahiyet Mukavelesi”* nin 4/2.maddesinde düzenlenmiştir: *“1 Ocak 1923 tarihinden önce Türkiye’de mesleklerini ifa eden kimseler ve bu arada*

1219 sayılı Kanunun 1.maddesinden *“Türk bulunmak”* ibaresinin çıkarılması, 4.maddesindeki *“izinli Türk hekimlerinin”* ibaresinin de *“mezun hekimlerin”* ibaresiyle değiştirilmesi suretiyle yabancı hekimlere ülkemizde hekimlik yapabilmelerinin önünü açan 5581 sayılı kanunun 6 ve 8.maddeleri(diğer bazı maddeleriyle birlikte) bir kez daha görüşülmek üzere TC. Cumhurbaşkanlığı'nın 02.03.2007 tarih ve B.01.0.KKB.01-18/A-2-2007-138 sayılı yazısı ile TBMM'ne geri iade edilmiştir. (<http://www2.tbmm.gov.tr/d22/1/1-1315.pdf>, Erişim:08.10.2007) Belirtelim ki; yabancı hekim çalıştırılmasına olanak veren hükümleri çıkarılarak TBMM'nde yeniden görüşülen kanun tasarısı 5614 sayılı Kanun olarak yürürlüğe girmiştir.(04.04.2007-26483 RG)

⁸³⁶ YILDIRIM, Hasan Hüseyin: *“Avrupa’da Hekimler ‘Serbest Dolaşmıyor’*”,(Söyleşiyi Yapan:Helin AYGÜN), **Medimagazin**, 03.04.2006

⁸³⁷ Sağlık Bakanlığı Hukuk Müşavirliği'nin 28.04.2008 tarih ve 7997 sayılı yazıları eki *“Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına Ve Sağlıkla İlgili Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Tasarı Taslağı”* nin 5.maddesi ile 1219 sayılı Kanunun birinci maddesinde yapılan değişiklik ile ülkemizde hekimlik yapabilmek için Türk vatandaşı olma şartı kaldırılmak istenmektedir.

⁸³⁸ *“Yabancı Doktor Yasası Sağlık Turizmine Büyük Katkı Sağlayacak”*, (<http://www.medimagazin.com.tr/haber.php?id=50433>; Erişim:04-03-2008)

hekimler görevlerini yerine getirmeye devam edeceklerdir.”⁸³⁹ Böylece yabancıların Türkiye’de hekimlik yapabilmeleri kazanılmış hakka dayanmaktadır.⁸⁴⁰

Diğer istisnalara göre ise, kanunlarda açıkça gösterildiği ve izin verildiği durumlarda yabancı hekimler ülkemizde hekimlik yapabilmektedirler. Örneğin; 2182 sayılı 657 sayılı Devlet Memurları Kanununa Ek Geçici Madde Eklenmesine İlişkin Kanun’un 1/II maddesine göre, “*Ankara Hastanesi’nde vazife görmek ve bizzat müddetleri beş yılı geçmemek şartıyla beş ecnebi mütehassıs tabip getirilebilir.*” Yine 3359 sayılı Kanunun 7.maddesinin ikinci fıkrasında da yabancı hekim çalıştırılacak özel duruma yer verilmiştir. Düzenlemeye göre, “*... özel bir meslek bilgisine ihtisasına ihtiyaç gösteren veya ülke düzeyinde mesleki gelişmeyi sağlayacak Türk uyruklu ve yabancı uyruklu elemanlar da kadro karşılığı aranmaksızın sözleşmeli olarak çalıştırılabilirler.*” Anlaşılacağı üzere, yabancı hekimlerin, gerektiğinde kamuda çalışabilecekleri düzenlenmiş olmakla birlikte özel sektörde çalışmalarına özel kanunlarla da olsa imkân tanınmamıştır.

3359 sayılı Kanunun 7.maddesinin ikinci fıkrasındaki hükme paralel bir düzenlemeye de 06.06.1978 tarih ve 7/15754 sayılı Bakanlar Kurulu kararı ile yürürlüğe konulan *Sözleşmeli Personel Çalıştırılmasına İlişkin Esaslar*’ın⁸⁴¹ 12.maddesi ikinci fıkrasında yer verilmiştir. Söz konusu Esaslar’a göre, sözleşmeli olarak çalıştırılacak yabancı uyruklu hekimlerin, “*...Türkiye’de herhangi bir tıp fakültesinden mezun ya da denkliği kabul edilmiş diploma sahibi olması, uzman iseler bunların uzmanlık belgelerinin Tababet Uzmanlık Tüzüğüne göre onaylanmış bulunması zorunludur.*” Anlaşılacağı üzere, yabancı uyruklu hekimlerin ülkemizde kamu sektöründe sözleşmeli(657/4-B) olarak çalışabilmesi için, uzman ise uzmanlık belgesinin Sağlık Bakanlığı’nca onaylanmış olması gerekmektedir. Aksi halde çalıştırılmaz.

⁸³⁹ ÖZDEMİR, Hayrünnisa: Özel Hukukta Teşhis ve Tedavi Sözleşmesi, Yetkin Yayınları, Ankara 2004, s:45

⁸⁴⁰ BAYRAKTAR, Köksal: Hekimin Tedavi Nedeniyle Cezai Sorumluluğu, (Doktora Tezi), İstanbul Üniversitesi yayınları No:768, Hukuk Fakültesi Yayınları No:391, Sermet Matbaası, İstanbul 1972, s:118; ERMAN, Barış: Ceza Hukukunda Tıbbi Müdahalelerin Hukuka Uygunluğu, Seçkin Yayıncılık, Ankara 2003, s:94

⁸⁴¹ 28.06.1978 tarih ve 16330 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

I .2 .6 .3 .2 – Türk Soylu Yabancılar

Hekimlerin Türk olma kuralının yanında, Türkiye’de ikamet eden Türk soylu yabancıların da ülkemizde hekimlik, hemşirelik vb. sağlık mesleklerini yapabilmelerine belli şartlar altında izin verilmiş bulunmaktadır.⁸⁴² Bu şartlar, aşağıda açıklandığı üzere özel bir kanunla düzenlenmiş bulunmaktadır.

2527 sayılı *Türk Soylu Yabancıların Türkiye’de Meslek ve Sanatlarını Serbestçe Yapabilmelerine, Kamu, Özel Kuruluş ve İşyerlerinde Çalıştırılabilmelerine İlişkin Kanun*’un⁸⁴³ 3.maddesinde, “*Türk soylu vatandaşların, kanunlarda Türk vatandaşlarının yapabileceği belirtilen meslek, sanat ve işlerde çalışma ve çalıştırılabilmeleri için, özel kanunlarda aranan nitelikleri taşımak ve yükümlülükleri yerine getirmek şartıyla, bu Kanun ve Yabancıların Çalışma İzinleri Hakkında Kanuna göre, İçişleri ve Dışişleri Bakanlıkları ile diğer ilgili bakanlık ve kuruluşların görüşleri alınarak Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığınca izin verilir.*”denilmiştir.

2527 sayılı Kanunun 6.maddesine göre, ülkemizde çalışmalarına izin verilen Türk soylu yabancıların kayıt ve dosyaları Dışişleri, ilgili Bakanlıklar ve İçişleri Bakanlığınca tutulup yürütülürken; Kanunun 7.maddesi gereğince de, kendilerine izin verilen Türk soylu yabancılar, izin süresince, ikamet ve çalışma ile ilgili kanunların öngördüğü Türk vatandaşı olma şartından muaf tutulacaklardır.

Öte yandan, 2527 sayılı Kanuna dayanılarak 25.10.1982 tarih ve 8/5488 sayılı Bakanlar Kurulu kararı ile yürürlüğe konulan *Türk Soylu Yabancıların Türkiye’de Meslek ve Sanatlarını Serbestçe Yapabilmelerine, Kamu veya Özel Kurum, Kuruluş veya İşyerlerinde Çalıştırılabilmelerine Dair Kanunun Uygulanması Hakkında Yönetmelik*’in⁸⁴⁴ 4.maddesinde, Türk soylu yabancılara⁸⁴⁵ kamu veya özel sektör işyerlerinde çalışabilmelerine veya meslek ve sanatlarını serbestçe

⁸⁴² ÖZDEMİR, Hayrünnisa: Özel Hukukta Teşhis ve Tedavi Sözleşmesi, Yetkin Yayınları, Ankara 2004, s:45

⁸⁴³ 29.09.1981 tarih ve 17473 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

⁸⁴⁴ 14.01.1983 tarih ve 17928 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

⁸⁴⁵ Belirtelim ki; sözü edilen kanun ve yönetmeliklerde “Türk soylu yabancı” tanımı yapılmadığı gibi “Türk soylu yabancı devlet vatandaşı” gibi bir kavram da kullanılmayarak, kapsam daha geniş tutulmaya çalışılmıştır.

yapabilmelerine izin verilebilmesi için oturulan yer mülki idare amirliğine bir dilekçe ile başvurulacağı hüküm altına alınmıştır.

Yukarıdaki paragrafta sözü edilen Yönetmeliğin 11.maddesinde de, kendilerine çalışma ve çalıştırılabilme izni verilen Türk soylu yabancıların, bu izin süresince, sadece Türk vatandaşlarına hasredilen işleri de yapabilecekleri, **doktorluk ve hemşirelik gibi meslekleri** serbestçe veya kamu veya özel kurum, kuruluş ve işyerlerinde yapabilmek için genel ve özel kanunların aradığı Türk vatandaşı olma şartından istisna edilecekleri belirtilmiştir.

Örneğin; Türk soylu yabancı uyruklu hekimlerin mesleklerini serbest olarak icra edebilmeleri için, “*tıp fakültesi ve var ise uzmanlık belgesinin Sağlık Bakanlığı’nca onaylanmış denklik belgesi*” ile “*2527 sayılı Kanun çerçevesinde Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı’nca verilmiş çalışma izin belgesi*”ne sahip olmaları gerekmektedir.⁸⁴⁶ Aksi halde hukuka uygun olarak çalışmalarını mümkün olamayacaktır.

KKTC yurttaşlarının Türk soylu yabancılar arasında özel bir konumu bulunmaktadır.⁸⁴⁷ Şöyle ki; Türkiye ile KKTC arasında 1999 yılında imzalanan “*Türkiye Cumhuriyeti Hükümeti ve Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti Hükümeti Arasında İki Ülke Vatandaşlarına İlave Kolaylıklar Tanınmasına İlişkin Anlaşma*”nın onaylanması 4465 sayılı Kanun⁸⁴⁸ ile uygun bulunmuştur. Anlaşmanın 2.maddesi ile de, Türkiye Cumhuriyeti’nin, Türkiye’de çalışan ve ikamet eden KKTC vatandaşlarının “Türk soylu yabancıların Türkiye’de meslek ve sanatlarını serbestçe yapabilmelerine ilişkin” 2527 sayılı Kanun kapsamından çıkartılarak, özel bir statüye kavuşturulmaları için gerekli yasal düzenlemelerin yapılmasına yönelik süreci başlatacağı kararlaştırılmıştır. Ancak, henüz bu yönde bir kanuni çalışma yapılmamıştır.

⁸⁴⁶ Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü’nün 19.11.1998 tarih ve 14822 sayılı Genel Yazısı ile 06.09.2001 tarih ve 15049 sayılı Genel Yazısı

⁸⁴⁷ AYBAY, Rona: Yabancılar Hukuku, İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları, 2.Baskı, İstanbul 2007, s:98

⁸⁴⁸ 06.01.2000 tarih ve 23928 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

I .2 .7 – Sağlık Mesleğini Yapması Geçici veya Sürekli Olarak Yasaklananlar

Bazı sağlık meslek mensupları sürekli ya da geçici olarak meslekten yasaklanabilmektedir. Bunlar, hekimler, diş hekimleri ve eczacılardır. Yasaklı oldukları süre içerisinde mesleklerini özel sağlık kurum ve kuruluşlarında icra edemeyeceklerdir. 1219 sayılı Kanununun 28.maddesi ikinci fıkrası ile 45.maddesi ikinci fıkralarına göre; *“İcrayı sanat etmesine mani ve gayrikabili şifa bir marazı akli ile malul olduğu bilmuayene tebeyyün eden tabipler ve diş tabipleri, Sağlık Bakanlığının teklifi ve Sağlık Bakanlığı Yüksek Disiplin Kurulu kararıyla icrayı sanattan menolunur ve diplomaları geri alınır.”* Yani, meslekten sürekli men edilirler.

Sözü edilen sağlık meslek mensuplarına meslekten geçici süreyle men cezasını ise meslek örgütleri vermektedir. 6023 sayılı Kanunun (39/I-c) maddesine göre, Tabip Odası Haysiyet Divanı(Onur Kurulu), yükümlülüklerine aykırı hareket eden hekimler için 15 günden 6 aya kadar geçici olarak meslekten men cezası verebilmektedir. 6023 sayılı Kanunun (39/I-d) maddesine göre ise, bir mıntıkada üç defa sanat icrasından men cezası almış olanlar, o mıntıkada çalışmaktan men edilmektedirler. Bu cezalara karşı, tebliğ tarihinden itibaren 15 gün içinde yazılı olarak itiraz edilebilir. İtiraz Yüksek Onur Kuruluna gönderilir. Yüksek Onur Kurulunun kararları, ilgili Oda onur kuruluna bildirilir ve durum ilgili kişiye tebliğ edilir. Kesinleşen kararlar sağlık Bakanlığı’na uygulanır.⁸⁴⁹

Diş hekimlerinin mesleklerini icradan geçici olarak uzaklaştırılmaları ise 3224 sayılı Kanunun (44/d) maddesinde düzenlenmiştir. Türk Diş Hekimleri Birliği ve Diş Hekimleri Odalarının Disiplin Yönetmeliği’nin 5 ve 9.maddelerine göre ise, diş hekiminin geçici olarak meslekten uzaklaştırılması, oda bölgesinde bir aydan altı aya kadar serbest meslek uygulamasından alıkonulmasıdır. Bu cezalara karşı da 15 günlük itiraz süresi bulunmaktadır.

⁸⁴⁹ ER, Ünal: Sağlık Hukuku, Savaş Yayınevi, Ankara 2008, s:405

6643 sayılı *Türk Eczacıları Birliği Kanunu*⁸⁵⁰'nun 30.maddesine göre, eczacılar odasına kayıtlı olmayan, yükümlülüklerini yerine getirmeyen, meslek adap ve onuruna aykırı davrananlara verilecek disiplin cezaları arasında ise 3 günden 180 güne kadar mesleğin yapılmasının yasaklanması da bulunmaktadır. İtiraz süresi ve süreci hekim ve diş hekimlerinde olduğu gibidir.⁸⁵¹

I .2 .8 – Çalışması Yasak Olmasına Rağmen Çalışan/Çalıştırılan Sağlık Personeli Sebebiyle Uygulanacak Yaptırımlar

Yukarıda hem genel olarak hem de özel sağlık kurum ve kuruluşlarında çalıştırılması yasak olan sağlık personeline yer verdik. Burada ise bu yasağa rağmen çalıştırıldıkları tespit edilen sağlık personelinden ötürü uygulanacak kanuni ve idari yaptırımlara yer verilecektir. Bu yaptırımların bir kısmı kanunlarda düzenlendiği üzere idari para cezası iken bir bölümü de ilgili yönetmeliklerde yer aldığı üzere sağlık kurum ve kuruluşunda faaliyetin belli süreliğine durdurulmasına yöneliktir.

I .2 .8 .1 – İdari Para Cezaları

5728 sayılı Kanunun 23.maddesi ile değişik 1219 sayılı Kanunun 26.maddesi gereğince, bu kanuna uygun olarak hekimlik yapma yetkisi olmayan (örneğin yabancı) bir hekimin mesleğini uygulaması halinde 500.-TL'den 5.000.-TL'ye kadar idari para cezası verilecektir. Benzer biçimde, özel hastane mesul müdürünün Türk hekim olmaması durumunda da, 5728 sayılı Kanunun 76.maddesi ile değişik 2219 sayılı Kanunun 45.maddesi gereğince 1.000.-TL idari para cezası uygulanacaktır.

5728 sayılı Kanunun 27.maddesi ile değişik 1219 sayılı Kanunun 42.maddesi uyarınca, ülkemizde diş hekimliği yapma yetkisi bulunmayan yabancı bir diş hekiminin mesleğini uygulaması halinde 500.-TL'den 5.000.-TL'ye kadar idari para cezası verilecektir. Aynı şekilde, 5728 sayılı Kanunun 31.maddesi ile değişik 1219 sayılı Kanunun 55.maddesi gereğince de Türk vatandaşı olmadığı halde mesleğini icra eden ebelere 100.-TL idari para cezası uygulanacaktır. 5728 sayılı Kanunun 36.maddesi ile değişik 1219 sayılı Kanunun 67.maddesi gereğince de “Türk

⁸⁵⁰ 02.02.1956 tarih ve 9223 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

⁸⁵¹ ER, Ünal: Sağlık Hukuku, Savaş Yayınevi, Ankara 2008, s:407

vatandaşı kadın” olmadığı halde mesleğini icra eden hasta bakıcılarına 100.-TL idari para cezası verilecektir. Türk vatandaşı olmadığı halde hemşirelik yapan yabacılara ise 5728 sayılı Kanununun 175.maddesi ile değişik 6283 sayılı Kanununun 11.maddesi gereğince yine 100.-TL idari para cezası verilecektir.

I .2 .8 .2 – İdari Para Cezalarına İtiraz

Belirtelim ki, 6283 sayılı Kanununun 11.maddesi ikinci fıkrası, 2219 sayılı Kanununun 45.maddesi ikinci fıkrası ve 1219 sayılı Kanununun 70.maddesi ikinci fıkrası uyarınca sözkonusu idari para cezaları ***mahalli mülki amir*** tarafından verilecektir. Ancak, sözkonusu kanunlarda bu idari para cezalarına karşı itiraz usulüne yer verilmediği için 5326 sayılı Kabahatler Kanununa⁸⁵² başvurulacaktır. Zira, 5560 sayılı Kanununun 31.maddesi ile değişik 5326 sayılı Kanununun 3.maddesine göre, “*Bu Kanunun; (1)idari yaptırım kararlarına karşı kanun yoluna ilişkin hükümleri diğer kanunlarda aksine hüküm bulunmaması halinde, (2)diğer genel hükümleri, idari para cezası veya mülkiyetin kamuya geçirilmesi yaptırımını gerektiren bütün fiiller hakkında uygulanacaktır.*”

Şu halde; 5326 sayılı Kanununun 27.maddesine göre, mahalli mülki amirince çalışması/çalıştırılması yasak olduğu halde çalışan sağlık personelinin dolaylı uygulanan idari para cezalarına karşı; kararın tebliği veya tefhimi tarihinden itibaren en geç 15 gün içinde sulh ceza mahkemesine başvurulabilir. Bu süre içinde başvurunun yapılmamış olması halinde ise idari para cezası kesinleşecektir. Yine, ikibin Türk Lirası dahil idari para cezalarına karşı başvuru üzerine verilen kararlar kesindir. Öte yandan, 5326 sayılı Kanununun 29.maddesine göre, sulh ceza mahkemesinin verdiği son karara karşı, yargı çevresinde yer aldığı ağır ceza mahkemesine karşı itiraz edilebilir. Bu itirazın ise kararın tebliğ tarihinden itibaren yedi gün içinde yapılması gerekmektedir.

I .2 .8 .3 – Faaliyet Durdurma Cezaları

Kamu hastanesinde tam zamanlı çalışan tabip ve uzman tabipler, devlet hizmet yükümlüğü bulunan tabip ve uzman tabipler ile mesleğini serbest icra etme

⁸⁵² 31.03.2005 tarih ve 25772(Mükerrer) sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

hakkı bulunmayan tabip ve uzman tabiplerin çalıştırılması durumunda özel hastanenin tamamında bir aya kadar valilikçe *geçici olarak faaliyet durdurulur* ve bu durum Sağlık Bakanlığı'na bildirilir(ÖHY.md.64/2)

Benzer biçimde; devlet hizmet yükümlülüğünü yerine getirmemiş olan tabip ve uzman tabiplerin özel tıp merkezleri ya da özel polikliniklerde çalıştırılmaları halinde, evvela o özel sağlık tesisinin mesul müdürü uyarılmakta, eksikliğin devam ettiğinin tespiti halinde ise *“özel tıp merkezi ya da özel polikliniğin tamamında 20 gün süreyle poliklinik faaliyetlerinin durdurulması cezası”* uygulanmaktadır(ÖSKY. Ek 6-Denetim Formu).

Özel hastanelerde izinsiz yabancı hekimin çalıştığı tespit edildiğinde mesul müdürün uyarılacak ve eksikliğin giderilmesi için üç gün süre verilecektir. Diğer denetimde de çalıştığı tespit edildiğinde *“hastanenin tamamında 3 gün poliklinik faaliyetlerinin durdurulması cezası”* uygulanacaktır. Ancak, hastanenin azınlıklara veya yabancılara ait olması durumunda yabancı uyruklu çalışan var ise eksikliğin giderilmesi için 10 gün süre verileceği ve eksikliğin devamı halinde *“hastanenin tamamında poliklinik faaliyetlerinin 3 gün süreyle durdurulması cezası”* verileceği belirtilmektedir(ÖHY. Ek 2-Denetleme Formu).

Özel tıp merkezi ve polikliniklerde de yabancı uyruklu hekim çalıştığı tespit edildiğinde benzer yaptırımlar uygulanmaktadır. Buna göre buralarda da çalışma yetkisi bulunmayan yabancı uyruklu hekimlerin çalıştırılması durumunda mesul müdür uyarılacak ve eksikliğin devamı halinde de *“özel tıp merkezi ve polikliniğin tamamında poliklinik faaliyetlerinin 7 gün süreyle durdurulması cezası”* uygulanacaktır(ÖSKY. Ek 6-Denetim Formu).⁸⁵³ Hiperbarik oksijen tedavisi uygulanan özel sağlık kuruluşlarında da yabancı uyruklu hekim çalıştırıldığını tespiti halinde, o sağlık kuruluşuna da *“7 gün süreyle faaliyetini durdurma cezası”* verilecektir(HBOTY.Ek 9-Denetim Formu). Ambulans servislerinde ya da ambulans servisinde/acil sağlık aracında mevzuata aykırı yabancı uyruklu hekim çalıştırılması halinde ise o sağlık kuruluşunun/ambulansın 30 gün süreyle uygunluk belgesi iptal

⁸⁵³ Belirtelim ki; 15.02.2008 tarihinden önce açılmış özel tıp merkezi ve polikliniklerin denetimi sırasında ise ülkemizde çalışma izni olmayan hekim ve yabancı hekimlerin çalıştıklarının tespiti halinde eksikliğin giderilmesi için herhangi bir süre verilmeyecek ve 10 gün süreyle faaliyet durdurma cezası uygulanacaktır(ÖSKY. Ek 7/a-Denetleme Formu).

edilecektir(AHY.Ek-10/A-B- Denetleme Formu). Yabancı uyruklu hekimlerin mevzuata aykırı şekilde evde bakım merkezlerinde çalıştırılması durumunda ise buraya “10 gün süreyle faaliyet durdurma cezası” verilecektir(EBHY. Ek 7-Denetleme Formu).

Bunlardan başka sağlık mevzuatı gereğince hekim ünvanını kazanmamış intern ve stajyer öğrenci gibi çalışma yetkisi olmayan sağlık personelinin çalışması yasaklanmış, özel tıp merkezi ve polikliniklerde çalışmalarının tespiti halinde ise o tıp merkezi ve poliklinik mesul müdürünün uyarılacağı ve eksikliğin giderilmediğinin tespiti halinde de “7 gün süreyle poliklinik durdurma cezasının” verileceği belirtilmiştir(ÖSKY.Ek 6-Denetleme Formu).⁸⁵⁴ Aynı şekilde özel ağız ve diş sağlığı merkezlerinde, akupunktur tedavisi uygulayan özel sağlık kuruluşlarında, evde bakım merkezlerinde öğrenci, stajyer çalıştırılması durumunda sağlık kuruluşunun “uygunluk belgesinin 7 gün süreyle durdurulacağı” hükme bağlanmıştır(ADSÖY. Ek 7-Denetleme Formu, ATÖSY. Ek 9-Denetleme Formu, EBHY. Ek 7-Denetleme Formu, HBOTY.Ek 9-Denetim Formu).

Bu kapsamda il sağlık müdürlüklerince(valiliklerce) uygulanacak faaliyet durdurma cezalarına karşı idare mahkemelerinde itiraz edilebileceğini söyleyebiliriz.

I .2 .8 .4 – Faaliyet Durdurma Cezalarının Kanuniliği

Çalışmamızın önceki bölümlerinde, bu bölümde ve son bölümünde yer verildiği üzere, çoğunlukla belli sürelerle ya da süresiz ilgili özel sağlık kurum ve kuruluşuna faaliyetinin durdurulması cezaları verilmektedir. Bu cezalar da; ruhsatsız ya da uygunluk belgesi olmadan faaliyet gösterilmesinden, mesul müdürlük belgesi ve çalışma izin belgesi olmadan sağlık personeli çalıştırılmasından, mevzuatta öngörülen sayı ve nitelikte sağlık personeli istihdam edilmemesinden, devlet hizmet yükümlülüğünü tamamlamamış hekim çalıştırılmasından, çalışması kanunla

⁸⁵⁴ Bununla birlikte 15.02.2008 tarihinden önce açılmış özel tıp merkezi, dal merkezi ve polikliniklerde asistan, intern, *öğrenci*, stajyer gibi çalışma yetkisi olmayan sağlık personelinin çalışması yasaklanmış, çalışmalarının tespiti halinde ise o sağlık kuruluşunun faaliyetinin 3 gün süre ile durdurulacağı hüküm altına alınmıştır(ÖSKY.Ek 7/a-Denetleme Formu).

yasaklanmış olan yabancı uyruklu hekim ve diş hekimini alıřtırılmasından⁸⁵⁵, hekim ünvanını almamış intörn ve stajyer öğrenci çalıştırılmasından vb. ötürü uygulanmaktadır.

Çalışmamızın bu ve diğer bölümlerinde de sıklıkla tartışacağımızı ifade ettiğimiz üzere, sağlık mevzuatında sözkonusu yönetmeliklerde belirtilen suça esas fiiller ile bunlara uygulanacak cezalara yer verilmiş olması ceza hukukunun “kanunsuz suç ve ceza olmaz” prensibi bağlamında aşağıda tartışılmıştır. Belirtilen cezaların Anayasamızın 38.maddesinin üçüncü fıkrasında sözü edilen **“Ceza ve ceza yerine geçen güvenlik tedbirleri ancak kanunla konur”** hükmüne aykırı olup olmadığının incelenmesi gerekmektedir.

Konu 5237 sayılı yeni Türk Ceza Kanunu açısından da önem arz etmektedir. Gerçekten de 5237 sayılı Türk Ceza Kanununun **“suçta ve cezada kanunilik ilkesi”** başlıklı 2.maddesinde, Anayasanın yukarıda yer verdiğimiz 38.maddesindeki düzenlemeye paralel olarak; **“ Kanunun açıkça suç saymadığı bir fiil için kimseye ceza verilemez ve güvenlik tedbiri uygulanamaz. Kanunda yazılı cezalardan ve güvenlik tedbirlerinden başka bir ceza ve güvenlik tedbirine hükmolunamaz. İdarenin düzenleyici işlemleriyle suç ve ceza konulamaz...”** hükmüne yer verilmiştir.

Bir fiilin suç sayılması için kanunda gösterilmiş olması ve karşılığında bir ceza bulunması lazımdır. Kişi hürriyetini ve dokunulmazlığını sağlayan bu kural, “kanunsuz suç olmaz” diye ifade olunur. Kanunun sarih olarak cezalandırmadığı bir fiil için kimseye ceza verilemez. Bu itibarla cezada kıyas yoktur. Suç olan her fiilin kanunda gösterilmesi şarttır. Hakim, yorum yolu ile ne suç ne de ceza yaratabilir.⁸⁵⁶

Kanunsuz suç ve ceza olmaz ilkesinin anlamı ve işlevi üç yönlü olmaktadır:

1) bireylerin, hangi davranışlarının suç oluşturduğu ve bunların karşılığında hangi

⁸⁵⁵ çalışmamızda yer verdiğimiz özel sağlık kurum ve kuruluşları ile ilgili Yönetmelikler ekindeki denetleme formlarında, sadece yabancı hekim/diş hekimini çalıştırılması halinde uygulanacak cezalara yer verilmiş, kanunlardaki idari para cezalarından başka yabancı hemşire, ebe, hastabakıcı personelin istihdamı durumunda bu yönlü yaptırımlara yer verilmediği de görölmüştür.

⁸⁵⁶ GÖZÜBÜYÜK, Abdullah Pulat: Türk Ceza Kanunu şerhi, Cilt 1, Beşinci Bası, Kazancı Hukuk Yayınları No:64, İstanbul 1988, s:5; YAşAR, Osman: uygulamada Türk Ceza Yasası-Genel Hükümler, Seçkin Yayınevi, Ankara 2000, s:21

cezaların öngörüldüğünü bilmelerine olanak sağlama, 2)hakimlerin, bireyleri keyfi olarak cezalandırmalarını önleme, 3)yasakoyucuyu, insan haklarına ve demokratik anayasal haklara ters düşen yasalar yapma konusunda sınırlandırma.⁸⁵⁷

Esasen evrensel bir nitelik taşıyan “kanunsuz suç ve ceza olmaz” ilkesinin doğal sonucu ise suçun da cezanın da kanun ile konulmasıdır. Keza kanun çıkarmak bir yasama faaliyetidir ve kanun koyma yetkisi de ülkemizde TBMM ne aittir. Anayasamıza göre yasama görevi, devredilmesi mümkün olmayan bir yetkidir. Dolayısıyla suçların da bunlara uygulanacak cezaların da kanun ile düzenlenmesi gerekmektedir. Öte yandan, idarenin düzenleyici işlemleriyle suç ve ceza konulamayacaktır. Başka bir söyleyişle idare, tüzük, yönetmelik, genelge vb. düzenlemeler ile suçlar koyup cezalar salamayacaktır. Anlaşılacağı üzere böyle bir uygulamaya ne yeni Ceza Kanunumuz ne de Anayasamız imkân vermektedir.

Diğer taraftan, 5326 sayılı **Kabahatler Kanunu**⁸⁵⁸,nun 4.maddesinde de kabahatlerde kanunilik ilkesine yer verilmiştir. Buna göre; “*Hangi fiillerin kabahat oluşturduğu, kanunda açıkça tanımlanabileceği gibi; kanunun kapsam ve koşulları bakımından belirlediği çerçeve hükmün içeriği, idarenin genel ve düzenleyici işlemleriyle de doldurulabilir. Kabahat karşılığı olan yaptırımların türü, süresi ve miktarı, ancak kanunla belirlenebilir.*” Sözkonusu kanun hükmünün gerekçesinde; medde metninde, suçta kanunilik ilkesine nazaran, kabahatler açısından daha esnek bir sistem kabul edildiğinden, ikinci fıkrasında ise idari yaptırımlar açısından cezada kanunilik ilkesine paralel bir hükme yer verildiğinden bahsedilmiştir.⁸⁵⁹

Anlaşılacağı üzere, ülkemizde uzun yıllar tartışılan, fakat tartışmaya rağmen uygulanan, düzenleyici işlemlerle suç ve ceza konulması uygulamasına 5237 sayılı Kanunun yukarıdaki hükmü ile artık son verilmiştir. 5326 sayılı Kanun ile de, kabahatler için uygulanacak yaptırımlara da kanunda yer verilmesi gerekmektedir. 5237 sayılı Kanunun açık hükmü karşısında, eski uygulamayı oluşturan, suça bir

⁸⁵⁷ CENTEL, Nur: Türk Ceza Hukukuna Giriş, 2.Baskı, Beta Yayınları, İstanbul 2002, s:14-15

⁸⁵⁸ 31.03.2005 tarih ve 25772(Mükerrer) sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

⁸⁵⁹ TBMM, Dönem:22, Yasama Yılı:3, Sıra Sayısı:840

yasada yer vermek, fakat suçun ve cezanın ayrıntılarını düzenleyici işlemlerle yapmak geleneği terk edilmek zorundadır.⁸⁶⁰

Anayasa Mahkemesi de, eski 625 sayılı Özel Öğretim Kurumları Kanunu'nun 15.maddesi ile ilgili olarak verdiği 15.02.2006 tarih, E:2002/40, K:2006/20 sayılı iptal kararında⁸⁶¹; “Anayasa'nın 38. maddesinin ilk fıkrasında, “Kimse, kanunun suç saymadığı bir fiilden dolayı cezalandırılmaz” denilerek “**suçun yasallığı**”, üçüncü fıkrasında da “ceza ve ceza yerine geçen güvenlik tedbirleri ancak kanunla konulur” denilerek “**cezanın yasallığı**” ilkesi getirilmiştir. Buna göre, Anayasa'nın kişi hak ve özgürlükleri yönünden getirdiği güvencelere aykırı olmamak koşuluyla suç ve ceza konusundaki düzenlemelerin yasa ile yapılması zorunludur. Anayasa ile güvence altına alınan suç ve cezada yasallık ilkesi, ceza hukukunun da temel ilkelerinden birini oluşturmaktadır.

Kanunsuz suç ve ceza olmaz ilkesinin yaşama geçirilebilmesi bağlamında, Yasa'da tüzük, yönetmelik veya umumi emir gibi idari tasarruflarla yasaklanan eylemlerin suç kabul edilmesi yasa ile düzenleme anlamına gelmeyeceğinden, bu eylemlerin neler olduğunun da yasada yer alması, cezanın da geçici veya sürekli tanımlanmasıyla sürenin takdirini idareye bırakacak biçimde değil açıkça miktar ya da alt ve üst sınırlar belirlenerek gösterilmesi gerekir. Bu gerekliliğin, kişinin temel hak ve özgürlüklerinin de güvencesi olduğunda duraksanamaz.

Bu durumda itiraz konusu kuralla, tüzük, yönetmelik veya umumi emirlere aykırılığın suç sayılması ve bunlara uygulanacak cezanın da belirli bir süreyle sınırlandırılmaması, suç ve cezanın yasallığı ilkesi ile bağdaşmamaktadır.” denilmiştir.

Söz konusu karara göre, hem suçun Yönetmelikle(yabancı hekim olduğu üzere bazen kanunda) hem de buna ilişkin cezanın Yönetmelikle belirlenmesi “kanunsuz suç ve ceza olmaz” ilkesine aykırıdır. Yönetmeliklere dayalı olarak uygulanacak faaliyet durdurma cezalarının, yapılacak itirazlar ile mahkemelerce iptal edilmeleri yüksek bir ihtimal olarak görülmektedir. Bu bakımdan sağlık mevzuatında birçok

⁸⁶⁰ YURTCAN, Erdener: Yeni Türk Ceza Kanunu ve Yorumu, Kazancı Yayınları, Ankara 2004, s:33

⁸⁶¹ 13.07.2006 tarih ve 26227 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

özel sağlık kurum ve kuruluşunun yönetmeliklerle düzenlenmesi, yasaklamalara(suç) ve yaptırımlarına(ceza) da yine yönetmeliklerde yer verilmesi uygulamasının terk edilmesi gerekmektedir. Faaliyet durdurma cezalarının temel bir sağlık kanununda düzenlenmesi yapılan işlemlerin hukukiliğini de tartışmalı olmaktan çıkaracaktır.

I .3 – Çalışma İzin Belgesi Alınması

I .3 .1 – Genel Olarak

Özel sağlık kurum ve kuruluşlarında çalıştırılacak sağlık personeli ve bazen de diğer personel için çalışma izin belgesinin düzenlenmesi gerekmektedir. Çalışma izin belgesi şartının arandığı durumlarda, bu belge olmadan sağlık personelinin çalıştırılması yasaktır. Burada çalışma izin belgesi zorunluluğuna kısaca değinilmiş, çalışmamızın aşağıdaki bölümlerinde ise her bir özel sağlık kurum ve kuruluşu açısından konuya daha detaylı olarak yer verilmiştir.

Çalışma izin belgesini, özel hastanelerde mesul müdür düzenleyecektir. Şüphesiz mesul müdür olarak çalışacak hekimler için de mesul müdürlük belgesi olacaktır. Başka bir söyleyişle, özel hastanelerde çalıştırılacak olan sağlık personeli için il sağlık müdürlüğünden çalışma izni verilmesi şartı aranmamaktadır. Özel hastane muayene odasında, hastanede görev yapan hekimin diploması varsa uzmanlık belgesinden başka mesul müdür tarafından düzenlenmiş bulunan *personel çalışma belgesinin* bulunması gerekmektedir(ÖHY.md.23/3).

Diğer sağlık kurum ve kuruluşlarının bir kısmında ise sağlık personelinin çalıştırılabilmesi için mutlaka çalışma izin belgesinin alınmış olması gerekmektedir. Özel tıp merkezlerinde ve özel polikliniklerde çalıştırılacak hekim ve diğer sağlık personeli için il sağlık müdürlüğünce düzenlenecek olan personel çalışma izin belgelerinin olması şartı aranacaktır. Buralarda çalıştırılacak olan, nöbetçi tabip haricindeki tabipler ile tabip harici sağlık çalışanına, tam zamanlı veya kısmî zamanlı çalışıp çalışmadıkları açıkça belirtilerek EK-4/a'da yer alan *çalışma belgesi* düzenlenir(ÖSKY.md.28/1).

I .3 .2 – Mesul Müdürlük ve Çalışma İzin Belgesi Bedelleri

Sağlık Bakanlığı'nca açılmasına izin verilen özel sağlık kurum ve kuruluşlarından, açılma işlemlerinde düzenlenen belgelerin karşılığı olarak ruhsatlandırma bedellerinin alındığını, sözü edilen ruhsatlandırma bedelleri alınmasının kanuni dayanağının ise 181 sayılı KHK ve 209 sayılı Kanunlar olduğunu çalışmamızın ikinci bölümünde açıklamıştık. Belirtelim ki; mesul müdürlük belgesi ile çalışma izin belgelerinin düzenlenmesinde de aynı kanunlar uyarınca belli tutarlar ödenmektedir.

Buna göre organ ve doku nakli hizmetleri ile diyaliz eğitim hizmetlerinde Sağlık Bakanlığı'na belli bedeller ödenmektedir.⁸⁶² Diğer taraftan, tıp merkezi, dal merkezi, poliklinik, hiperparik oksijen tedavi merkezi, cerrahi müdahale birimi, eksimer laser cerrahisi uygulama birimi, ağız ve diş sağlığı merkezi, ağız ve diş sağlığı polikliniği, ağız ve diş sağlığı müşterek muayenehanesi, ağız ve diş sağlığı muayenehanesi, güzellik salonu, güzellik merkezi, akupunktur merkezi, akupunktur ünitesi, akupunktur muayenehanesi, sağlık kabini, psiko-teknik değerlendirme merkezi, evde bakım merkezi ve evde bakım birimi için düzenlenen uygunluk belgeleri ve değişiklikleri için; 3153 ve 992 sayılı Kanunlar kapsamındaki laboratuvarlar ve ambulans servisleri için düzenlenen mesul müdürlük belgesi ile hekim ve diğer sağlık personeli personel çalışma belgesi için de Sağlık Bakanlığı'na belli tutarların ödendiğini belirtelim.⁸⁶³

I .4 – İşe Giriş Sağlık Raporu Alınması

Sağlık mevzuatında özel sağlık kurum ve kuruluşlarında çalıştırılacak olan sağlık ve diğer personel için işe başlamadan önce “işe giriş sağlık raporu” alınması gerektiği yönünde bir düzenleme bulunmamaktadır. Bununla birlikte, kimi idari

⁸⁶² Örneğin; organ nakli koordinatörü sertifikasının bedeli 2006 yılında 200 YTL iken 2007 yılında 100 YTL olarak belirlenmiştir. Diyaliz eğitimlerinde sorumlu uzman hekim sertifikasının bedeli 2006'da 200 YTL iken 2007'de 225 YTL, sorumlu uzman sertifikasının bedeli 2006'da 150 YTL iken 2007'de 175 YTL, hemşire sertifikasının bedeli ise 2006'da 100 YTL iken 2007'de 125 YTL olmuştur.(Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 03.04.2007 tarih ve 6826 sayılı yazısı)

⁸⁶³ Örneğin; sözü edilen sağlık kurum ve kuruluşları için mesul müdürlük belgesinin bedeli 2006'da 62 YTL iken 2007'de 67 YTL, personel çalışma belgelerinin bedeli ise 2006'da 56 YTL iken 2007'de 61 YTL olmuştur.(Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 29.12.2006 tarih ve 14755 sayılı yazısı)

düzenlemelerde sağlık personelinin bazı tetkik ve muayeneleri yaptırmaları istenmiştir. İşe giriş sağlık raporu alınması gereken durumlar ise İş Kanununda düzenlenmiştir. Aşağıda yer verilen düzenlemelerin Anayasanın 50.maddesindeki, kimse yaşına, cinsiyetine ve gücüne uymayan işlerde çalıştırılmaz hükmüyle paralellik taşıdığı görülmektedir. Özel sağlık kurum ve kuruluşlarında çalıştırılacak kişilerin işe başlamadan, dolayısıyla ilgili kurumlara bildirilmeden önce işe giriş sağlık raporu alınması gerekmektedir.⁸⁶⁴

4857 sayılı Kanunun 87.maddesi gereğince, **ondört yaşından onsekiz yaşına kadar (onsekiz dahil) çocuk ve genç işçilerin** işe alınmalarından önce **muayene** ettirilerek işin niteliğine ve şartlarına göre vücut yapılarının dayanıklı olduğunun **raporla** belirtilmesi ve bunların onsekiz yaşını dolduruncaya kadar altı ayda bir defa aynı şekilde doktor muayenesinden geçirilerek bu işte çalışmaya devamlarına bir sakınca olup olmadığının kontrol ettirilmesi zorunludur.

Benzer biçimde, 4857 sayılı Kanunun 69.maddesi gereğince, **gece çalıştırılacak işçilerin** sağlık durumlarının gece çalışmasına uygun olduğu, **işe başlamadan önce alınacak sağlık raporu** ile belgelenir. Gece çalıştırılan işçiler en geç iki yılda bir defa işveren tarafından periyodik sağlık kontrolünden geçirilirler. İşçilerinin sağlık kontrollerinin masrafları ise işveren tarafından karşılanır. 4857 sayılı Kanunun 86.maddesi gereğince de, **ağır ve tehlikeli işlerde çalışacak işçilerin** işe girişinde veya işin devamı süresince en az yılda bir, bedence bu işlere elverişli ve dayanıklı olduklarına dair **işe giriş sağlık raporu/muayene raporları** olmadıkça, bu gibilerin işe alınmaları veya işte çalıştırılmaları yasaktır.

Sağlık kurum ve kuruluşları büyük ölçüde gece de hizmet sunduklarından sağlık personeli gece çalışmasına katılmaktadır. Öte yandan, Ağır ve Tehlikeli İşler Yönetmeliği'nin eki EK-1'deki çizelgede, kaplıca işletmeleri, radyoloji işleri, hastane, bakteriyoloji ve kimya laboratuvarları, eczacılık gibi özel sağlık kurum ve kuruluşları ağır ve tehlikeli işlerden sayılmıştır. Böyle olunca özel sağlık kurum ve

⁸⁶⁴ Belirtelim ki; uygulamada çok fazla karıştırılan işe giriş sağlık raporu ile “portör muayene raporu” aynı şey değildir. İşe giriş sağlık raporu ile çalışacak olan işçilerin sağlıklı olmaları önemsenirken, portör muayene raporu ile gıda imali ve satışı işyerleri ile sıhhi işyerlerinde çalışacak olanların bulaşıcı hastalığı olmadığı ve buradan hizmet alacaklara bulaşmaması amaçlanmaktadır. Konu ile ilgili detaylı bilgi için bkz: BİLGİLİ, Özkan: “İşe Giriş Sağlık Raporu ve Portör Muayene Raporu Farkı”, **E-Yaklaşım**, Temmuz 2005, S.24

kuruluşlarında işe giriş sağlık raporu alınmaksızın sağlık ve diğer personel istihdam edilemeyecektir.

İş Kanununun 86.ve 87.maddelerine göre; sözkonusu sağlık raporlarının ise işyeri hekimi varsa ondan, yoksa işyerine en yakın işçi sağlığı dispanserinden, bunların bulunmadığı yerlerde sırası ile en yakın SSK , sağlık ocağından, hükümet ve belediye hekimlerinden alınması ve bu sıraya uygun hareket edilmesi gerekmektedir. Bu düzenleme açısından, yasada öngörülen sağlık mercileri varken özel doktora başvurulması olanaksızdır.⁸⁶⁵ Keza, eğer sağlık raporunun verilmesi konusunda birden çok doktor veya sağlık kuruluşu yetkili kılınmışsa, yazılış sırasına göre, önde bulunan atlanarak daha sonrakinden rapor alınamaz.⁸⁶⁶ Sözkonusu işe giriş sağlık raporlarının ise usulüne uygun olarak düzenlenmesi, sigortalının hasta olmadığını değil bedence işe dayanıklı olduğunu belirtmesi gerekmektedir.⁸⁶⁷

Öte yandan 5283 sayılı Kanunun 9.maddesinde, “*Mevzuatta, bu Kanunla Bakanlığa devredilen kamu kurum ve kuruluşlarına ait sağlık birimlerine yapılan atıflar, Bakanlığa ait sağlık birimlerine ve Sosyal Sigortalar Kurumu tarafından belirlenecek sağlık kurum ve kuruluşlarına yapılmış sayılır...*”denildiğinden devredilen SSK Hastanelerini ve dispanserlerinin de devlet hastanesi/sağlık ocağı kapsamında değerlendirmesi gerekmektedir.

Diğer taraftan özel hastaneler; ilaç raporları, istirahat raporları ile kabul ve tedavi ettiği hastalıkların tedavilerinde kullanılan tıbbi cihaz ve malzemelerin kullanımına yönelik olarak sağlık kurulu raporu düzenleyebilirler. Ancak özel hastanelerde; usulüne uygun olarak teşekkül ettirilmiş olsa bile özürlü sağlık kurulu raporu, vergi muafiyeti raporu, yurt dışı tedavi raporu, maluliyet raporu, özel tertibatlı araç ithali amacıyla alınan raporlar gibi özellikli raporlar verilemez.⁸⁶⁸

⁸⁶⁵ Y.10.HD. 12.11.1973 tarih, E:1047, K:1973/1092; BİLGİLİ, Özkan: Sosyal Güvenlik Kılavuzu, ASMMMO, Ankara 2006, s:60-61

⁸⁶⁶ Y.10.HD. 19.11.1991 tarih, E:1990/10957, K:1991/9293; BİLGİLİ, Özkan: Sosyal Güvenlik Kılavuzu, ASMMMO, Ankara 2006, s:60-61

⁸⁶⁷ Y.9. HD. 15.12.1973 tarih, E:26464, K:1973/2255; 09.05.1969 tarih, E:2341, K:1969/5193, Y. HGK. 17.09.1986 tarih, E:1986/10-299, K:1986/773; BİLGİLİ, Özkan: Sosyal Güvenlik Kılavuzu, ASMMMO, Ankara 2006, s:60-61

⁸⁶⁸ Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 07.05.2004 tarih ve 7455 (2004/67)sayılı Genelgesi

Dolayısıyla özel hastaneler, ne kendi çalışanları için ne de başka işyerlerinde çalışacaklar için “işe giriş sağlık raporu” düzenleyebileceklerdir.

Özel sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışan sağlık personeli için daha özel raporlar da bulunmaktadır. Örneğin, hiperbarik oksijen tedavisi uygulanan merkezlerde çalışan personel yılda en az bir defa yüksek basınç altında çalışabilirliği açısından sağlık muayenesinden geçirilmeli ve bunu sağlık kurulu raporu ile belgelemelidir(HBOTY.md.13) Dahası bu merkezlerde mesul müdürün, çalışan personelin başta HIV, hepatit markerleri olmak üzere gerekli görülen tetkiklerini ve muayenelerini en az yılda bir defa periyodik olarak yaptırmak görevi de bulunmaktadır(HBOTY.md.9/2-m)

Benzer şekilde özel hastanelerde mesul müdürün “*Özel hastanede görev yapan bütün personelin HIV ve hepatit testleri başta olmak üzere gerekli görülen tetkiklerini ve muayenelerini periyodik olarak yaptırmak*” görevi vardır(ÖHY.md.17/o). Özel tıp merkezleri ve özel polikliniklerde de mesul müdür, “*Sağlık kuruluşu çalışanlarının, işyeri çalışanı sağlığı açısından hepatit markeri ve bulaşıcı hastalıklar yönünden diğer gerekli görülen tetkiklerini ve muayenelerini, yılda en az bir defa periyodik olarak yaptırmak*” durumundadır.(ÖSKY.md.16/5-j). Bu nitelikteki örnekler artırılabilir.

I .5 – İş Sözleşmesinin Bağıtlanması

Özel sağlık kurum ve kuruluşlarının 4857 sayılı Kanun kapsamında birer işyeri sayıldıklarına önceki bölümde değinmiştik. Söz konusu işyerlerinde sağlık hizmeti üretim ve sunumunu yapan sağlık personeli ile diğer personel büyük ölçüde iş sözleşmesi ile çalıştırılmaktadır. Dolayısıyla istisnai durumlar haricinde işçidirler.⁸⁶⁹

Böyle olunca söz konusu işyerlerinde istihdam edilecek olan sağlık ve diğer personel ile özel sağlık kurum ve kuruluşu işverenlikleri arasında düzenlenen iş

⁸⁶⁹ Belirtelim ki; özel sağlık kurum ve kuruluşlarında iş sözleşmesi ile çalıştırılan personel dışında da sağlık personelinin daha doğrusu hekimin mesleğini icra etmesi mümkündür. Bu hususlar aşağıda ayrıca açıklanmıştır.

sözleşmelerinin önemi de ortaya çıkmaktadır. Özel sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışacak personel için, iş sözleşmesi yapmaları açısından ehliyet sorunu olup olmadığı, sözleşmelerde şekil şartı aranıp aranmayacağıının incelenmesi gerekmektedir.

Özellikle sağlık personeli için düzenlenecek olan iş sözleşmesinin türü belirleyici olmaktadır. Özel sağlık kurum ve kuruluşlarında iş sözleşmesine istinaden çalıştırılacak olan sağlık personeli ile düzenlenecek sözleşme belirli süreli mi belirsiz süreli mi olacak? Bu işyerlerinde kısmi süreli iş sözleşmesi ile çalışmak mümkün mü? Benzer biçimde, sağlık personeli iş görme edimini çağrıldığı vakit yerine getireceği bir iş sözleşmesi ile çalıştırılabilir mi? Sorularının yanıtlarının aranması gerekmektedir.

I .5 .1 – Sağlık Personelinin İş Sözleşmesi Yapmasına İlişkin Sınırlamalar

I .5 .1 .1 – Genel Olarak

İş sözleşmesi diğer sözleşmelerde olduğu gibi işçi ve işverenin karşılıklı ve birbirine uygun irade beyanında bulunmaları ile kurulur. İş sözleşmesini kurma iradesi açıkça beyan edilebileceği gibi örtülü(zımnî) de olabilir.⁸⁷⁰ İş sözleşmesi rızai bir sözleşme olup, iki tarafın serbest iradesi ile kurulur.⁸⁷¹ İş sözleşmesi ehliyeti ise genel olarak ehliyet kavramından bağımsız bir hukuki mahiyete sahip değildir. Ama önemli ölçüde farklılaşmıştır. Bunun sebebi, başta İş Kanununun olmak üzere mevzuatın sosyal(küçükleri) ve siyasal(ulusal işgücünü koruma) amaçlarla ehliyete ilişkin sınırlayıcı karakterde özel kurallar öngörmesidir.⁸⁷²

Anayasanın 48.maddesinde “*Herkes dilediği alanda çalışma ve sözleşme hürriyetine sahiptir*” denilerek sözleşme hürriyeti anayasal güvenceye alınırken, Medeni Kanununun8.maddesine göre “*Her insanın hak ehliyeti vardır. Buna göre bütün insanlar, hukuk düzeninin sınırları içinde haklara ve borçlara ehil olmada*

⁸⁷⁰ SÜZEK, Sarper: İş Hukuku, 2.Bası, Beta Yayınları, İstanbul 2005, s:243; NARMANLIOĞLU, Ünal: İş Hukuku Ferdi İş İlişkileri I, 3.Bası, DEÜ Hukuk Fakültesi Döner Sermeye İşletmesi Yayınları No:91, İzmir 1998, s:147

⁸⁷¹ NARMANLIOĞLU, Ünal: İş Hukuku Ferdi İş İlişkileri I, 3.Bası, DEÜ Hukuk Fakültesi Döner Sermeye İşletmesi Yayınları No:91, İzmir 1998, s:150

⁸⁷² MOLLAMAHMUTOĞLU, Hamdi: İş Hukuku, Turhan Kitabevi, Ankara 2004, s:282

eşittirler.” denilme suretiyle “hukuk düzeninin sınırları” içinde hak ehliyetine bazı sınırlamalar getirilebileceğine işaret etmiştir. İşte iş sözleşmesi ehliyeti bakımından özel kurallar bu nitelikteki sınırlamaları ifade etmektedir.⁸⁷³

Anayasanın 50.maddesine göre “*Kimse, yaşına cinsiyetine ve gücüne uymayan işlerde çalıştırılmaz. Küçükler ve kadınlar ile bedeni ve ruhi yetersizliği olanlar çalışma şartları bakımından özel olarak korunurlar.*” Anayasanın bu hükmü gereğince iş mevzuatında işçinin yaş küçüklüğü, cinsiyeti ve sağlık durumuna göre iş sözleşmesinin yapılmasına bazı sınırlamalar getirilmiştir.⁸⁷⁴ İşçinin yabancı olması onunla iş sözleşmesi yapılmasını sınırlayan etmenlerden bir diğeridir.⁸⁷⁵ Aşağıda, yaş küçüklüğü ve kadın oluşu sebebiyle, özel sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışacak olan sağlık personelinin, iş sözleşmesi yapmasına bir sınırlama olup olmadığı açıklanmaya çalışılmıştır.

I .5 .1 .2 – Yaş Küçüklüğü

4857 sayılı İş Kanununun “çalıştırma yaşı ve çocuk çalıştırma yasağı” başlıklı 71.maddesi birinci fıkrasında, “ *Onbeş yaşını doldurmamış çocukların çalıştırılması yasaktır. Ancak, ondört yaşını doldurmuş ve ilköğretimi tamamlamış olan çocuklar, bedensel, zihinsel ve ahlaki gelişmelerine ve eğitime devam edenlerin okullarına devamına engel olmayacak hafif işlerde çalıştırılabilirler.*” denilmek suretiyle, 15 yaşını doldurmamış çocukların çalıştırılması yasaklanmış ve belli şartlar altında da ondört yaşını ikmal etmiş çocukların çalıştırılabilmesine imkân tanımıştır. Bu iki durumda da küçüğün yasal temsilcisinin onayı aranacaktır.

Onsekiz yaşını doldurmamış çocuk ve genç işçiler bakımından yasak olan işler ile onbeş yaşını tamamlamış, ancak onsekiz yaşını tamamlamamış genç işçilerin

⁸⁷³ MOLLAMAHMUTOĞLU, Hamdi: İş Hukuku, Turhan Kitabevi, Ankara 2004, s:285; SÜZEK, Sarper: İş Hukuku, 2.Bası, Beta Yayınları, İstanbul 2005, s:247

⁸⁷⁴ SÜZEK, Sarper: İş Hukuku, 2.Bası, Beta Yayınları, İstanbul 2005, s:247-249; ÇELİK, Nuri: İş Hukuku Dersleri, 19.Bası, Beta Yayınları, İstanbul 2006, s:107-109; TAŞKENT, S; EYRENCİ, Ö. ve ULUCAN, D.:Bireysel İş Hukuku, 3.Bası, Legal Yayıncılık, İstanbul 2006, s:87-90

⁸⁷⁵ ŞAKAR, Müjdat: İş Hukuku Uygulaması, Der Yayınları, 6.Baskı, İstanbul 2005, s:79-83; GÜVEN, Ercan ve AYDIN, Ufuk: Bireysel İş Hukuku, Nisan Kitabevi, Eskişehir 2004, s:70; TAŞKENT, S; EYRENCİ, Ö. ve ULUCAN, D.:Bireysel İş Hukuku, 3.Bası, Legal Yayıncılık, İstanbul 2006, s:89-90; NARMANLIOĞLU, Ünal: İş Hukuku Ferdi İş İlişkileri I, 3.Bası, DEÜ Hukuk Fakültesi Döner Sermeye İşletmesi Yayınları No:91, İzmir 1998, s:151-153; DEMİR, Fevzi: İş Hukuku ve Uygulaması, 4.Baskı, Birleşik Matbaacılık, İzmir 2005, s:70-72

çalışmasına izin verilecek işler, ondört yaşını bitirmiş ve ilköğretimini tamamlamış çocukların çalıştırılabilecekleri hafif işler ve çalışma koşulları ise, **Çocuk ve Genç İşçilerin Çalıştırılma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik**⁸⁷⁶ ile düzenlenmiştir.⁸⁷⁷

Buna göre, çocuk işçilerin çalışabilecekleri işler arasında “*Büro hizmetlerine yardımcı işler*” ve genç işçilerin çalışabilecekleri işler arasında da “*İçkili yerler ve aşçılık hizmetleri hariç olmak üzere hizmet sektöründeki işler*” yer aldığından, özel sağlık kurum ve kuruluşları da nihayetinde “sağlık hizmeti üretim ve sunumu” işyerleri olduğuna göre, çocuk ve genç işçilerin buralardaki sağlık hizmeti üretimine yardımcı büro-hizmet işlerinde çalıştırılmalarının iş mevzuatı kapsamında mümkün olduğunu söyleyebiliriz.

Öte yandan aynı yönetmelik gereği çocuk ve genç işçiler; “4857 sayılı Kanununun 69.maddesinde belirtilen gece dönemine rastlayan sürelerde yapılan işlerde”⁸⁷⁸, “Ağır ve Tehlikeli İşler Yönetmeliği’nde 18 yaşını doldurmamış kişilerin çalışmasının yasaklandığı işlerde”, “Radyoaktif maddelere ve zararlı ışınlarla maruz kalınması ihtimali olan işlerde”, “Meslek eğitim programı gereği staj nedeni ile yapılan çalışmalar hariç, güzellik salonlarında yapılan yüz, vücut bakımı ve estetiği, epilasyon ve masaj işlerinde” vb. çalıştırılmazlar.⁸⁷⁹

⁸⁷⁶ 06.04.2004 tarih ve 25425 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

⁸⁷⁷ Söz konusu Yönetmelikte, “genç işçi”, 15 yaşını tamamlamış, ancak 18 yaşını tamamlamamış; “çocuk işçi” ise 14 yaşını bitirmiş, 15 yaşını doldurmamış ve ilköğretimini tamamlamış kişi olarak tanımlanmıştır.(Yön.md.4)

⁸⁷⁸ 4857 sayılı Kanununun 69.maddesi birinci fıkrasına göre; “Çalışma hayatında “gece” en geç saat 20.00’de başlayarak en erken saat 06.00’ya kadar geçen ve her halde en fazla onbir saat süren dönemdir.”

⁸⁷⁹ Yaş küçüklüğü nedeniyle İş Kanunu dışında diğer bazı kanunlarımızda çalıştırma yasakları bulunmaktadır: 222 sayılı Kanununun 59.maddesi gereğince, “İlköğrenim çağında olup da mecburi ilköğretim kurumlarına devam etmeyenler, hiçbir resmi ve özel iş yerinde veya her ne surette olursa olsun çalışmayı gerektiren başka yerlerde ücretli veya ücretsiz çalıştırılmazlar. İlköğretim kurumlarına devam ettiklerini belgeleyenler ise, çocukların çalıştırılmasını düzenleyen kanun hükümleri uygulanmak şartıyla ancak ders zamanları dışında bu gibi yerlerde çalıştırılabilirler”. 5259 sayılı Kanununun 12.maddesine göre; kanuni istisnalar saklı olmak üzere, eğlence, oyun, içki ve benzeri amaçlı umuma açık ve açılması izne bağlı yerlerde 18 yaşından küçükler çalıştırılmaz. 1593 sayılı Kanununun 173. maddesine göre; on iki yaşından aşağı bütün çocukların fabrika ve imalathane gibi her türlü sanat müesseseleriyle maden işlerinde amele ve çırak olarak istihdamı yasaktır. On iki yaş ile on altı arasında bulunan kız ve erkek çocuklar günde azami sekiz saatten fazla çalıştırılmaz. Aynı Kanununun 174.maddesine göre; oniki yaş ile onaltı yaş arasında bulunan çocukların saat yirmiden sonra gece çalışmaları yasaktır. Kanununun 176.maddesine göre ise; mahalli belediyelerince bar, kabare, dans salonları, kahve, gazino ve hamamlarda onsekiz yaşından aşağı çocukların istihdamı yasaklanır.

Şu halde çocuk ve genç işçiler özel sağlık kurum ve kuruluşlarındaki sağlık hizmeti üretimine yardımcı büro-hizmet işlerinde bile gece çalıştırılmayacaklardır. Özel sağlık kurum ve kuruluşları açısından Ağır ve Tehlikeli İşler Yönetmeliği gereğince 18 yaşını doldurmamış kişilerin; *kaplıca işletmeleri* bünyesindeki mutfak, bulaşikhane, çamaşırhane, ütü odalarında yapılan işlerde (Yardımcı işlerde genç işçiler çalışabilir), *radyoloji işleri* ile radyum ve radyo aktif maddelerle ve radyasyon yayan her türlü cihazla (Çeşitli röntgen, magnetik rezonans ve benzeri elektronik cihazlar) çalışılan işlerde, *hastane*, bakteriyoloji ve kimya laboratuvarları, eczacılık (ilaç imali, ham maddesi imali ve benzeri) işlerde çalışmaları yasaklanmış bulunmaktadır. Belirtelim ki; “*Onaltı yaşını doldurmamış genç işçiler ve çocuklar ağır ve tehlikeli işlerde çalıştırılmaz*”(4857 sK.md.85-1)

I.5.1.3 – Cinsiyet

4857 sayılı Kanununun 72.maddesine göre, “ *Maden ocakları ile kablo döşemesi, kanalizasyon ve tünel inşaatı gibi yer altında veya su altında çalışılacak işlerde onsekiz yaşını doldurmamış erkek ve **her yaştaki kadınların** çalıştırılması yasaktır.*” Öte yandan, 4857 sayılı Kanununun 74.maddesi birinci fıkrası gereğince de, “ *Kadın işçilerin doğumdan önce sekiz ve doğumdan sonra sekiz hafta olmak üzere toplam onaltı haftalık süre için çalıştırılmamaları esastır. Çoğul gebelik halinde doğumdan önce çalıştırılmayacak sekiz haftalık süreye iki hafta süre eklenir. Ancak, sağlık durumu uygun olduğu takdirde, doktorun onayı ile kadın işçi isterse doğumdan önceki üç haftaya kadar işyerinde çalışabilir. Bu durumda, kadın işçinin çalıştığı süreler doğum sonrası sürelere eklenir.*”

Kadın İşçilerin Gece Postalarında Çalıştırılma Koşulları Hakkında Yönetmeliğin⁸⁸⁰ 5.maddesinde, kadın işçilerin her ne şekilde olursa olsun gece postasında yedibuçuk saatten fazla çalıştırılmayacağı, 9.maddesinde ise kadın işçilerin gebe olduklarının doktor raporuyla tespitinden itibaren doğuma kadar, emziren kadın işçilerin ise doğum tarihinden başlamak üzere altı ay süre ile gece postalarında çalıştırılmayacakları hüküm altına alınmıştır.

⁸⁸⁰ 09.08.2004 tarih ve 25548 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

Benzer bir biçimde, *Gebe veya Emziren Kadınların Çalıştırılma Şartlarıyla Emzirme Odaları Ve Çocuk Bakım Yurtlarına Dair Yönetmeliğin*⁸⁸¹ 9.maddesinde de, emziren işçinin doğumu izleyen 6 ay boyunca gece çalıştırılmasının yasak olduğu, yeni doğum yapmış işçinin doğumu izleyen sekiz haftalık süre sonunda, emziren işçinin ise, 6 aylık süreden sonra gece çalışması yapmasının güvenlik ve sağlık açısından sakıncalı olduğunun hekim raporu ile belirlendiği dönem boyunca, gece çalıştırılmasının yasak olduğu belirtilmiştir.

Diğer taraftan kadın işçilerin hangi çeşit ağır ve tehlikeli işlerde çalıştırılabilecekleri Sağlık Bakanlığı'nın da görüşü alınarak Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nca hazırlanan *Ağır ve Tehlikeli İşler Yönetmeliği*⁸⁸², nde gösterilmiştir. Buna göre, yönetmeliğe ekli EK-1'deki çizelgede, karşısında K harfi bulunmayan işlerde kadın işçilerin çalıştırılması yasaklanmıştır. Sözü edilen yönetmelikte, ağır ve tehlikeli işlerden sayılan kaplıca işletmelerinde, radyoloji işlerinde, hastane, bakteriyoloji ve kimya laboratuvarları, eczacılık gibi özel sağlık kurum ve kuruluşlarında kadın işçiler dâhil sağlık raporu alınmadan işçi çalıştırılması Yönetmeliğin 5.maddesi gereğince yasaktır. Aynı Yönetmeliğin 6.maddesine göre de, *“Kadınlar, ay hali günlerinde ağır ve tehlikeli işlerde çalıştırılmazlar. Bu günlerin sayısı 5 gün olarak hesap edilir. Daha fazlası için hekim raporuna göre hareket edilir...”*

Çalışma hayatında, kadın çalışanlara yönelik olarak, işçi çalıştıran kimselerin, biyolojik nedenlerle veya işin niteliğinden kaynaklanan sebeplerle yapacaklar ayrımların haksız ayırım olmadığı ve eşitlik ilkesine aykırı bir durum yaratmayacağı, yukarıda belirtilen durumlarda mevzuatın amacının kadınları çalışma hayatından uzaklaştırmak değil, korunması amaçlanan suje olmasından kaynaklanan bir yasaklamanın sözkonusu olduğu ifade edilmektedir.⁸⁸³

⁸⁸¹ 14.07.2004 tarih ve 25522 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

⁸⁸² 16.06.2004 tarih ve 25494 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

⁸⁸³ BACAK, Bünyamin ve YİĞİT, Yusuf: “Türk İş Hukukunda Kadın İşçilerin Çalışma Koşullarına İlişkin Düzenlemelerin Değerlendirilmesi”, **Kamu-İş**, C:9, S:2007/2, s:1-32

I .5 .2 – İş Sözleşmesinin Şekli

I .5 .2 .1 – Genel Olarak

İş sözleşmesi rızai sözleşmelerdendir. Kural olarak hiçbir özel şekil gerekmez, salt karşılıklı irade beyanları ile kurulur. İş sözleşmesinde aslolan şekil serbestisidir.⁸⁸⁴ Taraflar sözleşmeyi istedikleri şekilde yazılı veya sözlü ve hatta hiçbir şekil ortaya koymadan örtülü olarak da yapabilirler.^(885,886) Öte yandan sözleşmenin geçerli olarak meydana gelmesi belli bir şekle bağlanmışsa(sıhhat şartı) o şekle uyulması gerekir. Aksi halde sözleşme geçerli değildir ve mutlak butlanla batıldır.⁸⁸⁷ Yasa sözleşmenin bir şekle bağlı olarak yapılmasını öngörüyorsa, kural olarak bu şeklin, geçerlilik(sıhhat) şartı olduğunun kabulü gerekir.⁸⁸⁸

Türk hukukunda şekil serbestîsi ilkesi Borçlar Kanununun 11.maddesi birinci fıkrasında, “*Akdin sıhhati, kanunda sarahat olmadıkça hiçbir şekle tabi değildir.*” şeklinde ifade edilmiştir. Bunun yanı sıra Borçlar Kanununun 314.maddesinin birinci fıkrasında da, aksine bir hüküm bulunmadıkça iş sözleşmesinin özel bir şekle tabi olmadığı, ayrıca hükme bağlanmıştır. Bu kurala uygun olarak, 4857 sayılı Kanunun 8.maddesi birinci fıkrası da, “*...İş sözleşmesi, Kanunda aksi belirtilmedikçe, özel bir şekle tâbi değildir.*”düzenlemesini getirmiştir. Yargıtay’a göre de; “*...iş sözleşmesinin kurulması veya feshedilmesi belirli bir şekle bağlı değildir. Bir başka anlatımla yazılı şekil şart değildir.*”⁸⁸⁹

⁸⁸⁴ MOLLAMAHMUTOĞLU, Hamdi: İş Hukuku, Turhan Kitabevi, Ankara 2004, s:285; SÜZEK, Sarper: İş Hukuku, 2.Bası, Beta Yayınları, İstanbul 2005, s:308; SÜZEK, Sarper: İş Hukuku, 2.Bası, Beta Yayınları, İstanbul 2005, s:244; ÇELİK, Nuri: İş Hukuku Dersleri, 19.Bası, Beta Yayınları, İstanbul 2006, s:116; TAŞKENT, S; EYRENCİ, Ö. ve ULUCAN, D.:Bireysel İş Hukuku, 3.Bası, Legal Yayıncılık, İstanbul 2006, s:90

⁸⁸⁵ NARMANLIOĞLU, Ünal: İş Hukuku Ferdi İş İlişkileri I, 3.Bası, DEÜ Hukuk Fakültesi Döner Sermeye İşletmesi Yayınları No:91, İzmir 1998, s:153

⁸⁸⁶ Yargıtay’a göre de, “..Hizmet akdinin varlığı için taraflar arasında yazılı hizmet sözleşmesi düzenlenmesi koşul değildir. Fiili olarak çalışma olgusunun gerçekleşmesi yeterlidir...” 9.HD. 20.11.2000, 11907/16844. AKYİĞİT, Ercan: İçtihatlı ve Açıklamalı 4857 Sayılı İş Kanunu Şerhi, C:1, 2.Baskı, Seçkin Yayıncılık, Ankara 2006, s:479

⁸⁸⁷ GÜVEN, Ercan ve AYDIN, Ufuk: Bireysel İş Hukuku, Nisan Kitabevi, Eskişehir 2004, s:64

⁸⁸⁸ SEVİMLİ, K.Ahmet: “İş Hukukunda Yazılı Şekil Şartı”, **Çimento İşveren**, Mart 2003, C:17, S:2, s:11-26

⁸⁸⁹ Y.9.HD. 19.01.1983, E:1983/9569, K:1983/97; AKYİĞİT, Ercan: Hizmet Akdinin Kesin Hükümsüzlüğü ve İptal Edilebilirliği, Kazancı Yayınları, İstanbul 1990, s:109; 9.HD. 29.03.2004, 17188/6465; AKYİĞİT, Ercan: İçtihatlı ve Açıklamalı 4857 Sayılı İş Kanunu Şerhi, C:1, 2.Baskı, Seçkin Yayıncılık, Ankara 2006, s:411

4857 sayılı Kanunun 8.maddesi ikinci fıkrası uyarınca, “*Süresi bir yıl ve daha fazla olan iş sözleşmelerinin yazılı şekilde yapılması zorunludur. Bu belgeler damga vergisi ve her çeşit resim ve harçtan muaftır.*” Bu hüküm süreksiz iş sözleşmelerinde uygulanmayacaktır.⁸⁹⁰ Görüldüğü üzere her ne kadar İş Kanununa göre iş akitleri kural olarak şekle bağlı değilse de, adı geçen yasa gereğince ancak sınırlı hallerde kurulabilen ve *bir yıl ve daha fazla süreli* olan belirli süreli sözleşmelerin yazılı yapılması gerekir. Belirtelim ki, belirsiz süreli veya bir yıldan daha kısa süreli bir iş akdini yazılı olarak yapmaya da bir engel bulunmamaktadır.^(891, 892)

Öte yandan, 4857 sayılı Kanunun 8.maddesi üçüncü fıkrası uyarınca da; yazılı sözleşme yapılmayan hallerde işveren işçiye en geç iki ay içinde genel ve özel çalışma koşullarını, günlük ya da haftalık çalışma süresini, temel ücreti ve varsa ücret eklerini, ücret ödeme dönemini, süresi belirli ise sözleşmenin süresini, fesih halinde tarafların uymak zorunda oldukları hükümleri gösteren yazılı bir belge vermekle yükümlüdür. Süresi bir ayı geçmeyen belirli süreli iş sözleşmelerinde bu fıkra hükmü uygulanmaz. İş sözleşmesi iki aylık süre dolmadan sona ermiş ise, bu bilgilerin en geç sona erme tarihinde işçiye yazılı olarak verilmesi zorunludur.

I .5 .2 .2 – Sağlık Personeli Açısından

Sağlık mevzuatında özel sağlık kurum ve kuruluşlarında çalıştırılacak olan sağlık personeli ile diğer personelle yapılacak olan iş sözleşmelerinin yazılı olmasını zorunlu kılan herhangi bir kanun hükmü bulunmamaktadır. Ancak, idari düzenlemelerde yazılı sözleşmelerden söz edilmiştir. Aşağıda, çalıştırılacak sağlık

⁸⁹⁰ MOLLAMAHMUTOĞLU, Hamdi: İş Hukuku, Turhan Kitabevi, Ankara 2004, s:285; SÜZEK, Sarper: İş Hukuku, 2.Bası, Beta Yayınları, İstanbul 2005, s:310

⁸⁹¹ SÜZEK, Sarper: İş Hukuku, 2.Bası, Beta Yayınları, İstanbul 2005, s:244

⁸⁹² 4857 sayılı Kanunun 11.maddesi birinci fıkrasında belirli süreli iş sözleşmelerinin süre sınırı olmaksızın yazılı şekilde düzenleneceği belirtilirken; 8.maddesi birinci fıkrasında ise süresi bir yıl ve daha fazla olan iş sözleşmelerinin yazılı şekilde yapılmasının zorunlu olduğu belirtilmektedir. Birbiri ile çelişik bu düzenlemelerden hangisinin uygulanacağı noktasında; yasa koyucunun anlamı olmayan böyle düzenlemeler getirmesinin kabili mümkün olamayacağına göre, 4857/11-1’deki hükmü şekle ilişkin özel düzenlemeyi oluşturan 8.madde çerçevesinde yorumlamak suretiyle, sadece süresi bir yıl ve daha fazla olan iş akitlerinin belirli süreli yapılması gerektiğinin kabulü önerilmektedir. Bkz. SÜZEK, Sarper: İş Hukuku, 2.Bası, Beta Yayınları, İstanbul 2005, s:81-82 ve 245; GÜVEN, Ercan ve AYDIN, Ufuk: Bireysel İş Hukuku, Nisan Kitabevi, Eskişehir 2004, s:65; EKONOMİ, Münir: “4857 Sayılı Kanun Hükümlerine Göre Belirli Süreli İş Sözleşmelerinin Şekil Yönünden Hukuka Uygunluğu (II/1)”, **Legal İş Hukuku ve Sosyal Güvenlik Hukuku Dergisi**, 2007/15, s:893-906

personeli için yazılı iş sözleşmesi şartı aranan durumlara özel sağlık kurum ve kuruluşları bağlamında yer verilmiştir.

Örneğin; özel hastane açılış başvurusunda aranan belgelerden birisi de, “*Özel hastanede mesul müdür ve mesul müdür yardımcısı olarak çalışacaklarına dair noter tasdikli mesul müdürlük ve mesul müdür yardımcılığı sözleşmeleridir*” (ÖHY.md.13). Benzer biçimde, faaliyet izin belgesi alınabilmesi için, özel hastane ruhsatlandırıldığı tarihten itibaren, Yönetmelik eki EK 1’de gösterilen “*özel hastanelerde asgari bulundurulacak sağlık personeli*” listesindeki kadrolu personel listesi ve *personel ile yapılmış sözleşmelerin* aslı veya mesul müdür tarafından tasdikli örnekleri tamamlanarak il sağlık müdürlüğüne verilmektedir (ÖHY.md.15/4).

Aynı şekilde, özel tıp merkezi ve özel poliklinik açılış başvurusunda aranan belgeler arasında da hizmet sözleşmelerinin varlığı aranmaktadır: “*Mesul müdürün, tıp merkezinde mesul müdür olarak çalışacağına dair ıslak imzalı veya noter tasdikli mesul müdürlük sözleşmesi*”(ÖSKY.md.EK 1/a); “*Tıp merkezinde tam zamanlı çalışacak asgari sayıdaki uzman tabipleri ve kısmi zamanlı çalışacak uzman tabiplerin/tabiplerin, diplomaları/uzmanlık belgeleri ile hizmet sözleşmeleri; sadece nöbet hizmeti sunacak olan tabip veya tabiplerin diplomaları, varsa uzmanlık belgeleri ve nöbet hizmeti ile ilgili sözleşme/sözleşmeler; tabip harici sağlık çalışanlarının hizmet sözleşmeleri...*”(ÖSKY.md.EK 1/a); “*Mesul müdürün, poliklinikte mesul müdür olarak çalışacağına dair ıslak imzalı veya noter tasdikli mesul müdürlük sözleşmesi*”(ÖSKY.md.EK 1/a); “*Poliklinikte istihdamı zorunlu olan ve tabip harici sağlık çalışanlarının hizmet sözleşmeleri...*”(ÖSKY.md.EK 1/a).

Ağız ve diş sağlığı hizmeti verecek olan özel sağlık kuruluşlarının açılış başvurusunda aranan “*Mes'ul müdürün sağlık kuruluşunda çalıştığına dair mes'ul müdürlük sözleşmesi*” (ADSÖY.md.7/1), diyaliz merkezlerinin açılış başvurusunda istenen “*Özel diyaliz merkezinde görev yapacak personelin tamamı ile yapılan sözleşmeleri*”(DMY.md.16/1), özel madde bağımlılığı tedavi merkezi açılışında aranan “*Özel merkezlerde görev yapacak bütün personelin sözleşmelerinin noter tasdikli örnekleri*”(MBMY.md.10/5), hiperbarik oksijen tedavisi uygulayan özel sağlık kuruluşlarının açılış sırasında istenen “*Mesul müdürün, açılacak sağlık kuruluşunda mesul müdür olarak çalışacağına dair noterlikçe tasdikli mesul*

müdürlük sözleşmesi”(HBOTY.md.7/1), özel ambulans servislerinin açılış başvurusu esnasında aranan belgelerden “*Açılacak ambulans servisinde görev yapacak mesul müdürle yapılan sözleşmesi*”(AHY.md.11/1), tesis izni alınarak kurulan kaplıcalara işletme izni alınması sırasında yapılan başvuruda istenen “*mesul müdürlük sözleşmesi*”(KY.md.22/1), ikincil sağlık mevzuatında iş sözleşmelerinin yazılı olmasına ilişkin örnekler olarak öne çıkmaktadır.

I .5 .3 – Belirli ve Belirsiz Süreli İş Sözleşmesi

I .5 .3 .1 – Genel Olarak

4857 sayılı Kanunun 9.maddesi birinci fıkrasına göre, taraflar iş sözleşmesini, Kanun hükümleriyle getirilen sınırlamalar saklı kalmak koşuluyla, ihtiyaçlarına uygun türde düzenleyebilirler. Madde hükmünün ikinci fıkrasına göre ise, iş sözleşmeleri belirli veya belirsiz süreli yapılır. Bu sözleşmeler çalışma biçimleri bakımından tam süreli veya kısmi süreli yahut deneme süreli ya da diğer türde oluşturulabilir.

Belirli ve belirsiz süreli iş sözleşmeleri 4857 sayılı Kanunun 11.maddesi birinci fıkrasında tanımlanmış bulunmaktadır. Buna göre; “*İş ilişkisinin bir süreye bağlı olarak yapılmadığı halde sözleşme belirsiz süreli sayılır. Belirli süreli işlerde veya belli bir işin tamamlanması veya belirli bir olgunun ortaya çıkması gibi objektif koşullara bağlı olarak işveren ile işçi arasında yazılı şekilde yapılan iş sözleşmesi belirli süreli iş sözleşmesidir.*”

Kanun hükmünde metninde belirsiz süreli iş sözleşmesinin ne olduğuna dair bir bilgi bulunmamasıyla birlikte belirsiz süreli iş sözleşmesi, belirli bir süre içermeyen ve somut olgulardan da onun belli bir süreye bağlandığı sonucu çıkarılamayan hizmet sözleşmesidir.⁸⁹³ Tarafların yaptıkları sözleşmeye herhangi bir süre şartı koymamaları durumunda belirsiz süreli iş sözleşmesi ortaya çıkar. Belirsiz süreli iş sözleşmesinin çalışanlara sosyal yönden daha fazla bir koruma sağlamasının

⁸⁹³ AKYİĞİT, Ercan: İçtihatlı ve Açıklamalı 4857 Sayılı İş Kanunu Şerhi, C:1, 2.Baskı, Seçkin Yayıncılık, Ankara 2006, s:411

sonucu olarak çalışma hayatında asıl olan belirsiz süreli iş sözleşmesidir.⁸⁹⁴ İş sözleşmesinin belirli süreli yapılması ise istisnadır.⁸⁹⁵

Esasen işverenler işçileri ile belirli süreli iş sözleşmesi yapma eğilimindedirler.⁸⁹⁶ Şöyle ki; belirli süreli iş sözleşmesi bir yandan, özellikle işçiler için bir güvence sağlamakta ve sürenin sona ermesine kadar işçi işini haklı bir neden olmadan, bildirimli fesih yolu ile kaybetmemektedir. Diğer yandan ise, belirli süreli iş sözleşmesi işverene, süresinin dolmasından sonra sözleşmeyi yenileme zorunda olmadığından, iş güvencesi koşullarına uymak zorunda kalmadan veya bu kapsamda değil ise bildirim sürelerine uymak ve koşulları var ise kıdem tazminatı ödemek zorunda kalmaksızın iş ilişkisini sona erdirme olanağı sağlamaktadır.⁸⁹⁷

Yukarıda yer verilen kanun hükmünde yer alan ve belirli süreli iş sözleşmesinin unsuru niteliğini taşıyan “*belirli süreli iş*”, “*belli bir işin tamamlanması*” ve “*belli bir olgunun ortaya çıkması*” halleri, ayrıca belirli süreli iş sözleşmesi yapılmasında *objektif(esaslı) neden* olarak ortaya çıkmaktadır. Tanımdan da anlaşılacağı gibi, belirtilen bu nedenler sınırlı sayıda olmayıp olayın özelliğine göre değişik objektif nedenlerin ortaya çıkması da mümkündür.⁸⁹⁸

Belirli süreli iş sözleşmesi yapılabilmesi için objektif koşullar arayan yasa, bunların birden fazla yapılması, yenilenmesi için de esaslı bir nedenin bulunmasını şart koşturmaktadır. 4857 sayılı Kanununun 11.maddesi ikinci ve üçüncü fıkralarına göre, “*Belirli süreli iş sözleşmesi, esaslı bir neden olmadıkça, birden fazla üst üste (zincirleme) yapılamaz. Aksi halde iş sözleşmesi başlangıçtan itibaren belirsiz süreli*

⁸⁹⁴ Y.9.HD. 16.05.2005. E:2005/3899, K:2005/16747. **Çalışma ve Toplum**, 2005/3, s:177-179; Y.9.HD. 10.04.1995. E:1995/11476, K:1995/12308. GÜLER, Mikdat: “Belirli Süreli İş Sözleşmesi”, **Legal İş Hukuku ve Sosyal Güvenlik Hukuku Dergisi**, 2005/5, s:27-82; CANPOLAT, Talat: “Mevzuatta Öngörülen Bazı İş Sözleşmesi Türlerinin 4857 Sayılı İş Kanununun Belirli Süreli İş Sözleşmesine İlişkin Esasları Yönünden Değerlendirilmesi”, **Legal İş Hukuku ve Sosyal Güvenlik Hukuku Dergisi**, 2007/13, s:188-219; GÜVEN, Ercan ve AYDIN, Ufuk: Bireysel İş Hukuku, Nisan Kitabevi, Eskişehir 2004, s:56; TAŞKENT, S; EYRENCİ, Ö. ve ULUCAN, D.:Bireysel İş Hukuku, 3.Bası, Legal Yayıncılık, İstanbul 2006, s:65

⁸⁹⁵ SÜZEK, Sarper: İş Hukuku, 2.Bası, Beta Yayınları, İstanbul 2005, s:200

⁸⁹⁶ TUNCA, A.Can: “Hizmet Akdinin Türleri ve Sona Ermesi Açısından Arayışlar”, **TÜHİS İş Hukuku ve İktisat Dergisi**, Mayıs 2001-S:6, Ağustos 2001- S:1, s:1-36

⁸⁹⁷ TAŞKENT, S; EYRENCİ, Ö. ve ULUCAN, D.:Bireysel İş Hukuku, 3.Bası, Legal Yayıncılık, İstanbul 2006, s:60

⁸⁹⁸ GÜLER, Mikdat: “Belirli Süreli İş Sözleşmesi”, **Legal İş Hukuku ve Sosyal Güvenlik Hukuku Dergisi**, 2005/5, s:27-82

kabul edilir. Esaslı nedene dayalı zincirleme iş sözleşmeleri, belirli süreli olma özelliğini korurlar.”

İşveren, işyerinde belirli ve belirsiz süreli iş sözleşmesi ile çalışan işçiler arasında ayırım yapamayacaktır. 4857 sayılı Kanununun 12.maddesi birinci fıkrasında, *“Belirli süreli iş sözleşmesi ile çalıştırılan işçi, ayırımı haklı kılan bir neden olmadıkça, salt iş sözleşmesinin süreli olmasından dolayı belirsiz süreli iş sözleşmesiyle çalıştırılan emsal işçiye göre farklı işleme tâbi tutulamaz.”*denilmiştir.

Aşağıda, özel sağlık kurum ve kuruluşlarında uygulamada öne çıkan sözleşme türleri üzerinde durulmuş, özellikle sağlık personelinin belirli süreli iş sözleşmeleri ile özel sağlık kurum ve kuruluşlarında çalıştırılmalarının mümkün olup olamayacağı tartışılmıştır.

I .5 .3 .2 – Sağlık Personeli Açısından

Belirli süreli ve belirsiz süreli iş sözleşmesi ile ilgili yukarıda yapılan açıklamalar dikkate alındığında özel sağlık kurum ve kuruluşlarında çalıştırılacak sağlık ve diğer personelin hangi tür iş sözleşmesi ile çalıştırılabileceği sorusunun açıklığa kavuşturulması gerekmektedir. Esasen Yargıtay’ın son yıllarda ağırlık kazanan kararları ile sözleşmenin belirli olup olmadığının tespitinde işçinin niteliğini esas aldığı görülmektedir. Gelişen bu içtihatla, nitelikli işçinin belirli süreli, niteliksiz işçinin ise belirsiz süreli iş sözleşmesi ile çalışacağı yolunda bir ayırım ortaya çıkmaktadır.⁸⁹⁹

Yargıtay’ın yaklaşımına göre; *“Davacının genel müdür olan konumu nedeniyle birbirini izleyen belirli süreli iş sözleşmeleri ile çalışması mümkündür.”*⁹⁰⁰, *“Davalıya ait işyerinde genel müdür olarak çalışan davacıyla yapılan hizmet sözleşmesinin davacının vasıflı işçi olması ve öngörülen ücretlerin ödenmesi gereken tarihlere göre belirli süreli olduğu halde sözleşmenin süresi belirsiz olarak kabulüyle*

⁸⁹⁹ ENGİN, Murat: “Bireysel İş İlişkisinin Kurulması, Hükümleri ve İşin Düzenlenmesi”, Yargıtay’ın İş Hukukuna İlişkin Kararlarının Değerlendirilmesi 2004, İş Hukuku ve Sosyal Güvenlik Hukuku Türk Milli Komitesi, Ankara 2006, s:1-15; TAŞKENT, Savaş: “Belirli Süreli İş sözleşmelerinin Yapılabilmesi”, **Legal İş Hukuku ve Sosyal Güvenlik Hukuku Dergisi**, 2006/9, s:33-39; ÇELİK, Nuri: İş Hukuku Dersleri, 19.Bası, Beta Yayınları, İstanbul 2006, s:86-87

⁹⁰⁰ Y.9.HD. 11.04.2003, 20581/6120. AKYİĞİT, Ercan: İctihatlı ve Açıklamalı 4857 Sayılı İş Kanunu Şerhi, C:1, 2.Baskı, Seçkin Yayıncılık, Ankara 2006, s:485

bakiye ücret talebinin reddi hatalıdır.”⁹⁰¹, “davacı işyeri hekimi olarak davalı işyerinde birer yıllık belirli süreli iş sözleşmeleri ile çalışmış bulunmaktadır... davacı nitelikli bir işçi olup, esaslı bir neden bulunduğu bir den fazla yapılan hizmet sözleşmesi belirli süreli olma niteliğini korumaktadır.”^(902,903), “Davacı işyerinde **kontrol mühendisi** olarak çalışmaya başlamış.... Görevi icabı işyerinde belirli süreli iş sözleşmesi ile çalışmakta iken iş akti feshedilmiş olduğundan ihbar tazminatına hak kazanamaz...”⁹⁰⁴, “...sözleşme süresinin belirli mi belirsiz mi olduğu konusu farklı bir konu olup, doğrudan işin bitimi ile ilgisi yoktur. Ayrıca belirtmek gerekir ki **davacı işçi yüklenme boşaltma işi yaptığı için nitelikli işçilerden sayılamaz**. Bu husus hizmet sözleşmesinin belirli süreli olup olmadığı bakımından önem taşır. Öğretide de benimsenen dairemizin oluşan içtihatlarına göre şayet işçi nitelikli değilse süresi belirli hizmet akdi düzenlenmesini gerektirecek bir neden yok demektir.”⁹⁰⁵, “**davacı asgari ücretle çalışan yardımcı elman** olarak işe alınmakla 4857 sayılı İş Yasasının 11.maddesinde yer alan objektif sebepler bulunmadığına göre bu hizmet akdini belirli süreli akit olarak kabulüne de olanak bulunmamaktadır.”⁹⁰⁶

⁹⁰¹ Y.9.HD. 18.06.1998, 9257/10481. AKYİĞİT, Ercan: İctihatlı ve Açıklamalı 4857 Sayılı İş Kanunu Şerhi, C:1, 2.Baskı, Seçkin Yayıncılık, Ankara 2006, s:490

⁹⁰² Y.9.HD. 22.04.2002, 20073/9321. AKYİĞİT, Ercan: İctihatlı ve Açıklamalı 4857 Sayılı İş Kanunu Şerhi, C:1, 2.Baskı, Seçkin Yayıncılık, Ankara 2006, s:516-517; Benzer şekilde Yargıtay, belirli süreli iş sözleşmesi ile **doktor olarak çalışan işçinin** ihbar tazminatına hak kazanamayacağına karar vermiştir.(Y.9.HD. 12.04.2005, E:2004/18480, K:2005/12960. **Çalışma ve Toplum**, 2005/3, s:271-272)

⁹⁰³ Belirtelim ki; belli bir süreliğine alınan ihaleli iş nedeniyle çalıştırılan işçilerden dolayı çalıştırma yükümü doğan işyeri hekimi ile belirli süreli iş sözleşmesi yapılması mümkün görülmele birlikte, Yargıtay’ın, işyeri hekimi ile yapılacak sözleşmenin niteliğini tartıştığı daha yeni tarihli başka bir kararına göre, “... Kural olarak **işyeri hekimi** ile işveren arasındaki iş sözleşmesinin belirsiz süreli olduğu kabul edilmelidir...”Y. 9. HD. 13.12.2007, E:2006/32500, K:3291, **İşveren**, Temmuz 2007, S:10, s:27-28; **Çalışma ve Toplum**, 2007/3, s:229-232; Aynı yönde bkz: UŞAN, Fatih: “İşyeri Hekimi İle İşveren Arasında Yapılan Sözleşmenin Belirli Süreli Yapılması Gerekliliği Konusunda Yargıtay Görüş Mü Değiştirdi? -Karar Değerlendirme-”, **İşveren**, Şubat 2008, C:46, S:5, s:81-84

⁹⁰⁴ Y.9.HD. 01.07.2004, E:2004/4300, K:2004/16295, **Legal İş Hukuku ve Sosyal Güvenlik Hukuku Dergisi**, 2005/5, s:312

⁹⁰⁵ Y.9.HD. 28.12.1998, 17980/19251. AKYİĞİT, Ercan: İctihatlı ve Açıklamalı 4857 Sayılı İş Kanunu Şerhi, C:1, 2.Baskı, Seçkin Yayıncılık, Ankara 2006, s:505

⁹⁰⁶ Y.9.HD.24.03.2005, 18955/9551. AKYİĞİT, Ercan: İctihatlı ve Açıklamalı 4857 Sayılı İş Kanunu Şerhi, C:1, 2.Baskı, Seçkin Yayıncılık, Ankara 2006, s:518; Yargıtay büyük bir alışveriş merkezinde **güvenlik görevlisi** olarak çalışan elemanın yaptığı işi de önemli görmeyerek, bu görevli ile yapılan belirli süreli iş sözleşmelerinin belirsiz süreliye dönüştüğünü kabul etmiştir.(Y.9.HD. 30.12.2004, E:25197, K:30014) Aynı şekilde işi ve işçinin niteliklerini göz önünde tutarak **temizlik işçisi** ile de belirli süreli iş sözleşmesi yapılamayacağına karar vermiştir.(Y.9.HD. 16.12.2004, E:18185, K:28256).TAŞKENT, Savaş: “İş ilişkisinin Sona Ermesi ve Kıdem Tazminatı”, Yargıtay’ın İş Hukukuna İlişkin Kararlarının Değerlendirilmesi 2004, İş Hukuku ve Sosyal Güvenlik Hukuku Türk Milli Komitesi, Ankara 2006, s:49-85

Yargıtay hemşire ve hekim gibi sağlık personelinin “nitelikli işçi” olmalarından ötürü bunlarla yapılacak iş sözleşmelerinin de belirli süreli olacağını ifade etmiştir. Gerçektende Yargıtay 9.Hukuk Dairesi 2002 yılında verdiği bir kararında, “*Davalı, davacıya ait işyerinde birbirini izleyen belirli süreli sözleşmelerle hemşire olarak çalışmaktadır. Burada özellikle aradaki ilişkinin belirli süreli sözleşme olup olmadığı sorunu çözümlenmelidir. Hemşirelik işinin nitelikli olup olmadığı sorunun çözümü bakımından önem taşımaktadır.... Bu bakımdan geçerli sebeplerin olmaması halinde aradaki hizmet sözleşmesinin süresi belirsiz olduğu kabul edilmelidir. Belirsiz süreli sözleşme daha çok işçi yararınadır... Ülkemiz koşulları ve Anayasal sağlık hakkı dikkate alındığında hemşirelik görevinin yerine getirilmesi büyük önem taşır. Hastanelerimizin büyük hemşire açığı olduğu ve bu açığın bir türlü kapatılamadığı bilinen bir gerçektir. Bu itibarla hemşire ile hastane arasında düzenlenen sözleşmeler birbirini takip etse de bunların her birinin belirli süreli nitelikte olduklarının kabulü zorunluluğu vardır*” denmektedir.⁹⁰⁷

Hemşirenin yaptığı sözleşme -hemşirelik mesleği önemli olduğu için- belirli süreli sayılınca; doktorun yaptığı belirli süreli iş sözleşmeleri de -doktorluk hizmeti daha önemli olduğu için- belirli süreli saymak zorunluluğu doğmuştur. Gerçekten de Yargıtay 2004 yılında verdiği bir kararında, işyeri hekiminin “nitelikli bir işçi” olduğunu belirterek, yaptığı zincirleme sözleşmelerin belirsiz süreliye dönüştüğünü kabul etmemiştir.⁹⁰⁸

Her ne kadar durumun özelliğine göre *işin niteliği* belirli süreli iş akdinin kurulmasına olanak tanısa da bunun *işçinin nitelikli* olması ile bir ilgisi yoktur. İşçi nitelikli olsa da gördüğü işi niteliği itibariyle belirli süreli değil ise belirli süreli iş sözleşmesi yapılamaz. Yargıtay kararının aksine niteliği itibariyle zaman içinde

⁹⁰⁷ Y. 9.HD. 09.05.2002, E:2001/20847, K:2002/7404, **Tekstil İşveren**, Temmuz 2003, s:37; Karar ve değerlendirmesi için ayrıca bkz. GÜLER, Mikdat: “Belirli Süreli İş Sözleşmesinde Objektif Neden Kavramı Ve Çalışma Koşullarının Esaslı Tarzda Değiştirilmesi-Karar İnceleme-“, **Legal İş Hukuku ve Sosyal Güvenlik Hukuku Dergisi**, 2004/2, s:545-559

⁹⁰⁸ Y.9.HD. 22.04.2004, E:2003/20073, K:2004/9321. TAŞKENT, Savaş: “İş ilişkisinin Sona Ermesi ve Kıdem Tazminatı”, Yargıtay’ın İş Hukukuna İlişkin Kararlarının Değerlendirilmesi 2004, İş Hukuku ve Sosyal Güvenlik Hukuku Türk Milli Komitesi, Ankara 2006, s:49-85

sürekli olarak devam edip giden hemşirelik işinin sırf “nitelikli” iş olması nedeniyle belirli süreli olarak kabulü mümkün bulunmamıştır.⁹⁰⁹

Aynı şekilde, işin nitelikli bir iş olması ile olmamasının sözleşmenin belirli süreli yapılması bakımından bir anlam ifade etmediği, belirli süreli iş sözleşmesi yapılmasında temel ölçünün işin nitelikli bir iş olmasının değil, niteliği gereği belirli süreli olmasının belirleyici olduğu belirtilmiştir. Bu sebeple de, niteliği gereği sürekli olması gereken hemşirelik işinin belirsiz süreli sayılması gerekirken, mahkemece belirli süreli sayılması isabetli bulunmamıştır.⁹¹⁰ Hemşirelik işi niteliği gereği belirsiz süreli yapılması gereken ve devamlılık gösteren bir faaliyettir. Bu sebeple, her işte olabileceği gibi sağlık sektöründe faaliyet gösteren bir hastanede belirli bir olgunun ortaya çıkması ile belirli süreli iş sözleşmesine dayanarak hemşire çalıştırma zorunluluğu doğabilecektir.⁹¹¹ Bu açıdan bakıldığında, süreklilik taşıyan hemşirelik veya doktorluk hizmetinin belirli süreli kabul edilmesinin 4857 sayılı Kanununun 11.maddesi ile bağdaştırmanın mümkün olmadığı ifade edilmiştir.⁹¹²

Gerçektende belirsiz süreli iş sözleşmesi bir işyerinde daimi sürekli işlerdeki sözleşmelerdir. Bir işyerinin asli faaliyetine giren tüm işler devam ettikleri için o işyeri faaliyetini sürdürdüğü sürece bu işler de devam edeceğinden belirsiz süreli iş sözleşmelerine konu olur. Belirli süreli iş sözleşmelerine konu olamaz.⁹¹³ Şu halde hemşirelik, doktorluk vb. işleri süreklilik taşıyıp özel sağlık kurum ve kuruluşlarının asli faaliyetlerinden olduğu için bu nitelikteki personel ile kural olarak belirsiz süreli iş sözleşmesi düzenlenmesi gerektiğini söyleyebiliriz. Kaldı ki, sağlık mevzuatında sağlık personeli ile belirli süreli iş sözleşmesi düzenlenmesini zorunlu kılan özel bir düzenleme de bulunmamaktadır.

⁹⁰⁹ SÜZEK, Sarper: İş Hukuku, 2.Bası, Beta Yayınları, İstanbul 2005, s:203

⁹¹⁰ TAŞKENT, S; EYRENCİ, Ö. ve ULUCAN, D.:Bireysel İş Hukuku, 3.Bası, Legal Yayıncılık, İstanbul 2006, s:64-65

⁹¹¹ GÜLER, Mikdat: “Belirli Süreli İş Sözleşmesinde Objektif Neden Kavramı Ve Çalışma Koşullarının Esaslı Tarzda Değiştirilmesi-Karar İnceleme-“, **Legal İş Hukuku ve Sosyal Güvenlik Hukuku Dergisi**, 2004/2, s:545-559

⁹¹² TAŞKENT, Savaş: “Belirli Süreli İş sözleşmelerinin Yapılabilmesi”, **Legal İş Hukuku ve Sosyal Güvenlik Hukuku Dergisi**, 2006/9, s:33-39; ÇELİK, Nuri: İş Hukuku Dersleri, 19.Bası, Beta Yayınları, İstanbul 2006, s:86-87; TAŞKENT, Savaş: “İş ilişkisinin Sona Ermesi ve Kıdem Tazminatı”, Yargıtay’ın İş Hukukuna İlişkin Kararlarının Değerlendirilmesi 2004, İş Hukuku ve Sosyal Güvenlik Hukuku Türk Milli Komitesi, Ankara 2006, s:49-85

⁹¹³ MOLLAMAHMUTOĞLU, Hamdi: “4857 Sayılı Yeni İş Kanunu’nun Getirdiği Önemli Bazı Yenilikler”, **Kamu-İş**, 2004/4, s:1-37

Öte yandan, sağlık personeli ile de işyerinde objektif nedenlerin bulunması durumunda belirli süreli iş sözleşmesi düzenlenmesine bir engel yoktur. Örneğin; özel sağlık kurum ve kuruluşunda tam gün çalışan bir göz hastalıkları uzmanının ya da bir ameliyathane hemşiresinin 4857 sayılı Kanununun 74.maddesi kapsamında onaltı halfalık doğum iznine çıkması ve ardından da altı aylık ücretsiz izin kullanacak olması sebebiyle, sözkonusu sağlık kuruluşu işverenliği ortaya çıkan ve süresi belirli olan bu objektif nedenden dolayı başka bir hekim ya da hemşire ile belirtilen sınırlı süre için belirli süreli iş sözleşmesi yapılabilir. Benzer biçimde, Diyaliz Merkezleri Hakkında Yönetmeliğin 25.maddesi ikinci fıkrasına göre, *“Diyaliz merkezlerinde sorumlu uzman veya sorumlu tabibin görevden ayrılması, hastalık hali ve yasal izin durumlarında bu görevler en fazla üç aylık süre için sorumlu uzman veya sorumlu tabibin niteliklerini haiz başka bir tabip tarafından geçici olarak yürütülür. Bu dönemde sorumlu uzmanlık görevini yürüten uzman hekime valilikçe merkez adına geçici sorumlu uzmanlık belgesi düzenlenir...”*denilmektedir. Buna göre, ortaya çıkan objektif neden den dolayı bu üç aylık süre için başka bir tabip ile belirli süreli iş sözleşmesi düzenlenebilir.

Yargıtay’ın daha yakın tarihi kararlarında ise sağlık kurum ve kuruluşlarında üretilen hizmetin sürekliliğinden ötürü yapılacak sözleşmelerin belirsiz süreli olması gerektiğine hükümlenmeye başlanmıştır. Gerçekten de Yargıtay 2006 yılındaki bir kararında, *“Davacının konumuna bağlı ilk başta belirli süreli iş sözleşmesini gerektiren objektif bir neden olsa da, **hastane işyerinde** davacının yaptığı iş süreklilik arzettiğinden ve yenilenme için esaslı bir neden bulunmadığından, iş sözleşmesinin belirsiz süreli iş sözleşmesine dönüştüğünün kabulü gerekir.”*⁹¹⁴ Belirtelim ki, bu kararda yine de davacının konumunun *-muhtemelen hekim ya da hemşire vb. nitelikli işçi-* hastane işyerinde ilk başta belirli süreli iş sözleşmesi düzenlenmesi için objektif neden sayıldığına işaret edilmiştir.

⁹¹⁴ Y. 9.HD. 03.04.2006, E:2006/4680, K:2006/8238. **Legal İş Hukuku ve Sosyal Güvenlik Hukuku Dergisi**, 2006/11, s:979-981; Yargıtay’ın başka bir kararında da benzer biçimde , *“... kural olarak işyeri hekimi ile işveren arasındaki iş sözleşmesinin belirsiz süreli olduğu kabul edilmelidir. Bununla birlikte, işverenin belli bir süre için aldığı iş kapsamında işçi çalıştırması ve işyeri hekimi yükümlünün de ihale yoluyla alınan iş süresince ortaya çıkması gibi durumlarda işyeri hekimi ile işveren arasında belirli süreli iş sözleşmesi yapılmasını gerektiren objektif nedenlerin bulunduğundan söz edilebilir.”* demiştir. 9.HD. 13.02.2007, E:2006/32500, K:2007/3291. **İşveren Yargıtay Kararları Özel Eki**, Temmuz 2007, S:10, s:27-28

I .5 .4 - Kısmi Süreli ve Tam Süreli İş Sözleşmesi

I .5 .4 .1 – Genel Olarak

Bir işyerinde kanunen veya akden belirlenmiş olup da genel olarak uygulanan iş süresine uyulmak suretiyle yapılan çalışma tam çalışma/tam süreli çalışma olup bu tür çalışmayı konu edinen iş sözleşmelerine tam süreli iş sözleşmeleri adı verilir. 4857 sayılı Kanun iş sürelerini tam süreli çalışma esasına göre düzenlemiş olup, Türk hukukunda da esas olan tam süreli çalışmadır.⁹¹⁵ 4857 sayılı Kanunun 63.maddesine göre de, “Genel bakımdan çalışma süresi haftada en çok kırkbeş saattir. Aksi kararlaştırılmamışsa bu süre, işyerlerinde haftanın çalışılan günlerine eşit ölçüde bölünerek uygulanır. Tarafların anlaşması ile haftalık normal çalışma süresi, işyerlerinde haftanın çalışılan günlerine, günde onbir saati aşmamak koşulu ile farklı şekilde dağıtılabilir.”

Çalışma hayatında yaygın olarak rastlanan kısmi süreli çalışma, mevzuatımızda ilk defa 4857 sayılı Kanun ile tanımlanmıştır. Kanunun 13.maddesi birinci fıkrasında, “ İşçinin normal haftalık çalışma süresinin, tam süreli iş sözleşmesiyle çalışan emsal işçiye göre önemli ölçüde daha az belirlenmesi durumunda sözleşme kısmî süreli iş sözleşmesidir.” denilmiştir. Düzenlemenin yeter açıklıkta kısmi süreli iş sözleşmesini ifade etmediği belirtilmiştir.⁹¹⁶ Buradaki “önemli ölçüde daha az”ın açıklımı, **İş Kanununa İlişkin Çalışma Süreleri Yönetmeliği**’nin⁹¹⁷ 6.maddesi ile yapılarak kısmi süreli çalışma, “İşyerinde tam süreli iş sözleşmesi ile yapılan emsal çalışmanın üçte ikisi oranına kadar yapılan çalışma kısmi süreli çalışmadır.” şeklinde tanımlanıp açıklığa kavuşturulmuştur.

Uygulamada genellikle kısmi süreli çalışmalar haftanın belirli günlerinde tam gün, haftanın her günü belirli bir süre veya haftada bir ya da iki gün için belirli bir süre olarak da kararlaştırılmaktadır. Yeter ki, tam gün çalışanlara göre haftalık çalışma süresi “önemli ölçüde daha az”(üçte ikisine kadar) belirlenmiş olsun.⁹¹⁸

⁹¹⁵ MOLLAMAHMUTOĞLU, Hamdi: İş Hukuku, Turhan Kitabevi, Ankara 2004, s:261

⁹¹⁶ AKYİĞİT, Ercan: İctihatlı ve Açıklamalı 4857 Sayılı İş Kanunu Şerhi, C:1, 2.Baskı, Seçkin Yayıncılık, Ankara 2006, s:485

⁹¹⁷ 06.04.2004 tarih ve 25425 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

⁹¹⁸ DEMİR, Fevzi: İş Hukuku ve Uygulaması, 4.Baskı, Birleşik Matbaacılık, İzmir 2005, s:47

Maddenin ikinci fıkrasında ise, “*Kısmî süreli iş sözleşmesi ile çalıştırılan işçi, ayırımı haklı kılan bir neden olmadıkça, salt iş sözleşmesinin kısmî süreli olmasından dolayı tam süreli emsal işçiye göre farklı işleme tâbi tutulamaz. Kısmî süreli çalışan işçinin ücret ve paraya ilişkin bölünebilir menfaatleri, tam süreli emsal işçiye göre çalıştığı süreye orantılı olarak ödenir.*”denilmektedir. Bu düzenleme, 4857 sayılı Kanunun 5.maddesi ikinci fıkrasındaki, “*İşveren, esaslı sebepler olmadıkça tam süreli çalışan işçi karşısında kısmî süreli çalışan işçiye, belirsiz süreli çalışan işçi karşısında belirli süreli çalışan işçiye farklı işlem yapamaz.*” hükmü ile de uyum içerisindedir.

Buna göre, örneğin işyerinde haftalık çalışma süresi 45 saat olan tam süreli işçi yılda 900 YTL yakacak yardımı alıyor ise, 15 saat çalışan işçiye 300 YTL yakacak yardımı verilecektir. Öte yandan, bölünemeyen bir haktan yararlanma şartları bulunduğu, her iki türdeki sözleşmeler bakımından bir farklılık sözkonusu olmayacak; örneğin bildirim süreleri her iki tür sözleşme bakımından aynı şekilde uygulanacaktır.⁹¹⁹ Bunun gibi, kısmi süreli çalışan işçi hafta tatili, ulusal bayram ve genel tatil ücretleri ile yıllık ücretli izin hakkından tam süreli işçiler gibi yararlanır.⁹²⁰ Belirtelim ki; ***İş Kanununa İlişkin Fazla Çalışma ve Fazla Sürelerle Çalışma Yönetmeliği***'nin⁹²¹ 8.maddesinde, kısmi süreli iş sözleşmesi ile çalıştırılan işçilere fazla çalışma ve fazla sürelerle çalışma yaptırılmayacağı belirtilmiştir. Bu düzenlemenin ise anayasaya ve 4857 sayılı Kanunun 41.maddesine aykırı olduğu ifade edilmiştir.⁹²²

Maddenin üçüncü fıkrasında ise emsal işçi tanımlanmıştır. Buna göre; “*Emsal işçi, işyerinde aynı veya benzeri işte tam süreli çalıştırılan işçidir. İşyerinde böyle bir işçi bulunmadığı takdirde, o işkolunda şartlara uygun işyerinde aynı veya benzer işi üstlenen tam süreli iş sözleşmesiyle çalıştırılan işçi esas alınır.*” Emsal işçi konusunda dikkat edilecek bir nokta, ilgili işyerinde aynı ya da benzer işte çalıştırılan işçi bulunmadığı hallerde emsal olarak alınacak işyerinin, aynı iş kolunda ve benzer

⁹¹⁹ GÜVEN, Ercan ve AYDIN, Ufuk: Bireysel İş Hukuku, Nisan Kitabevi, Eskişehir 2004, s:59

⁹²⁰ TAŞKENT, S; EYRENCİ, Ö. ve ULUCAN, D.:Bireysel İş Hukuku, 3.Bası, Legal Yayıncılık, İstanbul 2006, s:75

⁹²¹ 06.04.2004 tarih ve 25425 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

⁹²² SÜZEK, Sarper: İş Hukuku, 2.Bası, Beta Yayınları, İstanbul 2005, s:220

şartlara sahip bir işyeri olması gerekir. Şüphesiz emsal olarak alınacak işçi tam süreli işçi olacaktır.⁹²³

Nihayet maddenin dördüncü fıkrası ile de, “*İşyerinde çalışan işçilerin, niteliklerine uygun açık yer bulunduğu kısmî süreli den tam süreliye veya tam süreli den kısmî süreliye geçirilme istekleri işverence dikkate alınır ve boş yerler zamanında duyurulur.*” hükmü getirilmiştir.

Çağrı üzerine çalışma da esasen kısmi süreli bir iş sözleşmesidir. 4857 sayılı Kanununun 14.maddesi birinci fıkrasına göre, “*Yazılı sözleşme ile işçinin yapmayı üstlendiği işle ilgili olarak kendisine ihtiyaç duyulması halinde iş görme ediminin yerine getirileceğinin kararlaştırıldığı iş ilişkisi, çağrı üzerine çalışmaya dayalı kısmi süreli bir iş sözleşmesidir.*”

Maddenin ikinci fıkrasına göre de, “*Hafta, ay veya yıl gibi bir zaman dilimi içinde işçinin ne kadar süreyle çalışacağını taraflar belirlemedikleri takdirde, haftalık çalışma süresi yirmi saat kararlaştırılmış sayılır. Çağrı üzerine çalıştırılmak için belirlenen sürede işçi çalıştırılsın veya çalıştırılmasın ücrete hak kazanır.*” Belirtelim ki, garanti çağrı süresi 20 saatten az belirlenebileceği gibi, çağrı üzerine çalışma kısmi süreli bir iş sözleşmesi olduğu için bu şekilde çalışmanın haftalık azami sınırı ise 30 saati aşamayacaktır.⁹²⁴

Madde hükmünde önceden haber verilecek sürede düzenlenmiştir. Buna göre, maddenin üçüncü fıkrası gereğince, “*İşçiden iş görme borcunu yerine getirmesini çağrı yoluyla talep hakkına sahip olan işveren, bu çağrıyı, aksi kararlaştırılmadıkça, işçinin çalışacağı zamandan en az dört gün önce yapmak zorundadır. Süreye uygun çağrı üzerine işçi iş görme edimini yerine getirmekle yükümlüdür. Sözleşmede günlük çalışma süresi kararlaştırılmamış ise, işveren her çağrıda işçiyi günde en az dört saat üst üste çalıştırmak zorundadır.*”

⁹²³ TAŞKENT, S; EYRENCİ, Ö. ve ULUCAN, D.:Bireysel İş Hukuku, 3.Bası, Legal Yayıncılık, İstanbul 2006, s:75

⁹²⁴ AKYİĞİT, Ercan: İçtihatlı ve Açıklamalı 4857 Sayılı İş Kanunu Şerhi, C:1, 2.Baskı, Seçkin Yayıncılık, Ankara 2006, s:556-557

I .5 .4 .2 – Sağlık Personeli Açısından

Özel sağlık kurum ve kuruluşlarında hizmet sözleşmesi ile çalışacak sağlık ve diğer personel ile sağlık hizmeti üretim ve sunumu işinin sürekliliği sebebiyle kural olarak belirsiz süreli iş sözleşmesi düzenlenmesi gerektiğini, ancak objektif koşulların varlığı halinde buralarda da belirli süreli iş sözleşmesi yapılabileceğini yukarıda açıklamaya çalıştık. Bu başlık altında da sağlık personeli bakımından tam ve kısmi süreli iş sözleşmesi ele alınmaktadır.

Belirtelim ki, sağlık mevzuatında bu şekilde çalışmayı yasaklayan bir düzenleme bulunmamaktadır. Tam tersine özellikle özel hastanelerde ve ayakta teşhis ve tedavi yapılan özel sağlık kuruluşlarında buna imkan veren düzenlemeler bulunmaktadır. Ancak, sağlık mevzuatında belirtilen tam süreli/kısmi süreli çalışma ile iş mevzuatındaki tam süreli/kısmi süreli çalışma kavramları tam olarak örtüşmemektedir.

Özel Hastaneler Yönetmeliği'nin (3/i) maddesinde, "**Kadro lu uzman tabip/Kadro lu tabip: Herhangi bir kamu kurum ve kuruluşunda çalışmayıp, özel hastanede iş akdine dayalı olarak tam gün çalıştırılmak üzere istihdam edilen uzman tabip veya tabibi**" ifade edecek şekilde tanımlanmıştır. Ancak bu tanımdan sadece hekim ya da uzman hekimlerin özel hastanelerde tam gün/tam süreli olarak çalışacakları anlaşılmalıdır. Yönetmeliğin 19.maddesine göre de, "**Özel hastaneler, faaliyet izin belgesinde kayıtlı olan hasta kabul ve tedavi ettiği uzmanlık dallarının gerektirdiği ve asgarî sayıları ve nitelikleri EK-1' de belirtilen personeli, klinik uzmanlarını ve laboratuarlarda çalışan uzmanları kadro lu olarak çalıştırmak zorundadırlar.**" Netice itibariyle, özel hastanelerde mevzuatla belirlenen sayıda hekim ve diğer personelin tam süreli olarak çalıştırılması zorunlu iken, bunların üzerindeki ise kısmi süreli olarak çalıştırılmaları mümkün görünmektedir.

Kısmi süreli hekim ya da diğer sağlık personelinin tanımı ise Özel Hastaneler Yönetmeliğinde yapılmamıştır. Yönetmelikteki kadro lu uzman tabip/kadro lu tabip tanımından yola çıkarsak, herhangi bir kamu kurum ve kuruluşunda çalışan bir hekimin, 2368 sayılı Kanun uyarınca kamudaki tazminat haklarından yararlanmamak

şartı ile mesai saatleri dışında özel bir hastanede iş sözleşmesi ile çalışması kısmi çalışma sayılmaktadır. Hekimin özel hastanedeki çalıştığı sürenin halfalık 30 saati aşım aşmamasının da bir önemi bulunmamaktadır. Örneğin, kamuda çalışan bir hekim, aynı zamanda özel bir hastanede çalışırken, özel hastanedeki haftalık çalışma süresi 40 saat olsa bile kısmi süreli sayılacaktır.

Özel tıp merkezleri ve özel polikliniklerde ise hekim ya da diğerk sağlık çalışanı ayırımı yapılmaksızın tam zamanlı ve kısmi zamanlı çalışmalara açıklık getirilmiştir. Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik'in (4-ç) maddesinde, *“Kısmi zamanlı çalışma: Sağlık çalışanlarının birden fazla sağlık kuruluşunda çalışabilmelerini”*, (4-h) maddesinde de *“Tam zamanlı çalışma: Sağlık çalışanlarının tüm mesailerini çalıştıkları sağlık kuruluşuna hasretmelerini”* ifade eder denilmiştir.⁹²⁵ Yönetmeliğin 19 ve 20.maddelerinde ise, hem tabiplerin hem de tabip harici sağlık çalışanlarının adlarına çalışma belgesi düzenlenmesi kaydı ile sağlık kuruluşunda tam zamanlı ya da kısmi zamanlı çalışabileceklerine yer verilmiştir.

I .5 .5 – İş Sözleşmesinin Geçersizliği(Hükümsüzlüğü)

I .5 .5 .1 – Genel Olarak

İş sözleşmesi, kuruluşunda geçerlilik koşullarından birini taşımyorsa genel hükümlere göre yaptırımını butlan; yani geçersizliktir.⁹²⁶ Genel hükümler uyarınca, tarafların ehliyeti ile ilgili noksanlıklar, şekil noksanı, hukuka ve ahlaka aykırılık ve imkânsızlık halleri iş sözleşmesinin batıl olması sonucunu doğurur. Böyle bir sözleşme daha başlangıçta ölü doğmuş olup geçerlilik kazanamaz.⁹²⁷ Öte yandan sözleşmenin yapılması sırasında irade sakatlıklarının(hata, hile, ikrah) bulunması

⁹²⁵ Belirtelim ki, 2007 yılı **“Sosyal Güvenlik Kurumu Özel Sağlık Kurumundan/Kuruluşundan Sağlık Hizmeti Satın Alma Sözleşmesi”**nin (1.3.8) maddesinde *“Tam zamanlı hekim, herhangi bir kamu kurum ve kuruluşunda çalışmayıp, özel sağlık kurumunda/kuruluşunda tam gün çalışan uzman tabip veya tabip”* olarak, Zeyilname 2 ile değişik (1.3.9) maddesinde ise *“Yarı zamanlı hekim, sağlık kurumunda/kuruluşunda tam zamanlı hekim dışında, iş akdine dayalı olarak çalıştırılmak üzere istihdam edilen uzman tabip veya tabip,”*olarak tanımlanmıştır. Tanımların benzerlik arzettiği görölmektedir.

⁹²⁶ MOLLAMAHMUTOğLU, Hamdi: İş Hukuku, Turhan Kitabevi, Ankara 2004, s:335

⁹²⁷ SÜZEK, Sarper: İş Hukuku, 2.Bası, Beta Yayınları, İstanbul 2005, s:119

hallerinde, sözleşme geçerli olarak doğmuştur, ancak sözleşmenin devam edip etmemesi tarafların iradesine bırakılmıştır.⁹²⁸

Borçlar hukuku alanında geçersizlik kuralı olarak geçmişe etkili hükümler ve sonuçlar doğurmaktadır. Başka bir deyimle, geçersiz bir sözleşme başlangıçtan itibaren hiç yapılmamış sayılır ve zaman içinde geçerli hale gelmez. Ancak, yürürlüğe girmiş ve taraflar arasında uygulanmış bir iş akdinin baştan itibaren geçersiz sayılması, hem bu sözleşmenin sürekli ve kişisel ilişkiler kuran özelliğine hem de iş hukukunun işçiyi koruyucu amacına ters düşer.⁹²⁹

Sürekli bir iş ilişkisi kuran iş sözleşmelerinde geçersizliğin geçmişe etkili kılınması adil olmayan sonuçlar doğurur. Bütünü ile geçersiz olan bir sözleşme ile işe giren işçi, geçersizlik ortaya çıkıncaya kadar iş görme edimini yerine getirmişse, sözleşmenin geçersizliği nedeni ile işçinin geriye dönük olarak iş görme edimini geri alması mümkün değildir. Bu nedenlerle çalıştığı süre işçiye ücret ödeyen ve onun emeğinden yararlanan işverenin de ödemiş olduğu ücretleri geri istemesi mümkün değildir.⁹³⁰ Bu sebeple de iş sözleşmesinin geçersizliğinin ancak geleceğe dönük etki göstereceği, geçersizlik anına kadar tıpkı geçerli bir sözleşme gibi hüküm ve sonuç doğuracağı görüşü isabetli olarak öğretide de benimsenmiş bulunmaktadır.⁹³¹

Yargıtay'ın eski ve önemli bir İçtihadı Birleştirme Kararında da aynı sonuca varılmıştır. Söz konusu Yargıtay kararında, *“yaşı ve kadın oluşu gibi sebeplerle herhangi bir işte çalışması yasak bulunan işçinin yasağa rağmen çalıştırılmış olması halinde işçi sayılacağına ve bundan dolayı işçi sigortaları kanunlarının işçilere tanıdığı haklardan istifade edeceğine”* hükmolunmuştur.⁹³² Bu karara göre, yaş

⁹²⁸ AKYİĞİT, Ercan: Hizmet Akdinin Kesin Hükümsüzlüğü ve İptal Edilebilirliği, Kazancı Yayınları, İstanbul 1990, s:40-46 ; SÜZEK, Sarper: İş Hukuku, 2.Bası, Beta Yayınları, İstanbul 2005, s:120

⁹²⁹ SÜZEK, Sarper: İş Hukuku, 2.Bası, Beta Yayınları, İstanbul 2005, s:261

⁹³⁰ TAŞKENT, S; EYRENCİ, Ö. ve ULUCAN, D.:Bireysel İş Hukuku, 3.Bası, Legal Yayıncılık, İstanbul 2006, s:96; MOLLAMAHMUTOĞLU, Hamdi: İş Hukuku, Turhan Kitabevi, Ankara 2004, s:335

⁹³¹ DEMİR, Fevzi: İş Hukuku ve Uygulaması, 4.Baskı, Birleşik Matbaacılık, İzmir 2005, s:73-74; ÇELİK, Nuri: İş Hukuku Dersleri, 19.Bası, Beta Yayınları, İstanbul 2006, s:118-119; MOLLAMAHMUTOĞLU, Hamdi: İş Hukuku, Turhan Kitabevi, Ankara 2004, s:335-338; NARMANLIOĞLU, Ünal: İş Hukuku Ferdi İş İlişkileri I, 3.Bası, DEÜ Hukuk Fakültesi Döner Sermeye İşletmesi Yayınları No:91, İzmir 1998, s:188-193; AKYİĞİT, Ercan: Türk İş Hukukunda İş Güvencesi(İşe İade), Seçkin Yayıncılık, Ankara 2007, s:104-106

⁹³² Y.İBK, 18.06.1958, E:20, K:9(30.09.1958-10020 RG); AKYİĞİT, Ercan: Hizmet Akdinin Kesin Hükümsüzlüğü ve İptal Edilebilirliği, Kazancı Yayınları, İstanbul 1990, s:81-82; KARADENİZ,

küçüklüğü, işin ağır ve tehlikeli işlerden olması gibi iş akdi yapma yasaklarına rağmen taraflar arasında bir sözleşme kurulmuşsa, iş ve sosyal sigorta yasalarının işçiyi koruma amacına uygun olarak ve işçiyi koruyucu bir kuralın korunmak istenen kimsenin aleyhine sonuçlar verecek şekilde yorumlanamayacağı için sözleşmenin geçersizliği geriye yürütülemeyecektir.⁹³³

Yargıtay bir kararında, kadın işçiler tarafından yapılmasına kanunun izin vermediği bir işte çalışmış ve bu süre içerisinde doğmuş bir sosyal sigorta ilişkisinin, kadının çalışmasının Kanuna aykırılığının tespiti halinde bu ilişkiye dayalı sosyal sigorta ilişkisinin de “*sona erdirilmesini*” gerektireceği sonucuna varmıştır. Ancak, bu şekilde kurulan sosyal sigorta ilişkisinin daha sonra kanuna aykırılık gerekçesi ile “*geçersiz sayılmasının*” hukuka aykırı olacağı ifade edilmiştir.⁹³⁴ Yargıtay Hukuk Genel Kurulunun bir kararında ise, küçük çocuklarla hizmet sözleşmesi kurulamayacağına, böyle bir sözleşme yapıldığı takdirde de “*baştan itibaren geçersiz sayılacağına*” hükmolunmuştur.⁹³⁵ Bu karar ise 1958 tarihli Yargıtay İçtihadı Birleştirme Kararına ve öğretilerde kabul edilen görüşlere ters düşmekte ve isabetsiz bulunmaktadır.⁹³⁶

İş sözleşmesinin geçersizliğinin geleceğe yönelik hüküm doğuracağı tezi, küçük ve kadınların çalıştırılması yasaklarına aykırılık, şekle aykırılık gibi kamu düzenini ağır bir şekilde ihlal etmeyen hallerle sınırlıdır. Buna karşılık, kanuna, ahlaka aykırılığın ağır olduğu; yani kamu düzeni bakımından kesinlikle kabul

Oğuz; KARADENİZ, Hülya K.: “Kanunlarca Yasaklanmış İşlerde Çalıştırılan Kimselerin Sosyal Güvenlik ve Vergi Uygulaması Karşısındaki Durumu”, **Sosyal Güvenlik Dünyası**, Mart-Nisan 2003, S:18, s:11-13

⁹³³ TAŞKENT, S; EYRENCİ, Ö. ve ULUCAN, D.:Bireysel İş Hukuku, 3.Bası, Legal Yayıncılık, İstanbul 2006, s:97

⁹³⁴ Y. 10. HD. 20.05.1997, E:1997/3965, K:1997/3791; ARICI, Kadir : “Sosyal Sigortalar”, Yargıtayın İş Hukukuna İlişkin Kararlarının Değerlendirilmesi 1997”, MESS Yayını:298, İstanbul 1999, s:281-313

⁹³⁵ Y. HGK. 03.04.1991, E:1991/9-107, K:1991/168; GÜZEL, Ali: “Sosyal Sigortaların Genel Hükümleri ve Primleri”, Yargıtayın İş Hukukuna İlişkin Kararlarının Değerlendirilmesi 2002”, İş Hukuku ve Sosyal Güvenlik Hukuku Türk Milli Komitesi, Ankara 2004, s:265-392; Bunun tersi yönde bir yüksek mahkeme kararında ise “... küçük yaşta çocuğun çıraklık sözleşmesi olmaksızın çalıştırılması halinde yasaya aykırılık olsa da işçilik haklarının istenilmesine engel teşkil etmez...”denilmiştir. Y.9.HD. 28.06.2006, E:2005/39175, K:2006/19031,**Çalışma ve Toplum**, 2007/1, s:329-330

⁹³⁶ AKYİĞİT, Ercan:”Hizmet Akdinin Kesin Hükümsüzlüğüyle İlgili Yargıtay Kararı Üzerine”, **Çimento İşveren Dergisi**, Eylül 1991, s:10-20; CENTEL, Tankut: “Kıdem Tazminatının Hesabı – Asgari Çalışma Yaşından Önceki Hizmetler – 18 Yaşından Küçük Çıraklar”, **İş Hukuku Dergisi**, Temmuz-Eylül 1991, C:I, S:3, s:409-420

edilemez bir aykırılığın söz konusu olduğu hallerde butlanın(hükümsüzlüğün) geleceğe yönelik hüküm doğuracağı tezi hiçbir şekilde savunulamaz. Örneğin; sözleşmenin konusunun fuhuş, kaçakçılık, kalpazanlık olması halinde hükümsüzlük baştan itibaren dir.⁹³⁷ Kanunla yabancılara yasaklanmış işlerde yabancı çalıştırılması da bu kapsamda değerlendirilebilir.

Diğer taraftan mevzuata uygun bir biçimde yasal izinleri bulunmadan yabancı işçi çalıştırıldığında, yapılan iş sözleşmesi geçersiz sayılacaktır.⁹³⁸ Şüphesiz burada sözü edilen durum çalışma izni olmadan yabancıların hizmet akdi ile çalışmasıdır. Bu durumda, hizmet akdinin icrasına geçildiğinden kesin hükümsüzlüğün sonuçlarının benimsenmesi sözkonusu olmayacak, ancak kesin hükümsüzlüğün etkisi sınırlanarak bundan geçmişin (ifa elden kısmın) etkilenmeyeceği kabul edilecektir. Kesin hükümsüzlük, ancak ileri sürüldüğü andan itibaren ileriye dönük olarak tesirini gösterecek ama o ana kadar geçerli bir hizmet sözleşmesi gibi sonuçlarını doğuracaktır.⁹³⁹

Yabancı işçiler yönünden izin alınmasının gerekli olduğu hallerde, izin için başvurulup da izin gelmeden işçi işe başlatılmış ise yapılan iş sözleşmesinin geçerli olduğu kabul edilmektedir.⁹⁴⁰ “Zira, çalışma konusu yasak olmamakla birlikte böyle bir izni almadan hizmet akdi yapan yabancı, izni olmadığı halde fiilen işte çalışmıyor ise, hizmet akdi yine geçerlidir. Fakat yabancı, akdin karşı tarafı için, ifa edememenin sonuçlarına katlanır”.⁹⁴¹ Bununla birlikte, ister özel kanunlarla yasaklanmış meslek ve işlerde, isterse 4817 sayılı Kanun kapsamında olan ve izin

⁹³⁷ NARMANLIOĞLU, Ünal: İş Hukuku Ferdi İş İlişkileri I, 3.Bası, DEÜ Hukuk Fakültesi Döner Sermeye İşletmesi Yayınları No:91, İzmir 1998, s:191-192; MOLLAMAHMUTOĞLU, Hamdi: İş Hukuku, Turhan Kitabevi, Ankara 2004, s:337; AKYİĞİT, Ercan: Hizmet Akdinin Kesin Hükümsüzlüğü ve İptal Edilebilirliği, Kazancı Yayınları, İstanbul 1990, s:39

⁹³⁸ GÜLER, Mikdat: “Belirli Süreli İş Sözleşmesi”, **Legal İş Hukuku ve Sosyal Güvenlik Hukuku Dergisi**, 2005/5, s:27-82

⁹³⁹ AKYİĞİT, Ercan: Hizmet Akdinin Kesin Hükümsüzlüğü ve İptal Edilebilirliği, Kazancı Yayınları, İstanbul 1990, s:38

⁹⁴⁰ ERGİN, Hediye: “Yabancıların Çalışma ve İkamet İzninin İş Sözleşmesine Etkisi”, **Legal İş Hukuku ve Sosyal Güvenlik Hukuku Dergisi**, 2007/16, s:1357-1402

⁹⁴¹ AKYİĞİT, Ercan: Hizmet Akdinin Kesin Hükümsüzlüğü ve İptal Edilebilirliği, Kazancı Yayınları, İstanbul 1990, s:26

alınmaksızın kurulan iş sözleşmelerine, taraf iradelerinin önemi olmaksızın geçerlilik tanınmayacağı da ileri sürülmektedir.⁹⁴²

Yargıtay da bir kararında, yabancı işçi için çalışma izni alınmamışsa iş sözleşmesinin belirsiz süreli hale dönüşeceği sonucuna vararak, çalışma izni alınmadan yapılan bir iş sözleşmesinin geçerli olduğunu tespit etmiştir.⁹⁴³ Kaldı ki, çalışma izni olmadan iş sözleşmesi yapılmasına kural olarak 4817 sayılı Kanun ile getirilen bir engel bulunmamaktadır. Aksine, aynı Kanunun 4.maddesi ikinci fıkrasındaki *“ülke menfaatlerinin gerekli kıldığı hallerde veya mücbir nedenlere bağlı olarak çalışma süresi bir ay geçinceye kadar çalışma izninin işe başladıktan sonra da verilebileceği”* düzenlemesiyle konuya açıklık getirilmiştir.⁹⁴⁴ Şüphesiz sonradan çalışma izninin çıkmış olması gerekmektedir. Aksi halde, iş sözleşmesinin hükümsüzlüğü ileriye doğru hüküm doğuracaktır.

İkamet izninin olması da çalışma izninin olmaması gibi yabancı işçi ile düzenlenen iş sözleşmesini baştan itibaren geçersiz kılmaz. Belirtelim ki, yabancının ikamet iznine sahip olması ona çalışma izni verilip verilmemesinde belirleyici olmaktadır. Zira Yabancıların Çalışma İzinleri Hakkında Kanunun Uygulama Yönetmeliği'nin 7.maddesine göre, yabancının geçerli bir ikamet tezkeresi bulunmaması durumunda çalışma izin talebi reddedilecektir.

I .5 .5 .2 – Sağlık Personeli Açısından

Yabancılar ile yapılan iş sözleşmelerinin geçerli sayılıp sayılmayacağı bir ayrım yapılmak suretiyle değerlendirilmelidir. İş sözleşmesinin bir tarafının yabancı olması baştan o sözleşmenin geçersizliğine sebep olmaz. Yukarıda belirtildiği üzere çalışma izni almadan dahi iş sözleşmesi kurulmuş ve sözleşmenin konusu da hukuka aykırı değil ise buna geçerlilik tanınması iş hukukunun da amacına uygun düşer. Bununla birlikte yabancı işçinin çalışma izni olup olmadığına bakılmaksızın kanunla

⁹⁴² CANPOLAT, Talat: “Mevzuatta Öngörülen Bazı İş Sözleşmesi Türlerinin 4857 Sayılı İş Kanununun Belirli Süreli İş Sözleşmesine İlişkin Esasları Yönünden Değerlendirilmesi”, **Legal İş Hukuku ve Sosyal Güvenlik Hukuku Dergisi**, 2007/13, s:188-219

⁹⁴³ Y.9.HD. 07.06.2005, E:2004/24583, K:2005/20488; ERGİN, Hediye: “Yabancıların Çalışma ve İkamet İzninin İş Sözleşmesine Etkisi”, **Legal İş Hukuku ve Sosyal Güvenlik Hukuku Dergisi**, 2007/16, s:1357-1402

⁹⁴⁴ LAÇİNER, Hediye: “Yabancı Öğretim Elemanının Çalışma İzninin İş Sözleşmesinin Belirli Süreli Yapılmasına Etkisi-Karar İnceleme”, **Çimento İşveren**, Kasım 2006, S:6, s:32-47

yabancılara yasaklanmış işlerde çalıştırılması durumunda kesin hükümsüzlük baştan itibaren ve fiili hizmet ilişkisi dahi doğmaz.⁹⁴⁵

Gerçekten de kendisine yasaklanmış bir iş dolayısıyla yabancı uyruklu kimsenin yaptığı iş sözleşmesi hükümsüzdür.⁹⁴⁶ Dahası, çalıştırılması yasaklanmış bir yabancı ile yapılan iş sözleşmesi, diğer hükümsüz iş sözleşmelerinden farklı olarak, hükümsüzlüğün tespiti anından itibaren değil, baştan itibaren geçersiz sayılacaktır.⁹⁴⁷ Örneğin; Türkiye’de 1219 sayılı Kanunun 1.maddesine göre tabiplik mesleğini, 30.maddesine göre diş tabipliği mesleğini, 47.maddesine göre ebelik mesleğini ve 63.maddesine göre de hastabakıcılık mesleğini sadece Türk vatandaşları yapabilir, yani yabancılar bu meslekleri icra edemezler. Aynı şekilde 6283 sayılı Hemşirelik Kanununun 3.maddesine göre Türkiye’de hemşirelik mesleğini Türk vatandaşı hemşirelerden başka kimse yapamaz.⁹⁴⁸

Benzer biçimde devlet hizmet yükümlülüğünü yerine getirmeyen bir hekimin, kamuda tam gün çalışan sağlık personelinin, kamuda sözleşmeli olarak çalışan sağlık personelinin, kamuda il sağlık müdürü ve başhekim olarak çalışanların, mesleklerini yapmaları geçici veya sürekli olarak yasaklanmış sağlık personelinin, özel sağlık kurum ve kuruluşlarında da çalışmalarını aynı yaptırma tabi olmalıdır.

⁹⁴⁵ AKYİĞİT, Ercan: Hizmet Akdinin Kesin Hükümsüzlüğü ve İptal Edilebilirliği, Kazancı Yayınları, İstanbul 1990, s:39

⁹⁴⁶ NARMANLIOĞLU, Ünal: İş Hukuku Ferdi İş İlişkileri I, 3.Bası, DEÜ Hukuk Fakültesi Döner Sermeye İşletmesi Yayınları No:91, İzmir 1998, s:153; Aynı yerde (67) no’lu atıf da, kanunen çalışması yasaklanmış yabancı uyruklu kişinin kıdem tazminatı talep hakkının bulunmadığına ilişkin olarak bkz. Y.4.HD. 11.09.1958, E:7336, K:5560

⁹⁴⁷ ŞAKAR, Müjdat: İş Hukuku Uygulaması, Der Yayınları, 6.Baskı, İstanbul 2005, s:80; DEMİR, Fevzi: İş Hukuku ve Uygulaması, 4.Baskı, Birleşik Matbaacılık, İzmir 2005, s:83

⁹⁴⁸ Belirtelim ki, doktorun, bizzatıhi kişiliğine sıkı sıkıya bağlı olan tıp fakültesi diplomasını, bir başkasının kullanmasını ve yararlanmasını amaçlayan devir sözleşmeleri de, emredici hukuk kurallarına ve kamu düzenine aykırı olduğundan, herhangi bir hak ve borç doğurmazlar. Yargıtay bir kararında, “Olayla doğrudan ilgili bulunan ‘1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun’un tüm maddeleri birlikte ve amacı yorumla değerlendirildiğinde, kamu yararı ve genel sağlığın korunmasına yönelik sınırlamalar getirildiğinde kuşku ve duraksamaya yer olmadığı açıkça görülür. Anılan Yasanın (1). maddesinden anlaşıldığı şekilde, doktorluk mesleğinin icrası ancak Türkiye Tıp Fakültelerinden diploma sahibi olan doktorun bizzatıhi kişiliğine sıkı sıkıya bağlı olmak koşuluyla sağlanmıştır. O nedenle, doktorluk diploma ünvan ve isminin bir başkasının kullanmasını ve yararlanmasını amaçlayan devir, kira, satış gibi sayılabilecek benzer türde aktedilen tüm sözleşmeler kamu düzenine, emredici hukuk kurallarına aykırı olup geçersizdir. Tarafları bağlamaz, bir hak ve borç doğurmaz...”denilmiştir. Y.13. HD. 30.05.1996, E:1996/5075, K:1996/5380(Corpus Bilgi Bankası)

I .6 – Bildirim Yükümlülüğünün İfası

Özel sağlık kurum ve kuruluşlarında çalıştırılacak olan sağlık ve diğer personelin bazı kamu kurumlarına bildirilmesi zorunluluğu da bulunmaktadır. Sağlık personelinin bildiriimi büyük ölçüde özel sağlık kurum ve kuruluşu işverenlerince yapılmakla birlikte, sağlık personelinin çalışmaya başladığını kendisinin de bildirmesi gereken durumlar bulunmaktadır. Bu başlık altında, SGK'ye, ÇSGB'na, kolluk örgütüne, Sağlık Bakanlığı'na ve ilgili meslek örgütüne yapılacak bildirimlere yer verilmiştir.

I .6 .1 – Sosyal Güvenlik Kurumu'na Bildirim

Sağlık Personelinin SGK'ye bildiriimi ikili bir ayrıma tabi tutularak açıklanmıştır. Sosyal sigorta işlemleri açısından bildirimden kasıt, sağlık personelinin Kuruma sigortalı bildiriiminin yapılmasıdır. Sağlık personelinin genel sağlık sigortası işlemleri açısından bildiriimi ise, Kurumla sözleşme yapan özel sağlık kurum ve kuruluşlarında istihdam edilen sağlık personelinden Kurumun ayrıca haberdar edilmesidir.

I .6 .1 .1 – Sosyal Sigorta İşlemleri Açısından

Özel sağlık kurum ve kuruluşlarında hizmet akdi ile çalıştırılan sağlık personelinin ve diğer personelin Kuruma bildirilmeleri gerekmektedir. Hizmet akdi ile çalıştırılmalarından dolayı 506 sayılı Kanunun mülga 2.maddesine göre, 5510 sayılı Kanunun ise 4.maddesi birinci fıkrasının (a) bendine göre sigortalı sayılan sağlık personelinin Kuruma **“sigortalı işe giriş bildirgesi”** ile bildirilmesi zorunluluğu bulunmaktadır. Bu zorunluluk 506 sayılı Kanunun mülga 9.maddesinde, 5510 sayılı Kanunun ise 8.maddesi birinci fıkrasında düzenlenmiştir.

5510 sayılı Kanunun 8.maddesi birinci fıkrasına göre; özel sağlık kurum ve kuruluşu işverenleri, Kanunun 4. maddenin birinci fıkrasının (a) bendi kapsamında sigortalı sayılan kişileri, **“sigortalılık başlangıç tarihinden önce”**, sigortalı işe giriş bildirgesi ile Kuruma bildirmekle yükümlü tutulmuşlardır. 5510 sayılı Kanunun 100.maddesi üçüncü fıkrası gereğince, sigortalı işe giriş bildirgelerinin internet üzerinden de verilmesi mümkün olabilecektir. Ayrıca, herhangi bir idari para cezası

yaptırımına bağlı olmamakla birlikte, 5510 sayılı Kanununun 9.maddesi üçüncü fıkrası uyarınca sigortalılığı sona erenlerin on gün içerisinde Kuruma bildirilmesi gerekmektedir. Bu hüküm işverenler için önemli bir ek yükümlülük getirmektedir.⁹⁴⁹ Oysa işverenler zaten Kuruma verdikleri aylık prim ve hizmet belgesinde sigortalıların çıkışlarını, çıkış nedeni ile belirtmektedirler.⁹⁵⁰

Hizmet akdine istinaden çalışan 5510 sayılı Kanununun 4.maddesi (a) bendi kapsamında sigortalı sayılanların **sigortalılık başlangıç tarihleri** ise aynı Kanununun 7.maddesi birinci fıkrası (a) bendinde düzenlenmiştir. Buna göre; sözü edilen sigortalıların çalışmaya başladıkları tarihten önce, mesleki eğitime veya zorunlu staja başladıkları tarihten önce sigortalı işe giriş bildirgesi ile Kuruma bildirimleri gerekecektir. Kanun sigortalıların bildiriminde herhangi bir belgenin değil özel olarak sigortalı işe giriş bildirgesinin kullanılmasını istemiştir.

Sigortalının sigortalılık başlangıcından yani “çalışmaya başladığı tarihten önce” işe giriş bildirgesinin verilmesi esasının belirlenmiş olması geçmiş dönem tartışmalarının da sona ermesini sağlayacak gibi görülmektedir. 506 sayılı Kanununun mülga 9.maddesinde, herhangi bir tarih ibaresine yer verilmediğinden, sigortalı işe giriş bildirgesinin “işe başlamadan önce” verilmesi gerekliliği, işe başlamadan birkaç saat önce yani aynı gün verilmesi sonucunu da doğurmaktaydı. Kurum ise, “işe başlamadan önce” kavramından işe giriş bildirgesinin **en az bir gün önceden** verilmesini anlamakta ve işlem tesis etmekteydi.⁹⁵¹ Kuruma aynı gün yani işe başlanılan gün içinde verilen işe giriş bildirgeleri sebebiyle uygulanan idari para cezaları da hukuki uyumsuzluk konusu olmaktaydı.⁹⁵²

5510 sayılı Kanununun 8.maddesinde sigortalının “**çalışmaya başlamasından önce**” değil de “**sigortalılık başlangıç tarihinden önce**” yani “**çalışmaya başladığı**

⁹⁴⁹ GÜZEL, Ali ve OCAK, Saim: “5510 Sayılı Yasa İle İşverenlere Getirilen Ek Sosyal Sigorta Yükümlülükleri”, **Legal İş Hukuku ve Sosyal Güvenlik Hukuku Dergisi**, 2007/13, s:137-186

⁹⁵⁰ GÜZEL, Ali, OKUR, Ali Rıza ve CANIKLİOĞLU, Nurşen: Sosyal Güvenlik Hukuku, Beta Yayınları, 11.Bası, İstanbul 2008, s:147

⁹⁵¹ SSK Başkanlığı Sigorta İşleri Genel Müdürlüğü’nün 13.05.2004 tarih ve 16-318 Ek sayılı Genelgesi

⁹⁵² Sigortalıların işe başladığı gün içinde verilen işe giriş bildirgelerinden dolayı Kurumca uygulanan idari para cezaları ise çoğunlukla hukuka uygun bulunmayarak mahkemelerce iptal edilmiştir.(Y.11.CD. 28.05.2001, E:2001/6096, K:2001/5689; Benzer biçimde, Manisa İdare Mahkemesi’nin 30.09.2004 tarih ve E:2004/231, K:2004/992 sayılı kararı Manisa Bölge İdare Mahkemesi’nin 02.02.2005 tarih ve E:2005/65, K:2005/61 sayılı kararı ile onanmıştır.)

tarihten önce” kavramı kullanılmak suretiyle, aynı gün çalışmaya başlamalarda işe giriş bildirgesinin de aynı gün verilmesi artık net bir biçimde süresi geçtikten sonra verilmiş gibi işlem görecektir. Süresi geçtikten sonra verilen işe giriş bildireleri sebebiyle uygulanacak olan idari para cezalarının da artık iptale konu olamayacağını söyleyebiliriz.

Belirtelim ki; sigortalı işe giriş bildirgesinin verilmesi için sigortalının “çalışmaya başlaması” koşulu aranmamıştır. Çalışacak kişinin “işe alınmış olması”, başka bir söyleyişle, çalışacak kişi ile işveren arasında bir “iş sözleşmesinin yapılmış olması” bildirim için yeterli olacaktır. Oysa sigortalılık için aslolan eylemli çalışma olup, ücret ödenmesi ve hizmet sözleşmesi dahi sonucu etkilememektedir. Yani bir kimsenin sigortalı sayılabilmesi için işe giriş bildirgesinin verilmiş olması yeterli değildir. Sigortalılığın oluşumu için aranan zorunlu koşullardan biri olan eylemli çalışma daha yapılmadan, çalışacak kişinin işe giriş bildirgesi düzenlenerek Kuruma verilmesi kuralının getirilmiş olması kayıt dışı çalışmayı önleme amacıyla getirilmiştir diyebiliriz.⁹⁵³ Kısacası işveren, sigortalı işe giriş bildirgesini verecek ve daha sonra sigortalıyı çalıştıracaktır.

Diğer taraftan, Yargıtay Hukuk Genel Kurulu bir Kararında⁹⁵⁴, sigortalının hizmet akdi sona erme süresinin aynı işverene ait birden ziyade işyerinde çalışması halinde, işverenin tek sigortalı işe giriş bildirgesi vermesi yeterli sayılmış ve her işyeri için ayrı ayrı işe giriş bildirgesi vermeye gerek olmadığına hükümlenmiştir. Bu yaklaşıma uygun olarak, ilk işyerindeki çalışması, kanuni süresinde işe giriş bildirgesi verilerek duyurulmuş ve tescil işlemi yapılmış olan sigortalıların ***naklen ve iş akdi ilişkisi sona ermeden*** aynı işverenin Kurumca tescil edilmiş diğer işyerinde çalışması halinde, bu işyerinden yasal süresi içinde Kuruma verilmeyen işe giriş bildirelerinden dolayı da işverenlere halihazırda idari para cezası uygulanmamaktadır.⁹⁵⁵

⁹⁵³ GÜZEL, Ali, OKUR, Ali Rıza ve CANIKLIOĞLU, Nurşen: Sosyal Güvenlik Hukuku, Beta Yayınları, 11.Bası, İstanbul 2008, s:142; TUNCAY, A.Can, EKMEKÇİ, Ömer: Sosyal Güvenlik Hukuku'nun Esasları, Legal Yayınları, İstanbul 2008, s:252

⁹⁵⁴ Y. HGK. 02.05.1984, E:10-287, K:499; ÇAKMAK, İhsan:Şerhli Sosyal Sigortalar Kanunu, Adalet Yayınevi, Ankara 2001, s:155-157

⁹⁵⁵ SSK Genel Müdürlüğü'nün 25.03.1998 tarih ve 216793 sayılı Genel Yazısı

Özel sağlık kurum ve kuruluşlarında çalıştırılan sağlık personelinin işe giriş bildirgesinin 5510 sayılı Kanununun 102.maddesinin birinci fıkrasının (a) bendinin (1) numaralı alt bendine göre; bu Kanunda belirtilen süre içinde ya da Kurumca belirlenen şekle ve usûle uygun vermeyenler veya Kurumca internet, elektronik veya benzeri ortamda göndermekle zorunlu tutulduğu halde anılan ortamda göndermeyenler hakkında her bir sigortalı için asgari ücret tutarında idari para cezası uygulanacaktır. Dahası, Kanununun 102.maddesinin birinci fıkrasının (a) bendinin (2) numaralı alt bendine göre ise işe giriş bildirgesinin verilmediğinin, mahkeme kararından veya Kurumun denetim ve kontrolle görevli memurlarınca yapılan tespitlerden ya da diğer kamu idarelerinin denetim elemanlarının kendi mevzuatları gereğince yapacakları soruşturma, denetim ve incelemelerden veya bankalar, döner sermayeli kuruluşlar, kamu idareleri ile kanunla kurulan kurum ve kuruluşlardan alınan bilgi ve belgelerden anlaşılması halinde bildirgeyi vermekle yükümlü olanlar hakkında her bir sigortalı için asgari ücretin iki katı tutarında idari para cezası uygulanır.

Öte yandan, 5510 sayılı Kanununun 102.maddesinin birinci fıkrasının (a) bendinin (3) numaralı alt bendine göre de; işyeri esas alınmak suretiyle işe giriş bildirgesinin verilmediğine ilişkin; mahkemenin karar tarihinden, Kurumun denetim ve kontrolle görevli memurlarının tespit tarihinden, diğer kamu kurum ve kuruluşlarının denetim elemanlarının rapor tarihinden, bankalar, döner sermayeli kuruluşlar, kamu idareleri ile kanunla kurulan kurum ve kuruluşlardan alınan bilgi veya belgelerin Kuruma intikal tarihinden itibaren bir yıl içinde bu bendin (2) numaralı alt bendinde sayılan durumlardan biriyle tekrar bildirge verilmediğinin anlaşılması halinde, bildirgeyi vermekle yükümlü olanlar hakkında bu defa her bir sigortalı için asgari ücretin beş katı tutarında idari para cezası uygulanır.

I .6 .1 .2 – Genel Sağlık Sigortası İşlemleri Açısından

Genel Sağlık sigortası uygulamasında SGK ile sözleşme yapmış olan özel sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışan tüm personelin değil, hekim olarak çalışanların işe başlama ve işten ayrılışlarında Kuruma bildirilmeleri gerekmektedir. İstenilen sürelerde bildirim yapılmaması ise cezai şart uygulamasına neden olacaktır. Kurumla sözleşme yapmış özel sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışan

hekim dışı sağlık personelin ise, genel sağlık sigortası işlemleri açısından Kuruma bildirilme zorunlulukları bulunmamaktadır.

2007 yılı **“Sosyal Güvenlik Kurumu Özel Sağlık Kurumundan/Kuruluşundan Sağlık Hizmeti Satın Alma Sözleşmesi”**nin (3.1.9.1.) maddesine göre; özel sağlık kurumunda/kuruluşunda görevli sözleşmeye esas hekim/hekimler, sözleşme öncesi Kuruma bildirilerek MEDULA sistemine kaydedilir. Kayıtlı olmayan hekimin yaptığı işlemlerin kayıtlı hekimin üzerinden fatura edilmesi halinde ise bu işlem bedelleri ödenmez ve bu sözleşmenin (5.1.10) numaralı maddesine göre 10.000.-YTL cezai şart uygulanır.⁹⁵⁶

2007 yılı sözleşmesinin (3.1.9.2.) maddesi gereğince, özel sağlık kurumunda/kuruluşunda sözleşme tarihinden sonra görev alan tam zamanlı ve/veya yarı zamanlı hekimlerin işe başlaması halinde sağlık kurumu/kuruluşu ile hekim arasında düzenlenmiş iş akdi veya noter onaylı bir örneği Kuruma iletilir. Bildirilen hekimler Kurumca 3 (üç) iş günü içinde MEDULA sisteminden aktif hale getirilir. Sözleşmenin (3.1.9.3.) maddesine göre ise; özel sağlık kurumunda/kuruluşunda görevli MEDULA sisteminde tanımlı tam zamanlı ve yarı zamanlı hekimlerin ayrılışı 5 (beş) iş günü içinde yazılı olarak veya Kurum bilgi işlem sistemleri aracılığıyla Kuruma bildirilmesi gerekmektedir. Bu durumda, ayrılan hekim/hekimler Kurumca MEDULA sistemi üzerinden pasif edilir. Bildirimin 5 (beş) iş günü içinde yapılmaması halinde bu sözleşmenin (5.1.10) numaralı maddesine göre 10.000.-YTL cezai şart uygulanır ve hekimin ayrıldığı günden itibaren bu hekim üzerinden fatura edilen sağlık hizmeti bedelleri Kurum tarafından ödenmez.

Öte yandan, **2007 yılı sözleşmesinin** (3.1.9.4.) maddesi gereğince özel sağlık kurumundan/kuruluşundan ayrılan hekimin; faaliyet izin belgesinde bildirilen uzmanlık dalındaki tek tam zamanlı hekim (tıp merkezleri için yarı zamanlı hekim, ruhsata esas zorunlu branşlarda tek hekim) olması durumunda, bu durum sağlık

⁹⁵⁶ Belirtelim ki; çalışmamızın ikinci bölümünde de açıklandığı üzere **2007 yılı sözleşmesinin** (5.9.) maddesine göre, bu alt bölümde sözü edilen cezai şart tutarları ilgiliye tebliğ edildiği tarihte tahakkuk edecek ve (5.10.) maddesi gereğince de cezai şart tutarı, özel sağlık kurumunun/kuruluşunun Kurumda tahakkuk etmiş alacağından mahsup edilecektir. Kurumda tahakkuk etmiş alacağı veya yeterli alacağı bulunmayan sağlık kurumları/kuruluşları için Kurum alacağı genel hükümlere göre tahsil edilecektir.

kurumu/kuruluşu tarafından 5 (beş) iş günü içinde yazılı olarak veya Kurum bilgi işlem sistemleri aracılığıyla Kuruma bildirilir. Bu durumda, Kurumca MEDULA sistemi üzerinden, ayrılan tam zamanlı hekim, ilgili uzmanlık dalındaki yarı zamanlı hekimler ve ilgili branş söz konusu hekimin ayrıldığı günden itibaren işlem yapılamaz hale getirilir/pasif edilir. 5 (beş) iş günü içinde bildirim yapılmaması halinde bu sözleşmenin (5.1.10) numaralı maddesine göre 10.000.-YTL cezai şart uygulanır ve hekimin ayrıldığı günden itibaren sağlık kurumu/kuruluşu tarafından bu branşa ilişkin verilen sağlık hizmeti bedelleri Kurum tarafından ödenmez.

Ayrılan hekimin yerine, özel sağlık kurumuna/kuruluşuna yeni bir tam zamanlı hekim bulunması için 45 (kırkbeş) gün süre tanınır. 45 (kırkbeş) gün içinde yeni bir tam zamanlı hekim bulunması durumunda, sağlık kurumu/kuruluşu bu sözleşme eki “*Sözleşme Yapmak İçin Aranılan Belgeler Formu*”nda (EK-2) belirtilen “tam zamanlı hekimlere ilişkin belgeleri” Kuruma ibraz eder. Bu sürede yeni bir tam zamanlı hekim bildirilmezse, sağlık kurumu/kuruluşu il sağlık müdürlüğünden alacağı, ilgili uzmanlık dalı ruhsatından iptal edildiğine dair belgeyi 15(onbeş) gün içinde Kuruma iletmekle yükümlüdür. Faaliyet izin belgesinde kayıtlı uzmanlık dalının ruhsatından iptalini 15(onbeş) gün içinde Kuruma bildirmeyen özel sağlık kurumu/kuruluşu için bu sözleşmenin (5.1.10) maddesi uyarınca 10.000.-YTL cezai şart uygulandığı gibi, ayrıca sözleşmenin (6.3.5) maddesi gereğince de sözleşme Kurum tarafından tek taraflı olarak fesh edilir.

2007 yılı sözleşmesinde özel sağlık kurum ve kuruluşlarında çalıştırılacak fizyoterapistler için ayrı bir düzenlemeye yer verilmiştir. Şöyle ki; sözleşmenin (3.1.9.5) maddesi gereğince, sözleşme kapsamında fizik tedavi ve rehabilitasyon branşı bulunan özel sağlık kurumunda/kuruluşunda çalışan fizyoterapistlerin sözleşme öncesi Kuruma bildirilmesi ve MEDULA sistemi üzerinden aktif hale getirilmesi gerekmektedir. MEDULA sistemi üzerinden aktif edilmeyen fizyoterapistlerin verdiği hizmetler için ödeme yapılmaz. Özel sağlık kurumunda/kuruluşunda oluşabilecek fizyoterapist değişikliklerinin (yeni başlama veya işten ayrılma) 5 (beş) iş günü içinde Kuruma bildirilmesi ve yeni başlayan fizyoterapistin MEDULA sistemi üzerinden aktif hale getirilmesi, ayrılan fizyoterapistin ise ayrıldığı tarihten itibaren MEDULA sistemi üzerinden pasif

edilmesi/işlem yapamaz hale getirilmesi gerekmektedir. Fizyoterapistin ayrıldığıının 5 (beş) iş günü içinde Kuruma bildirilmediği durumlarda bu sözleşmenin (5.1.10) numaralı maddesi uyarınca 10.000.-YTL cezai şart uygulanır ve fizyoterapistin ayrıldığı günden itibaren bu fizyoterapist üzerinden Kuruma fatura edilen sağlık hizmeti bedelleri Kurum tarafından ödenmez.

Kurumla sözleşmeli özel sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışan hekim ve diğer sağlık personeli ile idari ve teknik diğer çalışanların süresi içerisinde Kuruma bildirimleri gerektiğine yukarıda yer vermiştik. Özel sağlık kurum ve kuruluşlarında çalıştırılan personelin işe giriş bildirgesi ile Kuruma bildirilmemiş olması *sosyal sigorta işlemleri açısından*, idari para cezası yaptırımına bağlanmış olmasına rağmen, *genel sağlık sigortası işlemleri açısından* herhangi yaptırıma bağlanmamıştır. Herhangi bir cezai şart öngörülmediği gibi sözleşmenin feshi de sözkonusu değildir. Ancak, buralarda kayıtdışı çalıştırılan personelin ürettiği hizmetin bedeli ödenmeyecektir.⁹⁵⁷ **2007 yılı sözleşmesinin (3.1.9.8)** maddesine göre, sadece özel sağlık kurumunda/kuruluşunda, yürürlükte olan sosyal güvenlik kanunlarına ve/veya sosyal güvenlik sözleşmesi imzalanan ülke mevzuatına göre sigortalı olmadığı halde çalıştırılan personelin verdiği hizmetler karşılığında Kuruma fatura edilen bedeller ödenmeyecektir. Ödenmiş olduğu tespit edilenler ise bu sözleşmenin (4.7) numaralı maddesi gereğince tahsil edilecektir.⁹⁵⁸

I .6 .2 - Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'na Bildirim

İş Kanunu kapsamındaki işyerlerinin ve bu arada özel sağlık kurum ve kuruluşu işyerlerinin 4857 sayılı Kanunun 3.maddesi gereğince bir ay içinde Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın ilgili bölge müdürlüğüne bildirimleri zorunluluğuna çalışmamızın ikinci bölümünde değinmiştik. Bu kapsamda başka bir

⁹⁵⁷ GÜNEY, Tahsin: “Bütün Hastaneler Sigortalının Hizmetine Girdi-Röportaj”, **SGK Bülten**, Temmuz 2007, S:4, s:10-11; GÜNEY, Tahsin: “Sözleşmesi Feshedilen Hekim İle Anlaşan Hastanenin De Sözleşmesi Feshedilecek”,(Röportajı Yapan: İbrahim ERSOY), <http://www.medimagazin.com.tr/index.php>; **Erişim:25.06.2007**

⁹⁵⁸ **2007 yılı sözleşmesinin (4.7)** maddesine göre ise, “Bu sözleşmenin uygulanmasından kaynaklanan ve sağlık kurumuna/kuruluşuna yapılan yersiz ödemeler, ödeme tarihinden itibaren hesaplanacak yasal faizi ile birlikte sağlık kurumunun/kuruluşunun Kurumda tahakkuk etmiş alacağından mahsup edilir. Kurumda tahakkuk etmiş alacağı veya yeterli alacağı bulunmayan sağlık kurumları/kuruluşları için Kurum alacağı genel hükümlere göre tahsil edilir.”

yükümlülük de, işçilerin ve bu arada özel sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışan personelin doğrudan Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'na bildirilmesidir.

Bu zorunluluk İş Kanunundan değil 2821 sayılı Sendikalar Kanunu'ndan kaynaklanmaktadır. 2821 sayılı Kanunun 62.maddesine göre; “ İşveren, işe aldığı veya herhangi bir nedenle iş sözleşmesi sona eren işçileri, izleyen ayın 15'ine kadar aylık bildirimle Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığına bildirmek zorundadır.” Bildirimin usul ve esasları ise, **İşverenlerin Çalıştırdıkları İşçileri Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığına Bildirmeleri İle Sendika ve Konfederasyonlarca Düzenlenecek Üye Kayıt Fişleri ve Defterlerinin Şekli ve İçeriği Hakkında Yönetmelik**⁹⁵⁹ ile düzenlenmiştir. Yönetmeliğin 4.maddesine göre de, “İşverenlerce işe yeni alınan işçiler için örneği EK-1'de; herhangi bir nedenle hizmet akitleri sona eren işçiler için de örneği EK-2' de gösterilen bildirimlerden iki nüsha düzenlenerek bir nüshasının izleyen ayın on beş (15)' ine kadar Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığına gönderilmesi zorunludur.”

Özel sağlık kurum ve kuruluşlarında çalıştırılan sağlık ve diğer personelin, işverence, gerek işe alınmalarında gerekse işten çıkarılmalarında, izleyen ayın 15'ine kadar Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'na bildirilmemeleri durumunda; bildirim yükümlülüğüne uymayan işverenlere 5728 sayılı Kanunun 386.maddesi ile değişik 2821 sayılı Kanunun 59.maddesi birinci fıkrası uyarınca bildirilmeyen her işçi için 150 Türk Lirası idari para cezası verilir. İdari para cezasına karar vermeye ise Cumhuriyet Savcısı yetkilidir.

Yapılan bu değişiklik ile “2821 sayılı Sendikalar Kanunu'nun 62.maddesinde belirtilen bildirim yükümlülüğüne uymama fiili” TCK'na tabi bir “suç” olmaktan çıkmış ve 5236 sayılı Kabahatler Kanunu'na tabi bir “kabahat” haline gelmiştir. Uygulanan adli para cezasının yerini idari para cezası almıştır. Böylece, artık işverenlerin EK-1 ve Ek-2 bildirimlerini ihmal etmelerinden dolayı ağır ya da adli para cezası istemiyle ceza mahkemelerinde yargılandığı, suçlu bulunarak sabıkalı

⁹⁵⁹ 11.08.2005 tarih ve 25904 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

olduğu, hatta adli para cezasını ödeyemediği takdirde hapse girme ihtimalinin bulunduğu dönem ortadan kalmış bulunmaktadırdır.⁹⁶⁰

I .6 .3 - Kolluk Örgütüne Bildirim

I .6 .3 .1 – Sorumlu İşleticinin Bildirimi

1774 sayılı **Kimlik Bildirme Kanunu**'nun⁹⁶¹ 2.maddesinde sözü edilen özel sağlık müesseseleri sorumlu işleticilerinin kimliklerinin, yine Kanunun 3.maddesi gereğince, tesis açılmadan evvel müessesenin sahibi veya kanuni temsilcisi tarafından örneğine uygun şekilde, en yakın kolluk örgütüne bildirilmesi gerekmektedir. Sorumlu işleticinin değişmesi halinde de keyfiyetin 24 saat içinde bildirilmesi zorunludur. Buradaki sorumlu işletici özel sağlık kurum ve kuruluşunun mesul müdürü olarak anlaşılabilir.

Kimlik Bildirme Kanununun Uygulanması İle İlgili Yönetmeliđin⁹⁶² 6.maddesinde ise diğer işyerlerinin yanı sıra özel sağlık müesseselerinde de devamlı olarak ve herhalde bir tane sorumlu işleticinin bulunacağı, sorumlu işleticinin kimliğinin, o tesis açılmadan önce, sahip veya kanuni temsilci veya kiracısı tarafından iki örnek **İşletici Kimlik Bildirme Belgesi (Form: 1)** ne yazılacağı ve bu belgenin en yakın yetkili genel kolluk örgütüne verileceği belirtilmiştir. Yönetmeliğin 7.maddesinde ise sorumlu işleticinin değişmesi halinde yapılacak işlemlere yer verilmiştir. Buna göre; sorumlu işleticinin değişmesi halinde, tesisin sahip, kanuni temsilci veya kiracısı tarafından, 24 saat içinde, yeni işleticiye ait kimlik bildirme belgesi, ayrılan işleticinin adı ve ayrılış tarihi de yazılarak yukarıda maddede belirtilen yöntemle göre en yakın yetkili genel kolluk örgütüne verilir.

Belirtelim ki; 1774 sayılı Kanunun 3.maddesine göre sorumlu işleticinin/mesul müdürün yetkili kolluk örgütüne(polis ya da jandarma) bildirilmemesi halinde, 5728 sayılı Kanunun 363.maddesiyle değişik 1774 sayılı Kanunun 15.maddesine göre 250 TL idari para cezası verilecektir. Bu cezayı ise mahalli mülki amir uygulayacaktır.

⁹⁶⁰ ÇALIK, Abdurrahman: "İşverenler EK-1 ve EK-2 Sabıkasından Kurtuldu Mu?", **Sosyal Güvenlik Dünyası**, Ocak-şubat 2008, S:47, s:82-85

⁹⁶¹ 11.07.1973 tarih ve 14591 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

⁹⁶² 13.07.1974 tarih ve 14944 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

I.6.3.2 – Diğer Çalışanların Bildirimi

1774 sayılı Kanununun 4.maddesine göre ise, özel sağlık müesseselerinin sorumlu işleticileri, müesseselerinde sürekli veya geçici olarak çalıştırdıkları kimseleri ve bunların ayrılışlarını, örneğine uygun kimlik bildirme belgesi doldurarak, 24 saat içinde bağlı oldukları en yakın kolluk örgütüne bildirirler. Kimlik Bildirme Kanununun Uygulanması İle İlgili Yönetmeliği'nin 8.maddesinde ise özel sağlık müesseselerinin sorumlu işleticileri tarafından; buralarda sürekli veya geçici olarak çalıştırılanların kimlikleri, iki örnek ***Çalışanlara Ait Kimlik Bildirme Belgesi (Form: 2)*** ne yazılır ve 24 saat içinde en yakın yetkili genel kolluk örgütüne verilir.

Söz konusu belgelerin ise ilgili kolluk örgütüne Sosyal Güvenlik Kurumuna bildirilmesi halinde Kurumun gerekli kontrolleri yapmak suretiyle sigortasız çalıştırılanları kayda alabileceği öteden beri önerilmiştir.⁹⁶³ Siyasal iktidarın ise bu yönde adımlar attığı⁹⁶⁴ ve yıllık program hedeflerine koyduğu⁹⁶⁵ anlaşılmaktadır. Belirtelim ki, Kurum denetim elemanlarının özellikle bu belgelerden denetimleri sırasında istifade etmeleri de talimatlandırılmıştır.⁹⁶⁶

Diğer taraftan 5763 sayılı Kanunun⁹⁶⁷ 12.maddesi ile 1774 sayılı Kanuna ilave edilen ek madde 2 ile bu husus düzenlenmiş bulunmaktadır. Söz konusu kanun hükmünde; *“Bu Kanunun 4. ve 6. maddeleri gereğince verilen sürekli veya geçici olarak çalışanlara ait kimlik bilgileri, genel kolluk kuvvetlerince ilgili Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı il müdürlükleri veya merkez müdürlüklerine bildirilir”* denilmiştir. Bu düzenleme ile hem özel sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışanlar açısından, hem de diğer tüm sanayi ve ticari işyerlerinde çalışanlar açısından önemli bir adım atılmıştır diyebiliriz. SGK ise 2008/Haziran sonu itibariyle söz konusu

⁹⁶³ BİLGİLİ, Özkan: Sosyal Güvenlik Kılavuzu, ASMMMO, Ankara 2006, s:196

⁹⁶⁴ Başbakanlığın 2006/28 sayılı, “Kayıtdışı İstihdam İle Mücadele (KADİM) Projesi” konulu Genelgesi (04.10.2006-26309 RG)

⁹⁶⁵ Belirtelim ki; 2008 yılı Programında, kayıtdışı istihdamla mücadeleyi kolaylaştırmak amacıyla, “1774 sayılı Kimlik Bildirme Kanununda yapılacak değişiklikle genel kolluk kuvvetlerine ait karakollara il merkezlerinden de sorgulanabilen bilgisayar terminalleri kurulması yoluyla başta otel, **özel sağlık kurumları**, tatil köyleri olmak üzere her türlü ticaret ve sanat amacı güden işyerlerinde çalışanlara ait bilgilerin sigorta müdürlüklerindeki bilgilerle çapraz kontrolü yapılabilecek ve bu işyerlerinde kayıtdışı çalışanların sosyal güvenlik kapsamına alınması sağlanabilecektir” denilmektedir.(2008 Yılı Programı, 28.10.2007-26668 Mükerrer Sayılı RG)

⁹⁶⁶ SGK Rehberlik ve Teftiş Başkanlığı'nın 10.03.2007 tarih ve 4757 sayılı yazıları

⁹⁶⁷ 26.05.2008 tarih ve 26887 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

kimlik bildirim belgelerini ilgili kolluk örgütünden alarak sigortalılık kayıtlarını kontrole başlamış bulunmaktadır.⁹⁶⁸

Öte yandan kimliğini resmi belgelerle ispat edemeyenlerin özel sağlık kurum ve kuruluşlarında çalıştırılmaması gerekmektedir. Gerçektende 1774 sayılı Kanunun 9.maddesi gereğince, kimlik bildirme belgesini yetkili idareye vermekle yükümlü tutulanlar(sorumlu işletici/mesul müdür), kimliğini nüfus hüviyet cüzdanı ve diğer resmi geçerli belgelerle ispat edemeyen kimseleri tesislerinde barındıramaz, konut ve işyerlerinde çalıştıramazlar.

Bu alt başlık altındaki bildirme yükümlülüklerinin yerine getirilmemesi de idari para cezası yaptırımına bağlanmıştır. 5728 sayılı Kanunun 364.maddesi ile değişik 1774 sayılı Kanunun 17.maddesine göre, özel sağlık müesseselerinde çalışanları süresinde kolluk örgütüne bildirme ve kimliğini nüfus hüviyet cüzdanı ve diğer resmi geçerli belgelerle ispat edemeyen kimseleri çalıştırmama yükümlülüğünü ihlal edenlere 20 TL, kimlik bildirme belgesinde gerçeğe uymayan bilgi verenlere ise 100 TL idari para cezası verilecektir. Bu ceza da mahalli mülki amir tarafından verilecektir.

I .6 .4 - Sağlık Bakanlığı'na Bildirim

I .6 .4 .1 – Sağlık Personelinin Kendini Bildirmesi

Bağımsız çalışan hekimler ile özel diyaliz merkezlerinde çalışan sağlık personelinin, çalışmalarını kendi kendilerinin de Sağlık Bakanlığı'na bildirmeleri gerekmektedir. Bu bildirimler sadece çalışmaya başladıklarında değil, işi bırakmalarında veya işten ayrılmalarında da yapılır.

1219 sayılı Kanunun 5.maddesine göre, “*Özel muayenehane açmak veyahut evinde hasta görmek suretiyle hekimlik yapmak isteyen her hekim, hasta kabulüne başladığından itibaren en çok bir hafta içinde, isim ve kimliğini, diploma gün ve sayısını, muayenehanesinin adresini ve varsa uzmanlık belgesini mahallin en büyük sağlık makamına kaydettirmek ve muayenehanenin nakli halinde en az 24 saat önce nakil durumunu bildirmek zorundadır.*”

⁹⁶⁸ SGK Başkanlığı Sosyal Sigortalar Genel Müdürlüğü'nün 05.06.2008 tarih ve 408083 sayılı yazısı

1219 sayılı Kanununun 6.maddesine göre ise, “*Bir yerde hekimlik yaptığını kayıt ettiren hekim, o yeri terk ettiği veya ne sebeple olursa olsun muayenehanesini kapayarak hekimlik yapmaktan vazgeçtiği takdirde, en az 24 saat önce kayıt edilmiş olduğu sağlık dairesine başvurarak kaydına işaret ettirir.*”

Özel diyaliz merkezlerinde çalıştırılan sağlık personelinin kendisini Sağlık Bakanlığı’na bildirimini görevden ayrılmasında da sözkonusu olmaktadır. Özel diyaliz merkezinde görev yapan ruhsata esas personelin, çalıştığı merkezden ayrılmak istemesi halinde **en az bir ay önceden** görev yaptığı merkeze ve il sağlık müdürlüğüne bir dilekçe ile başvurarak ayrılacağını bildirmesi gerekmektedir(DMY.md.25/1).

I .6 .4 .2 – Sağlık Kurum ve Kuruluşlarınca Bildirim

Özel sağlık kurum ve kuruluşlarında çalıştırılan personelin Sağlık Bakanlığı’na bildirimini sözkonusu sağlık kurum ve kuruluşlarının mesul müdürleri ya da işletenleri yapmaktadır. Özel sağlık kurum ve kuruluşlarında çalıştırılacak olan sağlık personelinin işe başlamalarında, Sağlık Bakanlığı’ndan veya il sağlık müdürlüğünden çalışma izin belgesi alındığından, işe başlamalarında bildirimlerine aşağıda her bir sağlık kurum ve kuruluşunda ayrı ayrı yer verilmeyecektir. Ancak, özel sağlık kurum ve kuruluşlarında çalıştırılan personelin görev değişiklikleri ve işten ayrılmaları her bir özel sağlık kurum ve kuruluşu için ayrı ayrı incelenecektir.

I .6 .4 .2 .1 – Özel Hastanelerde

Özel hastanelerde çalıştırılacak olan sağlık personeli için il sağlık müdürlüğü’nden çalışma izin belgesi alma zorunluluğu olmadığı için, sağlık personelinin özel hastanede işe başlamadan önce bildirimini yapılması da sözkonusu değildir. Sadece mesul müdür ile mesul müdür yardımcısı hekimlerin bildirimini yapılmaktadır. Çalıştırılacak olan diğer sağlık personeline çalışma izin belgesini ise o özel hastane mesul müdürü düzenlemektedir.

Özel hastanelerde çalıştırılan personele ilişkin değişiklikleri il sağlık müdürlüğüne bildirme sorumluluğu mesul müdüre verilmiştir. Özel hastanenin Sağlık Bakanlığı ve il sağlık müdürlüğü ile ilgili bulunan bütün iş ve işlemlerinde

birinci derecede muhatap, mesul müdürdür(ÖHY.md.16/2). Başlangıçta valiliğe(il sağlık müdürlüğü) bildirim yapılan personel, mesul müdür ile mesul müdür yardımcısıdır. Bu personelin, özel hastanede mesul müdür ve mesul müdür yardımcısı olarak çalışacaklarına dair noter tasdikli mesul müdürlük ve mesul müdür yardımcılığı sözleşmeleri ruhsatlandırma aşamasında il sağlık müdürlüğüne verilecek belgeler arasında yer almaktadır.(ÖHY.13/2-1). Diğer sağlık personelinin Sağlık Bakanlığı'na(il sağlık müdürlüğüne) başlangıçta bildirilmedikleri anlaşılmaktadır.

Mesul müdür mazeret sebebiyle görev yerinin terkedilmesi halinde yerine aynı şartları taşıyan bir tabip bırakmak, terk süresi bir haftadan fazla olmamak kaydıyla derhal ilgili müdürlüğe bilgi vermek ve izin süresi hiçbir şekilde bir yıl içerisinde toplam üç ayı geçmemek şartıyla iznin bir haftadan fazla sürdüğü hallerde müdürlükten izin almak durumundadır(ÖHY.17/m).Mesul müdür, özel hastanenin ruhsatlandırılmasından sonra, her türlü personel değişikliklerini il sağlık müdürlüğüne bildirmekle yükümlüdür(ÖHY.17/c).

Öte yandan, mesul müdürün görevden alınması, istifası, mesul müdürlük şartlarından herhangi birini kaybetmesi veya vefâtı gibi hallerde; *hastanenin sahibi tarafından, en geç bir ay içerisinde* bu Yönetmelikte belirtilen şartları taşıyan yeni bir mesul müdür görevlendirilerek gerekli bilgi ve belgeler Sağlık Bakanlığı'na gönderilmek üzere il sağlık müdürlüğüne verilir. Yeni mesul müdür adına Sağlık Bakanlığı'nca mesul müdürlük belgesi düzenlenir(ÖHY.18/1). Mesul müdürün değişmesi halinde, özel hastaneye yeni mesul müdür görevlendirilinceye kadar bu görevi geçici olarak mesul müdür yardımcısı, vekaleten yürütür ve bu durum il sağlık müdürlüğüne bildirilir(ÖHY.18/2).

I .6 .4 .2 .2 – Özel Tıp Merkezi ve Polikliniklerde

Özel hastanelerden farklı olarak, özel tıp merkezleri ve özel polikliniklerde, sağlık personeli hem işe alınmalarında hem de işten ayrılmalarında il sağlık müdürlüğüne bildirilmektedir. İşe alınan sağlık personeli için zaten mesul müdürlük belgesi, çalışma izin belgesi düzenlenmektedir. Aşağıda, özellikle sağlık personelinin işten ayrılmasında yapılacak bildirimlere yer verilmiştir.

Gerek özel tıp merkezlerinin gerekse özel polikliniklerin açılışı sırasında il sağlık müdürlüğüne verilen belgelerin bir kısmı da mesul müdür ve diğer sağlık çalışanlarının sözleşme ve isim listeleridir. Buna göre; mesul müdür ile yapılmış sözleşme, çalışacak hekimlerin diplomaları/uzmanlık belgeleri ile hizmet sözleşmeleri, hekim harici sağlık personelinin diploma ve hizmet sözleşmeleri ve sağlık insan gücü dışındaki çalışacakların isim listeleri il sağlık müdürlüğüne verilmektedir(ÖSKY.md. Ek 1).

Özel tıp merkezleri ve özel polikliniklerde çalışırken ayrılan sağlık personeli Sağlık Bakanlığı'na yine mesul müdür bildirir. Zaten mesul müdür, özel tıp merkezi ve özel polikliniğin faaliyeti ve denetimi ile ilgili her türlü işlemde il sağlık müdürlüğünün ve Sağlık Bakanlığı'nın birinci derecede muhatabıdır. Mesul müdür idari işlerden bizzat, tıbbi işlemlerden ise diğer tabipler ile birlikte sorumludur. Mesul müdürün idari işlerinden, sağlık kuruluşunun faaliyetinden ve sunulan sağlık hizmetinin gerektirdiği alt yapı imkanlarının sağlanmasından ise işleten sorumludur (ÖSKY.md.16/6). Mesul müdür, görevinden herhangi bir sebeple ayrılan sağlık çalışanının çalışma belgelerini **en geç beş(5) iş günü** içerisinde il sağlık müdürlüğüne iade etmek zorundadır(ÖSKY.md.16/5-ç).

Mesul müdürün istifası, işleten tarafından görevine son verilmesi, mesul müdürlük şartlarını herhangi bir şekilde kaybetmesi veya vefatı gibi hallerde işleten tarafından, böyle bir durumun ortaya çıkmasından itibaren **en geç on beş iş günü** içinde yeni bir mesul müdür bulunur. Mesul müdürlük belgesi düzenlenmesi amacıyla gereken belgeler ile birlikte il sağlık müdürlüğüne başvurulur. Bu hallerde, yeni mesul müdür adına belge düzenleninceye kadar, sağlık kuruluşunda(özel tıp merkezi ve poliklinik) çalışan ve mesul müdürlük şartını taşıyan bir tabip il sağlık müdürlüğüne yazılı olarak bildirilir(ÖSKY.md.16/7).

Mesul müdür, iş akdinde belirlenen izin hakları ile hastalık ve kabul edilebilir sair zorlayıcı sebeplerden dolayı otuz günden fazla olmamak üzere sağlık kuruluşundan ayrılır ise, ayrılma tarihinden itibaren **en geç üç iş günü** içinde işleten tarafından, mesul müdürlük şartını taşıyan ve sağlık kuruluşunda tam zamanlı çalışan bir tabibin, o süre boyunca mesul müdürlük görevini yürüteceği il sağlık

müdürlüğüne yazılı olarak bildirilir. Mesul müdürün otuz günden fazla ayrılması durumunda ise, yukarıdaki paragrafa uygun şekilde işlem yapılır(ÖSKY.md.16/8).

I .6 .4 .2 .3 – Özel Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri ve Polikliniklerinde

Özel ağız ve diş sağlığı merkezleri ve polikliniklerinde çalışacak olanlar başlangıçta(açılıştaki) il sağlık müdürlüğüne bildirilmektedir. Mesul müdürlük sözleşmesi(ADSÖY.md.7/1-i) ve sağlık kuruluşunda çalışan diş hekimlerinin diplomalarının veya geçici mezuniyet belgelerinin il sağlık müdürlüğüne onaylı birer suretleri(ADSÖY.md.7/1-k) işleyen ya da mesul müdür tarafından il sağlık müdürlüğüne verilmektedir.

Özel ağız ve diş sağlığı merkezleri ve polikliniklerinde çalıştırılan sağlık personelinin ayrılmaları sırasında Sağlık Bakanlığı'na bildirim görevi mesul müdüre aittir. Buna göre mesul müdür, sağlık kuruluşunda(özel ağız ve diş sağlığı merkezi veya polikliniğinde) görevine son verilen veya ayrılan sağlık personelinin çalışma izin belgelerini **en geç bir hafta içerisinde** il sağlık müdürlüğüne iade etmek zorundadır(ADSÖY.md.9/2-d).

I .6 .4 .2 .4 –Müstakil Özel Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezlerinde

Özel üremeye yardımcı tedavi merkezlerinin açılışı sırasında burada çalışacak olan sağlık personelinin valiliğe(il sağlık müdürlüğüne) bildirilmesi gerekmektedir. Buna göre; merkezlerde görevlendirilecek mesul müdür, merkez sorumlusu ve diğer personelin isimleri ve çalıştıkları alanlar ve bu alanlarla ilgili uzmanlık belgeleri, sertifikaları veya resmi belgelerinin, il sağlık müdürlüğüne verilmesi gerekmektedir(ÜYTEY.md.8/2-e).

Bağımsız olarak açılabilen özel üremeye yardımcı tedavi merkezleri(ÜYTE) personelinde istifa, yer değişikliği, ölüm ve benzeri sebeplerle yapılan değişiklikler **iki ay içinde** Sağlık Bakanlığı'na bildirilir(ÜYTEY.md.14/4). Ancak, ÜYTE ünitesi sorumlusu ve embriyoloji laboratuvarı sorumlusu Sağlık Bakanlığı'nın onayı olmadan değiştirilemez(ÜYTEY.md.14/5). Belirtelim ki; Sağlık Bakanlığı'na bildirimde bulunulmadan veya Sağlık Bakanlığı'nın onayı alınmadan personel değişikliği

yapıldığıının tespit edilmesi hâlinde Üremeye Yardımcı Tedavi Yöntemleri Bilim Komisyonu'nun teklifi üzerine üremeye yardımcı tedavi merkezinin, izin belgesi veya ruhsatnamesi Sağlık Bakanlığı'nca iptal edilir(ÜYTEY.md.14/6).

I .6 .4 .2 .5 – Müstakil Özel Genetik Hastalıklar Tanı Merkezlerinde

Bağımsız olarak açılabilen özel genetik hastalıklar tanı merkezlerinde çalıştırılan idari ve teknik personeli dışındaki sağlık personelinde istifa, yer değişikliği, ölüm ve benzeri sebeplerle yapılan değişikliklerin **iki ay içinde** Sağlık Bakanlığı'na bildirilmesi gerekir. Sağlık Bakanlığı'nın, Genetik Hastalıklar Bilim Komisyonunun görüşünü alarak, aday personeli incelemesinden sonra, personel değişikliği gerçekleştirilir. Sağlık Bakanlığı'na bildirmeden yapılan personel değişikliklerinde, Genetik Hastalıklar Bilim Komisyonu, merkezin izin belgesinin veya ruhsatnamesinin iptali için Sağlık Bakanlığı'na teklifte bulunur(GHTY.md.14/3).

I .6 .4 .2 .6 – Müstakil Özel Diyaliz Merkezlerinde

Özel diyaliz merkezlerinde çalıştırılan personelinin kendisini Sağlık Bakanlığı'na bildiriimi sadece görevden ayrılmalarda sözkonusu iken, yine ayrılma, hastalık ve izinlerde merkez tarafından Sağlık Bakanlığı'na bildirimlerde bulunmak da gerekmektedir. Örneğin, diyaliz merkezlerinde sorumlu uzman veya sorumlu tabibin görevden ayrılması, hastalık hali ve yasal izin durumlarında bu görevler en fazla üç aylık süre için sorumlu uzman veya sorumlu tabibin niteliklerini haiz başka bir tabip tarafından geçici olarak yürütülebilmektedir. Bu üç aylık süre sonunda merkez yeni bir sorumlu uzman ile sözleşme yaparak il sağlık müdürlüğüne bildirmek zorundadır(DMY.md.25/2).

Aynı şekilde, merkezde sertifika sahibi hemşire veya diyaliz teknikeri sayısı bu Yönetmelikte seans başına belirlenen asgarî sayının altına düştüğü takdirde, merkez tam gün çalıştırmak kaydıyla sertifikasız hemşire çalıştırabilir. Bu durumda merkez, eksilen sayı kadar personeli bulmak, sertifikasız çalışan hemşirenin sertifikasyon eğitimi için ilk eğitim döneminde başvurusunu yapmak zorundadır(DMY.md.25/4).

I .6 .4 .2 .7 – Müstakil Özel Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezlerinde

Müstakil olarak açılan özel madde bağımlılığı tedavi merkezlerinde çalıştırılacak personelin daha başlangıçta, ruhsat verilirken il sağlık müdürlüğüne bildirimleri gerekir. Bu bildirimler merkezi açacak olanlar tarafından yapılır. Buna göre; özel madde bağımlılığı tedavi merkezlerinde görev yapacak bütün personelin sözleşmelerinin noter tasdikli örnekleri(MBMY.md.10/5-g) ile merkezde görev yapacak personelin istenilen mesleki sertifikaları ile diplomalarının ve uzmanlık belgelerinin noter tasdikli örneklerinin(MBMY.md.10/5-f) il sağlık müdürlüğüne verilmesi gerekmektedir.

Belirtelim ki, bu merkezlerde çalışan sağlık personelinin işten ayrılmaları durumunda il sağlık müdürlüğüne bildirim yapılması konusunda bir düzenleme yapılmamıştır. Ancak, müstakil olarak kurulan özel merkezler, özel dal hastanesi hükmünde sayılıp, bu merkezler hakkında Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezleri Yönetmeliği'nde hüküm bulunmayan hallerde, özel hastaneler ile ilgili mevzuat hükümleri uygulanacaktır(MBMY.md.9/3). Şu halde; özel hastanelerde mesul müdür, özel hastanenin ruhsatlandırılmasından sonra, her türlü personel değişikliğini il sağlık müdürlüğüne bildirmekle yükümlü sayıldığına göre, özel madde bağımlılığı tedavi merkezlerinde de sağlık personelinin ayrılması veya yeni işe başlaması durumunda bu bildirimlerinin merkez sahiplerince il sağlık müdürlüğüne bildirimleri gerektiğini söyleyebiliriz.

I .6 .4 .2 .8 – Özel Evde Bakım Merkezlerinde

Özel evde bakım merkezlerinin açılışında burada çalışacak tüm personelin listesi ile diplomalarının il sağlık müdürlüğüne onaylı örnekleri ve nüfus cüzdanlarının fotokopisi il sağlık müdürlüğüne verilmektedir(EBHY.md.9/2-d). Özel evde bakım merkezlerinde çalıştırılan personelin ayrılmalarında bildirimlerini ise mesul müdür yapmaktadır. Keza, mesul müdür, idari işlerden bizzat, tıbbi işlemlerden ise diğer hekimler ile birlikte sorumludur(EBHY.md.11/1). Mesul müdür, merkezin kuruluşu, işleyişi ve denetimi ile ilgili her türlü işleminde Müdürlük ve Bakanlığın birinci derecede muhatabıdır(EBHY.md.11/3).

Mesul müdür, evde bakım merkezinde görevine son verilen veya ayrılan sağlık personelinin çalışma izin belgelerini **en geç bir hafta içerisinde** il sağlık müdürlüğüne iade etmek zorundadır(EBHY.md.11/2-c). Mesul müdür değişikliklerinin ise en geç, yeni mesul müdürün göreve başlayacağı güne kadar il sağlık müdürlüğüne bildirilmesi gerekmektedir(EBHY.md.11/4). Dahası, mesul müdür veya uygunluk belgesinin verilmesine esas olan personelin merkezden ayrılması halinde belirtilen sürede il sağlık müdürlüğüne bildirimleri yapılmaz ise, eksikliğin giderilmesi için 3 günlük süre verilir ve eksikliğin devamı halinde de “5 gün süre ile faaliyetin durdurulması cezası” uygulanır(EBHY.Ek 7-Denetleme Formu).

I .6 .4 .2 .9 – Müstakil Özel Hiperbarik Oksijen Merkezlerinde

Bağımsız olarak açılan özel hiperbarik oksijen merkezlerinde çalışacak sağlık ve diğer personel, merkezin açılışı sırasında merkez sahiplerince il sağlık müdürlüğüne bildirilir. Örneğin; mesul müdürün, açılacak merkezde mesul müdür olarak çalışacağına dair noterlikçe tasdikli mesul müdürlük sözleşmesi ile mesul müdüre ait tasdikli nüfus cüzdanı örneği ve uzmanlık diplomasının veya sertifikanın noter tasdikli birer örneği(HBOTY.md.7/1-g), merkezde çalışacak sağlık ve sağlık dışı tüm personele ait diplomalarının noter veya il sağlık müdürlüğü tarafından tasdikli birer suretleri(HBOTY.md.7/1-ı) il sağlık müdürlüğüne verilir.

Belirtelim ki; özel hiperbarik oksijen merkezinde göreve başlayan sağlık personelinin çalışma belgelerini **en geç bir hafta içerisinde** il sağlık müdürlüğüne başvurarak alınmasını sağlamak mesul müdürün görevidir(HBOTY.md.9/3-e). Mesul müdür ayrılan personeli de il sağlık müdürlüğüne bildirmek zorundadır. Gerçektende, özel hiperbarik oksijen merkezinde görevine son verilen veya ayrılan sağlık personelinin çalışma belgelerinin **en geç bir hafta içerisinde** il sağlık müdürlüğüne iade edilmesi gerekmektedir(HBOTY.md.9/3-d).

Öte yandan mesul müdür, özel hiperbarik oksijen merkezindeki görevini kendisi sona erdirmek istediğinde veya görevine merkez sahiplerince son verilmek istendiğinde, bu durumun sağlık kuruluşunun sahibi veya kendisi tarafından il sağlık müdürlüğüne **bir hafta öncesinden** bildirilmesi şarttır(HBOTY.md.9/5).

I .6 .4 .2 .10 – Özel Ambulans Servisinde

Ambulans servislerinde çalıştırılacak personel kuruluş aşamasında il sağlık müdürlüğüne bildirilmektedir. Ambulans servisinde çalışacak hekim ve diğer sağlık personelinin ambulans servisinde çalışmak istediklerine dair dilekçeleri, diploma örnekleri veya mezuniyet belgeleri(AHY.md.11/1-f), şoför olarak çalışacak personelin ehliyet fotokopisi(AHY.md.11/1-g) ve açılacak ambulans servisinde görev yapacak mesul müdürle yapılan sözleşmenin ve hekimlik diplomasının varsa uzmanlık belgesinin birer örneği(AHY.md.11/1-e) il sağlık müdürlüğüne verilir. Ambulans servislerinin çağrı merkezinde bulunan mesul müdür, idari işlerden bizzat, tıbbi işlemlerden ise diğer hekimler ve sağlık personeli ile birlikte sorumludur(AHY.md.13/1).

Öte yandan Ambulans servisinin işleyişinde personel dahil bildirim zorunlu kılınan tüm değişiklikleri zamanında il sağlık müdürlüğüne bildirmek görevi olan mesul müdür(AHY.md.13/2-c), ambulans servisinde görevine son verilen veya ayrılan sağlık personelinin çalışma izin belgelerini de **en geç bir hafta içerisinde** il sağlık müdürlüğüne iade etmek durumundadır(AHY.md.13/2-ç). Mesul müdür ambulans servisindeki görevini sona erdirmek istediğinde veya görevine son verilmek istendiğinde ise, bu durumun ambulans servisinin sahibi veya kendisi tarafından il sağlık müdürlüğüne **bir hafta öncesinden** bildirilmesi zorunluluğu bulunmaktadır(AHY.md.13/4).

I .6 .5 – Meslek Örgütüne Bildirim

Bazı sağlık çalışanlarının kendilerini meslek örgütlerine de bildirmeleri gerekmektedir. 6023 sayılı Kanunun 7.maddesine göre bir tabip odası sınırları içinde sanatını serbest olarak icra eden tabipler, bir ay içinde o il veya bölge tabip odasına üye olmak ve üyelik görevlerini yerine getirmekle yükümlüdürler. Öte yandan 3224 sayılı Kanunun 42.maddesinin dördüncü fıkrasına göre de; dış hekimlerini istihdam eden özel sağlık kurum ve kuruluşlarının yanı sıra dış hekimleri de, tayin, nakil, işten ayrılma ve benzeri değişiklikleri en geç bir ay içinde buldukları yerin dış hekimleri odasına bildirmeye mecburdurlar.

Bu husus Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi'nin 42.maddesinde daha da açıklığa kavuşturulmuştur. Madde hükmüne göre; muayenehane veya laboratuvar açan tabip ve dış tabibi, hasta kabulüne veya laboratuvarında faaliyete başladığı tarihten ve muayenehane veya laboratuvarını kapatması veya nakletmesi halinde de, kapatma veya naklin vukuu bulduğu tarihten itibaren en çok bir hafta içinde, keyfiyeti, yazılı olarak mensup olduğu tabip odasına bildirir.

II – ÖZEL SAĞLIK KURUM VE KURULUŞLARINDA İSTİHDAM ŞEKİLLERİ

II.1 –Sağlık Personelinin Mesleğini Serbestçe İcrası

Sağlık personelinin mesleğini serbestçe icra etmesinden ne anlaşılması gerektiğinin açıklığa kavuşturulması gerekmektedir. Bu konuda hem akademik metinlerde hem de sağlık mevzuatında bir birlik olmadığı anlaşılmaktadır. Sağlık personelinin mesleğini serbest icrası kimi zaman hekimin muayenehane açması olarak değerlendirilirken⁹⁶⁹, kimi zaman bunu da kapsayacak genişlikte ele alınmaktadır. Bize göre de, sağlık personelinin sadece muayenehanesinde değil özel hastane, özel tıp merkezi, özel poliklinik vb. sağlık kurum ve kuruluşlarında da çalışması mesleğini serbestçe icrası olarak ele alınmalıdır.

Nitekim Sağlık Bakanlığı'na göre “serbest çalışma” ibaresinden anlaşılması gereken, personelin kendi kurumu(hissedarı olduğu özel hastane) haricindeki gerçek ve tüzel kişilere ait veya tamamı kendisine ait kurum ve kuruluşlarda ücretli veya ücretsiz, dolaylı veya dolaysız olarak tıp mesleğine ilişkin bilgi ve birikimlerini kullanarak fiilen hizmet sunmasıdır.⁹⁷⁰ Ayrıca, kamu kurum ve kuruluşlarında görev yapan hekimlerin de bilimsel yayınlar hariç olmak üzere mesleği ile ilgili kurumu dışındaki herhangi bir görev ve çalışması serbest çalışma olarak değerlendirilmektedir.⁹⁷¹

⁹⁶⁹ YAVUZ İPEKYÜZ, Filiz: Türk Hukukunda Hekimlik Sözleşmesi, Vedat Kitapçılık, İstanbul 2006, s:19; Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 25.09.2003 tarih ve 18342 sayılı talimatı

⁹⁷⁰ Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı'nın 07.09.2007 tarih ve 11090 sayılı talimatı

⁹⁷¹ Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 10.04.2007 tarih ve 5885 sayılı talimatı

Tıp mesleğine ilişkin bilgi ve birikimin kullanılmasından kasıt ise sağlık personelinin yalnızca tıbbi müdahalede bulunması, hasta muayene etmesi vs. anlamına gelmediği, sağlık personelinin mesleğine ilişkin bilgi ve birikimini sağlık hizmeti sunan kurum ve kuruluşlarda idari ve mali yönden kullanması bile dolaylı yönden serbest meslek icrası olarak değerlendirilmektedir.⁹⁷² Şüphesiz bizi ilgilendiren sağlık personelinin tıp mesleğine ilişkin bilgi ve birikimlerini kullanarak doğrudan mesleğini serbestçe icra etmesidir.

1219 sayılı Kanuna göre mesleğini serbestçe icra etme yetkisine haiz sağlık personeli; hekim, diş hekimi, hemşire, ebe ve sağlık meslek liselerinin toplum sağlığı bölümlerinden mezun sağlık memurlarından oluşmaktadır.⁹⁷³ 6023 sayılı Kanunun 7.maddesinde hekimlerin ilgili tabip odasına, 3224 sayılı Kanunun 17.maddesinde ise diş hekimlerinin ilgili diş hekimleri odasına üye olması düzenlenirken, “*sanatını serbest olarak icra eden hekim ve diş hekimleri*” zorunlu tutulmuştur.

Sözü edilen sağlık personeli ise muayenehane ve sağlık kabini açarak tek başlarına kendilerine ait sağlık kuruluşlarında ya da özel hastane, özel tıp merkezi, özel poliklinik vb. sağlık kurum ve kuruluşlarında mesleklerini serbestçe icra edebileceklerdir. Hekimler ve diş hekimleri muayenehane açabilecekken, ebe, hemşire ve toplum sağlığı bölümü mezunu sağlık memurları da sağlık kabini açıp işletebileceklerdir.

Öte yandan 1219 sayılı Kanun kapsamında bulunmayan, ancak sağlık lisansiyeri olan psikolog, *fizyoterapist*⁹⁷⁴, diyetisyen, çocuk gelişimcisi vb. sağlık personelinin muayenehane açmak suretiyle tek başlarına mesleklerini serbestçe icra

⁹⁷² Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı'nın 07.09.2007 tarih ve 11090 sayılı talimatı

⁹⁷³ Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 06.09.2001 tarih ve 15039 sayılı talimatı; Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 23.03.2007 tarih ve 4309 sayılı talimatı

⁹⁷⁴ Öte yandan, Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde ilgili uzman hekim “*fizik tedavi ve rehabilitasyon uzmanı*” bulunmadığı hallerde, diğer branş hekimlerinin(ortopedi, plastik cerrahi, nöroloji, üroloji gibi) olması durumunda, bunların tıbbi ve cerrahi müdahale uyguladıkları hastalara, yine bu hekimlerin denetim ve sorumluluğunda olmak ve uzman hekimlerden bağımsız tedavi uygulamamak kaydı ile “*fizyoterapistlerin*” fizyoterapi uygulaması yapmaları mümkün kılınmıştır.(Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 27.08.2007 tarih ve 18084(2007/76) sayılı Genelgesi). Belirtelim ki; 2007 SGK SUT'nin eki “Resmi Sağlık Kurumları Fiyat Listesinde”(Ek:8) “Rehabilitasyon Uygulamaları” başlıklı bölümün açıklama kısmında, “aksi belirtilmedikçe bu değerlendirmeler, yalnızca Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Uzmanı tarafından yapıldığında faturalandırılabilir” denilmekte ve sözkonusu işlem günde ancak bir kez faturalandırılabilir.

etmeleri mümkün olmamakla birlikte, kamu kurumlarında görev yapmamaları şartıyla ve ilgili uzman hekimin sorumluluğunda mesleklerini serbestçe icra edebilmelerine izin verilmiştir.⁹⁷⁵ Buna göre psikologlar mesleklerini tek başlarına icra edememekle birlikte bir psikiyatri uzmanı sorumluluğunda çalışmaları olanaklıdır.⁹⁷⁶

Belirtelim ki kamu sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışan ve mesleğini serbestçe icra etme yetkisi bulunan sağlık personeli de, kamudaki çalışmaları sürerken, tek başına muayenehane ve sağlık kabini açabileceği gibi özel hastane, özel tıp merkezi vb. sağlık kurum ve kuruluşlarında da mesleğini serbestçe icra edebilir.

Nitekim, 2368 sayılı Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun'un 4.maddesine göre, kamu sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personelinin, özel kanunlarına göre meslek ve sanatlarını serbest olarak icra etme hak ve yetkisine sahip olanlar istedikleri takdirde, kamudaki tazminat haklarından yararlanmamak şartı ile mesai saatleri dışında serbest olarak çalışabilirler. Ancak, il sağlık müdürlüğü ve başhekimlik görevini yürütenler serbest olarak çalışamazlar. Askeri sağlık kurum ve kuruluşlarında görev yapan başhekimler ise serbest çalışma yasağına tabi değildir.

2368 sayılı Kanuna göre kamu sağlık hizmetlerinde çalışan ve 1219 sayılı Kanun ile 6283 sayılı Kanun gereğince meslek ve sanatlarını serbest olarak icra etme hak ve yetkisine sahip olan hekim, diş hekimi, ebe, hemşire ve toplum sağlığı bölümü mezunu sağlık memurları, kamudaki tazminat haklarından vazgeçmek kaydı ile mesai saatleri dışında muayenehane/sağlık kabinlerinde ya da özel hastane/özel tıp merkezi vb. sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışabilirler. Belirtelim ki; kamu sağlık tesislerinde çalışan sağlık lisansiyeri olan psikolog, fizyoterapist, diyetisyen, sosyal çalışmacı, çocuk gelişimcisi vb. sağlık personelinin böyle bir hakkı bulunmamaktadır.^(977, 978)

⁹⁷⁵ Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 27.09.2001 tarih ve 16133 sayılı Genel Yazısı

⁹⁷⁶ Bu düzenlemenin iptali talebini ise Danıştay 10.Dairesi, 28.09.2005 tarih ve E:2002/1358, K:2005/5635 sayılı kararı ile reddetmiştir.(Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 23.03.2007 tarih ve 4309 sayılı talimatı)

⁹⁷⁷ Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 16.07.2001 tarih ve 13451 sayılı talimatı; Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 14.12.2001 tarih ve 25452 sayılı

II .2 – Sağlık Personelinin Birden Fazla Özel Sağlık Kurum ve Kuruluşunda Çalışması

II .2 .1 – Birden Fazla Muayenehane ve Sağlık Kabini Yasağı

Daha önce de açıklandığı üzere muayenehane, bir hekim tarafından mesleğini serbest olarak icra etmek üzere açılan, cerrahi ve girişimsel tıbbi işlemlerin yapılmadığı işyeridir(ÖSKY.md.7/2). Dış hekimi muayenehanesi, dış hekiminin mesleğini serbest olarak icra etmek üzere münferiden açtığı sağlık kuruluşu iken, müşterek dış hekimi muayenehanesi birden fazla dış hekiminin veya en az bir dış hekimi ve bir tabibin müştereken açtıkları ve mesleklerini serbest olarak icra ettikleri sağlık kuruluşudur(ADSÖY.md.5/1). Bu sağlık kuruluşlarında, faaliyet gösterdikleri saatler içinde mutlaka dış hekimi bulunur(ADSÖY.md.21).

1219 sayılı Kanunun 12.maddesi ikinci fıkrası, *“Bir hekimin ikametgahı ayrık olmak üzere çeşitli yerlerde muayenehane açarak hekimlik yapması yasaktır”* hükmünü içermektedir. Yasa koyucu, bu madde ile hekimlere meslek ve sanatlarını serbest olarak uygulama hakkı vermiş, ancak bunu iki yer ile sınırlandırmıştır. Bir başka deyişle bir hekime özel muayenehanesi yanında ayrıca evinde de hasta kabul ve muayene hakkı tanımıştır.⁹⁷⁹ Yine dış hekimleri için ikinci görev yasağı 3224 sayılı Kanunun 42.maddesi birinci fıkrasında düzenlenmiştir.

Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi'nin 43.maddesine göre ise hekim veya dış hekimi, muayenehanesi veya laboratuvarında kendi adına bir başka meslektaşını

talimatı; Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 24.04.2003 tarih ve 7998 sayılı talimatı

⁹⁷⁸ Belirtelim ki; bunun tersine yerel mahkeme kararları da bulunmaktadır: “... her ne kadar 2368 sayılı kanun kapsamıyla Sağlık Hizmetleri Sınıfı'nda yer alan dört meslek grubunda görev yapanlar mesleklerini özel kurumlarda veya kendi işyerlerinde yaparak ikinci bir iş yapma olanağı verilmişse de diğer sağlık hizmetleri grubunda yer alan ve 657 sayılı Kanunun 36.maddesinde sayılan sağlık personelinin de yaptıkları işin niteliği itibarıyla Sağlık Hizmetleri Sınıfı'nda yer almalarını gerektirecek nitelikte bulunduğu açık olmakla birlikte, bu haktan yararlandırılmamasının hak ve adalet ilkesine uygun olmadığı tartışmasız olduğundan, Kastamonu Rehabilitasyon Hastanesi'nde fizyoterapist olarak görev yapan davacının, mesai saatleri dışında özel kurum ve kuruluşlarda çalışması isteminin reddine ilişkin işlemlerde hukuka uyarlık bulunmamaktadır.”(Kastamonu İdare Mahkemesi, 18.10.2006, E:2006/54, K:2006/807. <http://www.memurlar.net/haber/62711/>, **Erişim:13.11.2007**)

⁹⁷⁹ Tıbbi Deontoloji ve İyi Hekimlik(İstanbul Tabip Odası Hekimlik Uygulamaları Bürosu),<http://www.istabip.org.tr/icerik/tibbi-deontoloji-ve-iyi-hekimlik/>; **Erişim:10.10.2007**

çalıştıramaz. Ancak sınırlı bir süre için hekimin kendisinin bulunmaması halinde yerine diğer bir meslektaşının bakması mümkün olmakla birlikte, bu sürenin bir aydan daha fazla olması durumunda ilgili tabip odasına haber verilmesi gerekir.

Aynı şekilde; ebe, hemşire ve sağlık memurları (toplum sağlığı bölümünden mezun olanlar) sağlık mevzuatında yer alan genel hükümler gereğince, birden fazla sağlık kabini açarak mesleklerini serbest olarak icra edemezler. Yine aynı mevzuat hükümleri gereğince, mesleğini serbest olarak icra eden sağlık personelinin bizzat başkaca bir işyeri açmak suretiyle her türlü ticaret yapması yasaktır.

Sağlık kabini ebe, hemşire ve sağlık memurunun (toplum sağlığı bölümünden mezun olanın) tek başına ya da sayılan sağlık personelinin ortaklık halinde açabileceği özel bir sağlık kuruluşudur. Sağlık kabinlerinde sağlık hizmeti sunmak üzere, sağlık kabini sahibi veya sahipleri dışında başkaca sağlık personeli çalıştırılmaz. Sağlık kabinlerinde, sağlık kabininin sahibi veya ortaklık halinde açılmış olması durumunda sağlık kabininin sahiplerinden en az birisinin bulunmadığı sürelerde, her ne gerekçe ile olursa olsun, sağlık hizmeti sunulamaz.

II .2 .2 – Kamuda Çalışan Sağlık Personelinin Özelde Çalışması

II .2 .2 .1 – Genel Olarak

Yukarıda yer verdiğimiz üzere kamu sağlık tesislerinde çalışan sağlık personelinin mesleğini serbest icra etme yetkisine sahip olanların özelde çalışması mümkün bulunmaktadır. Kamu sağlık tesisleri sınırının iyi çizilmesi gerekmektedir. Bunlar ise kamu sağlık kurum ve kuruluşlarıdır. Yani, Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık tesisleri, devlet ve vakıf üniversiteleri sağlık tesisleri, belediye ve özel idarelere bağlı sağlık tesisleri ile Türk Silahlı Kuvvetlerine bağlı sağlık tesisleridir.

Sözkonusu kamu sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışan hekim, diş hekimi, ebe, hemşire ve toplum sağlığı bölümü mezunu sağlık memurları 2368 sayılı Kanun hükümlerine göre özel sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışabilmekte, meslek ve sanatlarını icra edebilmektedirler. Ancak, 2368 sayılı Kanuna göre kamu sağlık

hizmetlerinde çalışan Devlet memuru hekimlerin özel hastanelerde kadrolu hekim olarak çalıştırılması mümkün değildir.⁹⁸⁰

Belirtelim ki; mesleğini serbest olarak icra eden sağlık personelinden *kurumlarında* görev yapanlar için 0.3, *kuruluşlarda* görev yapanlar için 0.5, mesleğini serbest olarak icra etmeyen personel için 1 olan “serbest meslek katsayısı”, *Sağlık Bakanlığı’na Bağlı Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmeliği*’nin 4.maddesi birinci fıkrasının (ğ) bendinde yapılan değişiklik⁹⁸¹ ile mesleğini serbest olarak icra eden sağlık personeli için 0.3, mesleğini serbest olarak icra etmeyen personel için 1 olarak öngörülmüştür. Böylece, kamuda sağlık kurum ve kuruluşu farkı kaldırılarak, sadece kamuda çalışmaya yapılan teşviğin artırıldığını söyleyebiliriz. Bu politikalara bağlı olarak da, Sağlık Bakanlığı’na bağlı olarak çalışan hekimlerin %63’ünün tam gün çalıştığı, kısmi zamanlı çalışanların oranının ise %37 olduğu; üniversitelerde ise tam gün çalışan doktorların oranının %85 olduğu belirtilmektedir.⁹⁸² Sağlık Bakanlığı’nda çalışan hekimlerin %68’inin gönüllü olarak muayenehanelerini kapattıkları yetkililerce ifade edilmektedir.⁹⁸³

28.03.2007 tarih ve 5614 sayılı Kanunun⁹⁸⁴ 3.maddesi ile değişik 2368 sayılı Kanunun 4.maddesine göre, sözü edilen sağlık personelinden, özel kanunlarına göre meslek ve sanatlarını serbest olarak icra etme hak ve yetkisine sahip olanlar(*Askeri sağlık kurum ve kuruluşlarında görev yapan başhekimler dahil*) istedikleri takdirde, kanunun 1.maddesinde öngörülen tazminat⁹⁸⁵ haklarından yararlanmamak şartı ile mesai saatleri dışında serbest olarak çalışabilirler. Özel sağlık kurum ve

⁹⁸⁰ Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü’nün 04.10.2002 tarih ve 21013 sayılı talimatı

⁹⁸¹ 25.08.2007 tarih ve 26624 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

⁹⁸² <http://www.medimagazin.com.tr/mm-muayenehanelerini-kapatmalari-icin-doktorlara-6-ay-sure-verilecek-h-47381.html>, Erişim:15.10.2007

⁹⁸³ <http://www.haberler.com/saglik-bakani-akdag-doktorlarin-yuzde-68-i-gonullu-haberi/>; Erişim:01.04.2008

⁹⁸⁴ 04.04.2007 tarih ve 26483 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

⁹⁸⁵ Öyle ki, 2368 sayılı Kanunun 3.maddesine göre, “Birinci maddede belirtilen tazminat hakkından yararlanan Personel resmi ve özel herhangi bir müessesede maaşlı, ücretli veya sözleşmeli olarak mesleki görev alamazlar, hariçte serbest olarak sanat ve mesleklerini icra edemezler; çalıştıkları kurumlardan bu Kanunda veya 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu ile ... Üniversiteler Personel Kanununun ... belirtilen ödemeler dışında mesleki ek gelir sağlayamazlar.”

kuruluşlarında da kısmi zamanlı olarak çalışabilirler. Bunlara iş güçlüğü, iş riski ve teminindeki güçlük zamları veya bu mahiyetteki zamlar ödenmez.

Öte yandan, 28.03.2007 tarih ve 5614 sayılı Kanunun 2.maddesi ile değişik 2368 sayılı Kanunun 2.maddesi gereğince, kamu sağlık hizmetlerinde çalışan personelin haftalık kanuni çalışma süresi 45 saat, 4.maddede tanınmış olan haktan yararlananlar için ise 40 saattir. Personelin günlük çalışma saatleri, 657 ve 926 sayılı kanunlardaki hükümlere göre tespit edilir. Ancak, bu personelden iyonlaştırıcı radyasyon ile teşhis, tedavi veya araştırmanın yapıldığı yerler ile bu iş veya işlemlerde çalışan personel, Sağlık Bakanlığınca çıkarılacak yönetmelikte belirlenen radyasyon dozu limitleri içinde çalıştırılabilir.⁹⁸⁶

II .2 .2 .2 – Kamuda Çalışırken Özelde Çalışması Yasak Olanlar

Daha önce değinildiği üzere mesleğini serbestçe icra etme yetkisine sahip olmayan fakat kamu sağlık tesislerinde çalışan ve sağlık lisansiyeri olan psikolog, fizyoterapist, diyetisyen, sosyal çalışmacı, çocuk gelişimcisi vb. sağlık personelinin

⁹⁸⁶ **Kamu Sağlık Hizmetlerinde İyonlaştırıcı Radyasyon Kaynakları ile Çalışan Personelin Radyasyon Doz Limitleri Hakkında Yönetmelik**(06.10.2007-26665 RG) Bu Yönetmeliğe ilişkin Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 08.10.2007 tarih ve 21025 sayılı Genel Yazısı ile Yönetmeliğin yürütmesinin Danıştay 12. Dairesinin 13.11.2007 tarih ve 2007/5157 esas sayılı kararı ile durdurulduğu ifade edilmiştir. (http://ses.org.tr/index.php?option=com_content&task=view&id=118&Itemid=31; Erişim:21.01.2008) Aynı şekilde Danıştay 12.Dairesi'nin sözkonusu Yönetmeliğin bazı maddelerinin iptali ve yürütmesinin durdurulması talebini 2007/5159 Esasına kayden ve 08.10.2007 tarih ve 21025 sayılı Genel Yazının 1 ve 2.maddelerinin iptali ile yürütmesinin durdurulması talebini ise 2007/5158 Esasına kayden "Sağlık Bakanlığı'nın savunması alınıncaya kadar" yürütmesi durdurulmuştur. Ancak, Sağlık Bakanlığı'nın savunmalarından sonra, Danıştay 12. Dairesi ile 5.Dairesinin müştereken verdikleri -her bir dava için ayrı ayrı olmak üzere- 08.02.2008 tarihli ve 2007/5157, 2007/5158, 2007/5159 sayılı kararları ile mezkur düzenlemeler hakkında yürütmenin durdurulması talepleri reddedilmiş ve Yönetmelik ile 08.10.2007 tarih ve 21025 sayılı Genel Yazının uygulanması yeniden talimatlandırılmıştır.(Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 01.04.2008 tarih ve 11011 sayılı Genel Yazısı) Belirtelim ki; 08.10.2007 tarih ve 21025 sayılı Genel Yazı ile radyasyonla çalışan kamu sağlık personelinin mesailerinin meskur yönetmelikte öngörülen radyasyon doz limitleri içerisinde kalmak kaydıyla 2368 sayılı Kanunun değişik 2. maddesinde belirtilen haftalık 45 saat olarak tanzim edilmesi, aynı kanunun 4. maddesinden yararlanan personel için ise 40 saat uygulanması öngörülmüştür. Bu düzenleme ile radyasyonla çalışan kamu sağlık görevlilerinin günlük mesai süresi 5 saatten 9 saate çıkarılmıştır. Oysa, 3153 sayılı Kanuna dayanılarak çıkarılmış bulunan ve bir bütün olarak radyoloji çalışanlarının tüm çalışma koşullarını ayrıntılı olarak düzenleyen Radyoloji, Radyum ve Elektrikle Tedavi Müesseseleri Hakkında Nizamname'sininin 21. maddesinde röntgen ve radyum ile daimi olarak günde 5 saatten fazla çalışılmayacağı, 22. maddesinde hastanelerde röntgen ve radyum ile tam müddetle (günde 5 saat) çalışan kimselerin hastanenin başka işlerinde kullanılmayacağı, gece uykularını ihlal edecek iş verilemeyeceği ve 24. maddesinde de senede 4 hafta düzenli olarak şua izninden yararlandırılacakları belirtilmiştir.

aynı zamanda özel sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışmalarını genel olarak sözkonusu değildir.

Diğer taraftan, 2368 sayılı Kanununun 4.maddesi gereğince mesleğini serbestçe icra etme yetkisine sahip olup il sağlık müdürlüğü ve başhekimlik görevini yürütenler serbest olarak çalışamazlar. Dolayısıyla sözkonusu görevlerini sürdürürken aynı zamanda muayenehane açamadıkları gibi özel hastane/tıp merkezi vb. özel sağlık kurum ve kuruluşlarında da çalışamazlar. Askeri sağlık kurum ve kuruluşlarında görev yapan başhekimler ise serbest çalışma yasağına tabi olmadıklarından aynı anda özel sağlık kurum ve kuruluşlarında da çalışabilirler.

Belirtelim ki; 2007 yılı "**Sosyal Güvenlik Kurumu Özel Sağlık Kurumundan/Kuruluşundan Sağlık Hizmeti Satın Alma Sözleşmesi**"nin (3.1.9.7) maddesine göre, SGK nin sözleşme yaptığı özel sağlık kurumunda/kuruluşunda; çalışan, mesul müdür, sahip, anonim şirketlerde yönetim kurulu üyesi ve/veya kurucu ortak, diğer şirket türlerinde de ortak olan hekimler, herhangi bir resmi sağlık kurumunda/kuruluşunda görev yapan başhekim veya başhekim yardımcısı olamaz. Bu şekilde sağlık kurumunun/kuruluşunun Kurumla sözleşme yaptığının tespit edilmesi halinde, sözleşme kapsamında yapılan ödemeler geri alınır ve bu sözleşmenin (6.3.5) numaralı maddesine göre sözleşme tek taraflı olarak fesh edilir. Resmi sağlık kurumunda/kuruluşunda başhekim veya başhekim yardımcısı olan personelin, sözleşmenin yapıldığı tarihten sonra özel sağlık kurumunda/kuruluşunda yukarıda sayılan niteliklerle bulunması halinde de, bu niteliğin kazanıldığı tarihten itibaren verilen sağlık hizmetlerinin bedelleri ödenmez, ödenmiş ise yasal faizi ile birlikte geri alınır ve yine sözleşme tek taraflı olarak fesh edilir.⁹⁸⁷

⁹⁸⁷ Aynı şekilde 2007 yılı "**Sosyal Güvenlik Kurumu Özel Sağlık Kurumundan/Kuruluşundan Sağlık Hizmeti Satın Alma Sözleşmesi**"nin (3.1.9.6) maddesine göre de; Kurum personeli Kurumun sözleşme yaptığı özel sağlık kurumunda/kuruluşunda çalışamaz, mesul müdür, sahip, anonim şirketlerde yönetim kurulu üyesi ve/veya kurucu ortak, diğer şirket türlerinde ise ortak olamaz. Bu durumda bir Kurum personelinin bulunduğu özel sağlık kurumu/kuruluşu ile Kurum sözleşme yapmaz, yapılmış ise sözleşme kapsamında yapılan ödemeler yasal faizi ile geri alınır ve bu sözleşmenin (6.3.1) numaralı maddesine göre sözleşme tek taraflı olarak fesh edilir. Sözleşmenin yapıldığı tarihten sonra sağlık kurumunda/kuruluşunda Kurum personelinin yukarıda sayılan niteliklerle bulunması halinde, bu niteliğin kazanıldığı tarihten itibaren verilen sağlık hizmetlerinin bedelleri ödenmez, ödenmiş ise yasal faizi ile birlikte geri alınır ve sözleşme tek taraflı olarak fesh edilir.

Eleman temininde günlük çekilen yerlerde ve hizmet dallarında sağlık hizmetlerinin etkili ve verimli bir şekilde yürütülebilmesini temin etmek üzere, Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşları tarafından hizmet akdi ile sözleşmeli olarak istihdam edilen ve işçi sayılmayan sağlık personeli, 4924 sayılı “Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması Kanunu”nun 5.maddesi dördüncü fıkrasına göre, “... *kazanç getirici başka bir iş yapamaz, resmi veya özel herhangi bir müessesede maaşlı, ücretli veya sözleşmeli olarak görev alamaz, serbest olarak sanat ve mesleklerini icra edemez...*” Şu halde, Sağlık Bakanlığı’na bağlı sağlık tesislerinde sözleşmeli olarak çalıştırılan hekim, diş hekimi, ebe, hemşire ve sağlık memurlarının aynı anda özel sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışmaları yasaklanmış bulunmaktadır.

Diğer bir istisna da devlet hizmet yükümlülüğü kapsamındaki hekimlere ilişkindir. Devlet hizmet yükümlülüğü, 5371 sayılı Kanun ile 3359 sayılı Kanuna eklenen ek 3, ek 4, ek 5 ve ek 6. maddeler ile yeniden sağlık sistemimize girmiştir. 3359 sayılı Kanunun ek 4.maddesi üçüncü fıkrasına göre; “*Devlet hizmeti yükümlülüğü kapsamındaki personel, bu görevlerini tamamlamadan mesleklerini icra edemezler.*” Buna göre devlet hizmet yükümlülüğünü yerine getirmemiş olan hekimler –diplomaları da kendilerinde bulunmayacağından– kanuni olarak ne kamu sağlık tesislerinde ne de özel sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışamayacaklardır.

II .2 .2 .3 – Kamuda Çalışan ve Muayenehanesi Olan Hekimin Özelde Çalışması

Kamu sağlık tesislerinde çalışmakla birlikte 1219 sayılı Kanununa göre mesleğini serbest olarak icra etme yetkisi bulunan bir hekimin, 2368 sayılı Kanun hükümlerine uygun olarak aynı zamanda hem muayenehane açması hem de özel hastane, özel tıp merkezi vb. sağlık kurum ve kuruluşunda çalışmasına izin verilmemektedir.⁹⁸⁸ Buna göre, kamu görevi olan hekimlerin muayenehaneleri var ise, özel hastanelerde ve özel tıp merkezi/poliklinik vb. özel sağlık kurum ve kuruluşlarında kısmi zamanlı olarak çalışamayacaklardır.

⁹⁸⁸ İzmir Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü’nün 23.08.2007 tarih ve 64653 sayılı yazısı; İzmir Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü’nün 16.01.2008 tarih ve 4647 sayılı yazısı

Bununla birlikte, Sosyal Güvenlik Kurumu'na göre; Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık tesisleri ile Üniversitelere bağlı sağlık tesislerinde çalışan ve muayenehanesi olan hekimlerin özel sağlık kurum ve kuruluşlarında yarı zamanlı olarak çalışmasında bir sakınca bulunmamakta ve 2007 yılı "**Sosyal Güvenlik Kurumu Özel Sağlık Kurumundan/Kuruluşundan Sağlık Hizmeti Satın Alma Sözleşmesi**"nin (1.3.8) maddesinde tam zamanlı hekim, (1.3.9) maddesinde de yarı zamanlı hekim tanımlanmış olup muayenehanesi olan hekimlerle ilgili herhangi bir sınırlama getirilmediğinden, bahsedilen hekimlerin yarı zamanlı olarak çalıştıkları özel sağlık kurum ve kuruluşları ile sözleşme imzalanabilmektedir.⁹⁸⁹ Dolayısıyla yürüttükleri tedavilere ilişkin reçete ve fatura bedelleri Kurumca karşılanmaktadır.

Kanımızca, kamuda çalışan ve muayenehanesi olan hekim aynı zamanda özel tıp merkezi, özel poliklinik vb. özel sağlık kurum ve kuruluşlarında kısmi zamanlı çalışamaz. Zira, sözkonusu sağlık kurum ve kuruluşları da "**muayenehane niteliğinde**" sayıldıklarından ve 1219 sayılı Kanunun 12.maddesinde de çifte muayenehane yasağı bulunduğundan, kamuda çalışan ve muayenehanesi olan bir hekim aynı zamanda muayenehane niteliğinde sayılan özel tıp merkezi, özel poliklinik vb. sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışamayacaktır. Ancak, özel hastanelerin "muayenehane niteliği" yoktur. Özel hastanelerde tedavi sürecinin bir parçası olarak hasta muayene edilmesine rağmen, özel hastaneler tedavi amaçlı sağlık kurumlarıdır. Bu sebeple de, kamuda çalışan ve muayenehanesi olan bir hekim çifte muayenehane yasağına takılmadan aynı zamanda özel hastanede kısmi zamanlı çalışabilmelidir.

II .3 – Özelde Çalışan Sağlık Personelinin Durumu

II .3 .1 –Özelde Çalışan Sağlık Personelinin Diğer Özel Sağlık Tesislerinde Çalışması

II .3 .1 .1 – Genel Olarak

Sağlık mevzuatında, özel sağlık kurum ve kuruluşlarının fiziki alt yapı standartlarına sınırlamalar getirildiği gibi, sağlık personelinin sayısına ve çalışma

⁹⁸⁹ SGK Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü'nün 16.10.2007 tarih ve 45785 sayılı yazısı; SGK Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü'nün 29.01.2008 tarih ve 4182 sayılı yazısı

şekline yönelik olarak da sınırlamalar bulunmaktadır. Bu nitelikteki düzenlemeleri ise olağan karşılamak gerekmektedir. Keza, sağlık hizmetlerinde talebin tesadüfi oluşu, ikame edilemezliği, fiyat esnekliğinin katı oluşu, üretiminin ekip işi olması gibi temel özellikler Sağlık Bakanlığı'nı bu yönde düzenlemeler yapmaya zorlamaktadır.

Özel sağlık kurum ve kuruluşlarında bulundurulması gereken sağlık ve diğer personel sayılarına aşağıda ayrıca yer verilecektir. Ancak bu başlık altında, herhangi bir özel sağlık kurum ve kuruluşunda hizmet sözleşmesiyle çalışan sağlık personeli ile bunların aynı anda başka bir özel sağlık tesisinde çalışmasını ve buna ilişkin sınırlamaları açıklamaya çalışacağız.

II .3 .1 .2 – Özel Sağlık Kurumlarında Çalışan Sağlık Personeli

II .3 .1 .2 .1 – Özel Hastanelerde

Özel sağlık kurumu olan özel hastanelerin tıbbi idari ve teknik hizmetleri en az bir mesul müdür sorumluluğunda yürütülmek zorundadır. Özel hastanenin Sağlık Bakanlığı ve il sağlık müdürlüğü ile ilgili bulunan bütün iş ve işlemlerinde birinci derecede muhatap mesul müdürdür(ÖHY.md.16). Mesul müdür hekim olmak zorundadır.⁹⁹⁰ Ayrıca, en az bir hekim de mesul müdür niteliklerine sahip mesul müdür yardımcısı olarak Sağlık Bakanlığı'na bildirilecektir(ÖHY.md.18/A). Belirtelim ki, mesul müdür ve mesul müdür yardımcısı olan hekimler, çalıştıkları özel hastaneden başka ne kamu ne de özel herhangi bir sağlık kurum ve kuruluşunda çalışabilirler(ÖHY.md.13/1-3).

Mesul müdür ve mesul müdür yardımcısı görevi Sağlık Bakanlığı'na bildirilen personel tarafından yürütülmüyor ise eksikliğin giderilmesi için 10 günlük süre verilir, eksiklik giderilmez ise “*hastanenin tamamında 3 günlük poliklinik faaliyetlerinin durdurulması*” cezası uygulanır(ÖHY.Ek 2-Denetleme Formu). Öte

⁹⁹⁰ Mesul müdür olan hekimin; 1219 sayılı Kanun uyarınca Türkiye’de hekimlik yapmaya yetkili olmak, TC vatandaşı olmak, Türkiye’de iki yılı kamu ya da özel hastanelerde olmak üzere, en az beş yıl hekimlik yapmış olmak, herhangi bir suçtan dolayı ağır hapse veya yüz kızarıcı suçlardan hapse mahkum olmamak veya 2219 sayılı Kanun uyarınca mesul müdürlükten yasaklı olmamak ve ilgili tabip odasına kayıtlı olmak şartlarına haiz olması gerekmektedir(ÖHY.md.16/3). Ayrıca, özel kanunlara göre geçici olarak meslekten men edilenler, bu yasakları süresince özel hastanelerde mesul müdürlük yapamazlar(ÖHY.md.16/4).

yandan mesul müdür ve mesul müdür yardımcı belgesi yok ya da var olmasına rağmen asılı değil ise mesul müdür uyarılır, eksikliğin devamı halinde “*hastanenin tamamında bir(1) günlük poliklinik faaliyetlerinin durdurulması*” cezası uygulanır(ÖHY.Ek 2-Denetleme Formu). Mesul müdür ve mesul müdür başka bir yerde daha çalışıyor ise yine mesul müdür uyarılır, eksiklik giderilmez ise “*başka yerde çalışmaya devam eden mesul müdür ve mesul müdür yardımcısının görevi iptal edilerek, yeni mesul müdür ve mesul müdür yardımcısı tayin edilmesi için 5 iş günü süre tanınır*”(ÖHY.Ek 2-Denetleme Formu).

Bir özel hastanede tamgün/kadrolu olarak çalışan hekim ve diğer sağlık personeli, başka bir özel hastanede yine tam gün/kadrolu olarak çalıştırılmayacaktır.⁹⁹¹ Özel hastanede kısmi süreli çalışan hekimlerin ise aynı anda başka bir özel hastanede ya da özel tıp merkezi/poliklinikte veya muayenehanesinde yine kısmi süreli çalışması mümkündür. Mesleğini sadece özel sağlık kurum ve kuruluşunda icra eden tabipler, en fazla bir özel sağlık kurum ve kuruluşunda daha çalışabilirler. Ancak bu şekilde çalışma, faaliyet izin belgesinde mevcut olan uzmanlık dalları bakımından geçerlidir. Birden fazla yerde çalışacak olan hekimler için il sağlık müdürlüğüne dilekçe ile gerekli belgelerin verilmesi, ilk çalıştıkları yerdeki duruma göre adlarına çalışma belgesinin düzenlenmesi gerekmektedir.⁹⁹²

Özel hastanelerde tam gün çalışan hekimlerin aynı zamanda muayenehane açmalarına ya da başka bir özel sağlık kuruluşunda çalışmalarına, daha önceleri izin verilmemesi sürekli eleştiri konusu olmuştur.⁹⁹³ Dahası, bu durumu bilen özel hastane yöneticilerinin, aynı zamanda özel muayenehane çalıştıran hekimlerini, konsültan hekimleri olduğu, sürekli çalışmadıkları şeklinde tanımlayarak çözüm getirmeye çalıştığı, oysa ki konsültasyon kavramının, yapılışı ve koşullarının Tıbbi Deontoloji Tüzüğü'nün 24-30. maddelerinde tanımlandığı, bu nedenle, özel hastane yöneticilerince, bu zorlama karşısında bir savunma mekanizması olarak getirilen

⁹⁹¹ Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 03.12.2002 tarih ve 26437 sayılı talimatı

⁹⁹² Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 24.06.2008 tarih ve 24157(2008/48) sayılı Genelgesi

⁹⁹³ DOĞAN, İlhan: “Birden Fazla Yerde Serbest Hekimlik Yapmak”, <http://www.istabip.org.tr/icerik/hekimlik-uygulamaları-burosu/>, Erişim:06.09.2007; TARTANOĞLU, Namık Kemal: “Özel Hastane Doktorları Muayenehane Açabilir Mi? Açmalı Mı?”, <http://www.istabip.org.tr/icerik/hekimlik-uygulamaları-burosu/>, Erişim:06.09.2007

“konsültan hekim” kavramı ile mevzuatta tanımlanan konsültan hekim kavramının, anlam ve amaç bakımından birbirinden tamamen farklı olduğu ve mevzuattaki anlamı dışında yorumlandığı için hukuki de olmadığı ifade edilmektedir.⁹⁹⁴

Esasen özel hastanede kadrolu çalışan hekimlerin, özel hastanedeki görevlerini aksatmaması kaydı ile mesai saatleri sonrasında sadece bir muayenehanede çalışmalarına engel bir durumun bulunmadığı da ifade edilmiştir.⁹⁹⁵ Tersinden söylersek, özel muayenehanesi bulunan bir hekim özel bir hastanede de çalışabilir. Aslında buna hukuken bir engelde bulunmamaktadır. Özel hastaneler 2219 sayılı Kanunda düzenlenmiş olan tedavi edici sağlık kurumları olduğu için 1219 sayılı Kanunun 12.maddesindeki çift muayenehane yasağının bu olaylara uygulanması mümkün değildir.^(996,997)

Bütün bu gelişmelerin sonunda, gerek özel hastanelerin özel sağlık kuruluşu yerine başlı başına özel hastane müessesesi olarak kabul edilmesi, gerekse muayenehanede çalışma kavramının özel hastaneyi de içine alacak şekilde değerlendirilemeyeceği hususu göz önüne alındığında, özel hastanelerde kadrolu veya başka bir özel sağlık kuruluşunda çalışmayan tabiplerin, ayrıca muayenehane açabilecekleri sonucuna ulaşılmıştır.⁹⁹⁸

⁹⁹⁴ Tıbbi Deontoloji ve İyi Hekimlik (İstanbul Tabip Odası Hekimlik Uygulamaları Bürosu), <http://www.istabip.org.tr/icerik/tibbi-deontoloji-ve-iyi-hekimlik/>; Erişim: 10.10.2007

⁹⁹⁵ Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 25.09.2003 tarih ve 18342 sayılı talimatı; Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 13.09.2005 tarih ve 17667 sayılı talimatı

⁹⁹⁶ "... 1219 sayılı Kanunun 12.maddesinin münhasıran muayenehanelerle ilgili olup, bir hekimin birden fazla muayenehane açması yasaklanmıştır. Nitekim kamu görevlerinde çalışan hekimler de belli koşullarla ayrıca muayenehane açabilmektedirler. Kamu kesiminde hastanelerle, üniversitelerde vb. yerlerde çalışan hekimler ayrıca muayenehane açabilirken özel hastanede kadrolu olarak çalışan bir hekimin muayenehanesinin de olması halinde özel hastaneyi muayenehane kapsamına sokarak tercih yapmak durumunda bırakılması yasanın amacını aştığı gibi hakkaniyete de uygun düşmemektedir." İstanbul 6.İdare Mahkemesi, 22.11.1999, E:1999/330, K:1999/1340 (Bu karar Danıştay 10.Dairesi'nin 11.12.2001 tarihli, E:2001/90, K:2001/4732 sayılı kararı ile onanmıştır.)

⁹⁹⁷ Başka bir yürütmeyi durdurma kararında da aynı noktaya işaret edilmiştir: "Kamuda çalışan doktorların ayrıca muayenehane açmaları mümkün iken, serbest çalışan doktorların böyle bir haklarının bulunmadığı, muayenehane açmaları halinde hiçbir sağlık kurumunda görev yapamayacakları şeklindeki yorum yasanın amacına uygun düşmemektedir. ... emekli olduktan sonra, muayenehanesi olan davacının aynı zamanda bir hastanede görev almak istemesi üzerine, her iki yerde görev yapmasının 1219 sayılı yasanın 12/c maddesine aykırı olduğu nedeniyle işyerlerinden birini kapatması gerektiği yolunda tesis edilen işlem, özel hastanelerin muayenehane kapsamında olduğunun kabulü mümkün görülmediğinden yerinde bulunmamaktadır." İstanbul 1.İdare Mahkemesi, 05.05.2005, E2006/424

⁹⁹⁸ Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 29.11.2005 tarih ve 16348 sayılı Genel Yazısı

Mesul müdür ve mesul müdür yardımcısı hekim dışındaki hekim ve diğer sağlık personelinin çalışma biçimi ise ÖHY.'nin değişik 19.maddesinde düzenlenmiştir. Yönetmeliğin 19.maddesi ikinci cümlesi yeniden değiştirilmiştir.^(999,1000) Madde hükmüne göre; “*Özel hastaneler, faaliyet izin belgesinde kayıtlı olan hasta kabul ve tedavi ettiği uzmanlık dallarının gerektirdiği ve asgarî sayıları ve nitelikleri EK-1’ de belirtilen personeli, klinik uzmanlarını ve laboratuarlarda çalışan uzmanları kadrolu¹⁰⁰¹ olarak çalıştırmak zorundadırlar. Özel hastanede çalışan tabipler, muayene ve tedavilerini üstlendikleri hastaları gerektiği gibi takip etmelerini, kaliteli ve verimli hizmet sunmalarını teminen, çalışma sürelerini de belirtmek kaydıyla en fazla iki özel sağlık kurum veya kuruluşunda çalışabilirler.*”

Şu halde, ÖHY'nin eki EK 1’de belirtilen personel(hekimler dahil) sadece o özel hastanede iş sözleşmesine dayalı olarak kadrolu/tam gün çalıştırılacaklardır. Yani herhangi bir kamu kurum ve kuruluşunda çalışan sağlık personeli özel hastanenin kadrolu çalışanı olamayacaktır. Ancak kısmi süreli çalışmalarına bir engel bulunmamaktadır. Özel hastanede çalışan hekimler ise en fazla iki özel sağlık kurum ve kuruluşunda çalışabileceklerdir. Yönetmelikte, hekimler ile ilgili olarak tam gün/kadrolu veya kısmi süreli çalışan hekim ayrımı yapılmamakla birlikte bize göre bu sınırlama kadrolu hekimler açısından yapılmıştır. Özel hastane kadrolu hekimi, çalıştığı özel hastane dahil aynı zamanda başka bir özel hastanede veya özel tıp merkezi/poliklinik ya da kendi muayenehanesinde çalışabilecektir. Yani özel hastaneden başka aynı anda bunlardan sadece birisinde çalışması mümkündür.¹⁰⁰²

Öte yandan, özel hastane muayene odasında, orada görev yapan hekimin

⁹⁹⁹ 15.02.2008 tarih ve 26788 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

¹⁰⁰⁰ ÖHY'nin 19.maddesi ikinci cümlesinin değişiklikten önceki hali ise; “İş akitlerinde aksine hüküm bulunmaması kaydıyla bu personelin özel hastanede tam gün çalışıyor olmaları normal çalışma saatleri dışında muayenehane veya başka bir özel sağlık kuruluşunda mesleklerini serbest icra etmelerine engel teşkil etmez.” şeklindedir.

¹⁰⁰¹ Buradaki kadrolu hekim/uzman hekim ise, “Herhangi bir kamu kurum ve kuruluşunda çalışmayıp, özel hastanede iş akdine dayalı olarak tam gün çalıştırılmak üzere istihdam edilen uzman tabip veya tabibi” ifade etmektedir(ÖHY.md.3-i)

¹⁰⁰² Belirtelim ki; işyeri hekimliği ve sağlık kuruluşları bünyesinde, sürücü olur raporu düzenlemek için oluşturulan sağlık kurullarında kurul üyesi olarak icra edilen görevler, bu kısıtlamanın dışındadır. Hatta sağlık kurullarında sağlık kurulu üyeliği dışında mesleğini icra edemezler. Kısacası hekimler, en fazla iki özel sağlık kurum ve kuruluşundaki çalışmalarının dışında işyeri hekimliği yapabilecekleri gibi sağlık kurullarında da görev alabilirler.

diploma varsa uzmanlık belgesinden başka mesul müdür tarafından düzenlenmiş bulunan *personel çalışma belgesinin* bulunması gerekmektedir(ÖHY.md.23/3).¹⁰⁰³ Özel hastanelerde, adlarına personel çalışma belgesi düzenlenmeyen hekim ve diğer sağlık personelinin çalıştırılması ise yasaktır(ÖHY.md.66-j). Özel hastanede çalışan uzman hekimlerin personel çalışma belgesi yok ve asılı değilse eksikliğin giderilmesi için 10 günlük süre verilir. Bu eksiklik giderilmez ise “*verilen bir aylık süre sonunda ilgili branşın ruhsattan iptal edilmesi*” cezası uygulanır(ÖHY.Ek 2-Denetim Formu).

II .3 .1 .2 .2 – Özel Tıp Merkezlerinde

Diğer bir özel sağlık kurumu da tıp merkezleridir.¹⁰⁰⁴ Tıp merkezlerinde de tabip olan ve tam zamanlı çalışan bir mesul müdürün¹⁰⁰⁵ bulunması zorunludur(ÖSKY.md.16/1).¹⁰⁰⁶ Belirtelim ki; tıp merkezi bünyesinde dış tabipliği hizmeti verilse bile, dış tabibi sağlık kuruluşunun mesul müdürü olamaz(ÖSKY.md.31-i). Mesul müdürlük görevinin çalışma saatleri içerisinde adına belge düzenlenen hekim tarafından yerine getirilmediğinin tespiti halinde, eksikliğin giderilmesi halinde 5 günlük süre verilir ve bu sürede eksiklik giderilmez ise “*tıp merkezinin tamamında poliklinik faaliyetlerinin 5 gün süreyle durdurulması*” cezası uygulanır(ÖSKY. Ek 6-Denetim Formu).

¹⁰⁰³ Özel hastanelerde çalışan sağlık personeli için Sağlık Bakanlığı ya da il sağlık müdürlüğünden çalışma belgesi alınması zorunlu değildir. Bunlar için özel hastane mesul müdürünce personel çalışma izin belgesi düzenlenmektedir.

¹⁰⁰⁴ Çalışmamızın ikinci bölümünde açıklandığı üzere, tıp merkezine dönüşecek olan dal merkezleri de bu süreçte “sağlık kurumu” olarak değerlendirilmeye devam edilecektir.

¹⁰⁰⁵ Mesul müdürlük belgesi daha önce il sağlık müdürlüğünce düzenlenirken artık Sağlık Bakanlığı’na düzenlenmektedir.

¹⁰⁰⁶ Mesul müdür olacak hekimin; 1219 sayılı Kanun uyarınca Türkiye’de hekimlik yapmaya yetkili olmak, TC vatandaşı olmak, Türk Ceza Kanununun 53.maddesinde belirtilen süreler geçmiş olsa bile; kasten işlenen bir suçtan dolayı bir yıl veya daha fazla süreyle hapis cezasına ya da affa uğramış olsa bile devletin güvenliğine karşı suçlar, Anayasal düzene ve bu düzenin işleyişine karşı suçlar, milli savunmaya karşı suçlar, devlet sırlarına karşı suçlar ve casusluk, zimmet, irtikâp, rüşvet, hırsızlık, dolandırıcılık, sahtecilik, güveni kötüye kullanma, hileli iflas, ihaleye fesat karıştırma, edimin ifasına fesat karıştırma, suçtan kaynaklanan malvarlığı değerlerini aklama veya kaçakçılık suçlarından mahkûm olmamak ve kamu veya özel sağlık kurum veya kuruluşlarında çalışmamak olmak şartlarına haiz olması gerekmektedir(ÖSKY.md.16/4). Ayrıca, ilgili mevzuata göre *meslekten geçici men edilenler*, bu yasakları süresince mesul müdürlük yapamazlar. İşleten tarafından, meslekten geçici men cezası süresince mesul müdürlük görevini yürütmek üzere, yasağın uygulanmaya başlandığı tarihten itibaren en geç üç iş günü içinde sağlık kuruluşunda tam zamanlı çalışan ve mesul müdürlük şartını taşıyan bir tabibin görevlendirilmesi ve yazılı olarak il sağlık müdürlüğüne bildirilmesi gerekmektedir(ÖSKY.md.16/9).

Mesul müdürlük belgesinin olmadığı tespit edilmesi durumunda ise tıp merkezi işleteni uyarılarak eksikliğin giderilmesi/mesul müdürlük belgesi alınması için 15 günlük süre verilir; eksikliğin giderilmemesi durumunda “*tıp merkezinin tamamında poliklinik faaliyetlerinin 7 gün süreyle durdurulması*” cezası uygulanır(ÖSKY. Ek 6-Denetim Formu).¹⁰⁰⁷

Mesul müdür, sağlık kuruluşunun faaliyeti ve denetimi ile ilgili her türlü işlemde il sağlık müdürlüğünün ve Sağlık Bakanlığı'nın birinci derecede muhatabıdır. Mesul müdür idari işlerden bizzat, tıbbi işlemlerden ise diğer tabipler ile birlikte sorumludur. Mesul müdürün idari işlerinden, sağlık kuruluşunun faaliyetinden ve sunulan sağlık hizmetinin gerektirdiği alt yapı imkanlarının sağlanmasından ise, tıp merkezi işleteni sorumludur(ÖSKY.md.16/6).

Tıp merkezinin hizmet verdiği genel çalışma saatleri dışındaki zamanda ve kabul edilebilir mazeret hallerinde mesul müdürün yerine, mesul müdürün yazılı şekilde yetki devri yaptığı bir tabibin bulunması gerekmektedir. Belirtelim ki; mesul müdür, adına çalışma belgesi düzenlenmesi kaydıyla, isterse tıp merkezinde tabiplik mesleğini yürütebilir(ÖSKY.md.16/1). Burada sözü edilen çalışma belgesi ise il sağlık müdürlüğüne düzenlenen personel çalışma belgesidir. Mesul müdür olan hekim, iş sözleşmesi ile çalışabileceği gibi tıp merkezinin ortaklarından birisi de olabilir.

Öte yandan, mesul müdür, tabiplik mesleğini sadece mesul müdürlük yaptığı sağlık kuruluşunda(tıp merkezinde) serbest olarak yürütür; muayenehane de dahil olmak üzere, başka bir sağlık kuruluşunda(tıp merkezi, poliklinik, muayenehane) mesleğini serbest icra etmesi yasaktır(ÖSKY.md.16/3).¹⁰⁰⁸ Eğer mesul müdür bir başka yerde çalışıyor ise uyarılır ve üç gün içinde çalıştığı bu ikinci işten ayrılması istenir, eksiklik giderilmezse yani başka bir sağlık kuruluşunda çalışmaya devam

¹⁰⁰⁷ Belirtelim ki; 15.02.2008 tarihinden önce açılmış tıp merkezlerinde(dal merkezleri dahil) ise mesul müdürlük belgesinin bulunmadığının tespiti halinde, eksikliğin giderilmesi için herhangi bir süre verilmeyecek ve tıp merkezinin/dal merkezinin faaliyeti süresiz olarak durdurulacaktır(ÖSKY. **Ek 7/a-Denetleme Formu**).

¹⁰⁰⁸ Tıp merkezi mesul müdürünün aynı anda başka bir sağlık kuruluşunda çalışması yasaklanırken, mevzuatta değinilmemiş olmakla birlikte bu sınırlamadan, aynı anda özel bir sağlık kurumunda da(özel hastane) çalışmasının yasaklandığını anlayabiliriz.

edilmesi durumunda mesul müdürlük belgesi iptal edilerek yeni mesul müdür tayin edilmesi için işletene 15 günlük süre verilir (ÖSKY. Ek 6-Denetim Formu).

Diğer taraftan hekimlerin tıp merkezlerinde çalışması özel hastanelerde çalışmasından farklı bir boyutta ele alınmıştır. Hekimler, adlarına il sağlık müdürlüğünce çalışma belgesi¹⁰⁰⁹ düzenlenmesi şartıyla, mesleklerini özel tıp merkezinde tam zamanlı veya kısmî zamanlı olarak yürütebilirler. Hekimin diploması, varsa uzmanlık belgesi ve çalışma belgesinin ise, poliklinik odasında hastaların rahatlıkla görebileceği bir yere asılması gerekmektedir(ÖSKY.md.17/1). Bazen, bir hekime aynı anda hem ruhsat hem de çalışma belgesi düzenlenmesi gerekebilir. Örneğin; bir fizik tedavi dal merkezinde çalışan, 3153 sayılı Kanun kapsamında adına ruhsat düzenlenmiş uzman hekime, aynı zamanda çalışma izin belgesi düzenlenirken; adına çalışma izin belgesi düzenlenmiş uzman hekim ise aynı zamanda 3153 sayılı Kanun kapsamında ruhsatlandırılmış bir laboratuarda çalışıyor ise bu seferde adına ruhsat düzenlenecektir.¹⁰¹⁰

Özel tıp merkezi ruhsatındaki uzmanlık dallarında çalışan hekimlerin çalışma belgelerinin olmadığı tespit edildiğinde, eksikliğin giderilmesi için 3 günlük süre verilmekte ve eksikliğin devam etmesi halinde ise “*Verilen süre sonunda tıp merkezinin çalışma belgesi olmayan uzman tabip ile ilgili poliklinik faaliyetleri 10 gün süreyle durdurulmakta ve bu süre sonunda aynı durumun devam etmesi halinde ilgili dalın ruhsattan çıkarılması*” cezası uygulanmaktadır. Dahası, “*İlgili dalın ruhsattan çıkarılması durumunda asgari sayının altına düşülmesi halinde sağlık kuruluşu faaliyetinin tamamı durdurulur.*” Son olarak, “*3 ay içinde asgari sayıdaki tabibin bulunamaması durumunda ruhsatname mevcut durumuna göre değişir veya geri alınır*”(ÖSKY. Ek 6-Denetim Formu).¹⁰¹¹

¹⁰⁰⁹ Gerçekten de il sağlık müdürlüğünce, *nöbetçi tabip haricindeki* tabipler ile tabip harici sağlık çalışanına, tam zamanlı veya kısmi zamanlı çalışıp çalışmadıkları açıkça belirtilerek EK-4/a’da yer alan **çalışma belgesi** düzenlenmektedir(ÖSKY.md.18/1).

¹⁰¹⁰ Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü’nün 05.04.2008 tarih ve 11242 sayılı yazısı

¹⁰¹¹ Belirtelim ki; 15.02.2008 tarihinden önce açılmış tıp merkezlerinde(dal merkezleri dahil), hekimler dahil tüm sağlık çalışanlarının çalışma belgesinin bulunmadığının tespiti halinde, eksikliğin giderilmesi için 5 günlük süre verilecek, eksikliğin devamı halinde ise tıp merkezinin faaliyeti 3 gün süreyle durdurulacaktır(ÖSKY. Ek 7/a-Denetleme Formu).

Belirtelim ki; kesintisiz hizmet sunmak üzere ruhsatlandırılan tıp merkezlerinde çalışma saatleri dışında en az bir tabip, nöbetçi tabip olarak; faaliyet gösterilen uzmanlık dallarındaki uzman tabipler ise “ıcapçı”¹⁰¹² konumda görev yapar(ÖSKY.md.21/2). Nöbetçi hekimler için il sağlık müdürlüğünce değil özel tıp merkezi mesul müdürünce çalışma belgesi düzenlenmektedir.^(1013,1014) Bu ise, hekimlerin gündüz çalışmaları dışında, denetime tabi olmaksızın geceleri de sabaha kadar çalıştırılması sonucunu doğuracağından eleştirilmiştir.¹⁰¹⁵

Öte yandan, 24 saat hizmet vermesi gereken sözkonusu özel tıp merkezi SGK ile sözleşme yapmış ise “*çalışma belgesi mesul müdür tarafından düzenlenmiş nöbetçi hekimler*” tarafından acil serviste verilen sağlık hizmeti bedellerinin Kurumca karşılanabilmesi için, verilen tüm hizmetlerin hizmet veren hekim adına kaydedilmesi gerekmektedir. Bu sebeple de nöbet tutan tüm hekimlerin MEDULA sistemine kaydedilmeleri zorunlu olmaktadır. Belirtelim ki; acil birimlerinde pratisyen hekim çalıştıracak olan özel tıp merkezlerinin(dal merkezleri dahil) açılma uygunluk belgelerine/ruhsatlarına genel tababet branşı ilave ettirmeleri gerekecektir.

Gerçekten de, 2007 yılı “**Sosyal Güvenlik Kurumu Özel Sağlık Kurumundan/Kuruluşundan Sağlık Hizmeti Satın Alma Sözleşmesi**”nin (3.2.3)maddesine göre; Kurumla sözleşmeli özel sağlık kurum/kuruluşunun acil serviste en az bir tam zamanlı uzman/pratisyen hekim istihdam etmek zorunluluğu olup, bu durumda da acil serviste yarı zamanlı uzman/pratisyen hekimlerce verilen acil sağlık hizmetleri de Kurumca karşılanmaktadır. Kaldı ki, 15.02.2008 tarihinden

¹⁰¹² İcap nöbetinden kastedilen, ev nöbetidir. Bu husus Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'nin 42.maddesinde kamu sağlık tesisleri yönünden açıklanmıştır. “İcapçı nöbeti (Ev nöbeti): Uzman adedi nöbet tutacak miktarlardan az, fakat birden fazla olan kurumlarda uzmanlar sırayla ev nöbetini tutarlar. Bunun için aylık ev nöbet listeleri hazırlanır. Ev nöbetçisi mesai saatleri dışında kurumun idari ve tıbbi her türlü gereklerinden sorumludur. Ev nöbetçisi akşam ziyaretlerini yapmaya, mesai dışında bulunduğu yeri bildirmeye, kuruma her davette gelmeye mecburdur.” Anlaşıldığı üzere ev nöbeti sadece hekimler tarafından tutulmaktadır. Diğer sağlık personelinin icap nöbeti tutması sözkonusu değildir.

¹⁰¹³ “... Mesul müdür tarafından düzenlenen EK-4/b'deki çalışma belgesi ile üstlerinde fotoğraflı "nöbetçi tabip" yazılı kimlik kartı bulunmak kaydıyla, tam zamanlı veya kısmî zamanlı çalışan veyahut sadece nöbet hizmetleri için kısmî zamanlı çalışan tabipler nöbet tutar...” (ÖSKY.md.21/2).

¹⁰¹⁴ Belirtelim ki; 15.02.2008 tarihinden önce açılmış tıp merkezlerinde(dal merkezleri dahil), tıp merkezinin hekimi olmayan nöbetçi hekimler için kimlik kartının bulunmaması hainde, , eksikliğin giderilmesi için 3 günlük süre verilecek, eksikliğin devamı halinde ise tıp merkezinin/dal merkezinin faaliyeti 3 gün süreyle durdurulacaktır(ÖSKY. Ek 7/a-Denetleme Formu).

¹⁰¹⁵ ÖZÇELİK, Ziyet: “Hekimler Nasıl Çalış(tırıl)ır?”, **Tıp Dünyası**, 1 Kasım 2003, S:113

önce açılmış özel tıp merkezlerinde nöbet için en az 2 hekimin bulunması gerekmektedir.¹⁰¹⁶ Bu tarihten sonra açılacak olanlar için ise böyle bir alt sınır getirilmemiştir(ÖSKY. Ek 5).

Özel tıp merkezinde çalışacak olan hekimler için çalışacakları özel sağlık tesisleri yönünden de sınırlamalar bulunmaktadır. Daha önceleri tıp merkezlerinde çalışan hekimlere ayrıca muayenehane açma izni verilmemekteydi. Örneğin; özel bir diyaliz merkezinin sorumlusu olarak çalışan bir hekime ayrıca özel bir poliklinik, dal merkezi veya tıp merkezinde çalışmasına izin verilmemiştir.¹⁰¹⁷ Ancak, özel hastanelerde tam gün/kadrolu çalışan hekimlere mesailerinin sonrasında muayenehane açma hakkının verilmesinden sonra, tıp merkezlerinde ve dal merkezlerinde tam gün esasına göre çalışan hekimlere de bu görevlerine ek olarak istedikleri takdirde sadece muayenehane açarak mesleklerini icra edebileceklerine izin verilmeye başlanmıştır.¹⁰¹⁸

Daha sonra ise “*Tabipler, muayene ve tedavilerini üstlendikleri hastaları gerektiği gibi takip etmelerini, kaliteli ve verimli hizmet sunmalarını teminen, çalışma sürelerini de belirtmek kaydıyla en fazla iki özel sağlık kurum veya kuruluşunda çalışabilirler*” denilmiştir(ÖSKY.md.17/2). Gerçekten de, mesleğini sadece özel sağlık kurum ve kuruluşunda icra eden tabipler, en fazla bir özel sağlık kurum ve kuruluşunda daha çalışabilirler. Ancak bu şekilde çalışma, faaliyet izin belgesinde mevcut olan uzmanlık dalları bakımından geçerlidir. Birden fazla yerde çalışacak olan hekimler için il sağlık müdürlüğüne dilekçe ile gerekli belgelerin verilmesi, ilk çalıştıkları yerdeki duruma göre il sağlık müdürlüğüne adlarına çalışma belgesinin(ÖSKY.Ek-4/a) ya da nöbetçi tabip çalışma belgesinin(ÖSKY.Ek-4/b) düzenlenmesi gerekmektedir.¹⁰¹⁹ Buradaki düzenlemenin özel hastaneler ile

¹⁰¹⁶ Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 11.10.2006 tarih ve 26326(2006/104) sayılı Genelgesi

¹⁰¹⁷ Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 20.03.2006 tarih ve 3535 sayılı talimatı

¹⁰¹⁸ Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 28.09.2006 tarih ve 15354 sayılı Genel Yazısı; Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 11.10.2006 tarih ve 26326(2006/104) sayılı Genelgesi

¹⁰¹⁹ Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 24.06.2008 tarih ve 24156(2008/47) sayılı Genelgesi

paralellik taşıdığı görülmektedir. Ancak bu paralelliğin 1219 sayılı Kanuna uygun olmadığını söyleyebiliriz.

Şöyle ki; 1219 sayılı Kanununun 12.maddesine göre bir hekim aynı anda iki muayenehanede çalışamaz. Öte yandan çalışmamızın ikinci bölümünde yer verildiği üzere, Danıştay kararlarına göre özel poliklinikler, özel tıp merkezleri ve özel dal merkezleri “muayenehane niteliğinde” sayıldıklarından sadece hekimler ya da ortaklarının tamamının hekimler olduğu şirketler tarafından açılabilir. Bu sebeple de, muayenehane niteliğinde sayılan özel tıp merkezi ve özel dal merkezinde çalışan hekimlere aynı zamanda başka bir özel tıp merkezinde, özel dal merkezinde veya özel poliklinikte ya da kendi muayenehanesinde çalışmasına izin verilmemesi gerekmektedir. Ancak, bize göre, buralarda çalışan bir hekim aynı zamanda bir özel hastanede çalışabilir.

Öte yandan, hekim harici ebe, hemşire vb. sağlık personeline de, kaliteli ve verimli hizmet sunmalarını teminen, çalışma sürelerini de belirtmek kaydıyla en fazla iki özel sağlık kurum veya kuruluşunda çalışabilme imkanı tanınmıştır(ÖSKY.md.18/3). Hekim harici sağlık personeli de, çalıştığı özel tıp merkezinden başka aynı zamanda diğer bir tıp merkezi veya poliklinik ya da özel bir hastanede çalışabilecektir.

II .3 .1 .3 – Özel Sağlık Kuruluşlarında Çalışan Sağlık Personeli

II .3 .1 .3 .1 – Özel Polikliniklerde

Çalışmamızın ikinci bölümünde açıklandığı üzere özel poliklinikler özel sağlık kuruluşları arasında yer almaktadır. Özel tıp merkezleri ile birlikte Ayakta Teşhis ve Tevdi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik ile düzenlenmiş olduğundan, özel polikliniklerde personel istihdamı ile ilgili olarak yukarıda özel tıp merkezleri alt başlığında yaptığımız açıklamalar bunlar içinde büyük ölçüde geçerlidir. Bu sebeple, sadece ayrı durumlara burada yer verilecektir.

Özel polikliniklerde mesul müdürlük görevi, poliklinik ortağı tabiplerden biri tarafından yürütülür. Mesul müdür olan tabip, aynı zamanda adına çalışma belgesi düzenlenerek poliklinikte tabiplik mesleğini de yürütebilir. Mesul müdürün kabul

edilebilir mazeretinin olduğu hallerde bu görev, diğer ortak tabip/tabiplerden biri tarafından yürütölür(ÖSKY.md.16/2). Anlaşılacağı üzere, özel poliklinik işyerlerinde, ortakların dışındaki çalışan diğer hekimler mesul müdürlük yapamamaktadırlar. Mesul müdürlerin başka bir işyerinde çalışamamaları, nitelikleri, yetki ver sorumlulukları ile müeyyideler özel tıp merkezleri ile aynı olduğu için ayrıca değinilmemiştir.

Hekimler adlarına çalışma belgesi düzenlenmesi şartıyla, özel polikliniklerde de mesleklerini tam zamanlı veya kısmî zamanlı yürütebilirler. Hatta, özel tıp merkezlerinde olduğu üzere, muayene ve tedavilerini üstlendikleri hastaları gerektiği gibi takip etmelerini, kaliteli ve verimli hizmet sunmalarını teminen, çalışma sürelerini de belirtmek kaydıyla en fazla iki özel sağlık kurum veya kuruluşunda çalışabilirler. Yani bir hekim çalıştığı özel polikliniğin yanısıra aynı anda başka bir özel poliklinikte veya özel tıp merkezinde ya da özel hastanede çalışabilecektir. Bu düzenlemenin ise özel tıp merkezleri ve özel poliklinikler açısından 1219 sayılı Kanunu 12.maddesine aykırı olacağına yukarıda işaret edilmişti. Benzer biçimde hekim dışı sağlık personeline de aynı anda iki özel sağlık kurum ve kuruluşunda çalışabilme olanağı sağlanmıştır.

Özel polikliniklerin resmi çalışma günlerinde sekiz saatten az olmamak üzere daha uzun süreli hizmet vermeleri ihtiyari olduğundan, sekiz saatten daha uzun süreli hizmet veren özel polikliniklerde, nöbetler için mesul müdür tarafından düzenlenen Yönetmelik EK- 4/b'deki çalışma belgesi ile üstünde fotoğrafı "nöbetçi tabip" yazılı kimlik kartı bulunmak kaydıyla, poliklinik ortaklarından bir tabip veya sadece nöbet hizmetleri için kısmî zamanlı çalışan bir tabip nöbet tutar(ÖSKY.md.22/2).

Özel polikliniklerde ruhsatta yazılı olandan başka çalışan hekimin bulunduğu ve bunların çalışma belgesinin olmadığı tespit edilir ise, özel tıp merkezlerinde olduğu gibi, eksikliğin giderilmesi için 3 günlük süre verilmesine rağmen eksiklik devam eder ise "*Verilen süre sonunda tıp Merkezinin çalışma belgesi olmayan uzman tabip ile ilgili poliklinik faaliyetleri 10 gün süreyle durdurulmakta ve bu süre sonunda aynı durumun devam etmesi halinde ilgili dalın ruhsattan çıkarılması*" cezası uygulanır. Dahası, "*İlgili dalın ruhsattan çıkarılması durumunda asgari*

sayının altına düşülmesi halinde sağlık kuruluşu faaliyetinin tamamı durdurulur.” Son olarak, *“3 ay içinde asgari sayıdaki tabibin bulunamaması durumunda ruhsatname mevcut durumuna göre değişir veya geri alınır”*(ÖSKY. Ek 6-Denetim Formu).

II .3 .1 .3 .2 – Özel Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri ve Polikliniklerde

Özel ağız ve diş sağlığı merkezlerinde tam gün süre ile, polikliniklerde ise tam gün veya kısmi süreli görev yapan bir diş hekimi mesul müdür bulunur. Mesul müdür, sadece bir sağlık kuruluşunda mesul müdürlük görevini üstlenebilir. Mesul müdür, idari işlerden bizzat, tıbbi işlemlerden ise diğer diş hekimleri ile birlikte sorumlu sayılmaktadır(ADSÖY.md.9/1). Eğer mesul müdürlük belgesi bulunmaz ise, *“bu eksikliğin giderilmesi için herhangi bir süre de verilmeden sağlık kuruluşunun uygunluk belgesinin süresiz olarak iptali”* cezası uygulanacaktır (ADSÖY.Ek 7-Denetleme Formu).

Öte yandan, özel ağız ve diş sağlığı merkezleri ve polikliniklerinde, özel kanunlarına göre serbest meslek icra etmek yetkisi bulunan diş hekimleri ve diğer sağlık personeli dışında diş hekimi ve sağlık personeli, diş hekimi unvanı kazanmamış stajyer öğrenciler ve uzmanlık eğitimi gören asistanlar, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı’ndan çalışma izni olmayan Türk soylu yabancı diş hekimleri ve asistanlar çalışamaz ve çalıştırılmaz(ADSÖY.md.31/2). Ayrıca, 3224 sayılı Kanun'un 42.maddesi hükümleri saklı kalmak üzere sağlık kuruluşlarında çalışan diş hekimi ve diğer sağlık personeli bu Yönetmelik kapsamındaki başka bir sağlık kuruluşunda çalışamaz ve çalıştırılmaz(ADSÖY.md.31/3). Bu düzenlemeye göre, sözkonusu sağlık kuruluşlarında çalışan bir diş hekimi ya da hemşire aynı anda başka bir ağız diş sağlığı merkezinde ve polikliniğinde çalışamayacak, fakat bir özel hastane veya özel tıp merkezinde çalışabilecektir.

Özel ağız ve diş sağlığı merkezleri ve polikliniklerinde çalışacak olan diş hekimi ve hemşire gibi diğer sağlık personeli için de il sağlık müdürlüğünce çalışma izin belgesi düzenlenmesi gerekmektedir(ADSÖY.md.8/1). Eğer sözkonusu sağlık kuruluşlarında çalışan tüm sağlık personelinin çalışma izin belgesi yok ise, *“eksikliğin giderilmesi için 5 günlük süre verilecek ve eksikliğin devamı halinde 5*

gün süreyle uygunluk belgesinin iptali” cezası uygulanacaktır(ADSÖY.Ek 7-Denetleme Formu).

II .3 .1 .3 .3 – Diğer Müstakil Özel Sağlık Kuruluşlarında Çalışan Sağlık Personeli

II .3 .1 .3 .3 .1 –Özel Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezlerinde

ÜYTE merkezleri; kamu kurum ve kuruluşları ile gerçek kişiler ile özel hukuk tüzel kişileri tarafından bunlara ait genel ve özel hastaneler bünyesinde bir ünite şeklinde veya sadece ÜYTE uygulamak amacıyla bağımsız olarak da kurulabilmektedir.

Üremeye yardımcı tedavi merkezlerinde tam gün çalışacak olan mesul müdür uzman ya da pratisyen hekim olabilir(ÜYTEY.md.14/a). Öte yandan ÜYTE ünitesi sorumlusu olacak hekimin de; yurt içinde Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen eğitim merkezlerinde veya yurt dışında üreme tıbbı, infertilite ve yardımcı üreme teknikleri konusunda en az altı aylık uygulamalı bir eğitim programını tamamlamış, belgeleri Üremeye Yardımcı Tedavi Yöntemleri Bilim Komisyonunca onaylanmış ve Sağlık Bakanlığı’na sertifikalandırılmış kadın hastalıkları ve doğum uzmanı olması gerekmektedir(ÜYTEY.md.14/b). Eğer mesul müdür, ünite sorumlusu nitelik ve şartlarına haiz kadın hastalıkları ve doğum uzmanı ise ayrıca ÜYTE ünitesi sorumlusu olmayabilir. Mesul müdür bu iki görevi de yürütebilir(ÜYTEY.md.15/5).

Müstakil olarak açılan ÜYTE merkezlerinde ayrıca, bir üroloji uzmanı, bir kadın hastalıkları uzmanının yanı sıra, embriyoloji laboratuvarı sorumlusu¹⁰²⁰, yeterli sayıda sağlık personeli ve idari personelin de bulunması gerekmektedir(ÜYTEY.md.14/c,d,e,f). Ancak, yeterli sayıda sağlık personelinin en az ya da en çok ne kadar olacağı konusunda bir sınırlama getirilmemiştir. Müstakil olarak açılan ÜYTE merkezlerinde tam süreli çalışan en az bir anestezi uzmanı ve

¹⁰²⁰ Üremeye yardımcı tedavi konusunda yurt içinde Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen eğitim merkezlerinde veya yurt dışındaki merkezlerde en az altı aylık uygulamalı eğitim görmüş ve belgeleri Üremeye Yardımcı Tedavi Yöntemleri Bilim Komisyonunca onaylanmış ve Bakanlıkça sertifikalandırılmış tabip, histoloji-embriyoloji uzmanı veya histoloji-embriyoloji alanında üremeye yardımcı tedavi yöntemleri konusunda master veya doktora yapmış veteriner, biyolog, eczacı ve hemşire gibi bir sağlık personeli olabilir(ÜYTEY.md.14/e).

yeterli sayıda ameliyathane personelinin bulunması zorunluluğu vardır(ÜYTEY.md.14/c,d,e,f). Mesul müdür ile anestezi uzmanının tam süreli olarak çalışması şartına rağmen, diğer sağlık personeli için bu şartın aranmadığı görülmektedir.

Belirtelim ki; ÜYTE merkezinde bulundurulacak sağlık personelinin Türkiye’de mesleğini icra etmeye yetkili olması ve bütün personelin yüz kızartıcı veya şeref ve haysiyeti kırıcı suçlardan dolayı hapis cezasına mahkum olmaması şarttır(ÜYTEY.md.14/2). ÜYTE merkezlerinde çalıştırılacak sağlık personelinin belirtilen niteliklere haiz olmadığı tespit edilmesi halinde; Üremeye Yardımcı Tedavi Yöntemleri Bilim Komisyonunun görüşü de alınarak, “*Sağlık Bakanlığı’nca faaliyetlerinin üç aydan altı aya kadar durdurulması cezası*” verilir. Bu sürenin sonuna kadar yeniden değerlendirme talebinde bulunmayan ve durumunda değişiklik olmayan merkezlerin ruhsatı ve çalışma izni iptal edilir(ÜYTEY.md.18/1).

II .3 .1 .3 .3 .2 – Özel Genetik Hastalıklar Tanı Merkezlerinde

Genetik hastalıklar tanı merkezleri; kamu kurum ve kuruluşları ile özel hukuk tüzel kişileri ve gerçek kişiler tarafından, bunlara ait hastaneler bünyesinde bir merkez şeklinde veya sadece genetik hastalıklarda tanı uygulamak maksadıyla, müstakil olarak da kurulabilmektedir(GHTY.md.7). Bu başlık altında müstakil olarak açılabilen merkezlerde sağlık personeli istihdamı üzerinde durulacaktır.

Müstakilen kurulan merkezlerin bir mesul müdürü ve genetik tanı merkezi sorumlusu bulunacak(GHTY.md.15/1), mesul müdür genetik uzmanı olabileceği gibi pratisyen hekim de olabilecektir(GHTY.md.14/a). Ancak mesul müdürün tam süreli çalışan hekim olması gerekmektedir. Genetik tanı merkezi sorumlusu içinse böyle bir şart aranmamaktadır(GHTY.md.15/2-3). Belirtelim ki; merkez mesul müdürü, genetik tanı merkezi sorumlusu¹⁰²¹ şart ve niteliklere haiz ise ayrıca genetik tanı

¹⁰²¹ “Genetik Tanı Merkezi Sorumlusu: Klinik Genetik, Tıbbi Genetik, Tıbbi Biyoloji ve Genetik dallarında uzman veya bilim doktoru ünvanını almış bir tabib olması gerekir. Bu konularda uzmanlık veya bilim doktoru ünvanı olmayan, ancak bu Yönetmeliğin yayımlandığı tarihte yurtiçi veya yurtdışında bu konularda çalışmaların yapıldığı bir merkezde beş yıl veya daha fazla bir süre çalışan ve yaptıkları çalışmaları ve yayınlarını belgeleyen ve bu belgeleri Genetik Hastalıklar Bilim Komisyonunca onaylanmış kişiler Genetik Tanı Merkezi sorumlusu olarak görevlendirilebilir.”(GHTY.md.14/b).

merkezi sorumlusu olmayabilir. Bu taktirde mesul müdür her iki görevi birlikte yürütebilir(GHTY.md.15/5).

Bunlardan başka; merkezde moloküler çalışmalar yapılacaksa, yurtiçi veya yurtdışında moleküler genetik konusunda çalışmaların yapıldığı bir merkezde bu konularda en az altı aylık uygulamalı bir eğitim programını tamamlamış ve bu çalışmalara dair uygulama ve müfredat programını da ihtiva eden belgeyi haiz tıbbi biyoloji ve genetik uzmanı veya genetik uzmanı veya doktorası olan ve bu belgeleri Genetik Hastalıklar Bilim Komisyonunca onaylanmış bir eleman bulunacaktır(GHTY.md.14/c). Ayrıca, biokimya laboratuvarı olacak ise yurtiçi veya yurtdışında biyokimyasal genetik konusunda çalışmaların yapıldığı bir merkezde bu konularda en az 6 aylık uygulamalı bir eğitim programını tamamlamış ve bu çalışmalara dair uygulama ve müfredat programını da ihtiva eden belgeyi haiz biyokimya ve klinik biyokimya uzmanı veya doktorası olan ve bu belgeleri Genetik Hastalıklar Bilim Komisyonunca onaylanmış bir eleman bulundurulması gerekmektedir(GHTY.md.14/d).

Sözkonusu merkezlerde genetik çalışmalarda deneyimli laboratuvar teknisyeni ile ihtiyaca cevap verecek sayı ve nitelikte idari personel de çalıştırılacaktır. Belirtelim ki; sözkonusu merkezlerde istihdam edilecek sağlık personelinin Türkiye’de mesleğini icra etmeye yetkili olması ve bütün personelin yüz kızartıcı, şeref ve haysiyet kırıcı suçlardan dolayı hapis cezasına mahkum olmaması şartı aranmaktadır(GHTY.md.15/2). Aranılan diğer şartların yanı sıra personel istihdamına ilişkin yukarıda yer verilen esaslara uyulmadığının tespiti halinde, özel genetik hastalıklar tanı merkezlerine, “*Genetik Hastalıklar Bilim Komisyonunun görüşü de alınarak, Sağlık Bakanlığı’nca izin belgeleri ve ruhsatnamelerinin iptal edilmesi cezası*” uygulanır. Böyle bir durumda merkez mesul müdürü hiçbir merkezde bir daha mesul müdür olarak çalışamaz(GHTY.md.18).

II .3 .1 .3 .3 .3 – Özel Diyaliz Merkezlerinde

Diyaliz merkezleri, gerçek kişiler ve özel hukuk tüzel kişileri tarafından, sadece diyaliz uygulamak amacıyla ayrı bir merkez olarak da

kurulabilmektedir(DMY.md.8/1). Çalışmamızın ikinci bölümünde yer verildiği üzere, Yönetmelikte sayılanların haricindeki özel dal hastaneleri, özel dal merkezleri, teşhis merkezleri, tıp merkezleri, poliklinikler ve klinikler bünyesinde diyaliz merkezi açılmamaktadır(DMY.md.8/2). Bu başlık altında özellikle müstakil olarak açılan diyaliz merkezlerinde sağlık personeli istihdamı üzerinde durulmuştur.

Diyaliz merkezlerinde mesul müdür görevini yürüten hekim bulunmamaktadır. Bunun yerine, her diyaliz merkezinde, Türkiye’de tababet icrasına engel hali olmayan, hastaların yaş grubuna göre nefroloji uzmanı veya çocuk nefrolojisi uzmanı bir tabibin *sorumlu uzman* sıfatıyla tam veya kısmi zamanlı olarak bulunması şarttır (DMY.md.13/1).¹⁰²² Şu halde kısmi zamanlı çalışan bir sorumlu uzman hekim aynı zamanda başka bir diyaliz merkezinin de sorumlu uzmanı olabilir. Belirtelim ki; özel bir diyaliz merkezinin sorumlusu olarak çalışan bir hekimin ayrıca özel bir poliklinik, dal merkezi veya tıp merkezinde çalışmasına izin verilmemektedir.¹⁰²³

Öte yandan *sorumlu uzman* tam gün çalışmak şartı ile aynı merkezde *sorumlu tabip* olarak da çalışabilir. Bu durumda, birden fazla özel diyaliz merkezinin sorumlu uzmanlık görevini üstlenemez. Merkezde ayrıca sorumlu tabibin bulunması halinde, sorumlu uzman en fazla bir diğer diyaliz merkezinin sorumluluğunu üstlenebilir(DMY.md.13/7). Kamu kurum ve kuruluşlarında 2368 sayılı Kanuna veya özel kanunlarına göre çalışıp, ayrıca serbest meslek icra etmek hakkı ve sorumlu uzmanlık yetkisini haiz tabipler, sadece bir özel diyaliz merkezinin sorumlu uzmanlık görevini üstlenebilirler. Ancak Sağlık Bakanlığı ya da Valilik makamının onayı ile, il sınırları içinde ya da ihtiyaç duyulan illerde, kamuya ait diyaliz

¹⁰²² “Hemodiyaliz merkezi için sorumlu uzmanlık görevini yürütecek nefroloji uzmanı veya çocuk nefrolojisi uzmanı bulunamadığı hallerde sorumlu uzmanlık görevi, on sekiz yaş ve üzeri yaş grubu hastalar için sertifikalı iç hastalıkları uzmanı; on yedi yaş ve altı yaş grubu hastalar için sertifikalı çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı tarafından yürütülür”(DMY.md.13/2). “Bu Yönetmelik kapsamında olan merkezlerin, 31.12.2014 tarihinden sonra herhangi bir şekilde sorumlu uzman değişikliğine gitmesi halinde veya bu tarihten sonra açılacak merkezlerde ise merkezin türüne göre sorumlu uzmanlarının, nefroloji uzmanı veya çocuk nefrolojisi uzmanı olması gereklidir” (DMY.md.13/3). Sorumlu uzman sertifikası ise; Sağlık Bakanlığı’na yetkilendirilmiş diyaliz eğitim merkezlerinde en az üç ay süre ile eğitim görmüş, eğitim sonunda bu merkezde yapılan teorik ve pratik sınavlarda başarılı olmuş iç hastalıkları ile çocuk sağlığı ve hastalıkları dallarında uzman olanlara Bakanlık tarafından verilir(DMY.md.13/5).

¹⁰²³ Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü’nün 20.03.2006 tarih ve 3535 sayılı talimatı

unitelerinde konsültan uzman olarak ve her diyaliz hastasını ayda en az bir kez görüp tedavisini düzenleyecek şekilde görevlendirilebilir(DMY.md.13/8).

Her hemodiyaliz merkezinde, tam gün çalışan en az bir sorumlu tabibin bulunması şarttır. Sorumlu tabibin, Türkiye’de tababet icrasına engel bir halinin bulunmaması ve diyaliz tabipliği sertifikasına sahip olması gerekir (DMY.md.13/9). Diyaliz tabipliği sertifikası ise, diyaliz eğitim merkezlerinde altı ay süre ile eğitim gören ve bu eğitim sonunda bu merkezde yapılan teorik ve pratik sınavda başarılı olanlara Sağlık Bakanlığı’nca verilmektedir(DMY.md.13/10).

Diyaliz merkezlerinde diyaliz işlemini uygulayacak; üniversitelerin sağlık hizmetleri meslek yüksek okulu diyaliz bölümlerinden mezun diyaliz teknikeri veya sertifika sahibi bir hemşire olacak şekilde en az iki personel bulunması zorunludur. Bu personelden birisi sorumlu olarak seçilir(DMY.md.13/13). Diyaliz hemşireliği sertifikası; diyaliz eğitim merkezinde üç ay süreyle hemodiyaliz veya periton diyalizi eğitimi görmüş hemşire veya hemşirelik yetkisine haiz sağlık hizmetleri sınıfı personele eğitim merkezlerinde yapılan teorik ve pratik sınavda başarılı olmak kaydıyla Sağlık Bakanlığı’nca verilir(DMY.md.13/14).

Bunlardan başka, her hemodiyaliz Merkezinin, bir diyetisyenle danışmanlık hizmeti almak üzere sözleşme yapması gerekir. Diyetisyen her hastayı ayda en az bir kere görebilecek şekilde danışmanlık hizmetini yürütür, hastaların beslenmesini düzenler. Diyetisyen mesai ve ulaşım imkânları uygun olmak kaydıyla, aynı il veya ilçelerdeki hemodiyaliz merkezlerinden en çok beş tanesinde bu şekilde görev yapabilir ve çalışmalarına dair tüm bilgileri hasta dosyasına kayıt edip tarih atarak imzalamakla yükümlüdür. Yeni açılan merkez, açılma izin belgesi tarihinden itibaren en fazla üç ay içerisinde diyetisyen ile sözleşme yapmak zorundadır(DMY.md.14/1). Diyaliz merkezleri, ihtiyaç duymaları halinde psikiyatri uzmanı, psikolog, sosyal hizmet uzmanı ve acil tıp teknisyeni unvanını haiz sağlık personelinin de, mesleklerine uygun görevlerde istihdam edebilir veya bunlardan hizmet satın alabilir(DMY.md.14/2).

Diyaliz merkezlerinde sorumlu uzman veya sorumlu tabibin görevden ayrılması, hastalık hali ve yasal izin durumlarında bu görevler en fazla üç aylık süre

için sorumlu uzman veya sorumlu tabibin niteliklerini haiz başka bir tabip tarafından geçici olarak yürütülür. Bu dönemde sorumlu uzmanlık görevini yürüten uzman hekime valilikçe merkez adına geçici sorumlu uzmanlık belgesi düzenlenir. Üç aylık süre sonunda merkez yeni bir sorumlu uzman ile sözleşme yaparak il sağlık müdürlüğüne bildirmek zorundadır. Sorumlu uzman bulunamaması halinde diyaliz merkezinin valilikçe faaliyeti durdurularak açılma izin belgesi iptal edilir. Bu durumda, hastaların mağdur edilmemesi için il sağlık müdürlüğüne gerekli tedbirler alınır(DMY.md.25/2).

Ancak kısmi süreli çalışan sorumlu uzman hekimin çeşitli nedenlerle bir ayı geçmeyen kısa süreli merkezden ayrılması durumlarında yerine yeni sorumlu uzman özelliklerini haiz personel ikamesi istenmez(DMY.md.25/3).

Diyaliz merkezinde sertifika sahibi hemşire veya diyaliz teknikeri sayısı bu Yönetmelikte seans başına belirlenen asgarî sayının altına düştüğü takdirde, merkez tam gün çalıştırmak kaydıyla sertifikasız hemşire çalıştırabilir. Bu durumda merkez, eksilen sayı kadar personeli bulmak, sertifikasız çalışan hemşirenin sertifikasyon eğitimi için ilk eğitim döneminde başvurusunu yapmak zorundadır. Buna uymayan diyaliz merkezine il sağlık müdürlüğü tarafından kırk beş günlük süre verilerek uygunluğun sağlanması yazılı olarak ihtar edilir ve bu süre sonunda sertifikalı hemşire veya diyaliz teknikeri eksikliğini gidermeyen merkezin hasta sayısı mevcut personel sayısına uygun olacak şekilde azaltılır. Buna uygun davranmayan merkezin açılma izin belgesi valilikçe iptal edilir(DMY.md.25/4).

II .3 .1 .3 .3 .4 – Özel Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezlerinde

Madde bağımlılığı tedavi merkezleri; kamu kurum ve kuruluşları ile gerçek kişiler ve özel hukuk tüzelkişilerine ait hastaneler bünyesinde kurulabileceği gibi sadece madde bağımlılığı tedavi usûlleri uygulamak amacıyla müstakil bir merkez olarak da kurulabilir(MBMY.md.9/1). Diğer taraftan, bağımsız olarak kurulan özel merkezler, “özel dal hastanesi” hükmünde sayılmış ve bu merkezler hakkında Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezleri Yönetmeliği’nde hüküm bulunmayan hallerde, özel hastaneler ile ilgili mevzuat hükümlerinin uygulanacağı hüküm altına alınmıştır(MBMY.md.9/3).

Sözkonusu merkezlerde de mesul müdür çalıştırma zorunluluğu olmamasına rağmen, sorumlu uzman bulundurma zorunluluğu bulunmaktadır. Sorumlu uzman ise; hastaların tıbbi açıdan izlenmesinden, tedavilerinin yönlendirilmesinden ve hastalara tıbbi yönden faydalı olacak idari ve tıbbi tedbirlerin belirlenmesinden sorumlu olmak üzere, ilgili mevzuata göre Türkiye’de tababet icrasına engel hali olmayan bir *ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı* hekimidir(MBMY.md.31).

Her merkezde, sorumlu uzmanın belirlemiş olduğu tedavi protokolüne göre hastalara tedavi uygulamak, hastaları tıbbî yönden izlemek, tedavi seansları ile ilgili hastanın dosyasına gözlem notunu kaydetmek, Yönetmeliğe uygun idarî ve tıbbî tedbir ve şartları gözetmek ve hizmetin 24 saat boyunca devamlılığını sağlamak ile görevli olmak üzere Yönetmelikte belirtilen sayıda hekim bulundurulması zorunludur(MBMY.md.32/1). Şüphesiz hekimin, tıp fakültesi mezunu olması, ilgili mevzuata göre Türkiye’de tababet icrasına engel bir halinin bulunmaması ve madde bağımlılığı eğitimi sertifikasına sahip olması gerekmektedir(MBMY.md.32/2).

Merkezlerde bulundurulacak diğer sağlık personeli ise hemşire ve psikologdur. Buna göre, merkezlerde, sertifika sahibi ve klinik tecrübesi olan en az bir psikolog bulunması zorunludur. Madde bağımlılığı eğitimi sertifikası, eğitim merkezinde altı ay süreyle madde bağımlılığı eğitimi görmüş ve bu merkezde yapılan teorik ve pratik sınavda başarılı olan psikologlara Sağlık Bakanlığı’na verilir(MBMY.md.33/1). Merkezlerde görevli hemşirelerden ise en az ikisinin sertifika sahibi olması zorunludur. Madde bağımlılığı eğitimi sertifikası, eğitim merkezinde üç ay süreyle madde bağımlılığı eğitimi görmüş ve bu merkezde yapılan teorik ve pratik sınavda başarılı olan hemşirelere Sağlık Bakanlığı’na verilir(MBMY.md.34/1).

II .3 .1 .3 .3 .5 – Özel Evde Bakım Merkezlerinde

Özel evde bakım merkezleri tabip sorumluluğunda ve gerekli asgari standart donanım ve personel desteği ile sadece evde bakım hizmetleri verilmek üzere, özel hukuk tüzel kişileri ve gerçek kişilerce müstakil olarak açılan kuruluşlardır(EBHY.md.6; md.8/1). Yani bu merkezleri açacak olanların illaki tabip

olmaları ya da ortaklarının tamamının tabip olduğu ticari şirketler olması gibi bir şart aranmamıştır.

Özel evde bakım merkezlerinde hekim olan bir mesul müdür bulunur. Mesul müdürün bulunmadığı ve merkezin hizmet verdiği saatlerde yetki devri yaptığı bir hekim bulunur. Mesul müdür sadece bir merkezde mesul müdürlük görevini üstlenebilir. Mesul müdür, idari işlerden bizzat, tıbbi işlemlerden ise diğer hekimler ile birlikte sorumludur. Mesul müdürün idari işlerinden, merkezin işleyişinden ve sunulan sağlık hizmetinin gerektirdiği alt yapı olanaklarının sağlanmasından sağlık kuruluşunun sahipleri de bizzat sorumludurlar(EBHY.md.11/1). Mesul müdür, merkezin kuruluşu, işleyişi ve denetimi ile ilgili her türlü işlemde il sağlık müdürlüğü ve Sağlık Bakanlığı'nın birinci derecede muhatabıdır(EBHY.md.11/3).

Merkezde mesul müdür haricinde en az iki de hekim bulunur. Bu hekimlerden en az biri tam zamanlı görev yapmak zorundadır(EBHY.md.12/1). Ayrıca, sağlık kuruluşunda kadrolu en az dört hemşire veya sağlık memuru görev yapar. İstenirse bu dört personelden biri ebe olabilir(EBHY.md.13/1). Belirtelim ki; evde bakım hizmeti veren merkezin hizmet sunacağı alanla ilgili olarak psikolog, fizyoterapist, diyetisyen, sosyal hizmet uzmanı gibi hekim dışı sağlık personeli de bulunabilir. Ancak bunların görev ve sorumlulukları kendi mesleki mevzuatı ile sınırlıdır.Ayrıca bunlara yardımcı olmak üzere bakım destek personeli çalıştırılabilir(EBHY.md.14).

Özel evde bakım merkezlerine açılma izni verildikten sonra mesul müdürlük belgesi ile personel için çalışma izin belgesi düzenlenmektedir. Öyle ki; il sağlık müdürlüğünce adlarına personel çalışma belgesi düzenlenmemiş personel, her ne surette olursa olsun, sağlık kuruluşunda çalıştırılmaz(EBHY.md.31/b). Öte yandan sağlık kuruluşunda çalışan hekim ve diğer sağlık personeli başka bir özel sağlık kuruluşunda çalışamaz ve çalıştırılmaz(EBHY.md.31/c).

Yapılan denetimlerde mesul müdürlük belgesinin bulunmadığının tespiti halinde, eksikliğin giderilmesi için herhangi bir süre verilmediği gibi *“eksikliğin devamında merkeze faaliyetinin süresiz durdurulması cezası”* verilmektedir(EBHY.Ek 7-Denetleme Formu). Sağlık kuruluşunda çalışan tüm

personelin çalışma belgesinin bulunmaması halinde ise “*eksikliğin giderilmesi için 5 günlük ek süre verilecek ve eksikliğin devam etmesi halinde merkeze faaliyetinin 3 gün süreyle durdurulması cezası*” verilecektir(EBHY.Ek 7-Denetleme Formu).

II .3 .1 .3 .3 .6 – Hiperbarik Oksijen Tedavisi Uygulanan Özel Sağlık Kuruluşlarında

Hiperbarik oksijen tedavisi uygulayacak olan sağlık kuruluşlarını, kanun uyarınca mesleğini serbest icra eden hekim veya uzman hekimler ile özel hastaneler, ayakta teşhis ve tedavi hizmeti sunulan özel sağlık kuruluşları(tıp merkezleri, dal merkezleri ve poliklinikler) açabilmektedir(HBOTY.md.6).

Bu sağlık kuruluşlarında uzman hekim veya sertifikalı hekim olan bir mesul müdürün bulunması gerekmektedir. Mesul müdürün bulunmadığı ve sağlık kuruluşunun hizmet verdiği saatlerde yetki devri yaptığı bir hekim bulunur. Mesul müdür sadece bir sağlık kuruluşunda mesul müdürlük görevini üstlenebilir(HBOTY.md.9/1). Dahası mesul müdürler, mesleklerini serbest olarak sadece mesul müdürlük yaptıkları sağlık kuruluşunda icra edebilirler; muayenehane de dahil olmak üzere bir başka özel sağlık kuruluşunda mesleklerini serbest olarak icra etmeleri yasaktır(HBOTY.md.9/6).

Belirtelim ki; mesul müdür, idari işlerden bizzat, tıbbi işlemlerden ise diğer hekimler ile birlikte sorumludur. Mesul müdürün idari işlerinden, sağlık kuruluşunun işleyişinden ve sunulan sağlık hizmetinin gerektirdiği alt yapı olanaklarının sağlanmasından sağlık kuruluşunun sahipleri de bizzat sorumludurlar(HBOTY.md.9/2). Mesul müdür, sağlık kuruluşunun kuruluşu, işleyişi ve denetimi ile ilgili her türlü işleminde il sağlık müdürlüğü ve Sağlık Bakanlığı'nın birinci derecede muhatabıdır(HBOTY.md.9/4).

Hiperbarik oksijen tedavi merkezinde mesul müdürlük belgesinin bulunmaması halinde, eksikliğin giderilmesi için herhangi bir süre verilmediği gibi “*faaliyetinin süresiz olarak durdurulması cezası*” verilecektir(HBOTY.Ek 9-Denetim Formu). Denetim sırasında mesul müdürün veya görevini devrettiği hekimin bulunmadığının anlaşılması halinde de merkeze “*faaliyetinin 7 gün süreyle*

durdurulması cezası” verilecektir(HBOTY.Ek 9-Denetim Formu). Öte yandan mesul müdür hekim mesleğini merkezde serbest olarak icra etmesine rağmen personel çalışma belgesi yok ise bu sefer de, eksikliğin giderilmesi için 5 günlük süre verilecek ve eksikliğin devamı halinde “*faaliyetinin 5 gün süreyle durdurulması cezası*” verilecektir(HBOTY.Ek 9-Denetim Formu).

Sağlık kuruluşunda hekimler, adlarına düzenlenmiş personel çalışma belgeleri ile çalışabilirler. Muayene odalarına diplomaları, varsa uzmanlık diplomaları veya sertifikalarını, personel çalışma belgelerini asarlar. Bu sağlık kuruluşlarında biri uzman hekim veya sertifikalı hekim olmak üzere en az iki hekim bulunur(HBOTY.md.10/1). Sağlık kuruluşunda uzman hekim veya sertifikalı hekim bulunmadığı durumlarda hiperbarik oksijen tedavisi uygulanamaz, çalışacak diğer hekimler hiperbarik oksijen tedavisi uygulayamaz(HBOTY.md.36/r). Bir sağlık kuruluşunda çalışan hekim ve diğer sağlık personeli ise başka bir sağlık kuruluşunda çalışamaz ve çalıştırılmaz(HBOTY.md.36/c). İkinci bir işyerinde çalışma yasağının hekimlerin dışındaki sağlık personeline de getirilmiş olması dikkat çekicidir.

Belirtelim ki, sağlık kuruluşlarında, personel çalışma belgesi düzenlenen hekimler ve diğer sağlık personeli dışında hekim ve sağlık personeli çalıştırılmaz(HBOTY.md.36/b).İl sağlık müdürlüğünce adlarına personel çalışma belgesi düzenlenmemiş hekim ve hekim dışı sağlık personeli, her ne surette olursa olsun, sağlık kuruluşunda çalıştırılmayacaktır(HBOTY.md.36/h).Öte yandan, herhangi bir kamu kuruluşunda görev yapan ve aynı zamanda bir özel sağlık kuruluşunda(hiperbarik oksijen tedavi merkezinde) mesleğini serbest olarak da icra etmek isteyen sağlık personelinin, çalışmak istediği özel sağlık kuruluşunun, kamu görevi yaptıkları kuruluş ile aynı yerleşim yeri sınırları içerisinde olması şarttır(HBOTY.md.36/i).

Sözkonusu merkezlerde çalışan tüm sağlık personelinin personel çalışma belgelerinin olmadığı tespit edildiğinde eksikliğin giderilmesi için 5 günlük süre verilecek, eksikliğin devamı halinde de “*faaliyetinin 5 gün süreyle durdurulması cezası*” verilecektir(HBOTY.Ek 9-Denetim Formu). Dahası, merkezdeki muayene odalarında hekimlerin diploma ve varsa uzmanlık belgelerinin asılı olmadığı ya da noter tasdikli örnekleri ile personel çalışma belgelerinin asılı olmadığı tespiti

halinde ise eksikliğin giderilmesi için 3 günlük süre verilecek, eksikliğin devamı halinde de *“faaliyetinin 5 gün süreyle durdurulması cezası”* verilecektir(HBOTY.Ek 9-Denetim Formu). Merkezlerin çalışma saatleri içinde hekim bulunmadığının tespiti halinde ise eksikliğin giderilmesi için herhangi bir süre verilmediği gibi *“faaliyetinin süresiz olarak durdurulması cezası”* uygulanacaktır(HBOTY.Ek 9-Denetim Formu).

II .3 .1 .3 .3 .7 – Özel Ambulans Servislerinde

Ambulans servisleri, hasta nakli ve/veya acil yardım amacıyla kurulan işletmeler olup, bunları bütün kamu kurum ve kuruluşları, gerçek kişiler ile özel hukuk tüzel kişileri ve iktisadilik esaslarına ve özel hukuk hükümlerine göre çalışan kamu kurum ve kuruluşları açabilmektedir(AHY.md.4/b).

Ambulans servislerinin çağrı merkezinde bir hekim mesul müdür olarak bulunur. Mesul müdür, idari işlerden bizzat, tıbbi işlemlerden ise diğer hekimler ve sağlık personeli ile birlikte sorumludur. Mesul müdürün idari işlerinden, ambulans servisinin işleyişinden ve hizmetin sunulmasından ambulans servisinin sahipleri de müştereken ve müteselsilen sorumludur. Mesul müdür kuruluştaki bulunmadığı zamanlar için yazılı olarak kendisine vekil tayin eder ve mesul müdür vekilinin ismini il sağlık müdürlüğüne bildirir. Mesul müdür veya mesul müdüre vekâlet eden hekim aynı anda ambulans hekimi olarak çalışamaz(AHY.md.13/1). Dahası mesul müdür, ambulans servisinin kuruluşu, işleyişi ve denetimi ile ilgili her türlü işleminde il sağlık müdürlüğünün birinci derecede muhatabıdır(AHY.md.13/2).

Ambulans servisi mesul müdürü için düzenlenen mesul müdürlük belgesi düzenlenirken ve il sağlık müdürlüğünce onaylı bir örneğinin de ambulans servisinde faaliyet gösteren ambulansların içinde bulundurulması gerekmektedir(AHY.md.12/3). Mesul müdürlük belgesinin bulunmadığının tespiti halinde eksikliğin giderilmesi için 5 günlük süre verilmekte ve eksiklik giderilmediğinde *“uygunluk belgesinin 60 gün süre ile iptali cezası”* uygulanmakta, uygunsuzluğun ikinci kez tespiti halinde ise *“ambulans servisi uygunluk belgeleri ile ambulans uygunluk belgelerinin iptali cezası”* verilmektedir(AHY.Ek 10/A-Denetleme Formu).

Ambulans servisinde, hekimler, ancak adlarına düzenlenmiş personel çalışma belgesiyle çalışabilirler(AHY.md.14/1). Hekimler; ambulans servisinde hasta ve yaralılara uygulanan tıbbi işlemlerden ve hasta ve yaralı kayıtlarının düzenli tutulmasından, yapılan işlemlerin ve tıbbi müdahalelerin hastanın/yaralının dosyasına işlenmesinden sorumludur. Hekim bulunmayan acil yardım ambulanslarında ve acil sağlık araçlarında görev yapan ambulans ve acil bakım teknikerlerine tıbbi danışmanlık, çağrı merkezindeki hekimler tarafından yapılır(AHY.md.14/2).

Ambulans servisinde, hekim dışı sağlık personeli, ancak adlarına düzenlenmiş personel çalışma belgesiyle çalışabilirler(AHY.md.15/1). Ambulans ve acil bakım teknikerleri, hekim bulunmayan ambulans ve acil sağlık araçlarında hasta ve yaralılara uygulanan tıbbi işlemlerden, hasta ve yaralı kayıtlarının düzenli tutulmasından, yapılan işlemlerin ve tıbbi müdahalelerin hastanın/yaralının dosyasına işlenmesinden sorumludur(AHY.md.15/2).

İl sağlık müdürlüğünce adlarına personel çalışma belgesi düzenlenmemiş hekim ve diğer sağlık personeli, her ne surette olursa olsun, ambulans servisinde/ambulansta çalıştırılmaz(AHY.md.31/ç). Ambulans servisinde çalışan tüm sağlık personelinin çalışma izin belgesi yok ise bu eksikliğin giderilmesi için herhangi bir süre verilmeksizin “*uygunluk belgesinin 30 gün süre ile iptali cezası*” verilmektedir(AHY.Ek 10/A-Denetleme Formu). Ambulansta çalışan tüm sağlık personelinin çalışma izin belgesi bulunmadığında ise eksikliğin giderilmesi için 5 günlük süre verilmekte ve eksikliğin devamı halinde “*uygunluk belgesinin 30 gün süre ile iptali cezası*” uygulanmakta, uygunsuzluğun ikinci kez tespiti halinde ise “*ambulans ambulans/acil sağlık aracı uygunluk belgesinin iptali cezası*” verilmektedir(AHY.Ek 10/B-Denetleme Formu).

II .3 .1 .3 .4 – Özellikli Diğer Özel Sağlık Kuruluşlarında Çalışan Sağlık Personeli

II .3 .1 .3 .4 .1 – Kanseri Erken Teşhis ve Tarama Merkezlerinde

Kanser Erken Teşhis ve Tarama Merkezlerinin hastanelere entegre olarak kurulmaları ve bu merkezlerde Kanseri Savaş Dairesi Başkanlığı’nca düzenlenen

eğitimden geçmiş personelini çalışması gerekir. Bu şekilde eğitimden geçmiş hekimlerden birisi, il sağlık müdürlüğü tarafından özel merkezlerin *merkez sorumlusu* olarak görevlendirilir(KETEMY.md.6). Merkez sorumlusu diğer görev ve sorumluluklarının yanı sıra merkezde çalışacak personelin çalışmalarını organize edip ve denetlemekle de görevlidir(KETEMY.md.8/i). Ayrıca uzman hekimlerin çalışma saatleri ile çalışma düzenlerini de merkez sorumlusu düzenlemektedir(KETEMY.md.9/c).

Kanser erken teşhis ve tarama merkezlerinde, Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı tarafından düzenlenen personel eğitiminden geçirilmiş en az bir patoloji, kadın doğum, radyodiagnostik ve genel cerrahi uzmanı  pratisyeni hekim, bir tıbbi teknolog, iki hemşire, bir ebe, röntgen teknisyeni, laboratuvar teknisyeni ile bir veri hazırlama ve kontrol işletmeninin bulundurulur(KETEMY.md.9/a).

Belirtelim ki; yapılan denetimlerde diğer eksikliklerinin yanı sıra sözü edilen sağlık personelinin istihdam edilmediğinin tespiti halinde, eksikliklerin tamamlanması için ilk seferinde 6 ay, ikinci seferinde ise 3 aya kadar süre verilmektedir(KETEMY.md.20). Gereklisi uyarılara ve yirminci maddede sayılan önlemlere rağmen denetim raporlarında belirtilen eksikliklerini tamamlamayan özel işletmelere bağlı merkezlerin açılış izinleri iptal edilerek, sorumluları hakkında yasal işlemler başlatılacaktır(KETEMY.md.22).

II .3 .1 .3 .4 .2 – Akupunktur Tedavisi Uygulanan zel Sağlık Kuruluşlarında

Özel hastaneler, özel tıp merkezleri, özel dal merkezleri ve özel poliklinikler bünyesinde akupunktur tedavisi uygulamak üzere, bir tıbbi dal olarak *akupunktur üniteleri* aılabildiği(ATSY.md.6) gibi, akupunktur tedavisi özel bir dal olarak kabul edilerek özel dal merkezi şeklinde değerlendirilen yerler *akupunktur merkezleri* olarak adlandırılmaktadır(ATSY.md.7). Sözü edilen sağlık kuruluşlarının mesul müdürleri akupunktur uygulanmasına ilişkin tüm iş ve işlemleri yürütürken, akupunktur uygulayacak olan hekimleri için personel çalışma izin belgesi düzenlenmektedir.

Bu sağlık kuruluşlarında, personel çalışma belgesi düzenlenen hekimler ve diğer sağlık personeli dışında hekim ve sağlık personeli çalıştırılmaz(ATSY.md.27/b). İl sağlık müdürlüğünce adlarına personel çalışma belgesi düzenlenmemiş hekim ve hekim dışı sağlık personeli, her ne surette olursa olsun, sağlık kuruluşunda çalıştırılmaz(ATSY.md.27/d). Akupunktur tedavisi uygulanan merkez, ünite ve muayenehanelerde en az bir yardımcı sağlık personeli olarak hemşire ve/veya sağlık meslek lisesi mezunu sağlık memuru bulunması gerekmektedir.¹⁰²⁴

Akupunktur tedavisi uygulanan sağlık kuruluşunda çalışan tüm sağlık personelinin çalışma belgesinin bulunmadığının tespiti halinde, bu eksikliğin giderilmesi için herhangi bir süre verilmediği gibi sağlık kuruluşuna “*faaliyetinin 5 gün süreyle durdurulması cezası*” verilecektir. Dahası sağlık kuruluşlarının muayene odalarında hekimlerin diploma, varsa uzmanlık belgelerinin aslı veya il sağlık müdürlüğünce onaylı rneği, personel çalışma belgelerinin asılları asılı olmadığında ise eksikliğin giderilmesi için 5 günlük süre verilmekte ve eksikliğin devamı halinde de yine “*faaliyetinin 5 gün süreyle durdurulması cezası*” uygulanacaktır(ATSY.md.Ek 3-Denetleme Formu).

Sağlık kuruluşunda akupunktur tedavisini, “Akupunktur Tedavisi Uygulama Sertifikası” olmayan diğer hekimler uygulayamaz(ATSY.md.27/e). Eğer akupunktur tedavisi uygulama sertifikası olmayan hekim tarafından tedavi uygulandığı tespit edilir ise eksikliğin giderilmesi için sağlık kuruluşuna bir süre verilmemekte ve “*faaliyetinin 1 ay süreyle durdurulması cezası*” verilecektir(ATSY.md.Ek 3-Denetleme Formu).

II .3 .1 .3 .4 .3 – Kaplıcalarda

Kaplıca tesislerini gerçek ya da tüzel kişiler işletebilmekte, bunların da hekim ya da ortaklarının tamamı hekim olan ticari şirketler olması gerekmemektedir. Öte yandan, kaplıca tesislerinde işletmecinin devamlı olarak işinin başında bulunması esastır. İşletmecinin devamlı surette bulunmasına imkan olmayan hallerde ise mesul

¹⁰²⁴ Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü’nün 12.01.2004 tarih ve 596(2004/4) sayılı Genelgesi

müdür marifetiyle işin yürütülmesi mümkündür(KY.md.15/1). Mesul müdürün, sağlık eğitimi görmüş yüksek okul mezunlarından olması gerekmektedir(KY.md.15/2). Yani mesul müdürün hekim olması gerekmiyor.

Kaplıca tesislerinde asgarî olarak; tıbbi ekoloji ve hidroklimatoloji uzmanı veya fizik tedavi ve rehabilitasyon uzmanı veya tıbbi değerlendirme kurulunun göreceği lüzum üzerine tıbbi endikasyona göre kaplıca tedavisi konusunda deneyimli diğer uzmanlık dallarından hekim ile fizyoterapist, hemşire, sağlık memuru veya sağlık teknikerinden herhangi biri çalıştırılır(KY.md.14/1).

Sağlık personelinin, kaplıca tesislerindeki sağlık hizmeti aksatılmayacak şekilde çalıştırılması esastır. Ancak, uzman hekimler, kaplıcadaki hasta yoğunluğu, hastaların sağlık durumları dikkate alınarak kısmi zamanlı çalıştırılabilir. Kısmî zamanlı uzman hekim çalıştırılması halinde kaplıcada tedavi gören veya görmek isteyen hastaların bilgilendirilmesi zorunludur(KY.md.14/2).

II .3 .1 .3 .4 .4 – Psiko-Teknik Değerlendirme Merkezlerinde

Özel kuruluşlar bünyesinde de açılabilen psiko-tekniik değerlendirme merkezlerinin sadece “sağlık kuruluşlarınca” açılması gerektiğini çalışmamızın ikinci bölümünde belirtmiştik. Dolayısıyla bu özel kuruluş özel hastane ya da tıp merkezleri bünyesinde olabileceği gibi tamamen ticari bir kuruluş da olabilir.

Öte yandan, il sağlık müdürlüklerince çalışma uygunluk belgesi verilen psiko-tekniik değerlendirme merkezleri sadece buldukları adreste o hizmeti verebilirler. “*Hekimlerin birden fazla özel sağlık kuruluşunda çalışmaları 1219 sayılı Kanunun 12.maddesi ile yasaklanmış*” olduğu için, farklı farklı adreslerde aynı uzman hekim ve psikolog ile hizmet veremezler.¹⁰²⁵ Bununla birlikte, psiko-tekniik değerlendirme merkezlerine duyulan ihtiyaca cevap verecek derecede psikiyatri uzmanı bulunmaması, muayenehanesi olanların da mevzuat gereği bu merkezlerde muayene yapılamadığından muayenehanelerini kapatmak istememeleri nedeniyle yeterli sayıda psiko-tekniik değerlendirme merkezinin açılmaması nedeniyle ve buralarda verilecek hizmette aksamalara sebebiyet verilmemesi amacıyla, psiko-

¹⁰²⁵ Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü’nün 03.06.2005 tarih ve 8148(2005/88) sayılı Genelgesi

teknik değerlendirme merkezinin sorumluluğunu yürüten ve tam gün merkezde çalışan ancak Devlet memuru olmayan psikiyatri uzmanlarının sadece muayenehane açarak mesleklerini icra etmelerine izin verilmiştir.¹⁰²⁶

II .3 .2 – Serbest Çalışan Hekimin Başka Bir Özel Sağlık Kurum ve Kuruluşunda Hasta Bakımı

Muayenehanesi olan hekimler kamu hastanelerinde hasta bakabilmektedirler. Ancak bunların uzman hekim olmaları gerekmektedir. Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'nin 63.maddesine göre, özel hastane bulunmayan yerlerde yataklı tedavi kurumları dışındaki serbest uzman hekimler, acil müdahaleyi gerektiren vakalarda kamu hastanesinin o şubede uzmanı olmadığı takdirde, ameliyat ve tedavilerini kendileri yapmak kaydıyla özel hastalarını yatırabilmektedirler.

Aynı Yönetmeliğin 64.maddesine göre de; görevli uzman hekim her hangi bir nedenle kamu hastanesinde geçici olarak bulunmadığı takdirde, o mahalde aynı dalda başka bir resmi uzman hekim de yoksa, yatan hastaların hayati tehlike arz etmeleri halinde, başhekim tarafından ilgili serbest uzmanlardan bir veya birkaçı kamu hastanesine davet edilebilmektedir. Yönetmeliğin 65.maddesine göre ise kamu yataklı tedavi kurumunda yatan ve tedavi gören hasta veya ailesinden birisi, bir veya birkaç uzmanla konsültasyon yapılmasını istediği takdirde, müdavi hekimin muvafakati, başhekimin müsaadesiyle ücretleri hasta veya sahipleri tarafından ödenmek şartıyla, istenen uzmanların hastayı görmesine izin verilebilmektedir.

Muayenehanesi olan hekimin özel hastanede hasta bakması da mümkündür.¹⁰²⁷ 2219 sayılı Hususi Hastaneler Kanununun 12.maddesinde, “*Hususi hastaneler, almağa mezun oldukları hastalar için bu hastaların istedikleri hekimleri davete ve tedavinin bu hekimler tarafından yapılmasını kabule mecburdurlar...*” denilmiş ve 25. maddesinde de “*Hususi hastanede yatan hastalar tıbbi müşavere*

¹⁰²⁶ Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 07.02.2007 tarih ve 1780 sayılı Genel Yazısı

¹⁰²⁷ Belirtelim ki; kamuoyunda “tam gün çalışmaya dair kanun tasarısı” olarak bilinen ve çeşitli kanunlarda değişiklik öngören kanun tasarısı taslağı ile 1219 sayılı Kanunun 12.maddesi son fıkrası değiştirilmekte ve muayenehane açan hekimin bir başka sağlık kurum ve kuruluşunda mesleğini icra etmesi yasaklanmaktadır.(Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasını Teminen İlgili Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Tasarısı Taslağı: <http://www.ttb.org.tr/index.php/ttb/to-yazismalar/900?task=view#tasari>; Erişim:11.02.2008)

veya tedavi için dışarıdan istedikleri hekimleri çağırabilirler. Bu hekimlerin hastaya cerrahi ameliyat yapabilmeleri Tababet Ve Şuabatı San'atlarının İcrası Tarzına Dair Kanununun 23. maddesi hükmüne bağlıdır." hükmüne yer verilmiştir. Dolayısıyla özel hastanelerde yatan hastaların ameliyatlarının, ameliyatın yapılacağı branşın hastane ruhsatında kayıtlı olması kaydıyla **özel hastanede çalışmayan hekimler** tarafından yapılabilmesi mümkün bulunmaktadır.

Öte yandan, özel tıp merkezleri veya özel dal merkezlerinde, cerrahi müdahale uygulama izin belgesinde belirtilen ilgili cerrahi tıp dallarında ve anesteziyoloji ve reanimasyon dalında sağlık kuruluşunda **çalışma izin belgesi bulunmayan diğer uzman hekimler** de cerrahi müdahalede bulunabilmektedirler.¹⁰²⁸ Hatta, özel tıp merkezlerinde ve özel polikliniklerde, sadece nöbet tutmak üzere o sağlık kuruluşunun kadrolu çalışanı olmayan, başka bir söyleyişle çalışma izin belgesi il sağlık müdürlüğüne düzenlenmeyen hekimlerin çalıştırılması da mümkündür.

Örneğin; özel tıp merkezlerinde "*Mesul müdür tarafından düzenlenen Ek-4/b'deki çalışma belgesi ile üstlerinde fotoğraflı "nöbetçi tabip" yazılı kimlik kartı bulunmak kaydıyla,....veyahut sadece nöbet hizmetleri için kısmî zamanlı çalışan tabipler nöbet tutar*"(ÖSKY.md.21/2). Sekiz saatten daha uzun süreli hizmet veren özel polikliniklerde de, "*nöbetler için mesul müdür tarafından düzenlenen Ek-4/b'deki çalışma belgesi ile üstünde fotoğraflı "nöbetçi tabip" yazılı kimlik kartı bulunmak kaydıyla,..... veya sadece nöbet hizmetleri için kısmî zamanlı çalışan bir tabip nöbet tutar*"(ÖSKY.md.22/2).

II .3 .3 – Özelde Çalışan Sağlık Personelinin Kamuda Çalışması:İhale İle Sağlık Personeli İstihdamı

II .3 .3 .1 – Tarihsel Gelişim

4924 sayılı Kanun ile kamu sağlık kurum ve kuruluşlarında 657 sayılı Kanun kapsamında çalıştırılan sağlık personelinden başka sözleşmeli statüde sağlık personeli çalıştırılmasının da önünün açıldığına çalışmamızın birinci bölümünde

¹⁰²⁸ Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 23.08.2001 tarih ve 14553(2001/68) sayılı Genelgesi)

değınmiştik. Öte yandan, 4924 sayılı Kanununun 11.maddesi ile 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 36.maddesine bir fıkraya eklenerek ihale ile sağlık hizmeti satın alınabilmesine olanak tanınmıştır. 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 36. maddesinin **“III-Sağlık Hizmetleri ve Yardımcı Sağlık Hizmetleri Sınıfı”** başlıklı bendine 4924 sayılı Kanununun 11.maddesi ile eklenen paragrafta şöyle denilmiştir: *“Bu sınıfa dahil personel tarafından yerine getirilmesi gereken hizmetler, lüzumu halinde bedeli döner sermaye gelirlerinden ödenmek kaydıyla, Bakanlıkça tespit edilecek esas ve usullere göre hizmet satın alınması yoluyla gördürülebilir.”*

Düzenlemeye göre, sağlık hizmetleri ve yardımcı sağlık hizmetleri sınıfına dahil hekim, diş hekim, eczacı, hemşire, laborant vb.sağlık personeli tarafından yerine getirilmesi gereken hizmetler, gerektiğinde bedeli kamu sağlık kuruluşlarının döner sermaye gelirlerinden ödenmek üzere, Sağlık Bakanlığı’na belirlenen usullere göre hizmet satın alınması yolu ile gördürülebilir. Sağlık Bakanlığı, **“Sağlık ve Yardımcı Sağlık Personeli Tarafından Yerine Getirilmesi Gereken Hizmetlerin Satın Alma Yoluyla Gördürülmesine İlişkin Esas ve Usuller”**¹⁰²⁹i tespit etmiştir. Konu ile ilgili ayrıca bir uygulama talimatı da çıkarılmıştır.¹⁰³⁰

Belirtelim ki; 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu’nun 36.maddesinin **“III-Sağlık Hizmetleri ve Yardımcı Sağlık Hizmetleri Sınıfı”** başlıklı bendine 4924 sayılı Kanun’un 11. maddesi ile eklenen hükmün iptali için Anayasa Mahkemesi’ne başvurulmasına ve Anayasa Mahkemesi tarafından verilecek karar üzerine yeniden bir karar verilmek üzere sözkonusu **“Usûl ve Esasların”** yürütülmesinin durdurulmasına Danıştay tarafından karar verilmiştir.¹⁰³¹ Bu karar üzerine Sağlık Bakanlığı da sözkonusu usul ve esasların uygulamasını durdurmuştur.¹⁰³²

Öte yandan, **“Usûl ve Esasların”** yürütülmesinin durdurulmasından önce, Sağlık Bakanlığı **“tıbbi cihaz hizmet alımı”** konulu bir Genelge yayınlamıř¹⁰³³ ve Genelgenin (g) bendinde, **“Hizmet satın alınarak kuruma kurulan tıbbi cihazların işletilmesi için gerekli olan uzman personel ve teknisyen düzeyindeki personel ile**

¹⁰²⁹ 05.05.2004 tarih ve 25453 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

¹⁰³⁰ Sağlık Bakanlığı’nın 27.05.2004 tarih ve 4101 sayılı talimatı

¹⁰³¹ Danıştay 5.Dairesi, 22.11.2004, E:2004/4439

¹⁰³² Sağlık Bakanlığı Hukuk Müşavirliği’nin 15.01.2005 tarih ve 274 sayılı talimatları

¹⁰³³ Sağlık Bakanlığı Araştırma, Planlama ve Koordinasyon Kurulu Başkanlığı’nın 27.06.2003 tarih ve 1082(2003/70) sayılı Genelgesi

birlikte hizmet satın alınabilir.”denilmiş, ancak bu hükmün yürütmesi Danıştay kararı ile durdurulmuştur.¹⁰³⁴ Bunun üzerine, sözkonusu Genelgenin (g) bendi uygulamadan kaldırılmış, yerine Genelgeye “(j) *Tıbbi cihaz hizmet alımı yoluyla kiralanarak kuruma kurdurulacak olan cihazın/cihazların bakımı, onarımı, her türlü destek ve hizmete hazır halde tutulması, ayrıca kaliteli ve verimli hizmet verebilmesini temin için gerekli personel bulundurulması istenebilir.*” hükmü eklenmiştir.¹⁰³⁵ Ancak bu hükümdeki, “...ayrıca kaliteli ve verimli hizmet verebilmesini temin...”ibaresinin yürütmesi durdurulmuş¹⁰³⁶ ve Sağlık Bakanlığı bu ibareyi de yine yürürlükten kaldırmıştır.¹⁰³⁷

Belirtelim ki; sağlık kurum ve kuruluşları ile tüm yataklı tedavi kurumlarının eleman temininde güçlük çekilen yerlerde bedeli döner sermaye gelirlerinden ödenmek kaydıyla sağlık ve yardımcı sağlık personelinin hizmet satın alınması yoluyla çalıştırmasına ilişkin Sağlık Bakanlığı'nın başka bir talimatı yürürlüktedir.¹⁰³⁸

II .3 .3 .2 – İhale Mevzuatındaki Düzenleme

Kamu sağlık kurum ve kuruluşlarının 657 sayılı Kanundaki “*sağlık hizmetleri ve yardımcı sağlık hizmetleri sınıfındaki*” personel tarafından yerine getirilmesi gereken hizmetleri dışarıdan özel sağlık kurum ve kuruluşlarından hizmet satın almak suretiyle temin etme yoluna gitmeye başlaması¹⁰³⁹ üzerine, bunlara ilişkin birçok yürütmeyi durdurma kararı verilmeye başlanmıştır. En önemlisi de, Danıştay 5.Dairesinin, 22.11.2004 tarih ve E:2004/4439 sayılı kararı ile, hem yukarıda yer verildiği üzere 657 sayılı Kanunun 36. maddesinin “*III-Sağlık Hizmetleri ve Yardımcı Sağlık Hizmetleri Sınıfı*” başlıklı bendine 4924 sayılı Kanun’un 11. maddesi ile eklenen hükmün Anayasanın 2, 10 ve 128. maddelerine aykırılığı

¹⁰³⁴ Danıştay 13.Dairesi'nin 08.01.2007 tarih ve E:2006/3097 sayılı kararı

¹⁰³⁵ Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı'nın 28.02.2007 tarih ve 2225(2007/13) sayılı Genelgesi

¹⁰³⁶ Danıştay 13.Dairesi'nin 05.10.2007 tarih ve E:2007/7932 sayılı kararı

¹⁰³⁷ Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı'nın 17.12.2007 tarih ve 10533(2007/103) sayılı Genelgesi

¹⁰³⁸ Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 18.05.2004 tarih ve 8182(2004/71) sayılı Genelgesi

¹⁰³⁹ Örneğin; Sağlık Bakanlığı Siyami Ersek Hastanesi İhale İlanları, www.saglik.gov.tr, Erişim:07.08.2004; Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, www.saglik.gov.tr, Erişim:11.08.2004

iddiasıyla iptali için Anayasa mahkemesine başvurulmuş hem de sözü edilen “Usul ve Esaslar”ın yürütmesi durdurulmuştur.

Ortaya çıkan boşluğun doldurulabilmesi ve istenilen gayenin gerçekleştirilebilmesi için bu sefer de ihale mevzuatında değişikliğe gidilmiştir. 4734 sayılı Kamu İhale Kanunu’na 5680 sayılı Kanunun¹⁰⁴⁰ 2.maddesi ile eklenen ek madde 2 ile sağlık hizmeti sunan idarelere, Kanunda öngörülen temel ihale usullerini uygulamak kaydıyla sürekli biçimde ihtiyaç duydukları mal veya hizmet alımlarına ilişkin *çerçeve sözleşmeler* yapma ve bu çerçeve sözleşmelere istinaden alım ihaleleri düzenleyebilme ve *kısa sözleşmeler* yapabilme olanağı getirilmiştir. Çerçeve sözleşmeler ile idarelerin sürekli biçimde ihtiyaç duydukları ve sık sık alım yapmak durumunda kaldıkları mal ve hizmet alımlarını her defasında ihale işlemlerinin tamamını tekrarlamak yerine yapılan ihale ile çerçeve sözleşme yapmaya hak kazanan ve yeterli olan firmalardan gerekli olduğunda sadece fiyat teklifi almak suretiyle temin etmeleri imkanı sağlanmıştır.¹⁰⁴¹

4734 sayılı Kamu İhale Kanunu kapsamında yer alan ve *sağlık hizmeti sunan idarelerin* sürekli biçimde ihtiyaç duydukları mal veya hizmet teminine ilişkin olarak anılan Kanuna göre gerçekleştirecekleri çerçeve sözleşme uygulamasına ilişkin usul ve esaslar ise ***Çerçeve Sözleşme İhalelerinde Uygulanacak Usul ve Esaslara İlişkin Yönetmelik***¹⁰⁴² ile düzenlenmiştir. Sağlık Bakanlığı yayımladığı talimatlarla uygulamanın sözkonusu yönetmelik hükümlerine uygun olarak yapılmasını istemiştir.¹⁰⁴³

Sözkonusu Yönetmeliğin 6.maddesinin birinci paragrafında; “*Çerçeve sözleşme 4734 sayılı Kanun kapsamında yer alan ve sağlık hizmeti sunan idarelerce yapılabilir. Ancak bu durum çerçeve sözleşmenin bakanlık düzeyinde veya il düzeyinde sağlık hizmeti sunan idarelerce yapılmasına engel değildir. Çerçeve sözleşmenin bakanlık düzeyinde veya il düzeyinde yapıldığı durumlarda, çerçeve sözleşmeyi yapan bakanlığa bağlı veya ilgili kuruluşlarca veya il düzeyinde çerçeve*

¹⁰⁴⁰ 07.06.2007 tarih ve 26545 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

¹⁰⁴¹ <http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem22/yil01/ss1439m.htm>; Erişim:09.04.2008

¹⁰⁴² 12.09.2007 tarih ve 26641 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

¹⁰⁴³ Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı’nın 17.09.2007 tarih ve 11365 sayılı Genel Yazısı ile 27.09.2007 tarih ve 11719 sayılı Genel Yazısı

sözleşmeyi yapan idareye bağlı veya ilgili kuruluşlarca bu çerçeve sözleşmeler kapsamında kısa sözleşme yapılabilir.” şeklinde yer alan hüküm ile çerçeve sözleşmelerin Sağlık Bakanlığı veya il düzeyinde yapılmasına, Sağlık Bakanlığı veya il düzeyinde yapılan çerçeve sözleşmeler kapsamında da bağlı kuruluşlarca kısa sözleşmeler yapmaya imkân sağlanmıştır.

Böylece, sağlık hizmeti gibi önemli bir hizmeti sunan idarelerin süreklilik arz eden acil ve önemli ihtiyaçlarının zamanında karşılanması amacıyla; sürekli biçimde ihtiyaç duydukları mal veya hizmet alımlarını, her defasında ihale işlemlerinin tamamını tekrarlamak yerine yapılan ihale ile çerçeve sözleşme yapmaya hak kazanan ve yeterli olan firmalardan gerekli olduğunda sadece fiyat teklifi almak suretiyle temin edilmesi imkanı getirilmiştir.¹⁰⁴⁴

II .3 .3 .3 – Anayasa Mahkemesi Kararı

Yukarıda açıklanan süreç yaşanırken Anayasa Mahkemesi; 657 sayılı Kanunun 36. maddesinin *“III-Sağlık Hizmetleri ve Yardımcı Sağlık Hizmetleri Sınıfı”* başlıklı bendine 4924 sayılı Kanun’un 11. maddesi ile eklenen hükmün Anayasanın 2, 10 ve 128. maddelerine aykırılığı iddiası ile yapılan başvuruyu sonuçlandırmış ve 22.11.2007 tarihli, E:2004/114, K:2007/85 sayılı Kararı¹⁰⁴⁵ ile, 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 36. maddesinin *“III-Sağlık Hizmetleri ve Yardımcı Sağlık Hizmetleri Sınıfı”* başlıklı bendine eklenen, *“Bu sınıfa dahil personel tarafından yerine getirilmesi gereken hizmetler, lüzumu halinde bedeli döner sermaye gelirlerinden ödenmek kaydıyla, Bakanlıkça tespit edilecek esas ve usullere göre hizmet satın alınması yoluyla gördürülebilir.”*paragrafının iptali talebini reddetmiştir.

Anayasa Mahkemesi kararında; *“sağlık hizmetleri, kendi iç dinamikleri ve nitelikleri gereği üretilmesi ve halk yararına sunulmasında özel sektörün kazanç, rekabet ve büyüme dinamiklerinden yararlanacak türdeki hizmetlerden olduğu”,* artan sağlık hizmeti talebinin hizmet satın alma yöntemi ile karşılanmasının ise, *“yetersiz ve kısıtlı kalifiye insan gücü kaynağını değerlendirerek hizmette etkinlik ve*

¹⁰⁴⁴ Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı’nın 17.09.2007 tarih ve 11365 sayılı Genel Yazısı

¹⁰⁴⁵ 24.12.2007 tarih ve 26736 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

verimlilik sağlamak, değişen şartlara ve ihtiyaca göre hizmet planlama ve sunumunu yapmak, yerinde sağlık hizmeti sunarak gereksiz hasta transferi ve beraberinde getireceği sosyal sorunlara son vermek, kaynak kullanımı kontrollü, kaliteyi yükselten, maliyeti düşüren etkin, süratli, kesintisiz bir sağlık hizmeti sunmak, gereksiz bina ve cihaz alımının önüne geçmek, kurumlar arası işbirliği ve halkın sosyal memnuniyetini arttıracakı” sonucuna varılmıştır.

Kararda ayrıca, “Anayasa gereği herkesin, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahip olması karşısında, ülkenin her yöresinde sağlık hizmetlerinden tam olarak yararlanılabilmesini sağlamak amacıyla niteliği gereği sağlık hizmetlerinin yerine getirilmesinde ortaya çıkacak eksiklik ve gecikmelerin telafisi olanaksız sonuçlara yol açabilmesi, kamunun iktisadi ve teknik yetersizliği, teknolojik gelişme ve kullanıcıları ve hizmet sunucu ve donanımlarına olan ihtiyaç, görev ve yer yönünden erişim zorlukları, sağlık hizmetlerinin ertelenemez ve ikame edilemez özellikleri, doğal afet, salgın hastalıklar ve acil durumlar sağlık hizmetlerinin hizmet satın alma yoluyla karşılanmasını zorunlu kılmaktadır. Böylece, itiraz konusu kural ile, sağlık hizmetleri ve yardımcı sağlık hizmetleri sınıfına dahil personel tarafından yerine getirilmesi gereken hizmetlerin, ücretleri döner sermaye gelirlerinden karşılanmak kaydıyla, lüzumu halinde hizmet satın alınması yoluyla gördürülmesi olanaklı hale gelmektedir.” denilerek, kuralın, Anayasa’nın 2. maddesinde belirtilen sosyal devlet ilkesini gerçekleştirmek, 5. maddesinde Devletin temel amaç ve görevleri arasında belirtilen kişilerin ve toplumun refah, huzur ve mutluluğunu sağlamak, insanın maddi ve manevi varlığını geliştirmek, 56. maddesinde öngörülen sağlık hizmetlerini tam ve dengeli biçimde yerine getirebilmek amacıyla düzenlendiği belirtilerek iptal talebi reddedilmiştir.¹⁰⁴⁶

¹⁰⁴⁶ Anayasa Mahkemesinin sözü edilen kanun hükmünü iptal talebini reddetmesine rağmen; Danıştay 5.Dairesinin 22.11.2004, E:2004/4439 sayılı yürütmeyi durdurma kararına esas olan Sağlık Bakanlığı Denizli Devlet Hastanesi’nde 5 hekim ve 7 diğer sağlık personeli hizmetinin ihale ile dışarıdan alımı ve bu ihalenin teknik şartnamesi “lüzum” unsuru gerçekleşmediğinden hukuka aykırı bulunarak yine de Danıştay 5.ve 13.Dairelerinin ortaklaşa verdikleri kararla iptal edilmiştir. (<http://www.ttb.org.tr/index.php/hukuk/hukuk-haberleri/124-hukuk/966-966>; Erişim:21.03.2008)

II .3 .3 .4 – Anayasa Mahkemesi Kararı Sonrası Satın Alınacak Sağlık Hizmeti

Anayasa Mahkemesinin 657 sayılı Kanundaki, “Bu sınıfa dahil personel tarafından yerine getirilmesi gereken hizmetler, lüzumu halinde bedeli döner sermaye gelirlerinden ödenmek kaydıyla, Bakanlıkça tespit edilecek esas ve usullere göre hizmet satın alınması yoluyla gördürülebilir.” hükmünü iptal etmemesi ve bu arada ihale mevzuatında yapılan değişikliklerle çerçeve sözleşme ve kısa sözleşmeler ile sürekli ihtiyaç duyulan mal ve hizmetlerin her defasında ihale işlemlerini tekrarlamaya gerek olmadan dışarıdan hizmet satın alınması suretiyle karşılanması olanağı artık sıkça başvurulacak bir yol olarak görülmektedir. Zaten *Sağlık ve Yardımcı Sağlık Personeli Tarafından Yerine Getirilmesi Gereken Hizmetlerin Satın Alma Yoluyla Gördürülmesine İlişkin Esas ve Usuller*’de bu hususlar açıklanmıştır.

Sağlık hizmetlerinin satın alma yoluyla gördürülmesine dair iş ve işlemler; bir kısım tıbbi cihaz ve ekipmanların kiralanması yahut da bir kısım gerçek kişilerin 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu’nda öngörüldüğü şekliyle kamusal bir istihdamı modeli değildir. Bu sistem, hizmeti sunacak olan kişi ile hizmetin sunumunda vazgeçilmez niteliğe haiz olan tıbbi cihaz ve ekipmanların bir bütün oluşturacak şekilde bir araya gelmesi neticesinde ortaya çıkan “sağlık hizmetinin” satın alma yoluyla gördürülmesinden ibarettir.

Bu çerçevede, örneğin; bir tomografi cihazı tek başına kiralanmayacak, ya da bir Radyoloji Uzmanı hekim, hizmetinden istifade etmeye yönelik gerekli tıbbi cihaz ve ekipmanlar olmaksızın, hizmet satın alma yoluyla çalıştırılmayacaktır. Yapılacak olan işlem; tomografi cihazı ile radyoloji uzmanı yahut da bu hizmeti görebilecek nitelikte bir başka uzman hekim hizmetinin bir araya gelmesi ile bütünlük arzedecek olan “Görüntüleme Hizmetinin”, sağlık hizmeti olarak satın alınması işlemidir.

Diğer taraftan; sağlık hizmeti satın alacak olan idare bünyesinde, görüntüleme hizmeti sunmaya uygun tıbbi cihaz, araç ve gereçlerin bulunmasına rağmen, bu hizmetin sunumunda görevlendirilebilecek nitelikte bir Radyoloji Uzmanı hekimin bulunmaması halinde, bu defa salt Radyoloji Uzmanı hekimlik hizmeti satın

alınmasına yönelik işlemler tesis edilebilecek ve zikredilen bütünlük sağlanabilecektir. Ya da; ameliyathanesi bulunmayan veyahut ameliyathanesi bulunmakla birlikte bu nevi cerrahi müdahalede bulunabilecek uzman hekimi bulunmayan bir yataklı tedavi kurumu, anestezi teknisyenliği hizmeti satın alma yoluna gidemeyecek veya bu hizmeti, gerekli cerrahi müdahalede bulunabilecek uzman hekim hizmeti ile birlikte satın alabilecektir.

Netice itibariyle; sağlık hizmetleri kendi içerisinde bir bütün olarak değerlendirilecek ve yukarıda işaret olunan örnekte olduğu gibi; anestezi teknisyenliği veya ameliyathane hemşireliği hizmetleri gibi hizmetler, birbirinden bağımsız olarak değil, bu hizmetler bir araya getirildiğinde bir bütün olacak şekilde tasarlanacak ve alınacak olan sağlık hizmeti, o kurumun “ameliyathane hizmetlerinin” eksiksiz olarak yürütülmesine matuf bulunacaktır.

Sağlık hizmetinin, bu hizmetin vazgeçilmez nitelikte parçası durumunda bulunan tıbbi cihaz ve ekipman ile birlikte sunulmasının zorunlu bulunduğu durumlarda; hizmet satın alma işlemleri, mülkiyeti devralınmaksızın tıbbi cihaz ve ekipmanın da dahil olduğu bir paket halinde satın alınabilecek, bu tıbbi cihaz ve ekipmanlar hizmeti satın alan idare bünyesinde konumlandırılabilmesi gibi, yüklenicinin halihazırdaki işyerinde bulunmasına müsaade edilerek, hizmet bu suretle de satın alınabilecektir.

Örneğin; ağız ve diş sağlığı hizmetleri satın alınmasına karar verilmesi halinde, eğer, kurumun bünyesinde ve mülkiyetinde bir diş ünitesi mevcut ise, bu durumda sadece diş hekimliği hizmeti satın alınacak, eğer bu şekilde bir diş ünitesi mevcut değilse, diş ünitesi ile birlikte hizmetin bir paket halinde satın alınması yapılabilecek ve bu diş ünitesinin, kurum bünyesinde yapılandırılması öngörülebileceği gibi, diş hekiminin mevcut muayenehanesinde birim fiyat usulü ile bu hizmetlerin satın alınması gerçekleştirilebilecektir.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

TÜRKİYE'DE ÖZEL SAĞLIK KURUM VE KURULUŞLARINDA İSTİHDAM EDİLEN PERSONELİN SOSYAL GÜVENLİĞİ

I- SAĞLIK PERSONELİNİN SİGORTALILIĞI

Bu başlık altında, özel sağlık kurum ve kuruluşlarında çalıştırılan personelin sigortalılığına geçmeden önce, “sosyal güvenlik reform süreci” kapsamında 5502 ve 5510 sayılı Kanunların yürürlüğe girme süreçlerine kısaca değinilecektir. Daha sonra ise, sağlık personelinin sosyal sigortalılığı değerlendirilecek ve sağlık mevzuatında sıkça karşımıza çıktığı üzere, çalışma yasağı olmasına rağmen fiilen çalıştırılan sağlık personelinin sigortalılık durumu tartışılacaktır.

I.1 – Sosyal Güvenlik Reform Süreci

Sosyal güvenlik alanındaki son düzenlemelerden 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu¹⁰⁴⁷ ile sosyal güvenlikte “tek çatı” oluşturularak, SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığının hukuki varlıklarına son verilmiş ve Sosyal Güvenlik Kurumu(SGK) kurulmuştur. 5502 sayılı Kanun ile ilgili olarak Anayasa mahkemesine gidilmediği gibi bu kanunun yürürlüğe girmesinin ertelenmesi de sözkonusu olmamıştır. Belirtelim ki; “sosyal güvenlik reform” tartışmaları sürecinde, “tek çatı yaklaşımının” sosyal güvenlik sistemimizle ilgili en önemli ve acil bir mesele olmadığı, ekonomik gelişmenin yüksek olduğu dönemlerde bunun gündeme getirilmesi gerekliliğine işaret edilmiş¹⁰⁴⁸, keza devrolunan sosyal sigorta kurumları arasında norm ve standart birliği sağlanmış olsaydı tek çatı gibi bir çözüme gerek olmayacağı da vurgulanmıştır.¹⁰⁴⁹

¹⁰⁴⁷ 20.05.2006 tarih ve 26173 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

¹⁰⁴⁸ ALPER, Yusuf: “ ‘Tek Çatı Yaklaşımı’ Sosyal Güvenlik Sistemimizle İlgili En Önemli ve Acil Mesele Değildir”, http://www.tisk.org.tr/isveren_sayfa.asp?yazi_id=721&id=43, **Erişim: 12.12.2006**

¹⁰⁴⁹ ARICI, Kadir: “Sosyal Güvenlikte Kurumsal Yapı”, Sosyal Güvenlikte Yeni Dönem ve İşveren Yükümlülükleri Semineri, TİSK Yayınları, Yayın No:280, Şubat 2007, Ankara, s:31

Öte yandan, 5502 sayılı Kanunda Kurumun idari ve mali açıdan özerk olduğu belirtilmesine rağmen bunun iki açıdan tartışmalı olduğu ifade edilmiştir. Birincisi; Kurum başkanına yönetim kurulu üyelerine tanınan görev süresi güvencesinin verilmemesidir. İkincisi ise yönetim kuruluna atanacak başkan yardımcısının Bakan tarafından görevlendirilmesidir.¹⁰⁵⁰ Bu bağlamda üst düzey yöneticilerin göreve getirilmeleri ve değiştirilmeleri ne kadar merkezi yönetime bağımlı ise kurumsal özerkliğin de o ölçüde zayıf olacağı belirtilmiştir.¹⁰⁵¹ Bununla birlikte yönetim kurulunun yapısı ve bazı denetim hizmetlerinin dışarıdan alınmasına yönelik düzenlemelerin 102 sayılı UÇÖ Sözleşmesine aykırı olduğu da ifade edilmiştir.¹⁰⁵²

5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu¹⁰⁵³ ise uygulaması sürekli ertelenen bir kanun olagelmıştır. 5510 sayılı Kanun ile 506, 1479, 5434 sayılı kanunların büyük bir bölümü ve 2926, 2829 sayılı kanunlar ise tamamiyle kaldırılmaktadır. Anayasa Mahkemesinin; 15.12.2006 tarihli, E:2006/111, K:2006/36 sayılı kararı ile yürütmeyi durdurma¹⁰⁵⁴ kararı verilmiş ve 15.12.2006 günlü, E. 2006/111, K. 2006/112 sayılı kararı ile de 5510 sayılı Kanunun bazı hükümleri iptal edilmiştir.¹⁰⁵⁵ İptal kararları sonrasında 5510 sayılı Kanunun uygulama tarihi, önce 5565 sayılı Kanunun 30.maddesi ile 01.07.2007'ye, 5655 sayılı Kanunun 2.maddesi ile 01.01.2008'e, 5724 sayılı Kanunu 28.maddesiyle de 01.06.2008 ertelenmiştir.

Nihayet, 5754 sayılı Kanun¹⁰⁵⁶ ile değişik 5510 sayılı Kanun kademeli olarak yürürlüğe girmektedir. Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu'nu(md.72) ve bazı maddi katkı türlerine ilişkin(md.73) düzenleme 30.04.2008 tarihinde yürürlüğe girmiştir. Sunulacak sağlık hizmetlerinin türleri(md.63), kapsam dışı kalan sağlık hizmetleri(md.64), yurtdışı tedavi(md.66), sağlık hizmetlerinden yararlanma

¹⁰⁵⁰ KILIÇDAROĞLU, Kemal: "Sosyal Güvenlik Reformu mu ?", **Mercek**, Temmuz 2006, S:43. s: 7-12

¹⁰⁵¹ MAKAS, Recep: "Sosyal Güvenlikte Yeni Örgütlenme Modeli: Sosyal Güvenlik Kurumu", **Tes-İş Dergisi**, Kasım 2006, S:2006-3, s:60-65

¹⁰⁵² SÖZER, Ali Nazım: "Sosyal Güvenliğin Organizasyonu", Sosyal Güvenliğin Yeniden Yapılandırılması Semineri, 7-8 Aralık 2006 Ankara, TİSK Yayın No:284, Ankara 2007, s:59-98

¹⁰⁵³ 16.06.2006 tarih ve 26200 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

¹⁰⁵⁴ 26.12.2006 tarih ve 26388 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

¹⁰⁵⁵ 30.12.2006 tarih ve 26392(5.Mükerrer) sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

¹⁰⁵⁶ 08.05.2008 tarih ve 26870 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

şartları(md.67), katılım payı alınması(md.68), katılım payı alınmayan haller(md.69), sevk zinciri(md.70), kimlik tespiti(md.71), sağlık hizmeti bedellerinin belirlenmesi(md.72), gelirlerin kullanım amacı(md.74), doğal afetler ve savaş hali(md.75), sağlık hizmet sunucularının duyurulması(md.77), sağlık hizmeti sunucularının kayıt ve bildirim zorunluluğu(md.78), prim alınması zorunluluğu(md.79), prime esas kazançlar(md.80/4) ile ilgili maddeler ise 01.07.2008 tarihinde yürürlüğe girmiştir. Değinenlerin dışında kalan kurallar için yürürlük tarihi ise 01.10.2008 olarak belirlenmiştir.¹⁰⁵⁷

Sosyal güvenlik sistemimizde gerçekleştirilen reformun, Dünya Bankası ve IMF'nin sözcülüğünü yaptığı yeni liberal ideolojinin temel felsefesine dayandığı ve bu kuruluşların reçetelerine dayalı olarak hazırlandığı, Türkiye'nin gerçeklerinden ve sosyal güvenlik sisteminin sorunlarına çözüm amacıyla hazırlandığı söylemin inandırıcı olmadığı, istihdam olanaklarını artırıcı ve kayıtdışı istihdamı önleyici ekonomik ve sosyal politikalar yaşama geçirilmediği sürece, üç kurumun tasfiye edilip tek kuruma(SGK), üç ayrı uygulama yasasının da tek yasa haline getirilmesi ile sosyal güvenliğin temel sorunlarına çözüm bulunamayacağı dile getirilmiştir.¹⁰⁵⁸

I .2 – Sigortalı Sayılma

I .2 .1 – Genel Olarak

Çalışmamızın ikinci bölümünde özel sağlık kurum ve kuruluşlarının bir işyeri olarak SGK ye bildirilmesine, üçüncü bölümünde de buralarda çalıştırılan sağlık personelinin sigortalı olarak Kuruma bildirilmesine ilişkin usul ve esaslara yer verilmişti. Özel sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışan sağlık personelinin genellikle hizmet akdi ile çalıştığı da dikkate alınarak, 5510 sayılı Kanunun 4.maddesi birinci fıkrası kapsamında sigortalı sayılmaya kısaca değinmeye çalışacağız.

5510 sayılı Kanunun 4.maddesi birinci fıkrası (a) bendine göre, hizmet akdi ile bir veya birden fazla işveren tarafından çalıştırılanlar sigortalı sayılmaktadır. Bu

¹⁰⁵⁷ SÖZER, Ali Nazım: “Genel Sağlık Sigortasında Sunulan Edimler: Kapsam ve Yararlanma Koşulları”, **Sicil**, Haziran 2008, S:10, s:146-157; OKUR, Ali Rıza: “Hukuk Tarihimizin Yürürlük Özürlü İlk Yasası: 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, http://www.tisk.org.tr/isveren_sayfa.asp?yazi_id=2051&id=; Erişim:15.06.2008

¹⁰⁵⁸ GÜZEL, Ali: “Sosyal Güvenliğin Evrensel Değerleri ve Yeni Liberal Reformlar”, **Tes-İş Dergisi**, Kasım 2006, S:2006/3, s:40-47; ÖZŞUCA, Ş.Türkan: “Küreselleşme Sürecinde Sosyal Güvenlik Ve İşgücü Piyasası”, **Tes-İş Dergisi**, Kasım 2006, S:2006/3, s:48-59

tanımlama şekli 506 sayılı Kanunun mülga 2.maddesinin birinci fıkrası ile aynıdır.¹⁰⁵⁹ Bu kapsamda sigortalı sayılmada temel belirleyici hizmet akdidir. Bir başka anlatımla, sigortalı ile işveren arasındaki hizmet akdine dayanan, “zaman” ve “bağımlılık” unsurlarını da içeren bir iş ilişkisinin olması gerekmektedir. Sigortalı sayılabilmek için önemli olan husus, sigortalı işte çalışmaktır.¹⁰⁶⁰ Sağlık personelinin işvereni ise özel sağlık kurum ve kuruluşunu işleten gerçek ya da tüzel kişi olabilecektir.

Öte yandan, sigortalılığın oluşumu yönünden çalışma olgusunun varlığı zorunludur. Eylemli veya gerçek biçimde çalışmanın varlığı saptanmadıkça, hizmet akdine dayanılarak dahi sigortalılıktan söz edilemez.¹⁰⁶¹ Sigortalılığın başlangıcı ise iş sözleşmesinin yapıldığı değil, fiilen işe başlandığı tarihtir.¹⁰⁶² Öyle ki, bir kimsenin sigortalı sayılabilmesi için sigortalı işe giriş bildirgesinin varlığı yeterli değildir. Aynı zamanda eylemi olarak çalışması da koşuldur.¹⁰⁶³

I .2 .2 – Sağlık Personelinin Sigortalı Sayılması

Sağlık personelinin 5510 sayılı Kanunun 4.maddesi birinci fıkrasının (a) bendi kapsamındaki sigortalılığından söz edebilmek için, sigortalının işverenin emir ve talimatı altında, bilfiil çalışması gerekmektedir. Zira, sosyal sigorta ilişkisinin başladığının kabulü için sigortalının fiilen çalışmaya başlamış olması gerektiği kabul edilmektedir.¹⁰⁶⁴ Bazı durumlarda ve işin niteliğinden dolayı devamlı olarak çalışma eylemi içinde bulunulmayabilir. Ancak böylesi durumlarda bile sigortalının işverenin

¹⁰⁵⁹ AKIN, Levent: “Sigortalılık Kavramı Açısından Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanun Tasarısının Değerlendirilmesi”, **AÜ.Hukuk Fakültesi Dergisi**, 2005, C:54, S:2, s:23-63

¹⁰⁶⁰ Y.HGK. 11.12.1985, E:1984/10-249, K:1985/1043; ÇAKMAK, İhsan: Şerhli Sosyal Sigortalar Kanunu, Adalet Yayınevi, Ankara 2001, s:40-41

¹⁰⁶¹ Y.HGK. 06.07.2005, E:2005/21-437, K:2005/448; **Legal İş Hukuku ve Sosyal Güvenlik Hukuku Dergisi**, 2005/8, s:1637-1640

¹⁰⁶² TUNCAY, A.Can, EKMEKÇİ, Ömer: Sosyal Güvenlik Hukuku'nun Esasları, Legal Yayınları, İstanbul 2008, s:159

¹⁰⁶³ Y.HGK. 22.03.2006, E:2006/21-43, K:2006/98; **Legal İş Hukuku ve Sosyal Güvenlik Hukuku Dergisi**, 2007/15, s:1041-1042; Y.21.HD. 21.02.2006, E:2005/11900, K:2006/1463; **Legal İş Hukuku ve Sosyal Güvenlik Hukuku Dergisi**, 2006/12, s:1563-1564; Y.21.HD. 03.06.2004, 2685/5365; OKUR, Ali Rıza: “Sosyal Sigortaların Genel Hükümleri ve Türleri”, Yargıtay'ın İş Hukukuna İlişkin Kararlarının Değerlendirilmesi 2004, İş Hukuku ve Sosyal Güvenlik Hukuku Türk Milli Komitesi, Ankara 2006, s:173-267

¹⁰⁶⁴ KARADENİZ, Oğuz: “Sosyal Sigorta İlişkisinin Bir Koşulu: İşyerinde Fiili Çalışma”, **Sosyal Güvenlik Dünyası**, Temmuz-Ekim 2002, S:15, s:21-26

emri ve talimatı altında, verilecek işi yapmaya hazır bir şekilde beklemesi yeterli görülmelidir.

Sağlık personeli için Sağlık Bakanlığı'ndan ya da il sağlık müdürlüğünden çalışma izin belgesinin alınmış olması, onun fiilen çalışması anlamına gelmemektedir. Başka bir söyleyişle, çalışma izin belgesinin varlığı sağlık personelinin sigortalı sayılması için yeterli değildir. Bu durum işe giriş bildirgesinin verilmiş olmasının tek başına sigortalı sayılmak için yeterli olmadığı kuralı ile paralellik arz etmektedir. Her iki durumda da, eylemli olarak çalışan sağlık personeli sigortalı sayılacaktır.

Öte yandan, şirket ortağı olarak ya da kendi adına ve hesabına bağımsız olarak çalışan sağlık personeli 5510 sayılı Kanunun 4.maddesi birinci fıkrasının (b) bendi, kamu görevlisi olarak çalışan sağlık personeli de Kanunun 4.maddesi birinci fıkrasının (c) bendi kapsamında sigortalı sayılacaktır. Bu şekilde, 5510 sayılı Kanunun 4.maddesi birinci fıkrasının (a), (b) ve (c) bentleri uyarınca zorunlu sosyal sigortalı sayılan sağlık personeli, kanunun 60.maddesi birinci fıkrasının (a) bendi gereğince de zorunlu genel sağlık sigortalısı sayılmaktadır.

Belirtelim ki; 506, 1479 ve 5434 sayılı Kanunlara göre kendilerine yaşlılık aylığı bağlanmış olan sağlık personeli ile 5510 sayılı Kanun yürürlüğe girdiği tarihte de çalışmasını sürdüren ve bu kanuna göre yaşlılık aylığı bağlanacak olan sağlık personeli, sosyal güvenlik destek primi ödemek suretiyle yaşlılık aylıkları kesilmeksizin özel sağlık kurum ve kuruluşlarında sigortalı olarak çalışabileceklerdir.¹⁰⁶⁵

I.3 – Çalışma Yasağı Olanların Sigortalılığı

I.3.1 – Genel Olarak

Çalışmamızın üçüncü bölümünde yer verildiği üzere çalışması kanunla yasaklanmış olan sağlık personelinin özel sağlık kurum ve kuruluşlarında iş sözleşmesi ile fiilen çalıştırılmasının sonucu tartışılmaya değer görülmektedir. Bu

¹⁰⁶⁵ CANIKLIOĞLU, Nurşen: “5510 sayılı Kanun ve İş Sözleşmesine Göre Çalışanların Sosyal Güvenlik Destek Primi Ödeyerek Çalışmaları”, *Sicil*, Haziran 2008, S:10, s:164-177

tartışmada, aşağıdaki sorulara yanıt bulmak gerekmektedir. Yasağa rağmen fiilen çalıştırılan sağlık personeli tüm işçilik ya da sosyal sigorta haklarından yararlanabilecek midir? İş sözleşmesi hükümsüz sayılacak mı? İş sözleşmesinin hükümsüzlüğü iş hukukundaki genel kabul gören kurala mı tabi olacak? Yoksa iş sözleşmesi, istisnasız, çalışması yasak tüm sağlık personeli açısından başından itibaren mi geçersiz sayılacak ?

Esasen iş sözleşmesinin geçersizliğinin geleceğe yönelik hüküm doğuracağı tezi, küçüklerin ve kadınların çalıştırılması yasaklarına aykırılık, şekle aykırılık gibi kamu düzenini ağır bir şekilde ihlal etmeyen hallerle sınırlıdır. Buna karşılık, kanuna, ahlaka aykırılığın ağır olduğu; yani kamu düzeni bakımından kesinlikle kabul edilemez bir aykırılığın söz konusu olduğu hallerde butlanın(hükümsüzlüğün) geleceğe yönelik hüküm doğuracağı tezi hiçbir şekilde savunulamaz. Örneğin; sözleşmenin konusunun fuhuş, kaçakçılık, kalpazanlık olması halinde de hükümsüzlük baştan itibaren¹⁰⁶⁶

Çalışmamızın üçüncü bölümünde iş sözleşmesinin hükümsüzlüğüne genel olarak yer verilmişti. Kısaca; iş sözleşmelerinin hükümsüz sayıldığı durumlarda, geçersizliğin ileriye doğru sonuç doğuracağı ilkesi benimsenmiştir. Ancak her zaman bu sonuca ulaşmak mümkün değildir. Öyle sözleşmeler vardır ki bunları ileriye doğru geçerli kılmak sözkonusu olmaz. Bazı durumlarda iş sözleşmesinin geçersizliğini genel kurala uygun olarak geriye doğru yürütmek kaçınılmazdır. Örneğin; konusu kamu düzenine, ahlaka aykırı ve hukuk düzeninin temel ilkelerine aykırı olan bir iş sözleşmesi, bir süre uygulama alanı bulmuş olsa dahi, burada koruma ilkesine yer verilemeyeceği için geçersizliğin geriye doğru etki doğurduğunu kabul etmek gerekir.¹⁰⁶⁷

¹⁰⁶⁶ NARMANLIOĞLU, Ünal: İş Hukuku Ferdi İş İlişkileri I, 3.Bası, DEÜ Hukuk Fakültesi Döner Sermeye İşletmesi Yayınları No:91, İzmir 1998, s:191-192; MOLLAMAHMUTOĞLU, Hamdi: İş Hukuku, Turhan Kitabevi, Ankara 2004, s:337; AKYİĞİT, Ercan: Hizmet Akdinin Kesin Hükümsüzlüğü ve İptal Edilebilirliği, Kazancı Yayınları, İstanbul 1990, s:39

¹⁰⁶⁷ TAŞKENT, S; EYRENCİ, Ö. ve ULUCAN, D.:Bireysel İş Hukuku, 3.Bası, Legal Yayıncılık, İstanbul 2006, s:97

I.3.2 – Sağlık Personeli Açısından

Yukarıda da açıklandığı üzere, kendisine yasaklanmış bir iş dolayısıyla yabancı uyruklu kimsenin yaptığı iş sözleşmesi hükümsüzdür.¹⁰⁶⁸ Dahası, çalıştırılması yasaklanmış bir yabancı ile yapılan iş sözleşmesi, diğer hükümsüz iş sözleşmelerinden farklı olarak, hükümsüzlüğün tespiti anından itibaren değil, baştan itibaren geçersiz sayılacaktır.¹⁰⁶⁹ Zira burada sözü edilen yasaklar, sağlık personelinin(işçiyi) değil toplum düzenini korumaya yöneliktir.¹⁰⁷⁰ Gerçekten de, kişi konusu suç teşkil eden veya ahlaka ve adaba aykırı bir işi ifa ediyor olabilir. Böyle bir çalışma nedeniyle de sigortalılık vasfı kazanılamaz.¹⁰⁷¹

Yabancı birisi kendisine yasaklanmış hekimlik, diş hekimliği, ebe ve hemşirelik mesleklerini özel bir sağlık tesisinde fiilen bir süre yapmış olsa bile, kamu düzenine aykırı olan bu iş sözleşmesinin başından beri geçersiz sayılması gerekir. Benzer biçimde devlet hizmet yükümlülüğünü yerine getirmeyen bir hekimin, kamuda tam gün çalışan sağlık personelinin, kamuda sözleşmeli olarak çalışan sağlık personelinin, kamuda il sağlık müdürü ve başhekim olarak çalışanların, mesleklerini yapmaları geçici veya sürekli olarak yasaklanmış sağlık personelinin de özel sağlık kurum ve kuruluşlarında mesleklerini icra etmeleri aynı yaptırıma tabi olmalıdır.

Çalıştırılması yukarıda yer verilen sebeplerle yasaklanmış sağlık personelinin bu yasağa rağmen fiilen çalıştırılması durumunda sosyal sigortalılığının da kabulü mümkün değildir. Çalıştırılması yasaklanmış sağlık personelinin durumu; 18.06.1958, E:20, K:9 sayılı Yargıtay İçtihadı Birleştirme kararındaki, **“yaşı ve kadın oluşu gibi sebeplerle herhangi bir işte çalışması yasak bulunan işçinin yasağa rağmen çalıştırılmış olması halinde işçi sayılacağına ve bundan dolayı işçi sigortaları kanunlarının işçilere tanıdığı haklardan istifade edeceğine”** şeklindeki

¹⁰⁶⁸ NARMANLIOĞLU, Ünal: İş Hukuku Ferdi İş İlişkileri I, 3.Bası, DEÜ Hukuk Fakültesi Döner Sermeye İşletmesi Yayınları No:91, İzmir 1998, s:153; Aynı yerde (67) no’lu atıf da, kanunen çalışması yasaklanmış yabancı uyruklu kişinin kıdem tazminatı talep hakkının bulunmadığına ilişkin olarak bkz. Y.4.HD. 11.09.1958, E:7336, K:5560

¹⁰⁶⁹ ŞAKAR, Müjdat: İş Hukuku Uygulaması, Der Yayınları, 6.Baskı, İstanbul 2005, s:80; DEMİR, Fevzi: İş Hukuku ve Uygulaması, 4.Baskı, Birleşik Matbaacılık, İzmir 2005, s:83

¹⁰⁷⁰ SÖZER, Ali Nazım: Sosyal Sigorta İlişkisi, DEÜ Yayınları No:096.AR.89.012.074, İzmir 1991, s:196-197

¹⁰⁷¹ SÖZER, Ali Nazım: Sosyal Sigorta İlişkisi, DEÜ Yayınları No:096.AR.89.012.074, İzmir 1991, s:56

hükümde sözü edilen “*gibi sebeplerden*” değildir. Sağlık personeline ilişkin çalışma yasakları doğrudan kamu düzeni ile ilgilidir. Bu sebeple de çalışması/çalıştırılması yasaklanmış sağlık personelinin bu yasağa rağmen hizmet akdi ile fiilen çalıştırılmış olması halinde, hizmet sözleşmesi başından beri hükümsüz sayılacağı için 5510 sayılı Kanunun 4.maddesi birinci fıkrasının (a) bendi kapsamında sosyal sigortalı sayılması da söz konusu olamayacaktır.

II – SİGORTALILIK HALLERİNİN BİRLEŞMESİ

II.1 – Sosyal Güvenlikte Teklik İlkesi

Bir çalışanın aynı zaman dilimi içinde sadece bir sigorta kurumunun kapsamında olması gerektiği yargı kararları ile de netleştirilmiş bir husustur.¹⁰⁷² Buna sosyal güvenlikte teklik ilkesi denilmektedir. Geçmiş dönemde, birden fazla sosyal sigorta kanunu ve bu kanunları uygulayan SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı gibi sosyal sigorta kurumlarının var olması bazı sorunları da beraberinde getirmekteydi. Bir kimsenin, aynı dönem içerisinde birden fazla sosyal sigorta kurumuna prim ödemesi ve o kurumların sigortalı sayılmasına izin verilmemiştir.¹⁰⁷³

Çalışan kişi aynı anda birden fazla sigorta kurumunun kapsamında olma koşullarını taşıyor ise, bu kurumlardan hangisinin dikkate alınacağı hususunda Yargıtay iki yaklaşımı benimsemiştir. Bunlardan birisi baskın çalışma biçimi, diğeri de hangi çalışma biçiminin önce başladığıdır. Bir kararında Yargıtay, “... *sosyal güvenlik sistemimizde çifte sigortalılık söz konusu olmadığından her iki sosyal güvenlik kurumuna tabi sigortalılığın çakışması halinde baskın çalışmanın geçtiği kurumdaki çalışmaya geçerlilik tanınması gerekir.*” demiştir.¹⁰⁷⁴ 5510 sayılı Kanunda ise aynı anda birden fazla statüde çalışanın kamu görevlisi olup olmadığı ile birlikte önce başlayan sigortalılık ilişkisine geçerlilik tanındığı görülmektedir.

¹⁰⁷² SÖZER, Ali Nazım: “Sosyal Sigortaların Genel Hükümleri ve Primler”, Yargıtay’ın İş Hukukuna İlişkin Kararlarının Değerlendirilmesi 2003, İş Hukuku ve Sosyal Güvenlik Hukuku Türk Milli Komitesi, Ankara 2005, s:211-261

¹⁰⁷³ Y. 21. HD. 20.01.2003, E:Ş10706, K:34; SÖZER, Ali Nazım: “Sosyal Sigortaların Genel Hükümleri ve Primler”, Yargıtay’ın İş Hukukuna İlişkin Kararlarının Değerlendirilmesi 2003, İş Hukuku ve Sosyal Güvenlik Hukuku Türk Milli Komitesi, Ankara 2005, s:211-261

¹⁰⁷⁴ Y. 10. HD. 09.06.2003, E:2003/3998, K:2003/4763; SÖZER, Ali Nazım: “Sosyal Sigortaların Genel Hükümleri ve Primler”, Yargıtay’ın İş Hukukuna İlişkin Kararlarının Değerlendirilmesi 2003, İş Hukuku ve Sosyal Güvenlik Hukuku Türk Milli Komitesi, Ankara 2005, s:211-261

5510 sayılı Kanun uyarınca sigortalılık hallerinin birleşmesi özel sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışan sağlık personeli açısından önemli sonuçları da beraberinde getirmektedir. 5510 sayılı Kanun uyarınca, hizmet akdi ile çalışanlar Kanununun 4.maddesi birinci fıkrası (a) bendi, bağımsız olarak çalışanlar Kanununun 4.maddesi birinci fıkrası (b) bendi ve kamu görevlisi olarak çalışanlar da Kanununun 4.maddesi birinci fıkrası (c) bendi kapsamında sigortalı sayılmaktadır. Belirtelim ki, özellikle sağlık personelinin bu sigortalılık hallerinin hepsine birden tabi olarak aynı ay içerisinde çalışması mümkün olabilmektedir. Sağlık personelinin böylesi bir durumda hangi statüde sigortalı sayılacağı ve bunun sonuçlarının neler olabileceğinin tartışılması gerekmektedir.

5510 sayılı Kanununun 53.maddesi birinci fıkrasına göre; sigortalının, 4. maddenin birinci fıkrasının (a), (b) ve (c) bentlerinde yer alan sigortalılık hallerinden birden fazlasına aynı anda tabi olmasını gerektirecek şekilde çalışması halinde; öncelikle aynı maddenin birinci fıkrasının (c) bendi kapsamında, (c) bendi kapsamında çalışması yoksa ilk önce başlayan sigortalılık ilişkisi esas alınarak sigortalı sayılacaktır. 5510 sayılı Kanun ile de sosyal güvenlikte teklik ilkesinin devam ettirildiği görülmektedir.¹⁰⁷⁵ Şu halde, birden fazla işyerinde çalışması mümkün olan sağlık personelinde sigortalılık hallerinin birleşmesi sözkonusu olabilecektir. Kurum ve sosyal sigorta hükümleri birleşse de sosyal sigortada “teklik ilkesi”nin burada da hükmünü icra ettiği görülmektedir.

Dahası, Kanununun 53.maddesi ikinci fıkrası gereğince, 4. maddenin birinci fıkrasının (b) bendi kapsamında sayılanlar, kendilerine ait veya ortak oldukları işyerlerinden dolayı, 4.maddenin birinci fıkrasının (a) bendi kapsamında sigortalı olarak bildirilemeyeceklerdir. 5510 sayılı Kanununun 53.maddesi beşinci fıkrasına göre ise; sigortalının, bu madde hükmüne göre sigortalı sayılması gereken sigortalılık halinden başka bir sigortalılık hali için prim ödemiş olması durumunda, ödenen primler birinci fıkraya göre esas alınan sigortalılık hali için ödenmiş ve esas alınan sigortalılık halinde geçmiş kabul edilecektir.

¹⁰⁷⁵ TOPCUK, Yılmaz: “5510 Sayılı Yasaya Göre Birden Fazla İşyerinde ve/veya Birden Fazla Statüde Çalışanların Sosyal Güvenliği”, **E-Yaklaşım**, Ocak 2007, S:42

Şu halde; kamu sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışan hekim, diş hekimi, ebe, hemşire ve toplum sağlığı bölümü mezunu sağlık memurları, aynı zamanda 2368 sayılı Kanun hükümlerine göre özel sağlık kurum ve kuruluşlarında hizmet akdi ile çalıştıklarında bile yine 5510 sayılı Kanunun 4.maddesi birinci fıkrası (c) bendi kapsamında sigortalı sayılacaklardır. Sağlık personeli bir şirket ortağı ise ya da muayenehanesinden ötürü gelir vergisi mükellefi olarak Kanunun 4.maddesi birinci fıkrası (b) bendi kapsamında sigortalı iken, aynı zamanda bir özel hastanede hizmet akdi ile çalışır ise hangi çalışma statüsü önce başladıysa yani ilk önce başlayan sigortalılık ilişkisine göre sigortalı sayılacaktır.

Sigortalılık hallerinin birleşmesi ve bu nedenle birden fazla statüde çalışmasının mümkün olduğunu önceki bölümlerde gösterdiğimiz sağlık çalışanları açısından, önemli sosyal sigorta ve genel sağlık sigortası sonuç ve sorunlarını da beraberinde getireceğe benziyor. Muhtemel sonuç ve sorunlar, aşağıda örnekler yardımıyla açıklanmaya çalışılmıştır.

II .2 – Sigortalılık Hallerinin Birleşmesinin Sonuçları

II .2 .1 – Kısa Vadeli Sigorta Kolları Açısından

Bu başlık altında, kamu görevlisi olduğu halde, aynı zamanda özel bir sağlık tesisinde hizmet akdi ile çalışan sağlık personelinin; yine kamu görevlisi olduğu halde, aynı anda özel bir sağlık tesisi işleten şirkete ortak olan veya muayenehane açan sağlık personelinin; şirket ortağı ya da muayenehanesi sebebiyle vergi mükellefiyeti olduğu halde, aynı zamanda özel bir sağlık tesisinde de hizmet akdi ile çalışan sağlık personelinin karşılaşılabileceği kısa vadeli sosyal sigorta risklerinin gerçekleşmesi durumunda yapılacak sosyal sigorta işlemleri ele alınacaktır.

5510 sayılı Kanunun 4.maddesi birinci fıkrası (c) bendi kapsamında sigortalı olan ve bir kamu sağlık tesisinde hekim olarak çalıştığı halde, 2368 sayılı Kanuna uygun olarak hizmet akdine tabi bir şekilde (yani Kanunun 4.maddesi birinci fıkrası (a) bendi kapsamında sigortalı sayılacak biçimde) özel bir sağlık tesisinde çalıştığı sırada, Kanunun 13.maddesi kapsamında iş kazasına uğraması durumunda nasıl bir

işlem yapılacaktır? İş kazasından ötürü sorumluluk var ise Kurumun yapabileceği bir işlem var mıdır? Bu soruların yanıtlarını bulmak gerekmektedir.

Sağlık personeli sadece Kanunun 4.maddesi birinci fıkrası (a) bendi kapsamında sigortalı olarak çalışırken iş kazasına uğradığında, iş kazasında işveren ve üçüncü kişilerin sorumluluğu araştırılacak ve sonucuna göre işlem yapılacaktır. Yani, Kanunun 21.maddesi birinci fıkrasına göre, iş kazası ve meslek hastalığı, işverenin **kasti** veya sigortalıların sağlığını koruma ve iş güvenliği mevzuatına aykırı bir hareketi sonucu meydana gelmişse, Kurumca sigortalıya veya hak sahiplerine bu Kanun gereğince yapılan veya ileride yapılması gereken ödemeler ile bağlanan gelirin başladığı tarihteki **ilk peşin sermaye değeri toplamı**, sigortalı veya hak sahiplerinin işverenden isteyebilecekleri tutarlarla sınırlı olmak üzere, Kurumca işverene ödettirilecektir.

Benzer şekilde, Kanunun 21.maddesi dördüncü fıkrasına göre; iş kazası, meslek hastalığı ve hastalık, **üçüncü bir kişinin kusuru** nedeniyle meydana gelmişse, sigortalıya ve hak sahiplerine yapılan veya ileride yapılması gereken ödemeler ile bağlanan gelirin başladığı tarihteki **ilk peşin sermaye değerinin yarısı**, zarara sebep olan üçüncü kişilere ve şayet kusuru varsa bunları çalıştıranlara rücu edilecektir.

Ancak, örneğimizde özel sağlık tesisinde iş kazasına uğrayan veya meslek hastalığına tutulan sağlık personeli Kanunun 4.maddesi birinci fıkrası (c) bendi kapsamında sigortalı sayıldığından, Kanunun 4.maddesi altıncı fıkrası uyarınca hakkında kısa vadeli sigorta kollarına ilişkin hükümler uygulanamayacaktır. Zira, 5510 sayılı Kanunun 4.maddesi altıncı fıkrasında, bu Kanunun kısa vadeli sigorta kollarına ilişkin hükümlerinin 4.maddenin birinci fıkrasının (c) bendi kapsamında sigortalı sayılanlara bu kapsamda oldukları sürece uygulanmayacağı hüküm altına alınmıştır.

Bu durumda, Kanunun 4.maddesi birinci fıkrası (c) bendi kapsamında sigortalı sayıldığı halde, sağlık mevzuatına uygun olarak özel bir sağlık tesisinde Kanunun 4.maddesi birinci fıkrası (a) bendi kapsamında sigortalı sayılmayı gerektirir bir biçimde iş kazasına uğrayıp meslek hastalığına tutulan sağlık personeline, ödenek

verilemeyeceği gibi gelir de bağlanamayacaktır. Dahası, özel sağlık kurum ve kuruluşu da 5510 sayılı Kanun kapsamında bu sağlık personelinin işvereni sayılmayacağından dolayı, iş kazası, kastı veya sigortalıların sağlığını koruma ve iş güvenliği mevzuatına aykırı bir hareketi sonucu meydana gelmiş olsa bile, o özel sağlık kurum ve kuruluşu işletenine Kanunun 21.maddesi birinci fıkrası uyarınca rücu da edilemeyecektir.

Kanunun 4.maddesi birinci fıkrası (c) bendi kapsamında sigortalı sayılan sağlık personeli, örneğin bir özel tıp merkezi işyerinin ortağı da olabilir. Ayrıca, Kanunun 4.maddesi birinci fıkrası (a) bendi kapsamında işçi olarak sigortalı sayılmayı gerektirir bir statüde de çalışabilir. Ancak, bu durumda da ilk önce başlayan sigortalılık ilişkisi olan Kanunun 4.maddesi birinci fıkrası (c) bendi kapsamında sigortalı sayılacaktır. Bu şekilde özel tıp merkezi işyeri ortağı olan kamu görevlisi bir hekimin kendi işyerinde iş kazasına uğraması durumunda ise Kanunun 16.maddesinde sözü edilen kısa vadeli sigorta yardımlarından istifade edebilecektir.

İlk önce başlayan sigortalılık ilişkisi nedeniyle Kanunun 4.maddesi birinci fıkrası (b) bendi kapsamında sigortalı sayılan ve kendi muayenehanesi olan bir hekimin, Kanunun 4.maddesi birinci fıkrası (a) bendi kapsamında sigortalı sayılmayı gerektirir bir statüde özel bir sağlık tesisinde çalışması halinde orada iş kazasına uğraması durumunda da, sağlık personeline ödenek verilir ya da gelir bağlanabilir. Ancak, iş kazası özel sağlık tesisi işleteninin, kastı veya sigortalıların sağlığını koruma ve iş güvenliği mevzuatına aykırı bir hareketi sonucu meydana gelmiş olsa bile, o özel sağlık kurum ve kuruluşu işleteni sözü edilen sağlık personelinin işvereni sayılmayacağı için, yine Kanunun 21.maddesi birinci fıkrası uyarınca ona rücu edilemeyecektir. Özel sağlık kurum ve kuruluşu işleteni, hem zararlandırıcı sigorta olayı iş kazası olduğunda hem de malüllük ya da ölüm olduğunda üçüncü kişi sayılacak ve sonuçları yukarıda ve aşağıda açıklandığı gibi olacaktır. Kurumca yapılacak ödemelerin ilk peşin sermaye değerinin tamamı değil Kanunun 21.maddesi dördüncü ve 39.maddesi birinci fıkrası uyarınca, ilk peşin sermaye değerinin yarısı için rücu davası açılabilecektir.

II .2 .2 – Uzun Vadeli Sigorta Kolları Açısından

II .2 .2 .1 – Malüllük ve Ölüm Sigortasında

5510 sayılı Kanununun 4.maddesi birinci fıkrası (c) bendi kapsamında sigortalı sayıldığı halde, sağlık mevzuatına uygun olarak özel bir sağlık tesisinde Kanununun 4.maddesi birinci fıkrası (a) bendi kapsamında sigortalı sayılmayı gerektirir bir biçimde çalışması sırasında iş kazasına uğrayan sağlık personeli, Kanununun 25.maddesi birinci fıkrası uyarınca çalışma gücünü %60'ın üzerinde kaybetmesi durumunda malül sayılacaktır. Kanununun 26.maddesi ikinci fıkrasının (b) bendine göre, *“en az on yıldan beri sigortalı bulunup, toplam olarak 1800 gün veya başka birinin sürekli bakımına muhtaç derecede malül olan sigortalılar için ise sigortalılık süresi aranmaksızın 1800 gün malüllük, yaşlılık ve ölüm sigortaları primi bildirilmiş olması”* halinde de malüllük aylığı bağlanacaktır. Sözü edilen sağlık personelinin ölmesi halinde ise Kanununun 32.maddesi ikinci fıkrasının (a) bendi gereğince, *“en az 1800 gün malüllük, yaşlılık ve ölüm sigortaları primi bildirilmiş olması”* durumunda geride kalan hak sahiplerine ölüm aylığı bağlanacaktır.

Sigortalılık halinin birleşmesi sebebiyle bu durumda da, özel sağlık tesisi işleteni sözü edilen sağlık personelinin işvereni olmadığı için; iş kazası, kastı veya sigortalıların sağlığını koruma ve iş güvenliği mevzuatına aykırı bir hareketi sonucu meydana gelmiş olsa bile, özel sağlık tesisi işleteni işveren olarak sorumlu sayılmayacağı için, yine Kanununun 21.maddesi birinci fıkrası uyarınca rücu edilemeyecektir. Öte yandan malüllük aylığı ya da hak sahiplerine ölüm aylığı bağlanması sonucu, Kanununun 39.maddesi birinci fıkrasına göre, üçüncü kişinin sorumluluğu araştırılacaktır. Örnekte, işveren sayılmayan özel sağlık kurum ve kuruluşu işleteni üçüncü kişi olarak değerlendirilebilecektir. Bu durumda da, Kanununun 39.maddesi birinci fıkrası uyarınca, üçüncü bir kişinin kastı nedeniyle malül veya vazife malül olan sigortalıya veya ölümü halinde hak sahiplerine, bu Kanun uyarınca bağlanacak aylığın başladığı tarihteki *ilk peşin sermaye değerinin yarısı* için Kurumca zarara sebep olan üçüncü kişilere rücu edilebilecektir.

II .2 .2 .2 – Yaşlılık Sigortasında

Sigortalılık hallerinin birleşmesi, yaşlılık aylığının hak edilmesi şartlarını da etkileyebilecektir. Bu ise iki şekilde etkisini gösterecektir. Birincisi; 5510 sayılı Kanunun yürürlük tarihinden itibaren sigortalılık hallerinin birleşmesinde, ikincisi ise evvelden beri sosyal sigorta sistemi içerisinde bulunanlar açısından sigortalılık hallerinin birleşmesinde.

5510 sayılı Kanunun 53.maddesi altıncı fıkrasına göre; bu Kanunun yürürlüğe girdiği tarihten itibaren ilk defa sigortalı sayılanlardan 4. maddenin birinci fıkrasının (a), (b) ve (c) bentlerinden birden fazlasına tabi olarak çalışmış olanların yaşlılık aylığı bağlanma taleplerinde, **en fazla sigortalılığın geçtiği sigortalılık hali**, hizmet sürelerinin eşit olması ile malûllük ve ölüm halleri ile yaş haddinden re'sen emekli olma, süresi kanunla belirlenen vazifelere atanma veya seçilme ve bağlı oldukları sigortalılık halinin kanunla değiştirilmesi durumunda ise **son sigortalılık hali** esas alınacaktır.

Böyle olunca, 5510 sayılı Kanunun yürürlüğünden itibaren ilk defa sigortalı sayılanlardan aynı anda birden fazla sigortalılık haline tabi olacak şekilde çalışacak olanların, Kanundaki yaşlılık aylığı bağlanma şartlarına ve nisbi olarak kolaylaştırılmış seçeneklere dikkat etmesi gerekecektir. Gerçekten de, 5510 sayılı Kanunun 28.maddesi ikinci fıkrası (a) bendinde, ilk defa bu Kanuna göre sigortalı sayılanlara; kadın ise 58, erkek ise 60 yaşını doldurmuş olmaları ve en az 9000 gün malûllük, yaşlılık ve ölüm sigortaları primi bildirilmiş olması şartıyla yaşlılık aylığı bağlanacağı, 4.maddenin birinci fıkrasının (a) bendi kapsamında sigortalı sayılanlar için ise prim gün sayısı şartının 7200 gün olarak uygulanacağı hüküm altına alınmıştır.

Şu halde, 5510 sayılı Kanunun yürürlükten tarihinden sonra ilk defa sigortalı olan bir sağlık personelinin, Kanunun 4.maddesi birinci fıkrasının (a), (b) ve (c) bentlerinden birden fazlasına tabi olarak çalışmış olması durumunda, diğer şartları da tamamlaması kaydı ile yaşlılık aylığı bağlanması için talepte bulunduğu tarihte en fazla sigortalılık halinin geçtiği statü Kanunun 4.maddesi birinci fıkrasının (b) ve (c) bentleri ise, 9000 gün malûllük, yaşlılık ve ölüm sigortaları primi bildirilmiş olması

şartıyla yaşlılık aylığı bağlanacaktır. Ancak, yaşlılık aylığı bağlanması için talepte bulunduğu tarihte en fazla sigortalılık halinin geçtiği statü Kanunun 4.maddesi birinci fıkrasının (a) bendi ise, 7200 gün malûllük, yaşlılık ve ölüm sigortaları primi bildirilmiş olması şartıyla yaşlılık aylığına hak kazanılacaktır.

Evvelden beri 506, 2925, 1479 ve 2926 sayılı Kanunlara tabi sigortalılığı olanların ise, hem 5510 sayılı Kanundan önce hem de 5510 sayılı Kanundan sonraki birden fazla sigortalılık hallerine tabi olarak çalışması durumunda yaşlılık aylıkları hangi kanun hükümlerine göre bağlanacağı hususunun açıklığa kavuşturulması gerekmektedir.

5510 sayılı Kanunun geçici 1. maddesinin birinci fıkrasına göre; bu Kanunun yürürlüğe girdiği tarihten önce, 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu ile 2925 sayılı Tarım İşçileri Sosyal Sigortalar Kanununa tabi olanlar, bu Kanunun 4. maddesinin birinci fıkrasının (a) bendi kapsamında; 1479 sayılı Esnaf ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kanunu ve bu Kanunla mülga 2926 sayılı Tarımda Kendi Adına ve Hesabına Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kanununa tabi olanlar, bu Kanunun 4.maddesinin birinci fıkrasının (b) bendi kapsamında; 5434 sayılı Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı Kanununa tabi olanlar, bu Kanunun 4. maddesinin birinci fıkrasının (c) bendi kapsamında kabul edilmiştir.

5510 sayılı Kanunun geçici 2.maddesinin yedinci fıkrasına göre ise; bu Kanunun yürürlüğe girdiği tarihten önce sigortalı veya iştirakçi olup, bu Kanunun yürürlüğe girdiği tarihten sonra aylık talebinde bulunanlardan, farklı sosyal güvenlik kurumlarına ya da bu Kanunda belirtilen sigortalılık hallerinden birden fazlasına tabi olanlara aylık bağlanmasına esas alınacak kanun, bu Kanunla mülga 2829 sayılı Kanun¹⁰⁷⁶ hükümlerine göre tespit olunur ve bunlar hakkında, bu Kanunun geçici maddelerindeki hükümler uygulanacaktır. Bu Kanuna tabi hizmetlerle 506 sayılı Kanunun geçici 20. maddesine tabi sandıklarda geçen hizmetlerin birleştirilmesinde de bu fıkra hükümleri esas alınmak suretiyle bu Kanunla mülga 2829 sayılı Kanun hükümleri uygulanacaktır.

¹⁰⁷⁶ Belirtelim ki; 2829 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumlarına Tabi Olarak Geçen Hizmetlerin Birleştirilmesi Hakkında Kanun, 5510 sayılı Kanunun 106.maddesi ile yürürlükten kaldırılmaktadır.

5510 sayılı Kanun ile mülga 2829 sayılı Kanunun 8.maddesi birinci fıkrası uyarınca, 5510 sayılı Kanunun yürürlüğe girdiği tarihten önce çalışmaya başlayıp bu tarihten sonra yaşlılık aylığı talebinde bulunanlardan, yukarıda belirtilen sigortalılık hallerinden birden fazlasına tâbi olanlara *yaşlılık aylığına* hak kazanma şartlarından hangisinin uygulanacağı ise, *en son sigortalı sayıldığı tarihten geriye doğru son yedi yıllık fiilî hizmet süresi içinde en fazla hizmetin geçtiği sigortalılık hali*, hizmet sürelerinin eşit olması halinde ise son sigortalılık durumu esas alınarak belirlenecektir.

Bu durumda örneğin, yıllarca 506 sayılı Kanuna tabi olarak çalışmış bir sağlık personelinin, 5510 sayılı Kanunun yürürlük tarihinden sonra da birden fazla sigorta haline tabi çalışması olmuş ve *en son sigortalı sayıldığı tarihten geriye doğru son yedi yıllık fiilî hizmet süresi içinde en fazla hizmetin geçtiği sigortalılık hali de* Kanunun 4.maddesi birinci fıkrasının (b) bendi ise, bu kişinin yaşlılık aylığı, 5510 sayılı Kanunun 106.maddesi uyarınca yürürlüğü devam eden 1479 sayılı Kanunun geçici 10.maddesi gereğince , kadın ise 20 tam yıl(7200 gün) erkek ise 25 tam yıl(9000 gün) malûllük, yaşlılık ve ölüm sigortaları primi ödenmiş olması şartıyla bağlanabilecektir.¹⁰⁷⁷ Dolayısıyla, 5510 sayılı Kanundan sonra hangi sigortalılık haline tabi olarak ne kadar süre sigortalı bildirimini yapılması gerektiğinin başlangıçta iyi hesaplanması gerekmektedir. Aksi halde, daha geç yaşlılık aylığı bağlanması sonucu ile karşı karşıya kalınabilecektir.¹⁰⁷⁸

II .2 .3 – Genel Sağlık Sigortası Açısından

5510 sayılı Kanunun 4.maddesi birinci fıkrasının (a), (b) ve (c) bentleri kapsamında sigortalı sayılan sağlık personeli, Kanunun 60.maddesi birinci fıkrasının (a) bendi uyarınca da genel sağlık sigortalısı sayılmaktadır. Kanunun 76.maddesi dördüncü fıkrasına göre ise; iş kazası ile meslek hastalığı, işverenin kastı veya genel sağlık sigortalısının iş sağlığını koruma ve iş güvenliği ile ilgili mevzuat hükümlerine

¹⁰⁷⁷ "...Hizmetlerin Birleştirilmesi Hakkındaki Kanun'un amacı, hiçbir kurumdaki hizmeti aylık bağlanmasına yeterli olmayan sigortalıya değişik kurumlardaki hizmetleri birleştirerek aylık bağlamaktır. Ancak, bu Kanun'dan yararlanabilmek için kişiyi tüm sosyal güvenlik kurumlarına tabi hizmet sürelerini birleştirmeye zorlamak sosyal güvenlik sistemi ve bu Kanun'un amacı ile bağdaşmaz..." YHGK, 06.03.2002, E. 2002/ 21-132, K. 2002/139; BİLGİLİ, Özkan: "Hizmetleri Birleştirmek Şart mı?", **E-Yaklaşım**, Haziran 2006, S:35

¹⁰⁷⁸ ŞAKAR, Müjdat: "Sigortalı Mıyız, İp Canbazı Mı?", **Sicil**, Haziran 2008, S:10,s:158-163

aykırı hareketi sonucu olmuşsa, Kurumca yapılan sağlık hizmeti giderleri işverene tazmin ettirilir.

Şu halde; Kanunun 4.maddesi birinci fıkrası (c) bendi kapsamında sigortalı sayılan veya ilk önce başlayan sigortalılık ilişkisi nedeniyle 4.maddesi birinci fıkrası (b) bendi kapsamında sigortalı sayılan bir sağlık personelinin, Kanunun 4.maddesi birinci fıkrası (a) bendi kapsamında sigortalı sayılmayı gerektirir bir statüde özel bir sağlık tesisinde çalışması halinde iş kazasına uğraması durumunda da, o özel sağlık işleteni işveren sayılmayacağı için iş kazası ile meslek hastalığı o özel sağlık tesisi işleticisinin, kastı veya genel sağlık sigortalısının iş sağlığını koruma ve iş güvenliği ile ilgili mevzuat hükümlerine aykırı hareketi sonucu olmuşsa, Kurumca yapılan sağlık hizmeti giderleri o özel sağlık tesisi işleticisine tazmin ettirilemeyecektir.

III – ÜÇÜNCÜ KİŞİ OLARAK SAĞLIK PERSONELİNİN SORUMLULUĞU

Yukarıda, sigortalılık hallerinin birleşmesi durumunda, özel sağlık kurum ve kuruluşlarında çalıştırılan sağlık personelinin doğrudan karşılaşacağı sosyal sigorta riskleri ile genel sağlık sigortası açısından ortaya çıkacak muhtemel sorunlar üzerinde durduk. Bu başlık altında ise, özel sağlık kurum ve kuruluşlarında çalıştırılan sağlık personelinin üçüncü kişi olarak, meydana gelmesine sebep olabileceği sosyal sigorta riskleri ve genel sağlık sigortası uygulama sorunları üzerinde durulacaktır.

III .1 – Sosyal Sigorta Uygulamasında

III .1 .1 – Uzun Vadeli Sigorta Kolları Açısından

Uzun vadeli sigorta kolları bakımından üçüncü kişinin hangi durumlarda ve hangi oranda sorumlu sayılacağı 5510 sayılı Kanunun 39.maddesinde açıklanmıştır. Buna göre, 5510 sayılı Kanunun 39.maddesi birinci fıkrasında; *“Üçüncü bir kişinin kastı nedeniyle malûl veya vazife malûlü olan sigortalıya veya ölümü halinde hak sahiplerine, bu Kanun uyarınca bağlanacak aylığın başladığı tarihteki ilk peşin sermaye değerinin yarısı için Kurumca zarara sebep olan üçüncü kişilere rücu edilir.”* hükmüne yer verilmiştir.

Belirtelim ki; mülga 1479 sayılı Kanununun 63.maddesi ile benzerlik taşıyan bu hüküm ilk defa hizmet akdi ile çalışan sigortalılar açısından da uygulama alanı bulacaktır. Zira, 506 sayılı Kanun uygulamasında uzun vadeli sigorta kolları açısından üçüncü kişiler sorumlu sayılmamışlardı. Bu husus geçmiş dönemde eleştiri konusu olmuş ve 1479/63.benzeri bir düzenleme önerilmişti.¹⁰⁷⁹ 5510 sayılı Kanundaki bu düzenlemenin mülga 1479 sayılı Kanununun 63.maddesi ile benzerlik taşıdığını söyleyebiliriz. Dahası bu düzenlemede, Anayasa Mahkemesinin 27.03.2002 tarihli ve E:2001/34, K:2002/41 sayılı, 1479/63.maddedeki “araç sahipleri” ibaresinin iptali kararının¹⁰⁸⁰ dikkate alındığını da söyleyebiliriz.

Buna göre, özel sağlık kurum ve kuruluşunda çalışan sağlık personeli, o sağlık kurum ve kuruluşuna başvuran sigortalının malül kalmasına veya ölmesine kastı ile sebep olur ise, 5510 sayılı Kanun uyarınca bağlanacak malüllük aylığının veya ölüm aylığının başladığı tarihteki ilk peşin sermaye değerinin yarısı için Kurumca zarara sebep olan o sağlık personeline üçüncü kişi olarak rücû edecektir. Belirtelim ki, Kurumun bu şekilde katlanacağı masrafları üçüncü kişi olarak sağlık personeline ödettirmesinde mahkeme kararı da aranmayacaktır.

III .1 .2 – Kısa Vadeli Sigorta Kolları Açısından

5510 sayılı Kanununun 21.maddesi dördüncü fıkrasında; “*İş kazası, meslek hastalığı ve hastalık, üçüncü bir kişinin kusuru nedeniyle meydana gelmişse, sigortalıya ve hak sahiplerine yapılan veya ileride yapılması gereken ödemeler ile bağlanan gelirin başladığı tarihteki ilk peşin sermaye değerinin yarısı, zarara sebep olan üçüncü kişilere ve şayet kusuru varsa bunları çalıştıranlara rücû edilir.*” hükmüne yer verilmiştir.

Özel sağlık kurum ve kuruluşunda çalışan sağlık personelinin, kusuru ile de olsa, 5510 sayılı Kanun kapsamındaki diğer sigortalıların iş kazasına uğramasına veya meslek hastalığına tutulmasına sebep olması çok da karşımıza çıkacak bir durum olarak görünmüyor. Ancak, sağlık çalışanının, özel sağlık kurum veya

¹⁰⁷⁹ KURT, Yavuz: “Ölüm Sigorta Kolu ve 506 sayılı Yasada Hukuk Boşluğu”, **Sosyal Güvenlik Dünyası**, Temmuz-Ekim 2002, S:15, s:83-89

¹⁰⁸⁰ 13.11.2002 tarih ve 24935 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

kuruluşu işyerindeki diğer çalışanların iş kazasına uğramasına sebep olması sözkonusu olabilir.

Bu durumda da Kurum, iş kazası ve meslek hastalığı halinde sigortalı veya sigortalının ölümü halinde hak sahiplerine gerekli ödemeleri yapacak ve gelir sağlayacaktır. İş kazası ve meslek hastalığı, üçüncü bir kişinin **kusuru** nedeniyle meydana gelmişse de yaptığı/yapacağı ödemeler ile bağlanan gelirin başladığı tarihteki ilk peşin sermaye değerinin yarısını, zarara sebep olan üçüncü kişilere ödettirecektir. Eğer kusurları var ise bu üçüncü kişileri çalıştıranlara da rücu edilebilecektir.

III .2 – Genel Sağlık Sigortası Uygulamasında

5754 sayılı Kanununun 46.maddesi ile değişik 5510 sayılı kanununun 76.maddesi altıncı fıkrasına göre, genel sağlık sigortalısına ve bunların bakmakla yükümlü olduğu kişilere **kastı** veya **suç sayılır bir hareketi** veya **ilgili kanunlarla verilmiş bir görevi yapmaması** ya da **ihmali** nedeniyle Kurumun sağlık hizmeti sağlamasına veya bu kişilerin tedavi süresinin uzamasına sebep olduğu **mahkeme kararıyla** tespit edilen üçüncü kişilere, Kurumun yaptığı sağlık hizmeti giderleri tazmin ettirilir.

Kanun hükmünden anlaşılacağı üzere, üçüncü kişilere, genel sağlık sigortalısına ve bunların bakmakla yükümlü olduğu kişilere sağlık hizmeti sağlamasına veya bu kişilerin tedavi süresinin uzamasına sebep olmaları durumunda, Kurumca yapılan sağlık hizmeti giderleri ödettirilecektir. Ancak, bu ödettirme her durum için sözkonusu olmadığı gibi, mutlaka yargı kararı ile de tespiti gerekmektedir.

Gerçekten de, üçüncü kişinin, genel sağlık sigortalısına ve bunların bakmakla yükümlü olduğu kişilere sağlık hizmeti sağlanmasına veya bu kişilerin tedavi süresinin uzamasına, **kastı** veya **suç sayılır bir hareketi** veya **ilgili kanunlarla verilmiş bir görevi yapmaması ya da ihmali** sebebiyle neden olduğunun mahkeme kararı ile tespit edilmesi gerekmektedir.

III .3 – Üçüncü Kişinin Tespiti

Sosyal sigorta hükümleri kapsamında kastı ile sigortalıların malûl kalmasına veya ölümüne sebep olan, kusuru ile de sigortalıların iş kazasına uğramasına, meslek hastalığına tutulmasına ve hastalanmasına sebep olan üçüncü kişi kimdir ? Genel sağlık sigortalısına ve bunların bakmakla yükümlü olduğu kişiler için Kurumun sağlık hizmeti sağlamasına veya bu kişilerin tedavi süresinin uzamasına sebep olan üçüncü kişiye Kurum yaptığı sağlık hizmeti giderlerini ödettirebilmesi de üçüncü kişinin kim olduğunun tespiti ile mümkün olabilecektir. O halde kimler üçüncü kişi sayılacaktır? Özel sağlık kurum ve kuruluşlarında çalıştırılan hekim ve diğer sağlık personeli üçüncü kişi sayılacak mıdır ? Bu soruların yanıtlarının bulunması gerekmektedir.

Belirtelim ki; 506 ve 1479 sayılı Kanunlarda üçüncü kişinin tanımına yer verilmemiştir. 5510 sayılı Kanunun 3.maddesinde ise, sosyal sigorta ve genel sağlık sigortasına ilişkin birçok kavram tanımlanmış olmakla birlikte üçüncü kişinin tanımına burada da yer verilmemiştir. Konuya Yargıtay kararları ile açıklık getirilmiştir. Yargıtay'ın yerleşmiş içtihatlarına göre Kurum birinci kişi, sigortalı ile ileride hak sahibi niteliği kazanabilecek olan eşi, çocukları ile ana-babası ikinci kişi olup bunların dışındaki kişiler üçüncü kişi sayılmaktadır.¹⁰⁸¹ Nitekim, Yargıtay bir kararında, 506 Sayılı Kanunun 39.maddesi uygulamasında, Kurumun açtığı rücu davasında, kusuruyla yaralanan sigortalının çocuğunu üçüncü kişi saymamıştır.¹⁰⁸² Diğer taraftan, kazaya uğrayan sigortalı ile bunun işvereni dışında kalan ve zarara neden olan tüm kişileri üçüncü kişi sayan görüşler de bulunmaktadır.¹⁰⁸³

Üçüncü kişi, sigortalı ile arasında hizmet ilişkisi bulunmayan kişidir. Üçüncü kişi deyimine çalıştıran(diğer işverenler) da çalışan(diğer sigortalılar) da dahildir.

¹⁰⁸¹ ÇAKMAK, İhsan: Şerhli 1479 Sayılı Esnaf ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Bağ-Kur Kanunu İle 2926 Sayılı Tarım Bağ-Kur Kanunu, Bilgi Yayınevi, Ankara 2002, s:556; Y. HGK. 21.05.1997, E:1997/10-193, K:1997/451; ÇAKMAK, İhsan:1479 Sayılı Esnaf ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Bağ-Kur Kanunu İle 2926 Sayılı Tarım Bağ-Kur Kanunu, Bilge Yayınevi, Ankara 2004, s:559-571; Y.10. HD. E:1997/6615, K:1997/6338; Y. 10. HD. 22.12.1994, E:1994/20628, K:1994/11116; Y.10. HD. 02.06.1997, E:1997/4280, K:1997/4203; YALÇINKAYA, Orhan: Bağ-Kur Kanunu, Turhan Kitabevi, Ankara 2001, s:241-253

¹⁰⁸² Y. 10. HD. 22.09.1997, E:1997/6075, K:1997/6008

¹⁰⁸³ GÜZEL, Ali ve OKUR, A.Rıza: Sosyal Güvenlik Hukuku, Beta Yayınları, 8.Bası, İstanbul 2002, s:244

Eylem ya da görevin savsanması üçüncü kişi sayılabilen kişi ya da kişilere ait değilse bu madde hükmü uygulanmayacaktır.¹⁰⁸⁴ Belirtelim ki, üçüncü kişinin gerçek ya da tüzel kişi olmasının da bir önemi bulunmamaktadır. Şu halde, özel sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışan sağlık personeli de duruma göre üçüncü kişi sayılabilir. Dahası bu üçüncü kişi, Kurumla sözleşme yapmış ya da yapmamış veya yetkilendirilmiş sağlık hizmet sunucuları da olabilir.

Özel sağlık kurum ve kuruluşlarında istihdam edilen, sosyal sigorta ve genel sağlık sigortası uygulamasında üçüncü kişi olarak değerlendirebileceğimiz sağlık personelinin tıbbi hatalarının sonucu kimlerin nasıl sorumlu sayılacağı son yıllarda daha da önem kazanmaya başlamıştır. Özel sağlık kurum ve kuruluşlarının sayısının artması ve genel sağlık sigortası uygulaması ile de genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olanların sağlık hizmeti almak için kamu sağlık tesislerinin yanı sıra özel sağlık tesislerine de başvurmaya başlaması bu önemi bir kat daha arttırmıştır. Bu süreçte ortaya çıkacak olan hukuki uyuşmazlıklar sağlık personelinin ve özel sağlık kurum ve kuruluşlarını doğrudan etkileyeceği gibi idareyi yani, Sağlık Bakanlığı ile SGK'nu da bu hukuki uyuşmazlıklarda taraf yapacak nitelikte görülmektedir.

III .4 –Üçüncü Kişinin Sorumluluğunun Tespiti

Yukarıda yer verdiğimiz düzenlemelerde üçüncü kişinin kusurundan, kastından ve suç sayılır hareketinden söz edilmektedir. Düzenlemelerdeki **“kasıt”** kavramı; **“kast”** ve **“ihmal”** olarak ikiye ayrılan **“kusurun”** ağır şekli olarak hukuka aykırı bir sonucu bilerek ve isteyerek gerçekleştirme anlamını içermektedir. Yani hukuka aykırı sonucun istenmesi halinde kast vardır. 5237 sayılı yeni Türk Ceza Kanunu'nun 21.maddesi birinci fıkrasında, *“Kast, suçun kanuni tanımındaki unsurların bilerek ve istenerek gerçekleştirilmesidir.”* şeklinde tanımlanmıştır.

Kast da **“vasıtasız kast”** ve **“ihmali kast”** olarak ikiye ayrılır. Haksız fiili yapan kimse hukuka aykırı sonucu görmüş ve istemişse, kast vasıtasızdır. Hukuka aykırı sonucu doğrudan istememekle birlikte bu sonucun doğması ihtimalini gördüğü

¹⁰⁸⁴ OZANOĞLU,T.;YALNIZOĞLU,S.;TÜMER,A.:Açıklamalı-İçtihatlı Sosyal Sigorta Mevzuatı, 1.Cilt, Atak Matbaası, Ankara 1974, s:775

halde, buna razı olarak fiili yapmışsa kast ihtimalidir.¹⁰⁸⁵ Üçüncü kişinin kasdından maksat ise, genel sağlık sigortalısına ve bunların bakmakla yükümlü olduğu kişilere, Kurumun sağlık hizmeti sağlamasına veya bu kişilerin tedavi süresinin uzamasına bilerek ve isteyerek sebebiyet vermesidir. İhmali kasıt dahi sorumluluk için yeterlidir.

Başka bir tasnifle de kast; failin işlediği suçun maddi unsurları hakkındaki bilgisine göre, **“doğrudan kast”** ve **“olası kast”** olarak ikiye ayrılarak incelenmektedir. Fail, işlediği suçun maddi unsurlarının bütünü düşünmüş, öngörmüş ve dolayısıyla, bütün bunlar hakkında bilgiye sahip olmuşsa doğrudan kast sözkonusudur.¹⁰⁸⁶ Yeni TCK’nun 21.maddesi ikinci fıkrasında olası kasta ilişkin hükme yer verilmiştir. Buna göre; *“Kişinin, suçun kanuni tanımındaki unsurların gerçekleşebileceğini öngörmesine rağmen, fiili işlemesi halinde olası kast vardır”*. Olası kast halinde, bir suçun kanuni tanımındaki maddi unsurların gerçekleşebileceği fail tarafından öngörülmektedir. Doğrudan kasttan farklı olarak olası kast halinde; somut olayda suçun maddi unsurlarının gerçekleşmesi, fail tarafından muhakkak değil, muhtemel addedilmektedir.¹⁰⁸⁷

Hukuka aykırı sonuç istenmemiş, fakat şartların gerektirdiği tedbirler alınmamak, dikkat ve ihtimam gösterilmemek suretiyle haksız sonucun doğmasına sebep olmuşsa ihmal vardır. İhmalin kıstası objektiftir. Belli bir olayda ihmalin bulunup bulunmadığını tayin ederken ölçü olarak normal ve tedbirli bir insandan o olayda ve şartlarda beklenen davranışı dikkate almak gerekir. Kanunların ve diğer kuralların emrettiği tedbirlerin alınmamış olması ihmal teşkil eder. İhmal ise **“şuurlu ihmal”** ve **“şuurlu olmayan ihmal”** olarak ikiye ayrılır. Hukuka aykırı neticenin meydana gelmesi imkanı önceden görülür, fakat tahakkuk etmeyeceği ümidiyle tedbir alınmaz veya noksan alınır ise şuurlu ihmal vardır. Şuurlu olmayan

¹⁰⁸⁵ OZANOĞLU,T.;YALNIZOĞLU,S.;TÜMER,A.:Açıklamalı-İçtihatlı Sosyal Sigorta Mevzuatı, 1.Cilt, Atak Matbaası, Ankara 1974, s:485

¹⁰⁸⁶ ÖZGENÇ, İzzet: Türk Ceza Kanunu Şerhi(Genel Hükümler), Seçkin Yayıncılık, Ankara 2005, s:301

¹⁰⁸⁷ ÖZGENÇ, İzzet: Türk Ceza Kanunu Şerhi(Genel Hükümler), Seçkin Yayıncılık, Ankara 2005, s:302

ihmalde ise, hukuka aykırı netice önceden görülememekle beraber gerekli dikkat sarfedilse idi görülebilir durumdadır.¹⁰⁸⁸

5510 sayılı kanunun 76.maddesinde, üçüncü kişinin “*kastı*”ndan başka “*suç sayılır hareketi*”nden de söz edilmiştir. Ancak suç sayılır hareketin mahkeme kararı ile tespit edilmesi gerekmektedir. Burada suçun türü önem taşımamaktadır. Ceza yasasının suç saydığı herhangi bir eylem, üçüncü kişiyi sorumlu kılacaktır. Suçun kabahat niteliğini taşıması bile sorumluluk için yeterlidir.¹⁰⁸⁹ Üçüncü kişi, eylemi, TCK kapsamında taksirle öldürme veya taksirle yaralama sayıldığında da, sorumlu sayılacaktır.¹⁰⁹⁰ Üçüncü kişinin sorumlu sayılacağı bir diğer durum da ilgili kanunlarla verilmiş bir görevi “*yapmaması*” veya “*savsaması*” dır. Şüphesiz bunun da mahkeme kararıyla tespit edilmesi gerekmektedir.

III .5 – Kurumun Ödettirme Yetkisi

Sosyal sigorta hükümleri açısından Kurumun ödettirme yetkisine bir sınır getirilmiştir. Kurum, bağlayacağı aylık ve gelirlerin ilk peşin sermaye değerinin yarısı için zarara sebep olan üçüncü kişilere rücu edecektir. Üçüncü kişinin kasdı veya kusuru ile sebep olduğu bu ödettirme yetkisinin kullanılabilmesi için de mahkeme kararı şartı aranmamaktadır. Kurumun bu kapsamda yaptığı tespitler yeterli sayılmaktadır.

Genel sağlık sigortası kapsamında Kurumun ödettirme yetkisi bakımından ise, üçüncü kişinin kastı veya suç sayılır hareketinin olması veya ilgili kanunlarla verilmiş bir görevi yapmaması veya savsaması tek başına önemli değildir. Kurumun yapmış olduğu sağlık hizmeti giderlerini üçüncü kişiye ödettirebilmesi için, üçüncü kişinin mahkeme kararı ile tespit edilecek olan belirtilen bu sebeplerle genel sağlık sigortalısı ve bunların bakmakla yükümlü olduğu kişiler için Kurumun sağlık hizmeti sağlamasına veya bu kişilerin tedavi süresinin uzamasına neden olması

¹⁰⁸⁸ OZANOĞLU,T.;YALNIZOĞLU,S.;TÜMER,A.:Açıklamalı-İçtihatlı Sosyal Sigorta Mevzuatı, 1.Cilt, Atak Matbaası, Ankara 1974, s:485-487

¹⁰⁸⁹ GÜZEL, Ali, OKUR, Ali Rıza ve CANIKLIOĞLU, Nurşen: Sosyal Güvenlik Hukuku, Beta Yayınları, 11.Bası, İstanbul 2008, s:352

¹⁰⁹⁰ TUNCAY, A.Can ve EKMEKÇİ, Ömer: Sosyal Güvenlik Hukuku'nun Esasları, Legal Yayınları, İstanbul 2008, s:428

gerekmektedir. Ödettirme yetkisinin bir sınırı da bulunmamaktadır. Kurum yaptığı sağlık hizmeti giderlerinin tümünü tazmin ettirecektir.

III .6 – Özel Sağlık Kurum ve Kuruluşlarının Sorumluluğu

Belirtelim ki, 5510 sayılı Kanunda, genel sağlık sigortası kapsamında, özel sağlık kurum ve kuruluşları dahil bütün sağlık hizmet sunucularının sorumluluğuna ilişkin olarak özel bir düzenlemeye yer verilmemiştir. Oysa, sağlık hizmet sunucuları ve bunların istihdam ettiği sağlık çalışanları da, kendilerine başvuran genel sağlık sigortalılarının tedavi süresinin uzamasına, *kastı* veya *suç sayılır hareketi* veya ilgili kanunlarla verilmiş bir görevi *yapmaması* veya *savsaması* nedeniyle sebep olabilir. Bu durumda sağlık hizmet sunucuları da üçüncü kişi kapsamında sorumlu sayılabilecektir.

Ancak bu hususun ayrıca düzenlenmesi sağlık hizmet sunucularına yaptıkları işin önemini sürekli hatırlarında tutmalarını sağlayabilir. Böylece hem genel sağlık sigortalılarının tedavilerinde beklenen özen ve ihtimam gösterilmiş olur, hem de Kurumla daha az ihtilafa düşülür. Önümüzdeki dönem sıkça karşılaşacağımız bu sorumluluk halinin ise, üçüncü kişinin sorumluluğu bahsinde değil de daha özel bir hükümle düzenlenmesi anlamlı olacaktır.

Diğer taraftan, 5510 sayılı Kanununun 76.maddesi altıncı fıkrasındaki “üçüncü kişiler” ifadesiyle “sağlık profesyonelleri” ya da “diğerleri” kastediliyorsa bunun açıkça belirtilmesi gerektiği, “üçüncü kişi” ibaresinin “sağlık profesyonellerini” içermemesinin ise malpaktis(kötü uygulama veya yanlış tedavi) açısından hekim sorumluluğunun oldukça önem arzemesi nedeniyle vahim bir hata olacağı ifade edilmiştir.¹⁰⁹¹

Sağlık hizmet sunumunda çağdaş tıbbi yaklaşım kanıta dayalı tıptır. Kanıta dayalı tıp yaklaşımında hekim muayene sonucunda edindiği klinik bulguları tetkik tahlil sonuçları ile birlikte değerlendirerek hasta hakkında karar verir. Gerçekten de; sadece muayene sonuçlarına göre bir karar verilmesi, mevcut olanakların elverdiği tanı araçlarından yararlanılmaması çağdaş yaklaşımda eksiklik olarak görülmekte ve

¹⁰⁹¹ YILDIRIM, H.Hüseyin: “Genel Sağlık Sigortası (GSS) Kanunu Tasarı Taslağı:Eleştirel Bir Sorgulama”, http://www.absaglik.com/GSS_elestiri.pdf:(Erişim:14.09.2006)

ortaya çıkan olumsuz sonuçlar sebebiyle hekim ve sağlık kuruluşları kusurlu addedilerek cezai ve hukuki yaptırımlara maruz kalmaktadır.¹⁰⁹²

Yargıtayın bir kararında vurgulandığı gibi; *“doktor, hastasının zarar görmemesi için, mesleki tüm şartları yerine getirmek, hastanın durumunu tıbbi açıdan zamanında ve gecikmeksizin saptayıp, somut durumun gerektirdiği önlemleri eksiksiz biçimde almak, uygun tedaviyi de yine gecikmeden belirleyip uygulamak zorundadır... Gerçekten de müvekkil (hasta), mesleki bir iş gören doktor olan vekilden, tedavinin bütün aşamalarında titiz bir ihtimam ve dikkat göstermesini beklemek hakkına sahiptir. Gereken özeni göstermeyen vekil, BK'nun 394/1 maddesi hükmü uyarınca, vekâleti gereği gibi ifa etmemiş sayılmalıdır.”*¹⁰⁹³ Şüphesiz sağlık hizmet sunucusu da bu kapsamda sorumlu sayılabilecektir.

Bunun için; *“sağlık mevzuatı gereğince bulundurulması gerekli sağlık personeli ile ilaç ve diğer tıbbi malzemeleri bulundurmadiğı, teşhis, tedavi ve rehabilite edici standart tıbbi uygulamayı yapmadığı, mesleki bilgi ve beceri eksikliği veya gerekli tedaviyi vermemesi gibi sebeplerle bu Kanunda sayılan yardımların yapılmasını gerektiren bir halin doğmasına, tedavi süresinin uzamasına veya sigortalının iş göremezlik durumunun artmasına neden olan sağlık hizmet sunucularına Kurumca yapılan yardımların giderleri için rücu edilmesi”* gerektiği hususu isabetli olarak daha önce önerilmiştir.¹⁰⁹⁴

III .7 – Özel Sağlık Kurum ve Kuruluşu İle Hasta Arasındaki Hukuki İlişkinin Niteliği

Hukukumuzda, bağımsız çalışan hekim ile hasta arasındaki sözleşme hekimlik sözleşmesi ya da teşhis ve tedavi sözleşmesi şeklinde adlandırılmaktadır. Bu sözleşmenin iş sözleşmesi, istisna sözleşmesi olduğu yönündeki teorik tartışmalara rağmen genel olarak vekalet sözleşmesi olduğu kabul edilmektedir.¹⁰⁹⁵

¹⁰⁹² <http://www.ttb.org.tr/index.php>, Erişim:23.09.2006

¹⁰⁹³ Y. 13. HD. 07.02.2005, E:2004/12088, K:2005/1728

¹⁰⁹⁴ Özkan BİLGİLİ, Ercan KAHRIMAN, Serdar GÜNAY vd. tarafından “Genel Sağlık Sigortası Kanun Taslağı” üzerine düzenlenen 12.01.2004 tarih ve 2 sayılı Etüd-İnceleme Raporu

¹⁰⁹⁵ AYAN, Mehmet: Tıbbi Müdahalelerden Doğan Hukuki Sorumluluk, Kazancı Yayınları, Ankara 1991, s: 53-56; AŞÇIOĞLU, Çetin: Tıbbi Yardım ve El Atmalardan Doğan Sorumluluklar, Tekişik Ofset, Ankara 1993, s:20; YILMAZ, Battal: Açıklamalı-İçtihatlı Hekimin Hukuki Sorumluluğu, Adalet Yayınevi, Ankara 2007, s:17-24; AKARTEPE, Alpaslan: “Tedavi Sözleşmesinin Hukuki

Yargıtay kararları da bu yöndedir.¹⁰⁹⁶ Gerçek(doğrudan) bir tedavinin olmadığı salt protez yapımını amaçlayan sözleşmeler ile estetik amaçlı tıbbi müdahalelere ait hekimlik sözleşmeleri ise istisna(eser) sözleşmesi olarak değerlendirilmektedir.¹⁰⁹⁷

Özel sağlık kurum ve kuruluşu ile hasta arasındaki ilişki de serbest çalışan bir hekim ve hastası arasındaki hukuki ilişkiye benzemektedir.¹⁰⁹⁸ Yani, hem sağlık kurumuna hem de sağlık kuruluşuna kabul sözleşmelerinin niteliği vekalet sözleşmesi olarak kabul edilmektedir.¹⁰⁹⁹ Borçlar Kanunu'nun 386.maddesine göre vekalet sözleşmesinden söz edilebilmesi için üç unsurun varlığı gereklidir.¹¹⁰⁰ Bunlardan birincisi, sözleşmesinin konusunu “bir iş görmenin teşkil etmesi”, ikincisi “iş görmenin zaman kaydına bağlı olmaksızın ve sonucun elde edilmemesi rizikosunu taşımaksızın belli bir yönde yapılması, üçüncüsü ise “ tarafların herhangi bir şekilde bağlı olmaksızın sarih ya da zımni olarak bu konuda anlaşmaları”dır.¹¹⁰¹

Belirtelim ki; kamu sağlık tesislerine müracaat eden hasta ile kamu sağlık tesisi arasında, özel sağlık kurum ve kuruluşlarında olduğu gibi sözleşme ilişkisi kurulmaz. Burada hasta açısından bir kamu hizmetinden yararlanma sözkonusudur. Dolayısıyla buralarda yapılan tıbbi müdahalelerin yol açtığı zararlar için sorumluluk durumu özel hukuk kurallarına göre değil, kamu hukuku kurallarına göre

Niteliği”, Sağlık Hukuku Sempozyumu, Erzincan 15-16 Mayıs 2006, Yetkin Yayınları, Ankara 2007, s: 13-22

¹⁰⁹⁶ “Hasta ile doktorun meslek ilişkisi vekillik sözleşmesine dayanır. Vekil iş görürken yöneldiği sonucun elde edilmesinden değil, bu sonuca ulaşmak için yaptığı uğraşların özenle görülmemesinden sorumludur.... Titiz bir özen göstermeyen vekil, vekâleti gereği gibi ifa etmemiş sayılır.” Y.13.HD. 04.03.1994, E:1994/8557, K:1994/2138; HATIRNAZ, Gültezer: Özel Hastanelerin Hukuki Sorumluluğu Ve Hasta Hakları, Seçkin Yayıncılık, Ankara 2007, s:31

¹⁰⁹⁷ AYAN, Mehmet: Tıbbi Müdahalelerden Doğan Hukuki Sorumluluk, Kazancı Yayınları, Ankara 1991, s: 53; ÖZAY, Merter: Estetik Amaçlı Tıbbi Müdahalelerde Hekimin Hukuki Sorumluluğu, Yetkin Yayınları, Ankara 2006, s:39-48; “Estetik ameliyatlarda, ameliyatı yapan doktor, estetik görünüm konusunda belli bir teminat vermiş ise, taraflar arasındaki bu sözleşme, eser sözleşmesidir.” Y.13. HD. 05.03.1993, E:1993/131, K:1993/2741(Kazancı Bilgi Bankası)

¹⁰⁹⁸ HATIRNAZ, Gültezer: Özel Hastanelerin Hukuki Sorumluluğu Ve Hasta Hakları, Seçkin Yayıncılık, Ankara 2007, s:28

¹⁰⁹⁹ Y. HGK. 11.12.2002, E:2002/13-1011, K:2002/1047; SAVAŞ, Halide: Sağlık Çalışanlarının ve Sağlık Kurumlarının Tıbbi Müdahaleden Doğan Sorumlulukları, Seçkin Yayıncılık, Ankara 2007, s:100

¹¹⁰⁰ Öte yandan özel sağlık kurum ve kuruluşunda çalışan ve tıbbi yardımda bulunan hekim ile hasta arasında Borçlar Kanunu'nun 390.maddesi üçüncü fıkrasında ve 391.maddesi ikinci fıkrasında sözü edilen *ikame vekaletten* kaynaklanan bir sözleşme ilişkisinin bulunduğu da belirtilmektedir. Bkz: AŞÇIOĞLU, Çetin: Tıbbi Yardım ve El Atmalardan Doğan Sorumluluklar, Tekışık Ofset, Ankara 1993, s:119-122

¹¹⁰¹ ÖZDEMİR, Hayrünnisa: Özel Hukukta Teşhis ve Tedavi Sözleşmesi, Yetkin Yayınları, Ankara 2004, s:80-81

çözömlenir.¹¹⁰² Buna göre, Anayasanın 129.maddesi beşinci fıkrası uyarınca, kamu sağılık tesisinde görevli memurun kusuru nedeniyle açılacak tazminat davası, kendilerine rücu edilmek kaydı ile idare(Sağılık Bakanlığı, Belediye, Üniversite gibi) aleyhine açılabilir.¹¹⁰³ Ancak daha sonra idare, Anayasanın 40.maddesi üçüncü fıkrası hükmünü de dikkate alarak, bu kamu görevlilerine rücu edebilecektir.¹¹⁰⁴

III .8 -Hukuki Sorumluluk

Özel sağılık kurum ve kuruluşlarının kendilerine başvuran hastalar ile aralarındaki sözleşmeye aykırı hareketleri, kusurları ve bu sebeplerle ortaya çıkan bir zararın varlığı ve nihayet sözleşmenin ihlali ile zarar arasında uygun illiyet bağıının varlığı hukuki sorumluluklarını gerektirmektedir. Özel sağılık kurum ve kuruluşları ile hasta arasındaki sözleşmenin sağılık tesisine *tam kabul tedavi sözleşmesi* ve sağılık tesisine *bölünmüş kabul tedavi sözleşmesi* olup olmadığına göre hukuki sorumluluğun sonuçları da farklı olmaktadır. Genel olarak sağılık kurum ve kuruluşlarının temel sorumluluğı hastanın tedavisidir.¹¹⁰⁵ Bundan başka hastane bakımını sağılama, hastayı aydınlatma¹¹⁰⁶, sadakat ve özen gösterme¹¹⁰⁷, kayda geçirme, sır saklama¹¹⁰⁸ gibi yan yükümlölükleri de vardır.¹¹⁰⁹

¹¹⁰² AYAN, Mehmet: Tıbbi Müdahalelerden Doğıan Hukuki Sorumluluk, Kazancı Yayınları, Ankara 1991, s: 46

¹¹⁰³ “Doktorun kamu görevlisi olarak yetkilerini kullanırken işlediğı kusurlu eyleminden doğan davanın idare aleyhine açılması gerekmektedir”.Y.13. HD. 10.06.2002, E:2002/5171, K:2002/6918(Kazancı Bilgi Bankası)

¹¹⁰⁴ Sağılık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 18.01.2005 tarih ve 1128(2005/06) sayılı Genelgesi

¹¹⁰⁵ “Vekil (özel sağılık kurum ve kuruluşu) vekalet görevine konu işi görürken yöneldiğı sonucun elde edilmemesinden sorumlu değildir. Ancak bu sonuca ulaşmak için gösterdiği çabanın, yaptığı işlemlerin, eylemlerin ve davranışların özenli olmayışından doğan zararlardan dolayı sorumludur. Vekilin sorumluluğı genel olarak işçinin sorumluluğına ilişkin kurallara bağılıdır.Vekil işçi gibi özenle davranmak zorunda olup, en hafif kusurundan bile sorumludur. O nedenle sağılık çalışanı ve hastanenin meslek alanı içinde olan bütün kusurları, hafif de olsa, sorumluluğun unsuru olarak kabul edilmelidir.” Y.13. HD. 07.06.2006, E:2006/5518, K:2006/11185; Y.13. HD. 08.07.2005, E:2005/3645, K:205/11796; HATIRNAZ, Gültezer: Özel Hastanelerin Hukuki Sorumluluğı Ve Hasta Hakları, Seçkin Yayıncılık, Ankara 2007, s:211-215

¹¹⁰⁶ KÖK, Ahmet Nezih: “İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesine Göre Aydınlatma ve Rıza”, 1.Türk Alman Tıp Hukuku Sempozyumu, **KHUKA**, 2005/2, s:116-121; ÜNVER, Yener: “Türk Tıp Hukukunda Rıza”, 2.Türk-Alman Tıp Hukuku Sempozyumu, **YÜHFD**, 2006, C:III, S:2, s:227-288; ÇELİK, Faik: “Hekimlik Uygulamalarında Aydınlatılmış Onam İhlalleri”, 2.Türk-Alman Tıp Hukuku Sempozyumu, **YÜHFD**, 2006, C:III, S:2, s:71-82

¹¹⁰⁷ BAŞPINAR, Veysel: “Hekimin Özen Borcu”, Sağılık Hukuku Sempozyumu, Erzincan 15-16 Mayıs 2006, Yetkin Yayınları, Ankara 2007, s: 23-38

¹¹⁰⁸ YILDIRIM, Fadıl: “Hekimin Sır Saklama Yükümlölüğü”, Sağılık Hukuku Sempozyumu, Erzincan 15-16 Mayıs 2006, Yetkin Yayınları, Ankara 2007, s: 57-64

Tam kabul tedavi sözleşmesinde tüm tedavi programını özel sağlık kurum ve kuruluşu tarafından borçlanılmış olmaktadır. Yani, tıbbi tedavi, barındırma ve yedirip içirme gibi tüm edimler sağlık kurum ve kuruluşu tarafından üstlenilmiştir. Hasta, sözleşmeden doğan tüm yükümlülükleri sağlık tesisi işleticisinden isteyecektir.¹¹¹⁰ Hekim ya da diğer sağlık personeli, bu tedavi bakımından Borçlar Kanunu'nun 100.maddesi uyarınca ifa yardımcısı durumundadır. Bu durumlarda sözleşmenin ihlali ile zarar gören hasta sağlık tesisi işleticisine dava açacaktır.¹¹¹¹ Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kimselerin(hastaların) SGK ile sözleşmeli özel sağlık kurum ve kuruluşlarına(sağlık hizmet sunucularına) başvurusu bu kapsamda değerlendirilebilir.

Bölünmüş kabul tedavi sözleşmesinde ise sağlık tesisi işleticisi, sadece “hastane bakımını sağlamayı” borçlanmıştır. Hastane bakımı kavramı içerisine, hastanın yatırılması, yedirilip içirilmesi, eşyalarının muhafazası ve diğer yardımcı tıbbi hizmetlerin gerçekleştirilmesi gibi tıbbi tedavi dışındaki her türlü hastane faaliyeti girmektedir. Tıbbi tedavi ise doğrudan doğruya tedavi sözleşmesinin tarafı olan hekim tarafından borçlanılmıştır.¹¹¹² Bu durumda sözleşmenin ihlali ile zarara uğrayan hasta duruma göre hem sağlık tesisi hem de hekime karşı dava açabilecektir.¹¹¹³ Yargıtay'ın kararları da bu yöndedir.¹¹¹⁴ Zira, özel hastane işleteni, öncelikle tacir sıfatıyla basiretli bir tacir gibi davranması gereği yanında, yaptığı hizmetin yaşama hakkını yakından ilgilendiren kamusal nitelik taşıyan sağlık hizmeti

¹¹⁰⁹ AYAN, Mehmet: Tıbbi Müdahalelerden Doğan Hukuki Sorumluluk, Kazancı Yayınları, Ankara 1991, s: 149; AŞÇIOĞLU, Çetin: Tıbbi Yardım ve El Atmalardan Doğan Sorumluluklar, Tekişik Ofset, Ankara 1993, s:123-126

¹¹¹⁰ HATIRNAZ, Gültezer: Özel Hastanelerin Hukuki Sorumluluğu Ve Hasta Hakları, Seçkin Yayıncılık, Ankara 2007, s:43

¹¹¹¹ AYAN, Mehmet: Tıbbi Müdahalelerden Doğan Hukuki Sorumluluk, Kazancı Yayınları, Ankara 1991, s: 151

¹¹¹² AYAN, Mehmet: Tıbbi Müdahalelerden Doğan Hukuki Sorumluluk, Kazancı Yayınları, Ankara 1991, s: 151

¹¹¹³ Son yıllarda hekimler, tıbbi hataları sebebiyle zarara uğrattıkları hastalarının açtığı maddi ve manevi tazminat davaları ile karşı karşıya kalmaktadır. Bu sebeple de, sözkonusu riskleri sigortalama yoluna gitmektedirler. Konu ile ilgili olarak Hazine Müsteşarlığı iki tebliğ yayınlamıştır: 1) **Mesleki Sorumluluk Sigortası Genel Şartları**(16.03.2006-26110 RG). 2) **Mesleki Sorumluluk Sigortası Genel Şartları Hekim Mesleki Sorumluluk Sigortası Klozu**(21.09.2006-26296 RG).

¹¹¹⁴ “...davalı şirket(özel hastane) diğer davalının(hekim) yapacağı doğum ve tedavinin istenen biçimde sonuçlanacağını, bu konudaki tüm olanaklarını sağlayacağını vekaleten kabul etmektedir. Bu durumda davalı doktorun tedavi hatasından da meydana gelse, zarardan dolayı davalı şirket doktorla birlikte sorumludur.” Y.4. HD. 07.10.2003, E:2003/1529, K:2003/11279; HATIRNAZ, Gültezer: Özel Hastanelerin Hukuki Sorumluluğu Ve Hasta Hakları, Seçkin Yayıncılık, Ankara 2007, s:220-221

olması nedeniyle de hastanın ve özel durumlarda yakınlarının zarar görmemesi için gerekli olan sadakat ve özeni göstermek durumundadır. Bu özen, başta doktor ve diğer yardımcı personeli seçme ve denetleme açısından yüksek oranda gösterilmeli, diğer şartların hazırlanmasında da aynı ilke unutulmamalıdır.¹¹¹⁵

III .9 - Ceza Sorumluluğu

Ceza sorumluluğu kural olarak bireylerin sorumluluğudur. Dolayısıyla özel sağlık kurum ve kuruluşunun hekim veya diğer sağlık personelinin hukuka uygun olmayan fiillerinin suç oluşturması durumunda bunlar sorumlu sayılacaklardır. Örneğin; ameliyat sırasında biten oksijen tüpü yerine karbondioksit tüpü bağlanması taksirle adam öldürme suçu sayılmıştır.¹¹¹⁶ Hekimin cezai sorumluluğu esasen çok eski zamanlardan beri bulunmaktadır.¹¹¹⁷

Öte yandan, organizasyon kusurunun olduğu hallerde, hastane işleticisinin veya yöneticisinin cezai sorumluluğu da bulunmaktadır.¹¹¹⁸ Ancak organizasyon kusur nedeniyle bir kimsenin ölümüne ve yaralanmasına neden olunması halleri için hastanenin tüzel kişi olarak sorumluluğu Türk Ceza Kanunu'nda öngörülmemiştir. Türk Ceza Kanunu istisnai durumlarda tüzel kişiler için ceza hukuku sorumluluğunu kabul etmiştir.¹¹¹⁹

Buna göre, 2537 sayılı TCK'nun 20.maddesi ikinci fıkrasında, “ *Tüzel kişiler hakkında ceza yaptırımı uygulanamaz. Ancak, suç dolayısıyla kanunda öngörülen güvenlik tedbiri niteliğindeki yaptırımlar saklıdır.* ” denilmiştir. Kanunun 60.maddesi birinci ve ikinci fıkralarında da; “ *Bir kamu kurumunun verdiği izne dayalı olarak faaliyette bulunan özel hukuk tüzel kişisinin organ veya temsilcilerinin iştirakiyle ve bu iznin verdiği yetkinin kötüye kullanılması suretiyle tüzel kişi yararına işlenen kasıtlı suçlardan mahkûmiyet halinde, iznin iptaline karar verilir... Müsadere*

¹¹¹⁵ Y. HGK. 23.06.2004, E:2004/13-291, K:2004/370 (Kazancı Bilgi Bankası)

¹¹¹⁶ Y. 2. CD. 05.02.1996, E:1996/268, K:1996/1025 (Kazancı Bilgi Bankası)

¹¹¹⁷ Örneğin, Hammurabi kanunlarında, “Şayet hekim, birisine bronz bir neşter ile tehlikeli bir yara açarak onu öldürürse veya onun gözünü harabederse iki eli kesilir.” denilmektedir. Bkz: AŞÇIOĞLU, Çetin: Tıbbi Yardım ve El Atmalardan Doğan Sorumluluklar, Tekışık Ofset, Ankara 1993, s:42-48

¹¹¹⁸ http://portal.hakanhakeri.com/index.php?option=com_content&task=view&id=36&Itemid=29; Erişim:26.07.2007

¹¹¹⁹ http://portal.hakanhakeri.com/index.php?option=com_content&task=view&id=36&Itemid=29; Erişim:26.07.2007

hükümleri, yararına işlenen suçlarda özel hukuk tüzel kişileri hakkında da uygulanır...” denilmiştir. Şu halde, Sağlık Bakanlığı’na ruhsatlandırılan veya uygunluk belgesi verilen özel sağlık kurum ve kuruluşları temsilcilerinin kasıtlı suçları ile mahkumiyet almaları durumunda verilen ruhsat ya da uygunluk belgesinin de iptaline karar verilebilir.

III .10 –İdarenin Sorumluluğu

III .10 .1 -Sağlık Bakanlığı’nın Sorumluluğu

Sağlık Bakanlığı’nın kendisine ait sağlık kurum ve kuruluşlarında verdiği hizmetten dolayı kusurlu sayılarak sorumlu tutulması mümkündür. Bu kapsamda idare(Sağlık Bakanlığı), sağlık hizmetlerinin kötü işlemesi, geç işlemesi ve hiç işlememesi gibi hallerde ağır hizmet kusuru işlediği kabul edilerek sorumlu sayılmaktadır.¹¹²⁰ Bu sorumluluk beraberinde tazminat davalarını da getirmektedir. Örneğin Danıştay; “davacının hasta çocuğuna yanlış ilaç enjekte edilmesi sonucu çocuğun kolunun kangren olması ve kesilmesini hizmet kusuru olarak nitelendirmiş ve idareyi maddi ve manevi tazminata mahkûm etmiştir.”¹¹²¹

Diğer taraftan, özel sağlık kurum ve kuruluşlarının sağlık çalışanları ile birlikte sorumlu sayılarak tazminata mahkum edildiği bazı durumlarda, Sağlık Bakanlığı da hizmet kurusunun varlığı halinde sorumlu sayılabilecektir. Gerçektende, Devletin denetim ve gözetiminin sözkonusu olduğu ve insan yaşam ve sağlığıyla ilgili böyle bir hizmetin kusurlu işlemesinden özel hastane sahibi ile birlikte Devletin sorumlu olacağı sözkonusu olabilir.¹¹²² Şu halde, Devlet özel sağlık kurum ve kuruluşlarını denetim görevini yerine getirmediğinde sorumlu sayılabilir.

¹¹²⁰ YILMAZ, Mustafa: “İdarenin Sağlık Hizmetlerinden Doğan Kusur Sorumluluğu”, Sağlık Hukuku Sempozyumu, Erzincan 15-16 Mayıs 2006, Yetkin Yayınları, Ankara 2007, s: 135-146

¹¹²¹ Danıştay 10. D. 08.12.1997, E:1996/2121, K:1997/5476; YILMAZ, Mustafa: “İdarenin Sağlık Hizmetlerinden Doğan Kusur Sorumluluğu”, Sağlık Hukuku Sempozyumu, Erzincan 15-16 Mayıs 2006, Yetkin Yayınları, Ankara 2007, s: 135-146; Benzer bir olayda; “Hastanın tedavisi sırasında kolunun kırılmasına ve gerekli önlemleri almayarak sakat kalmasına neden olan idarenin ağır hizmet kusuru vardır” denilmiştir. Danıştay. 10.D. 09.10.1995, E:1994/2110, K:1995/4255; SAVAŞ, Halide: Sağlık Çalışanlarının ve Sağlık Kurumlarının Tıbbi Müdahaleden Doğan Sorumlulukları, Seçkin Yayıncılık, Ankara 2007, s:314-315

¹¹²² AŞÇIOĞLU, Çetin: Tıbbi Yardım ve El Atmalardan Doğan Sorumluluklar, Tekışık Ofset, Ankara 1993, s: 116

Ancak, devletin buradaki sorumluluğu denetim ve gözetimle sınırlıdır; hastanenin yasa ve yönetmeliklere göre eksikliklerine rağmen izin verilmesinden veya sonradan gerçekleşen noksanlıklardan doğan zararlarda olduğu gibi. Zararın, “*özel hastanenin yasa ve yönetmeliğe uygun çalışmamasından meydana gelmiş*” olması zorunludur. Gerekli araç, gerecin ve personelin(hekim, hemşire vd) bulunmaması veya bulunmakla beraber araç, gereç ve binanın sıhhi ve teknik koşullara uygun olmamasından doğan zararlarda devletin sorumluluğu sözkonusu olabilir.¹¹²³

Danıştay’da bir kararında konuya aynı şekilde yaklaşmış ve “özel bir hastanede guatr rahatsızlığı nedeniyle ameliyat edilen ve aynı günün gecesi fenalaşarak ölen” kişiden dolayı Sağlık Bakanlığı’nı sorumlu bulan yerel mahkeme kararını¹¹²⁴ kısmen onamıştır. Danıştay kararında, “ *Olayda, müteveffa.....’un 17.10.2000 tarihinde özel....Hastanesinde yapılan guatr ameliyatı sonrasında yaşadığı komplikasyon nedeniyle, zamanında ve gereken müdahalenin yapılmaması sonucu hayatını kaybetmesinde, hastane üzerinde denetim ve gözetim görevini yerine getirmeyen ve tespit olunan aykırılıkları gidermek için yasal müeyyideleri kullanma yetkisi bulunmasına karşın, bu yetkilerini kullanmayan davalı idarenin hizmet kusuru bulunduğu çekişme yoktur*” diyerek Sağlık Bakanlığı için verilen manevi tazminat tutarlarının bir kısmını onamış bir kısmını da az bularak artırılması için bozmuştur.¹¹²⁵

Belirtelim ki; bu durumlarda Sağlık Bakanlığı da özel sağlık kurum ve kuruluşlarını denetlemekle görevli personeline rücu edebilecektir.

III .10 .2 -Sosyal Güvenlik Kurumu’nun Sorumluluğu

Danıştay’ın yukarıda yer verdiğimiz kararı ışığında konu ele alındığında önümüzdeki süreçte SGK’nun da benzer sorumluluklarla karşı karşıya kalabileceği söylenebilir. Şöyle ki; SGK Sağlık Uygulama Tebliği ve 5510 sayılı Kanun uygulaması ile genel sağlık sigortalıları ve bakmakla yükümlü oldukları kimseler

¹¹²³ AŞÇIOĞLU, Çetin: Tıbbi Yardım ve El Atmalardan Doğan Sorumluluklar, Tekışık Ofset, Ankara 1993, s: 116-117

¹¹²⁴ İstanbul 3.İdare Mahkemesi, 30.12.2003, E:2001/1622, K:2003/1505

¹¹²⁵ Danıştay 10. D. 25.05.2007, E:2004/12187, K:2007/3052

artık, Kurumla sözleşme yapmış olan sağlık hizmet sunucularından özel sağlık kurumlarına da(özel hastane özel tıp merkezi ve özel dal merkezi) başvurmaktadır. Kurum, genel sağlık sigortalılarını sözleşme yaptığı özel sağlık kurumlarına yönlendirirken, adeta güven telkin etmekte ve kefil olmaktadır.

Öte yandan, Sağlık Bakanlığı ruhsatlandığı özel sağlık kurum ve kuruluşlarını denetlerken, Kurum da sözleşme yaptığı özel sağlık kurumlarını denetleyecektir. Bu husus 5510 sayılı Kanununun 78.maddesi dördüncü fıkrasında; *“Kurum, bu Kanunda belirtilen görevleriyle ilgili olarak sağlık hizmeti sunucularının yürüttüğü hizmet ve işlemleri kontrol yetkisine sahiptir. Kurum, bu yetkisini görevlendirdiği personeli vasıtasıyla veya kamu kurumları ve özel kurumlardan hizmet satın almak suretiyle kullanabilir.”* şeklinde hüküm altına alınmıştır. Kurum bu denetim görevini, “personeli” ile yapabileceği gibi dışarıdan hizmet alarak da yapabilecektir.¹¹²⁶

Şu halde, genel sağlık sigortalısı ya da bakmakla yükümlü olduğu kimselerden bir hastanın Kurumla sözleşmeli özel bir sağlık kurumuna başvurması sonucu uğradığı bir zarar nedeniyle, o özel sağlık kurumuna ve zarara sebep olduğunu düşündüğü hekime husumet yöneltmesinin yanı sıra, artık denetim ve gözetim görevini yapmayarak hizmet kusuru işlediği iddiası ile Sağlık Bakanlığı’nı ve ayrıca SGK’nu da dava edebilir.

Bununla birlikte, 5510 sayılı Kanunda değinilen durumlarda Kurumun başvurabileceği bir kanun hükmüne yer verilmemiştir. Yani, kanunda sağlık hizmet sunucularının özel olarak sorumlulukları düzenlenmemiştir. Şu halde, genel sağlık sigortalısı hastanın tedavi süresinin uzamasına ya da başka bir hastalığa sebep olunmasına kusuru ile sağlık hizmet sunucusu sebep olursa Kurumun yapabileceği bir işlem var mıdır? Ya da, sağlık hizmet sunucusu “üçüncü kişi” olarak mı değerlendirilecektir? Dahası, tedavisi uzayan, zarar gören, başka bir hastalığa yakalanan¹¹²⁷ genel sağlık sigortalısı hasta ilgili hekim, özel sağlık kuruluşu ve hatta

¹¹²⁶ Kurumun genel sağlık sigortası ile ilgili denetim yetkisine ilişkin tartışma için bkz: BİLGİLİ, Özkan: Sosyal Güvenlik Kılavuzu, ASMMMO, Ankara 2006, s:352-353

¹¹²⁷ Örneğin; “özel bir diyaliz merkezine giden ve diyaliz merkezinde tedaviye başlamadan önce Hepatit-C hastalığı bulunmayan 10 kişiye burada virüs bulaştığı tespit edildi” 08.11.2007 Günlü Milliyet Gazetesi

Sağlık Bakanlığı'nı dava etmesinin yanı sıra, SGK yi de dava edebilecek midir? SGK genel sağlık sigortalılarının başvuracağı sağlık tesislerini, sağlık hizmeti alma sözleşmesi yaptığı sağlık kurum ve kuruluşları ile sınırlamış ve bunlara yönlendirmiştir. SGK ye karşı da dava(tam yargı) açılabilir.

Oysa, ne SGK Sağlık Uygulama Tebliği'nde ne de **2007 yılı "Sosyal Güvenlik Kurumu Özel Sağlık Kurumundan/Kuruluşundan Sağlık Hizmeti Satın Alma Sözleşmesi"**nde Kuruma, ayrıca katlanacağı masrafları ilgili sözleşmeli özel sağlık kurumuna ödetme yetkisi verilmiştir. Örneğin, Tebliğ'in (24.2.2.7) maddesine göre, tedavisi yapılan bir hastada komplikasyonlar ortaya çıkması durumunda, tedavi ücreti ya daha az faturalandırılmakta ya da uzayan tedavi süresinden daha kısa bir zaman için faturalandırılmaktadır. 2007 yılı Sözleşmesine göre ise, buna ilişkin yaptırım sözleşmenin feshi(hem hekimle hem de özel sağlık kurumuyla) ile sınırlıdır. Kurum, suç işleyen hekimin fiilinden dolayı onu istihdam eden sağlık kurumunun sözleşmesini feshettiği gibi, bir başka sağlık kurumu da çalıştırır ise, onun da sözleşmesini feshedecektir.¹¹²⁸

Belirtmek gerekir ki; SGK değinilen düzenlemeler dikkate alındığında bu özel sağlık kurumuna "genel sağlık sigortalısı" için verdiği zarardan dolayı, - uğradığı/katlandığı bu zararı ya da bakım masraflarındaki artışını karşılatmak için- rücucaan müracaat edemeyecektir. Ancak, konunun Borçlar Hukukunun genel esasları bakımından incelenmesi gerekmektedir.

IV – FİİLİ HİZMET SÜRESİ ZAMMI

IV .1 – Genel Olarak

Fiili hizmet süresi zammı 5510 sayılı Kanununun 40.maddesinde düzenlenmiştir. Bu düzenleme ile maddede sayılan çalışan guruplarına ve yine belirtilen işlerde çalışmalarını kaydı ile yaşlılık aylığını daha kısa sürede hak

¹¹²⁸ GÜNEY, Tahsin: "Bütün Hastaneler Sigortalının Hizmetine Girdi-Röportaj", **SGK Bülten**, Temmuz 2007, S:4, s:10-11; GÜNEY, Tahsin: "Sözleşmesi Feshedilen Hekim İle Anlaşan Hastanenin De Sözleşmesi Feshedilecek", (Röportajı Yapan: İbrahim ERSOY), <http://www.medimagazin.com.tr/index.php>; Erişim:25.06.2007

edebilmelerini temin için prim ödeme gün sayılarına “farazi hizmet süreleri”nin eklenmesi uygulaması getirilmiştir.

5434 sayılı Kanunun mülga 32.maddesinde de benzer bir düzenleme bulunmaktaydı. 506 sayılı Kanunun mülga 60/E ve ek 5.maddesindeki uygulama kapsam olarak daha da genişletilmiş, farazi hizmet sürelerinin sigortalılık süresine eklenmesi yerine prim ödeme gün sayısına ilave edilmesi esası benimsenmiştir.¹¹²⁹ Esasen, 506 sayılı Kanunun mülga ek 5.maddesi uygulamasında, Yargıtay İçtihadı Birleştirme Büyük Genel Kurulunun 18.02.2000 tarih, E:1997/1, K:2000/1 sayılı kararı¹¹³⁰ gereğince itibari hizmet süresi, salt sigortalılık süresine eklenmekte ve ayrıca fiili prim ödeme gün sayısına eklenmemektedir. 5510 sayılı Kanun ile bu uygulama terkedilmiş bulunmaktadır.

Belirtelim ki, 5510 sayılı kanunun 40.maddesiyle fiili hizmet süresi zammından yararlanacak grupların, AB direktifleri, günümüz teknolojisi, iş sağlığı ve güvenliği alanındaki gelişmeler ile iş riskleri dikkate alınarak yeniden tanımlandığı, ayrıca işin riskine göre her çalışılan yıla eklenecek fiili hizmet süresi zamlarında farklılaştırma yapıldığı ifade edilmektedir.¹¹³¹

Fiili hizmet süresi zammı ile ilgili olarak Anayasa Mahkemesi’nin iptal kararı sonrasında 5754 sayılı Kanun ile yapılan değişiklikler ise bazı çalışan grupları açısından hak kayıplarına neden olduğu gerekçesiyle eleştirilmiştir.¹¹³² Gerçekten de, fiili hizmet süresi kapsamındaki işyeri ve işler ile kapsamdaki sigortalılarda değişiklik yapılmıştır. Yeni düzenlemenin, hem sigortalılar açısından hem de eklenecek gün sayıları bakımından bir gerileme olduğu belirtilmektedir.¹¹³³

¹¹²⁹ DALBAY, Özkan: “Sosyal Sigortalar Kurumu’na(SSK) Tabi Çalışanlar Açısından Yeni Sosyal Güvenlik Sisteminin Değerlendirilmesi”, **Mercek**, Temmuz 2006, S:43, s:56-62

¹¹³⁰ ASLANKÖYLÜ, Resul: Sosyal Sigortalar Kanunu Yorumu, Nural Matbaacılık, Ankara 2003, s:1062-1063

¹¹³¹ ÖZCAN, Celal: “Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, Taslaklar ve Reform”, **Mercek**, Ocak 2008, S:49, s:53-65

¹¹³² ŞAKAR, Müjdat: “Yeni Sosyal Güvenlik Düzeni Acaba Kimi Memnun Edecek?”, **Mercek**, Ocak 2008, S:49, s:108-116

¹¹³³ Bu konu ile ilgili tartışma ve eleştiriler için bkz. OKUR, Ali Rıza ve ERGİN, Hediye: “5510 Sayılı Kanunda Değişiklik Öngören 25/10/2007 Tarihli Taslağın Değerlendirilmesi”, **Legal İş Hukuku ve Sosyal Güvenlik Hukuku Dergisi**, 2007/16, s:1441-1470; ŞAKAR, Müjdat: “Yeni Sosyal Güvenlik Düzeni Acaba Kimi Memnun Edecek?”, **Mercek**, Ocak 2008, S:49, s:108-116; ÖZCAN, Celal: “Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, Taslaklar ve Reform”, **Mercek**, Ocak 2008, S:49, s:53-65

IV .2 – Sağlık Personeli Açısından

Geçmişte, Emekli Sandığı iştirakçisi olarak kesenek ödeyen ve 5434 sayılı Kanunun mülga 32.maddesi (h) fıkrasında belirtildiği üzere, mesleği sebebiyle röntgen, radyum ve benzeri iyonizan, radyasyonlarla bilfiil çalışan tabip, teknisyen, sağlık memuru, radyasyon fizikçisi ve teknisyeni ve iyonizan radyasyonla yine bilfiil çalışan bilimur personel ve yardımcılara hizmetlerinin her yılı için fiili hizmet zammı verilmesi hükme bağlanmıştır. Aynı nitelikteki hizmet akdi ile çalışan sigortalıların bu haktan yararlanmalarına ilişkin herhangi bir düzenlemeye 506 sayılı Kanunun mülga ek 5.maddesinde ise yer verilmemişti. 5510 sayılı Kanunun 40.maddesinde yapılan düzenleme ile sağlık çalışanları açısından önemli bir ayırım da ortadan kaldırılmıştır.

5510 sayılı Kanunun 40.maddesi birinci fıkrasına göre; ***“doğal ve yapay radyoaktif, radyoionizan maddeler veya bütün diğer korpüsküler emanasyon kaynakları ile yapılan işlerde”*** Kanunun 4.maddesi birinci fıkrasının (a) ve (c) bentleri kapsamında çalışan sigortalıların(sağlık personelinin) prim ödeme gün sayılarına, bu işyerlerinde ve işlerde geçen çalışma sürelerinin her 360 günü için karşılarında gösterilen gün sayıları, fiilî hizmet süresi zammı olarak eklenecektir.

Dolayısıyla radyasyona muhatap işlerde çalıştırılan ister Kanunun 4.maddesi birinci fıkrasının (a) isterse (c) bendi kapsamında sigortalı olsun her 360 gün için 90 gün fiili hizmet süresi zammı hak edecektir. 360 günden eksik sürelele ait fiilî hizmet süresi zammı, 360 gün için eklenen fiilî hizmet süresi ile orantılı olarak belirlenecektir. Çalışmanın fiili hizmet süresi zammı kapsamında değerlendirilebilmesi için, sigortalının kapsamdaki işyerleri ile birlikte belirtilen işlerde fiilen çalışması ve söz konusu işlerin risklerine maruz kalması şarttır.

IV .3 – Fiili Hizmet Zammının Etkisi

5510 sayılı Kanunun 40.maddesi üçüncü fıkrası gereğince de, yukarıdaki şekilde hesaplanan fiilî hizmet süresi zammı, Kanunun 4.maddesi birinci fıkrasının

(a) ve (c) bentleri kapsamında sigortalı sayılan radyasyona muhatap sağlık çalışanları için beş yılı geçmemek üzere uzun vadeli sigorta kolları uygulamasında prim ödeme gün sayısına eklenir. Bu sürelerin, üç yılı geçmemek üzere yarısı da emeklilik yaş hadlerinden indirilir.

5510 sayılı Kanununun 40.maddesi dördüncü fıkrasında ise, belirtilen yaş haddi indiriminden yararlanabilmek için ölüm ve maluliyet halleri hariç, sağlık personeli sigortalıların en az 3600 gün belirtilen işyeri ve işlerde çalışmış olmaları şart olduğu hüküm altına alınmıştır. Sözü edilen işlerden dolayı 3600 sigorta gününün altında gün sayısı bulunan sağlık personeli sigortalılar, radyasyona muhatap işlerde çalışsalar bile yaş haddi indiriminden yararlanamayacaktır.

IV .4 – Fiili Hizmet Zammı Primi

Fiili hizmet zammı uygulanan işler için işverenlerden, ödedikleri sosyal sigorta ve genel sağlık sigortası primlerinden ayrı olarak belli oranda prim alınması da öngörülmüştür. Buna göre, fiili hizmet zammı karşılığında uzun vadeli sigorta kolları primi zamlı sürenin oranı kadar artırılarak alınacaktır. Konu 5510 sayılı Kanununun 81.maddesi birinci fıkrasının (b) bendinde düzenlenmiştir.

5510 sayılı Kanunda belirtilen fiilî hizmet süresi zammı uygulanan işlerde, 4.maddenin birinci fıkrasının (a) bendi kapsamında çalışan sigortalılar için uygulanacak malûllük, yaşlılık ve ölüm sigortaları prim oranı; malûllük, yaşlılık ve ölüm sigortaları genel prim oranı olan % 20 oranına; 40.maddeye göre 60 fiilî hizmet gün sayısı eklenecek işlerde 1 puan, 90 fiilî hizmet gün sayısı eklenecek işlerde 1,5 puan, 180 fiilî hizmet gün sayısı eklenecek işlerde 3 puan eklenerek saptanır.

5510 sayılı Kanunda belirtilen fiilî hizmet süresi zammı uygulanan işlerde, Kanununun 4.maddenin birinci fıkrasının (c) bendi kapsamında çalışan sigortalılar için uygulanacak malûllük, yaşlılık ve ölüm sigortaları prim oranı ise; malûllük, yaşlılık ve ölüm sigortaları genel prim oranı olan % 20 oranına; 40. maddeye göre 60 fiilî hizmet gün sayısı eklenecek işlerde 3,33 puan, 90 fiilî hizmet gün sayısı eklenecek işlerde 5 puan, 180 fiilî hizmet gün sayısı eklenecek işlerde 10 puan eklenmesi suretiyle belirlenecektir.

Bu şekilde bulunan oran ile, malüllük, yaşlılık ve ölüm sigortaları genel prim oranı olan % 20 oranı arasındaki farka ait primin tamamı ise işveren tarafından ödenecektir.¹¹³⁴ Bu sebeple de, fiili hizmet zammı uygulamasının genişletilen kapsamı ile işverenler açısından ilave prim yükü getirmek suretiyle istihdamın maliyetini artıracığı belirtilmiştir.¹¹³⁵

V – KURUMUN RESEN DÜZENLEME YETKİSİ

V.1 – Genel Olarak

Sosyal Güvenlik Kurumunun işyerlerinde çalıştırılan sigortalıları tespit ile resen düzenleme yetkisi bulunmaktadır. Bu yetki 506 sayılı kanunun mülga 79.maddesinde düzenlendiği gibi, biraz daha genişletilmiş bir biçimde 5510 sayılı Kanunun da 86.maddesi yedinci fıkrasında düzenlenmiştir. Bu yetkisini kullanacak olan Kurum, fiilen, kayden ya da kamu idarelerinden gelen bilgi ve belgeler ile tüm işyerlerinde olduğu gibi özel sağlık kurum ve kuruluşlarında çalıştırılanların da sigortalı olup olmadıklarını tespit edebilecektir.

Sözkonusu tespitler yoluyla özel sağlık kurum ve kuruluşlarında çalıştırıldıkları tespit edilmekle birlikte işe giriş bildirgesi ile aylık prim ve hizmet belgesi verilmemiş olan sağlık personeli için bu belgeler Kurumca resen düzenlenecektir. Yani, sigortasız çalıştırıldıkları anlaşılan sağlık personelinin sosyal güvenliği sağlanabilecektir. Kurumun bu yetkisi aşağıda 5510 sayılı Kanun kapsamında ele alınmıştır.

V.2 – Fiilen Tespit İle Resen Düzenleme

5510 sayılı Kanunun 86.maddesi yedinci fıkrasında, *“Kurumun denetim ve kontrol ile görevlendirilmiş memurlarınca, **fiilen yapılan denetimler sonucunda ... çalıştığı** anlaşılan sigortalılara ait olup, bu Kanun uyarınca Kuruma verilmesi gereken belgelerin yapılan tebligata rağmen bir ay içinde verilmemesi veya noksan verilmesi halinde, bu belgeler **Kurumca re'sen düzenlenir** ve muhteviyatı sigorta*

¹¹³⁴ TUNCAY, A.Can: “Yeni Sistemde Fiili Çalışma İlişkinine Dayanmayan Sigortalılık”, **Mercek**, Temmuz 2006, S:43, s:68-75

¹¹³⁵ KUDATGOBİLİK, Tuğrul: “Sosyal Güvenlikte Yeni Dönem”, **Mercek**, Temmuz 2006, S:43, s:13-16

primleri Kurumca tespit edilerek işverene tebliğ edilir.” hükmüne yer verilmiştir. Sigortalılara ait olup 5510 sayılı Kanun uyarınca Kuruma verilecek belgeler ise aylık prim ve hizmet belgesi ile sigortalı işe giriş bildirgesidir.

İşverence sigortalı sayılmayı gerektirecek şekilde çalıştırıldığı halde sigortalı işe giriş bildirgesi verilmemiş sigortalıların fiili tespiti, bunların işyerlerinde denetim elemanlarınca fiilen çalışmalarının görülerek tutanağa alınması olarak adlandırılmaktadır. Böylesi bir tespitte beklenen, sigortalı işe giriş bildirelerinin işverence düzenlenerek Kuruma verilmesidir. İşveren vermez ise fiili tespitleri yapılan sigortalıların işe giriş bildirgesi Kurumca re’sen düzenlenecektir. Bu durumda sigortalı işe giriş bildirelerinin Kurumca re’sen düzenlenebilmesi ise düzenlenen tutanağın **“sigortalamaya esas bilgileri”** ihtiva etmesine bağlıdır. Yani, fiili tespiti yapılan sigortalının adı soyadı, vatandaşlık numarası, işe başlama tarihi, ücreti ve kimlik alt bilgilerinin tutanakta bulunması re’sen tescile olanak sağlayabilecektir.

Denetim elemanlarınca yapılan fiili tespitlerde, tespiti yapılan sigortalıların geriye yönelik hizmetlerinin Kurumca dikkate alınacak kısmına bir sınırlama da getirilmiştir. Şöyle ki; 5510 sayılı Kanununun 86.maddesi sekizinci fıkrası gereğince, Kurumun denetim ve kontrolle görevli memurlarınca işyerinde fiilen yapılan tespitlerden ve kamu idarelerinin denetim elemanlarınca kendi mevzuatı gereğince yapacakları soruşturma, denetim ve incelemelerden kayıt ve belgelere dayanmaksızın çalıştığı belirlendiği halde, hizmetlerinin veya prime esas kazançlarının Kuruma bildirilmediği anlaşılan veya eksik bildirildiği tespit edilen sigortalıların geriye yönelik hizmetlerinin veya prime esas kazançlarının, en fazla tespit yapıldığı tarihten geriye yönelik bir yıllık süreye ilişkin kısmı dikkate alınacaktır. Bu yöndeki uygulamalar ise sigortalıların sosyal sigorta haklarını sınırlayıcı etkisi sebebiyle eleştirilmektedir.¹¹³⁶

¹¹³⁶ KIZILOT, Şükrü: “Kaçak İşçi Çalıştırmanın Dayanılmaz Cazibesi”, **Hürriyet**, 08.12.2004; OLGAÇ, Cüneyt: “SSK da Fiilen Tespitte Getirilen Sınırlama Kurumsal Zarara ve Kayıtdışı İşçi Çalıştıranlara Teşvik Getirmiş midir?”, **Sosyal Güvenlik Dünyası**, Ocak-Şubat 2006, S:35, s:56-61

V.3 – Kayden Tespit İle Resen Düzenleme

5510 sayılı Kanununun 86.maddesi yedinci fıkrasında, “*Kurumun denetim ve kontrol ile görevlendirilmiş memurlarınca, ... işyeri kayıtlarından yapılan tespitlerden çalıştığı anlaşılan sigortalılara ait olup, bu Kanun uyarınca Kuruma verilmesi gereken belgelerin yapılan tebligata rağmen bir ay içinde verilmemesi veya noksan verilmesi halinde, bu belgeler Kurumca re'sen düzenlenir ve muhteviyatı sigorta primleri Kurumca tespit edilerek işverene tebliğ edilir.*” hüküm altına alınmıştır. Sözkonusu kanun hükmü “*ilk görüş karinesi*” ile de paralellik taşımaktadır.

İl görüş karinesi ise beyanname, defter ve belge düzenine uygun bulunan işlemin, aksi ispatlanmadığı sürece gerçek durumu yansıttığının kabulü olarak adlandırılmaktadır. Buna göre; bir adi karine olarak ilk görüş karinesinin aksini iddia eden taraf ispatlamakla yükümlü olup, işverence düzenlenen defter ve belgeler aksi kanıtlanıncaya kadar delil kabul edilecektir. Belirtelim ki; defter ve belgelerin gerçek durumu yansıtmadığının idarece ispatlanması halinde “defter ve belgelerin doğruluğu hakkındaki ilk görüş karinesi” yerini “idarece yapılan takdirin doğruluğu karinesi”ne bırakacaktır.¹¹³⁷

İşyeri kayıt ve belgelerinde çalışanların sadece adının ya da ad ve soyadının tespit edilmiş olması sigortalı işe giriş bildirgesi düzenlenmesi için yeterli olmamakla birlikte, 5510 sayılı Kanununun 59.maddesi ikinci fıkrasında sözü edildiği üzere, “*kurum alacağını doğuran olay veya bu olaya ilişkin işlem*” olarak değerlendirilebilir. Bu durumda sadece sigorta primleri açısından tahakkuk işlemi yapılacaktır. İşyeri kayıtlarından sigortalı olarak çalıştıkları tespit edilenlerin, Kuruma bildirilmemiş olduğunun anlaşılması ile işveren tarafından işe giriş bildirgesi verilmez ise Kurumca re'sen düzenlenmesi de sözkonusu olabilecektir.

Kayden tespit; sigortalının kimlik bilgileri ile sigorta primleri hesabına esas tutulan kazançlar toplamı ve prim ödeme gün sayılarının, Kanun gereği tutulması zorunlu bulunan kayıtlarla(yasal defterlerle) usulünce düzenlenmiş ücret ödeme

¹¹³⁷ GÜNAY, Serdar: “İlk Görüş Karinesi ve Sosyal Güvenlik Hukukundaki Yeri”, **E-Yaklaşım**, Ekim 2007, S:51

bordrosu veya ücret ödeme makbuzları gibi belgelerden tespit edilmesi olarak tanımlanmaktadır. Bu tanıma bağlı olarak, Kurumun, “... *çalışma gün ve kazançların belirlenmesinde esas olan ve usulünce düzenlenen ücret ödeme bordrosu veya ücret ödeme makbuzu olmadığı sürece, irsaliye, ceza makbuzu, borç-alacak senetlerinin imzalanması, senet, çek, fatura gibi belgelerin yazımı, ferdi çalışma sözleşmelerinin yapılmış olması vb. saptamaları “kayden tespit” kapsamında kabul etmeyen...*” yaklaşımı ise geçmiş dönemde sıkça eleştirilmiştir.¹¹³⁸

V .4 – Kamu Kurum ve Kuruluşları İle Bankalar Tarafından Düzenlenen Belge veya Alınan Bilgilerden Tespit İle Resen Düzenleme

5510 sayılı Kanununun 86.maddesi yedinci fıkrasında, “... *kamu kurum ve kuruluşları ile bankalar tarafından düzenlenen belge veya alınan bilgilerden çalıştığı anlaşılan sigortalılara ait olup, bu Kanun uyarınca Kuruma verilmesi gereken belgelerin yapılan tebligata rağmen bir ay içinde verilmemesi veya noksan verilmesi halinde, bu belgeler Kurumca re’sen düzenlenir ve muhteviyatı sigorta primleri Kurumca tespit edilerek işverene tebliğ edilir.*” denilmiştir.

5510 sayılı Kanununun 8.maddesi yedinci fıkrası ile de; kamu idareleri ile bankalar, Kurumca sağlanacak elektronik altyapıdan yararlanmak suretiyle, Kurumca belirlenecek işlemlerde, işlem yaptığı kişilerin sigortalılık bakımından tescilli olup olmadığını kontrol etmek ve sigortasız olduğunu tespit ettiği kişileri, Kuruma bildirmekle yükümlü kılınmışlardır.

Bu kuruluşların sözkonusu bildirme görevlerini yerine getirmemesi de idari para cezasına bağlanmıştır. Buna göre; 5510 sayılı Kanununun 102.maddesi birinci fıkrasının (g) bendi uyarınca, belirtilen yükümlülükleri yerine getirmeyen kamu idareleri ile bankalara sigortalı başına aylık asgari ücretin onda biri tutarında idari para cezası uygulanacaktır. Sigorta kaçağını önlemeye yönelik bu hüküm, olumlu bir hüküm olarak değerlendirilmiş; kamu idareleri ve bankalara adeta denetim elemanı

¹¹³⁸ BİLGİLİ, Özkan: “SSK da Kayden Tespit (Edememe) Çilesi!”, **Maliye Postası**, 1 Haziran 2003, S:546, s:147-152; TOPCUK, Yılmaz: “Sosyal Sigortalarda Bitmeyen Hurafe: Kayden Tespit!”, **Sosyal Güvenlik Dünyası**, Ocak-Mart 2002,S:13, s:62-68

görevi verilmekle birlikte, bankaların ceza yaptırımını tehdidiyle müşterilerine karşı bu görevi yapmaktan ne kadar mutlu olacaklarının kuşkulu olduğu ifade edilmiştir.¹¹³⁹

Çalışmamızın üçüncü bölümünde de yer verdiğimiz üzere, 1774 sayılı Kanunun ek 2.maddesi uyarınca, bu Kanunun 4. ve 6. maddeleri gereğince verilen sürekli veya geçici olarak çalışanlara ait kimlik bilgileri, genel kolluk kuvvetlerince ilgili Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı il müdürlükleri veya merkez müdürlüklerine bildirilecektir. Belirtelim ki; Kuruma gönderilecek olan **Çalışanlara Ait Kimlik Bildirim Formları(Form 2)** ile de Kurum resen düzenleme yetkisini kullanabilecektir. Sigortalamaya esas hemen tüm bilgileri ihtiva eden özellikle bu belgenin belli periyotlarla Kuruma intikalinin zorunlu kılınması, Kurumun sigortalı tespit oranını önemli ölçüde artıracaklarını söyleyebiliriz.¹¹⁴⁰ Geçmiş dönemde de, kayıt dışı çalışanların sisteme dahil edilebilmelerine yönelik teorik ve pratik önerilere yer verilmiştir.¹¹⁴¹

V.5 – Kurumun Resen Düzenleme Yetkisinin Sonuçları

Kurum, belirtilen şekillerde resen düzenleme yetkisini kullanmak suretiyle sigortalı bildirim yapılmayanları tespit etmekte ve sosyal sigorta sistemine dahil etmektedir. Belirtelim ki; kamu idarelerinin denetim elemanlarınca kendi mevzuatı gereğince yapacakları soruşturma, denetim ve incelemeler neticesinde çalıştıkları tespit edilen ve Kuruma bildirilmemiş olan kişiler için de aynı işlemler yapılacaktır.

¹¹³⁹ ŞAKAR, Yusuf: “SSK’lıların Adı “4/a’lı” Oldu !”, **Mercek**, Temmuz 2006, S:43, s: 86-100

¹¹⁴⁰ 03.10.1972 tarihinde TBMM Başkanlığı’na sunulan Kimlik Bildirme Kanunu Tasarısı gerekçesinde bugüne ışık tutacak nitelikte bir açıklamaya da yer verilmiştir :“*Demokratik idare tarzına sahip Batı memleketlerinde de çeşitli şekillerde uygulandığı bilinen kimlik bildirme sisteminin tesisi ile elde edilecek bilgiler, kolluk hizmetlerinin yürütülmesinde büyük faydalar sağlayacağı gibi, kamu hizmetlerini ifa eden diğer kuruluşlar için de, gerektiğinde, yararlanılacak değerli bir kaynak olacaktır.*”

¹¹⁴¹ Bkz. DEMİR, Fevzi: “Sosyal Devlet ve Kayıt Dışı İşçiliğin Önlenmesi”, **Sosyal Güvenlik Dünyası**, Kasım 1999-Ocak 2000, S:6, s:37-53; DEMİR, Fevzi: “Kayıt Dışı İşçilik ve 4447 Sosyal Güvenlik Reformu Yasası İle 4773 Sayılı İş Güvencesi Yasası”, **Kamu-İş(Kamil Turan’a Armağan)**, 2003, C:3, S:2, s:93-113; ANDAÇ, Faruk: “Sosyal Sigortalar Kurumu ve Sendika İlişkisi Üzerine Bir Öneri”, **Nusret Ekin’e Armağan**, Ankara 2000, TÜHİS Yayın No: 38, s:845-849; DEMİR, Fevzi: “Kayıtdışı İşçiliği Önlemeye Yönelik Yeni Bir Sendikal Örgütlenme Modeli(I.Bölüm)”, **Tes-İş Dergisi**, Şubat-Mart-Nisan 2001, S:2, s:27-32.; DEMİR, Fevzi: “Kayıtdışı İşçiliği Önlemeye Yönelik Yeni Bir Sendikal Örgütlenme Modeli II”, **Tes-İş Dergisi**, Haziran-Temmuz 2001, S:3, s:47-52; POLAT, Celal: “Kayıtdışı İstihdam ve Çözüm Önerileri”, **SSK Bülteni**, Nisan-Haziran 2001, S:80, s:32-35; BİLGİLİ, Özkan: “Sigortasız İşçiler Kayda Alınabilir”, **E-Yaklaşım**, Şubat 2004, S:7

Özel sağlık kurum ve kuruluşları özelinde, buralarda çalıştırılacak olan sağlık personeli için düzenlenen çalışma izin belgesinin Kuruma intikali halinde de Kurum sözkonusu yetkisini kullanabilecektir. Resen düzenleme işlemi ile sosyal sigorta sistemine dahil edilen kişiler, bu işlemin sonuçlarından doğrudan yararlanırlar. Bu tespitler sigortalı hesapları açısından önemlidir. Yapılan tespitlere uygun olarak sigorta gün sayısı ve prime esas kazançları sosyal sigorta ve genel sağlık sigortası hükümlerinin uygulanmasında da dikkate alınır.

Yukarıda da açıklandığı üzere, belirtilen şekillerde çalıştıkları anlaşılan sigortalılara ait olup, 5510 sayılı Kanun uyarınca Kuruma verilmesi gereken sigortalı işe giriş bildirgeleri ile aylık prim ve hizmet belgelerinin yapılan tebligata rağmen bir ay içinde verilmemesi veya noksan verilmesi halinde, bu belgeler *Kurumca re'sen düzenlenir* ve muhteviyatı sigorta primleri Kurumca tespit edilerek işverene tebliğ edilir.

İşveren ise, 5510 sayılı Kanununun 86.maddesi yedinci fıkrasına göre tebliğ edilen prim borcuna karşı tebliğ tarihinden itibaren bir ay içinde, ilgili Kurum ünitesine itiraz edebilir. İtiraz, takibi durdurur. İtirazın reddi halinde, işveren kararın tebliğ tarihinden itibaren bir ay içerisinde yetkili iş mahkemesine başvurabilir. Yetkili mahkemeye başvurulması, prim borcunun takip ve tahsilini durdurmaz. Mahkemenin Kurum lehine karar vermesi halinde, 88. ve 89. maddelerin prim borcuna ilişkin hükümleri uygulanır.

VI – ASGARI İŞÇİLİK UYGULAMASI

VI .1 – Genel Olarak

Primli sitem esasına göre kurulan SGK'nin finansmanı esasen beyan usulüne göre bildirilmekte olan sigorta primlerine dayanmaktadır. Bu usulden farklı olarak da halen asgari işçilik ya da yeterli işçilik adı altında resen prim tahakkuku uygulaması da yapılmaktadır.¹¹⁴² 1994 öncesinde *“ölçümleme”* denen uygulama, 2003 yılına gelinceye kadar *“asgari işçilik uygulaması”* olarak adlandırılmıştır. Bu tarihten sonra da *“araştırma”* kavramı kullanılmıştır. Serbest Muhasebeci Mali Müşavirler

¹¹⁴² KARAKAŞ, İsa ve KARAKAŞ, Ali: Asgari işçilik Uygulamalar, İhtilaflar, İtiraz ve Dava Yolları, Adalet yayınevi, Ankara 2007, s:1

ile Yeminli Mali Müşavirlerin bu konularda rapor düzenlemesine ise “*inceleme*” denilmiştir. Ancak, doktrinde asgari işçilik yerine daha çok ölçümleme kavramı kullanılmaktadır.¹¹⁴³

Özellikle inşaat sektörüne özgü olarak, 4772 sayılı Kanun ile geliştirilmiş olan ölçümleme sisteminin 1987 yılında kaldırılmasıyla, kaçak sigortalı çalıştırılması, inşaat sektöründe yeniden önlem almayı gerektirecek düzeylere ulaşmıştır. Böylece 1994 başından geçerli olmak üzere 3917 sayılı Kanun ile asgari işçilik uygulaması başlatılmıştır. Bu sefer belli kriterler altında devamlı işyerlerinde de Kurum denetim elemanlarının incelemeleri sonucunda Kuruma yeterli işçilik bildirilip bildirilmediği de tespit edilmeye çalışılmıştır. 616 sayılı KHK ile kısa bir süre kanuni dayanaktan yosun kalan uygulama, 4958 sayılı Kanun ile 2003 yılından beri uygulanmaktadır.

5510 sayılı Kanununun 85.maddesinde ise “asgari işçilik uygulaması” adı altında konu yeniden düzenlenmiştir. Geçmiş deneyimler ışığında daha kurumsal bir düzenlemeye yer verilirken, Kanununun 59.maddesinde ise meslek mensuplarına özel bina inşaatı ve ihaleli işlerde rapor düzenleme yetkisi verilmiştir. Öte yandan Kanununun 90.maddesinde, özellikle ihaleli işler ve özel bina inşaatlarının tamamlanması sonucunda yetkili makamlara, bu işlerden dolayı işverenlerin bu işlemlerden dolayı Kuruma borçlarının olmadığına dair Kurumca düzenlenmiş bir belge isteme zorunluluğu getirilmiş olması, asgari işçilik uygulamasını daha da anlamlı kılmıştır diyebiliriz.

Diğer taraftan, asgari işçilik uygulaması, sosyal güvenlikle bir alakasının bulunmadığı, devletin vergi kaybına da sebep olduğu gibi sebeplerle eleştirilmekte ve uygulamanın misyonunu tamamlayıp tamamlamadığı ve revize edilmesine ihtiyaç olup olmadığı tartışmaya açılmaktadır.¹¹⁴⁴

¹¹⁴³ GÖNENCAN, Zahit: “Sosyal Sigorta Sisteminde Resen Hesaplama Sistemi”, Çimento İşveren, Mart 1994, C:8, S:2,s:4; KIZILOT, Şükrü: İnşaat Muhasebesi Vergilendirilmesi Mevzuatı ve Asgari İşçilik, Yaklaşım Yayınları, Ankara 2000, s:102

¹¹⁴⁴ İTİŞKEN, Mustafa: “Asgari İşçilik Uygulaması İle Hizmet Alım Sözleşmeleri Örseleniyor (Mu ?) –I”, **Yaklaşım**, Ağustos 2006, S:164, s:239-244; İTİŞKEN, Mustafa: “Asgari İşçilik Uygulaması İle Hizmet Alım Sözleşmeleri Örseleniyor (Mu ?) –II”, **Yaklaşım**, Eylül 2006, S:165, s:262-265

VI .2 – Resen Hesaplama İşlemi ve Resen Düzenleme İşlemi Farkı

Belirtelim ki, Kurumun denetim ve kontrolle görevlendirilmiş memurlarının raporlarına dayalı olarak Kurumca yapılacak olan **resen hesaplama işleminin**, yine Kurumca yapılan **resen düzenleme işlemi** ile karıştırılmaması gerekmektedir. Şöyle ki; Kurumun resen düzenleme yetkisi 506 sayılı Kanunun mülga 79.maddesi yedinci fıkrasında “*fiilen, kayden ve kamu kuruluşlarınca düzenlenen belge veya alınan bilgilerden tespit*” ile sınırlandırılmış bulunmaktadır.

5510 sayılı Kanunun 86.maddesi yedinci fıkrasında ise Kurumun resen düzenleme yetkisi, benzer biçimde, “*fiilen, kayden ve kamu kurum ve kuruluşları ile bankalar tarafından düzenlenen belge veya alınan bilgiler*” ile sınırlandırılmıştır. Asgari işçilik incelemeleri neticesinde Kurumca yapılacak olan resen hesaplama işlemi ise, kaçak işçiliği önlemeye yönelik olarak geliştirilmiş bir sitem tedbiri olarak değerlendirmek gerekmektedir.

VI .3 – Kurumun Resen Hesaplama Yetkisi

VI .3 .1 – Asgari İşçiliğin Tespiti

506 sayılı Kanunun mülga 130.maddesi ikinci fıkrasında düzenlenen işin yürütümü için gerekli asgari işçiliğin tespiti uygulaması, benzer biçimde 5510 sayılı Kanunun 85.maddesi birinci fıkrasında düzenlenmiş bulunmaktadır. Buna göre; işverenin, işin emsaline, niteliğine, kapsam ve kapasitesine göre işin yürütümü açısından gerekli olan sigortalı sayısının, çalışma süresinin veya prime esas kazanç tutarının altında bildirimde bulunduğu tespit halinde, ***işin yürütümü açısından gerekli olan asgari işçilik tutarı***; yapılan işin niteliği, kullanılan teknoloji, işyerinin büyüklüğü, benzer işletmelerde çalıştırılan sigortalı sayısı, ilgili meslek veya kamu kuruluşlarının görüşü *gibi unsurlar* dikkate alınarak tespit edilir.

Söz konusu tespitler, Kurumun denetim ve kontrolle görevlendirilmiş memurları tarafından yapılır. Öte yandan, 5510 sayılı Kanunun 59.maddesi ikinci fıkrasına göre, Kurumun denetim ve kontrol ile görevlendirilmiş memurları görevleri sırasında tespit ettikleri Kurum alacağını doğuran olay ve bu olaya ilişkin işlemleri, yemin hariç her türlü delile dayandırılabilirler.

5510 sayılı Kanununun 85.maddesi üçüncü fıkrasına göre ise, belirtilen usullerle Kuruma bildirilmediği tespit edilen asgari işçilik tutarı üzerinden Kurumca **re'sen tahakkuk** ettirilen sigorta primleri, Kanununun 88. ve 89. maddeleri dikkate alınarak, işverene tebliğ edilir. İşveren, tebliğ edilen prim borcuna karşı tebliğ tarihinden itibaren bir ay içinde Kuruma itiraz edebilir. İtiraz takibi durdurur. Kurumca itirazın reddi halinde işveren, kararın tebliğ tarihinden itibaren bir ay içinde yetkili iş mahkemesine başvurabilir. Mahkemeye başvurulması, prim borcunun takip ve tahsilini durdurmaz.

Öte yandan, 5510 sayılı Kanununun 102.maddesi birinci fıkrasının (d) bendi gereğince de, Kanununun 59. maddesi uyarınca Kurumun defter ve belge incelemeye yetkili denetim ve kontrolle görevlendirilmiş memurları tarafından veya 59. maddesinin beşinci fıkrasında belirtilen serbest muhasebeci malî müşavirler ile yeminli malî müşavirlerce düzenlenen raporlara istinaden, Kuruma bildirilmediği tespit edilen **eksik işçilik** tutarının mal edildiği her bir ay için, aylık asgari ücretin iki katı tutarında idari para cezası uygulanır.

VI .3 .2 – Asgari İşçilikte Uzlaşma

Uzlaşma müessesesi, sosyal sigorta sistemimize ilke defa girmektedir. 5510 sayılı Kanununun 85.maddesi dokuzuncu fıkrasına göre; Kurumun denetim ve kontrolle görevli memurları tarafından devamlı mahiyetteki işyerlerinde yapılan asgari işçilik incelemesi sonucunda tespiti yapılan ve sigortalılara maledilemeyen fark sigorta primine esas kazanç matrahı üzerinden gecikme cezası ve gecikme zammı ile birlikte hesaplanacak sigorta primi ve buna bağlı uygulanacak idari para cezalarında, konuya ilişkin raporun Kurumun ilgili birimine gönderilmesinden önce işverenle uzlaşma yapılabilir.

Uzlaşmaya varılması halinde ise, bu durum tutanakla tespit edilir. Uzlaşılan tutarlar kesin olup, uzlaşma konusu yapılan tutarlar hakkında işverence dava açılmaz ve hiçbir mercie şikayet ve itirazda bulunulamaz. Uzlaşılan prim ve idari para cezaları, uzlaşma tutanağının düzenlendiği tarihten itibaren bir ay içinde ödenir. İşveren, uzlaşılan idari para cezası tutarı için ayrıca peşin ödeme indiriminden yararlandırılmaz. Uzlaşılan tutarların, bu sürede tam olarak ödenmemesi halinde

uzlaşma bozulur ve uzlaşılan tutarlar kazanılmış hak teşkil etmez. Uzlaşmanın temin edilememiş veya uzlaşma müzakeresinde uzlaşmaya varılmamış olması veya uzlaşmanın bozulması hallerinde işveren, bu konuya ilişkin daha sonra uzlaşma talep edemez.

Uzlaşma neticesinde indirim yapılması nedeniyle tahsil edilmemiş olan sigorta primlerinin daha sonra Kurum veya mahkeme kararıyla sigortalılara mal edilmesi halinde, daha önce eksik tahsil olunan sigorta primleri, sigortalının çalıştığı süre ve sigorta primine esas kazancı dikkate alınarak gecikme cezası ve gecikme zammı ile birlikte tahsil olunur.

VI .3 .3 – Resen Hesaplama Yetkisinin Sonuçları

Yukarıda da belirtildiği üzere Kurumun resen hesaplama yetkisi, kaçak işçilik ile mücadele için geliştirilmiş bir sistem tedbiri olarak öne çıkmaktadır. Sigortalı hesapları açısından değil, daha çok Kurumun gelir hesapları açısından önem arz etmektedir. Kaçak işçiliği ise, sadece çalıştırılan kişilerin kayıtlı sisteme dahil edilmemesi, yani Kuruma bildirilmemesi olarak anlamamak gerekmektedir. Bunun yanında, Kuruma bildiri yapılan sigortalıların, hem çalışma gün sayılarının eksik gösterilmesi hem de sigorta primine esas kazanç tutarlarının gerçek ücretlerinden daha az bildirilmesi de kaçak işçilik olarak tanımlanmaktadır.¹¹⁴⁵

Kurumun denetim ve kontrolle görevli memurları da, işin yürütümü açısından gerekli olan *sigortalı sayısının, çalışma süresinin veya prime esas kazanç tutarının* altında bildirimde bululup bulunulmadığını araştıracaklardır. Bu tespiti yaparken de; yapılan işin niteliği, kullanılan teknoloji, işyerinin büyüklüğü, benzer işletmelerde çalıştırılan sigortalı sayısı, ilgili meslek veya kamu kuruluşlarının görüşü *gibi unsurları* dikkate alacaklardır.¹¹⁴⁶ Bu şekilde, Kuruma bildiri yapılan *sigortalı sayısı, çalışma süresi veya prime esas kazanç tutarını*, işin yürütümü açısından gerekli olan *sigortalı sayısı, çalışma süresi veya prime esas kazanç tutarı*, karşılaştırılarak Kuruma bildirilmeyen **eksik işçiliğin** varlığı araştırılacaktır. Tespit edilen eksik işçiliğin tahsili ise Kurum için gelir oluşturacaktır. Ancak, Kurumca

¹¹⁴⁵ KILIÇDAROĞLU, Kemal: “Kayıtdışı İstihdam”, **Yaklaşım**, Haziran 1999, S:78, s:9-12

¹¹⁴⁶ SSK Başkanlığı Sigorta Teftiş Kurulu’nun 2003/1 sayılı İç Emri

tahsil edilen fark işçilik tutarları, sonradan mahkeme kararı ile sigortalılara mal edilebilir.

Bu düzenleme ile sigortasız işçi çalıştırma, prime esas kazancın ve prim ödeme gün sayılarının noksan gösterilmesi durumlarında daha etkin bir denetimin gerçekleştirilmesi amacıyla, Kurumun denetim ve kontrolle görevlendirilmiş memurlarına **“Kanunda öngörülen koşullarda”** ve **“Kanununda belirtilen yöntemleri”** kullanarak bir işin yürütümü için gerekli olan asgari işçilik miktarını tespit etme yetkisi verilmiştir.

Kurumun denetim ve kontrolle görevli memurları bu amaçla karinelere de yararlanabileceklerdir. Belirtelim ki; karineye dayanan taraf iddiasını ispat etmek zorunda da değildir.¹¹⁴⁷ Karine ise, bilinen bir olaydan, diğer bir olayın veya hukuksal durumun varlığı veya yokluğu sonucunun çıkarılmasına olanak veren kuraldır. İspat hukukunda karine, vasıtalı delillerle ispat edilen bir olayın, ispat edilemeyen sonucu olarak tanımlanmaktadır.¹¹⁴⁸ Başka bir söyleyişle karine, belli bir olaydan, belli olmayan diğer bir olay için kanunun veya hakimin çıkardığı sonuçtur.¹¹⁴⁹

Karineler fiili ve kanuni karine olmak üzere ikiye ayrılır. Fiili karineler, yaşam deneyi kurallarından hakimin kanaat edinmesini sağlayan karinelerdir. Kanuni karineler ise, kanunlarda belli bir olaydan belli olmayan bir olay için kanun tarafından çıkarılan sonuçlardır. Kanuni karineler, ispat yüküne gerçek bir istisnadır. Kanuni karineler de kendi içinde kesin kanuni karineler ve adi kanuni karineler olmak üzere ayrıma tabidir. Diğer bir ifadeyle, kanuni karineye dayanan taraf o olayı ispat etmekle yükümlü değildir. Kesin kanuni karineler aksinin ispatı mümkün olmayan karinelerdir. Örneğin, hiç kimse, tapu sicilinde kayıtlı olan bir durumun kendisince bilinmediği yolunda bir iddia ileri süremez. Adi kanuni karineler aksi ispat edilebilen karinelerdir. Bunlar aksi ispat edilinceye kadar kesin delil teşkil

¹¹⁴⁷ KURU, Baki: Hukuk Muhakemeleri Usulü El Kitabı, Alfa Basım Yayım Dağıtım, İstanbul 1995, s: 419

¹¹⁴⁸ PEKCANITEZ, H, ATALAY, O ve ÖZEKES, M: Medeni Usul Hukuku, Seçkin Yayıncılık, 2.Bası, Ankara 2001, s:368

¹¹⁴⁹ KURU, Baki: Hukuk Muhakemeleri Usulü El Kitabı, Alfa Basım Yayım Dağıtım, İstanbul 1995, s: 419

ederler. Örneğin, resmi sicil ve senetlerin aksi ispat edilene kadar doğru oldukları kabul edilir.¹¹⁵⁰

Bu bağlamda, ilgili Kanunlarda belli iş veya iş kollarında istihdam edilmesi gereken asgari çalışan sayısının nitelikleriyle birlikte belirtildiği durumlarda, öngörülen sayı ve nitelikte eleman çalıştırılacağı yolunda “adi kanuni karine” bulunmaktadır. Bu doğrultuda adi kanuni karineye dayanan tarafın iddiasının aksinin ispatı karşı tarafa düşer ve en az eş kuvvetle başka bir yazılı delil ile ispatı gerekir.¹¹⁵¹ Şu halde; aşağıda yer verdiğimiz üzere sağlık mevzuatında, özel sağlık kurum ve kuruluşlarında bulundurulması zorunlu asgari sağlık personeli ve diğer çalışan sayıları ile ücret ve çalışma gün sayısına ilişkin ilgili mevzuattaki düzenlemeler dikkate alınmak suretiyle, özel sağlık kurum ve kuruluşlarında işin yürütümü açısından gerekli olan asgari işçilik tutarının tespiti mümkün olabilecektir.

Gerçekten de, özel sağlık kurum ve kuruluşlarında istihdam edilecek sağlık personeli için sağlık mevzuatımızda asgari koşullara yer verilmiş bulunmaktadır. Bu koşullar özellikle sağlık personelinin sayısına ve niteliğine ilişkindir. Denilebilir ki; özel sağlık kurum ve kuruluşları için de norm kadro uygulaması bulunmaktadır.¹¹⁵² Sağlık mevzuatında bu düzenlemelere yer verilmesi esasen sağlık hizmeti özelliklerinin doğal sonucudur. Daha önce de belirtildiği üzere, sağlık hizmetinin tesadüfi ve ertelenemez özelliklerinden dolayı, herhangi bir sağlık kurum ve kuruluşunda, atıl da kalsalar mevzuatta öngörülen personelin bulunması hizmetin gereğidir.

Öte yandan, özel sağlık kurum ve kuruluşlarında çalıştırılan sağlık personelinin ücret ve çalışma süresine ilişkin bir sınırlamanın var olup olmadığı da aşağıda özellikle sosyal sigorta mevzuatı açısından tartışılmıştır. Ayrıca, özel sağlık

¹¹⁵⁰PEKCANITEZ, H, ATALAY, O ve ÖZEKES, M: Medeni Usul Hukuku, Seçkin Yayıncılık, 2.Bası, Ankara 2001, s:368-369

¹¹⁵¹ SSK Başkanlığı Sigorta Teftiş Kurulu'nun 2003/1 sayılı İç Emri

¹¹⁵² Belirtelim ki; Sağlık Bakanlığı'na ait birinci basamak, ikinci basamak ve üçüncü basamak sağlık tesisleri için de norm kadro uygulaması bulunmaktadır. Bu husus, **Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı Yatak ve Kadro Standartları Yönetmeliği**(26.10.1994-22093 RG) ile belirlenmiş ve sözkonusu norm kadrolar en son 15.05.2008 tarih ve 26877 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Yönetmelik değişikliği ile yeniden düzenlenmiştir.

kurum ve kuruluşlarında sağlık personeli için aranan asgari istihdam koşullarına yer verilmiştir.

VI .4- Çalıştırılacak Sağlık Personelinin Sayısına İlişkin Baraj

Sağlık hizmetinin gereği olarak atıl kalsalar bile o özel sağlık kurum ve kuruluşunda bulunması/çalıştırılması gereken sağlık ve diğer personel sayıları ile Kuruma bildirilen sigortalı sayılarının karşılaştırılması ile eksik işçilik hesaplaması yapılabilecektir. Bu başlık altında da, sağlık mevzuatı gereğince özel sağlık kurum ve kuruluşlarında bulundurulması gereken asgari personel sayılarına yer verilecektir.

VI .4 .1 - Özel Sağlık Kurumlarında

VI .4 .1 .1 – Özel Hastanelerde

VI .4 .1 .1 .1 – Genel Olarak

Özel Hastaneler Tüzüğü ile Özel Hastaneler Yönetmeliğinde bir özel hastanede bulundurulması gereken en az personel sayısına da yer verilmiştir. Çalışmamızda, daha detaylı bilgiler içermesi açısından Yönetmelikteki düzenlemeler kullanılmıştır. Özel Hastaneler Yönetmeliği'nin eki EK 1'de yer verilen özel hastanelerde bulundurulacak asgari sağlık personeline ilişkin bilgiler aşağıya alınmıştır:

Tablo 3: Özel Hastanelerde Bulundurulacak Asgari Sağlık Personeli

NİTELİĞİ:	SAYISI
I-UZMAN TABİP	
A-Genel hastaneler	
a) 10-29 hasta yatağı arası (asgari 4 ayrı uzmanlık dalında)	4
b) 30- 49 hasta yatağı arası (asgari 4 ayrı uzmanlık dalında)	6
c) 50 hasta yatağı ve üzeri için (asgari 4 ayrı uzmanlık dalında)	8
B- Dal hastaneleri	
a) 10-29 hasta yatağı arası (ana uzmanlık dalında)	2
b) 30- 49 hasta yatağı arası (ana uzmanlık dalında)	3

c) 50 hasta yatağı ve üzeri için (ana uzmanlık dalında)	4
d) Faaliyet göstereceği uzmanlık dalının gerektirdiği diğer uzmanlık dallarında	1
C- Anestezi ve Reanimasyon Uzmanı (part time)*	
*Tüm genel anestezi işlemlerine katılmak şartı ile	
a) Cerrahi uzmanlık dalı bulunan her genel hastane için 99 hasta yatağına kadar	1
b) 100 hasta yatağı ve üzeri için ayrıca	1
c) Cerrahi uzmanlık dallarını içeren dal hastanelerinde	1
d) Ruh sağlığı ve hastalıkları dal hastanesinde ve dahili uzmanlık dallarını içeren dal hastanelerinde EKT ünitesi için	1
D- Biyokimya ve Klinik Biyokimya Uzmanı *	
*Hastane bünyesinde laboratuvar kurulması durumunda geçerlidir.	
a) Genel veya dal hastanelerinde	1
E- Mikrobiyoloji ve Klinik Mikrobiyoloji Uzmanı	
*Hastane bünyesinde laboratuvar kurulması durumunda geçerlidir.	
a) Genel veya dal hastanelerinde	1
F- Patoloji Uzmanı	
a) Patoloji laboratuvarı bulunan hastanelerde	1
G- Hematoloji uzmanı	
a) Hematoloji ve onkoloji uzmanlık dallarının bulunduğu dal hastanelerinde	1
b) Hematoloji uzmanlık dalı bulunan genel hastanelerde	1
H-Radyodiagnostik Uzmanı	
*Hastane bünyesinde laboratuvar kurulması durumunda geçerlidir.	
a) Genel veya dal hastanelerinde	1
II-TABİP*	
a) 10- 29 hasta yatağı arası hastaneler için	2

b) 30 ilâ 49 hasta yatağı arası hastaneler için	3
c) 50 yatak ve üzeri hastaneler için	4
*Pratisyen tabip yerine aile hekimliği uzmanı, acil tıp uzmanı veya dal hastanelerinde hastanenin hizmet sunduğu ana uzmanlık dalından aynı sayıda uzman tabip, genel hastanelerde hastane faaliyetine uygun uzmanlık dallarında aynı sayıda uzman tabipler çalıştırılabilir.	
III- DIŞ TABİBİ	
a) Her diş üniti için	1
IV-BAŞHEMŞİRE	
a) Her sağlık kuruluşu için	1
V-HEMŞİRE VEYA SAĞLIK MEMURU* (*Kadın sağlığı ve hastalıkları dal hastanesinde ebe çalıştırılabilir.)	
a) Servisler için her 5 hasta yatağa	1
b) Yoğun bakım ünitelerinde 1 yoğun bakım hasta yatağa	2
-Sonraki her yoğun bakım hasta yatağı için	1
c) Ameliyathanelerde	
-Her ameliyat masası için	2
d) Doğum kliniğinde 5 bebek hasta yatağı için*	2
*Neonatal Resüsitasyon Programı eğitimi almış en az bir kişi	
-İlave her 3 bebek yatağı için	1
e) Rehabilitasyon merkezi konuşma tedavi bölümünde	1
f) Gözlem odası için her 3 hasta yatağa	1
g) Ruh sağlığı ve hastalıkları dal hastanesinde her üç poliklinik için	1
h)Adli tıp polikliniği için	1
VI- EBE	
a) Doğum salonunda her doğum masasına*	1
*Neonatal Resüsitasyon Programı eğitimi almış	
VII- ECZACI	
a) 50 yatak ve üzeri her hastane için	1
VIII-FİZYOTERAPİST	
a) Her nöroloji servisi için	1

b) Fizik tedavi ve rehabilitasyon uzmanlık dalında her 10 yatak için	1
IX- DİYETİSYEN*	
a) Her hastane için	1
* Hizmet alımı yolu ile dışarıdan yemeğini temin eden hastanelerde mutfak hizmetlerinin satın alındığı şirkette istihdam edilen diyetisyenin sözleşme örneğinin verilmesi kaydıyla aranmaz.	
X-PSİKOLOG	
a) Ruh sağlığı ve hastalıkları dal hastanesinde ve ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanlık dalı bulunan genel hastanelerde	1
XI-ODYOLOG	
-Odyoloji laboratuvarı bulunan sağlık kuruluşunda	1
XII-TIBBİ TEKNİSYENLER	
a) Anestezi teknisyeni, her anestezi cihazı için	1
b) Laboratuvar teknisyeni, her laboratuvar için	1
c) Röntgen teknisyeni,	
-Her röntgen teşhis cihazı için	1
d) Diş protez teknisyeni (diş protez laboratuvarı bulunan hastaneler için)	1
XIII- ACİL TIP TEKNİSYENİ/ TEKNİKERİ	
a) Her ambulans için	1
b) Acil servislerde	
- 10-49 hasta yatağı arası	2
- 50 ve üzeri her 30 hasta yatağı için	2
XIV-FİZİK MÜHENDİSİ	
a) Radyoterapi uzmanlık dalı bulunan hastaneler için	1
XV-DİĞER PERSONELLER	
a) Aşçı (Yemekhane hizmetlerinin sözleşme ile alınması halinde aranmaz.)	1
b) Biyomedikal mühendisi veya elektrik mühendisi veya elektronik mühendisi	
-100 hasta yatağı ve üzeri	1

c) Sosyal hizmet uzmanı	
- Ruh sağlığı ve hastalıkları hastanesinde her 30 yatak için	1
- İlave her 30 yatak için	1
d) Hastane hizmetli personeli	
- Ruh sağlığı ve hastalıkları hastanesinde her 5 hasta yatağı için (en az iki hafta süre ile hizmet içi hasta bakıcılığı eğitimi almış)	1
e)Güvenlik görevlisi	
- Ruh sağlığı ve hastalıkları dal hastanesinde hasta katı için	1
- Ruh sağlığı ve hastalıkları dal hastanesinde acil ünitesi için	2
- <i>Uyku laboratuvarı bulunan hastanelerde Nöroloji uzman doktoru haricinde çalışacak doktorun sertifikası istenir.</i> - <i>EEG ve EMG bulunan hastanelerde bu alanda çalışacak sağlık personelinin sertifikası istenir.</i>	

Özel hastanelerde yukarıdaki standartlara uygun olarak sağlık personeli bulundurulmadığında, hangi yaptırımların uygulanacağına ise Özel Hastaneler Yönetmeliği'nin eki "**EK 2 Denetleme Formu**"nda yer verilmiştir. Buna göre; özel hastanede çalışan hekim, hemşire, ebe, sağlık memuru ve diğer sağlık personeli mevcudu yukarıdaki standartlara uygun değil ise, "*eksikliğin giderilmesi için 10 günlük süre verilecek ve eksiklik giderilmez ise, hastanenin tamamında bir gün poliklinik faaliyetlerini durdurma cezası*" uygulanacaktır.

VI .4 .1 .1 .2 – Sadece Hastanelerde Açılabilen Sağlık Birimlerinde

Sadece özel hastanelerde açılan sağlık merkezi ve ünitelerinde bulundurulması gereken en az sağlık personeli de nitelik ve sayısal olarak aşağıya alınmıştır.

VI .4 .1 .1 .2 .1– Yoğun Bakım Ünitelerinde

Hastanelerdeki yoğun bakım ve yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde bulundurulması gereken asgari personel nitelik ve sayıları Sağlık Bakanlığı'nca belirlenmiş bulunmaktadır. Sağlık Bakanlığı'nın 2007/73 sayılı genelgesinde yenidoğan bakım üniteleri ve 2008/25 sayılı genelgesinde ise yoğun bakım üniteleri

düzenlenmiştir. Aşağıda sözkonusu sağlık ünitelerindeki personel sayılarına basamaklar itibarıyla yer verilmiştir:

Tablo 4:Yoğun Bakım Ünitelerinde Bulundurulacak Asgari Sağlık Personeli

Yoğun Bakım Üniteleri	Personel Durumu
1. Basamak Yoğun Bakım Ünitesi	<ul style="list-style-type: none">• Yoğun Bakım Sorumlusu bir uzman (Anesteziyoloji ve Reanimasyon, İç hastalıkları, Göğüs hastalıkları veya Genel Cerrahi), spesifik yoğun bakımlarda o dalın uzmanlarından birisi• İç hastalıkları Uzmanı,• Genel cerrahi uzmanı,• Çocuk yoğun bakım üniteleri için çocuk hastalıkları uzmanı,• Her vardiyada, üniteye bir hemşire
2. Basamak Yoğun Bakım Ünitesi	<ul style="list-style-type: none">• Yoğun Bakım Sorumlusu bir uzman (Anesteziyoloji ve Reanimasyon, İç hastalıkları, Göğüs Hastalıkları veya Genel Cerrahi), spesifik yoğun bakımlarda o dalın uzmanlarından birisi• İç hastalıkları uzmanı,• Genel cerrahi uzmanı,• Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzmanı,• Çocuk yoğun bakım üniteleri için çocuk hastalıkları uzmanı• Beyin cerrahisi uzmanı veya nöroloji uzmanı (Konsültan)

	<ul style="list-style-type: none"> • Kardiyoloji uzmanı (Konsültan) • Her vardiyada, en az dört yatak için bir hemşire
<p>3. Basamak Yoğun Bakım Ünitesi</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Yoğun Bakım Sorumlusu bir uzman (Anesteziyoloji ve Reanimasyon, İç hastalıkları, Göğüs Hastalıkları veya Genel Cerrahi), spesifik yoğun bakımlarda o dalın uzmanlarından birisi • İç hastalıkları uzmanı, • Genel cerrahi uzmanı, • Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzmanı, • Beyin cerrahisi uzmanı veya nöroloji uzmanı, • Çocuk yoğun bakım üniteleri için çocuk hastalıkları uzmanı, • Kardiyoloji uzmanı, • İhtiyaç duyulacak branşlarda kolayca ulaşılabilecek uzman hekimler, • Her vardiyada, en az üç yatak için bir hemşire

** Sorumlu hemşirelerin tümünün yoğun bakım eğitim sertifikası olmalı veya bu genelgenin çıktığı tarihten önce yoğun bakımlarda en az bir yıl çalışmış olmalıdır. Diğer hemşireler 3. basamak yoğun bakımlarda 3 aydan fazla çalışmaları halinde yoğun bakım hemşiresi olarak çalışabilirler. Gerekirse başhekimler tarafından eğitime gönderilebilir.*

Bu şartları taşımayan hemşirelerin 1 yıl içinde eğitimleri tamamlanmalıdır.

Tablo 5:Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde Bulundurulacak Asgari Sağlık Personeli

Yenidoğan Yoğun Bakım Üniteleri	Personel Durumu
1. Basamak Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi	<ul style="list-style-type: none">• Yenidoğan yoğun bakım sorumlusu bir çocuk hastalıkları uzmanı bulunmalıdır.• Üniteye bir hemşire ya da sertifikalı eşdeğeri sağlık personeli olmalıdır.*
2. Basamak Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi	<ul style="list-style-type: none">• Yoğun bakım sorumlusu bir çocuk hastalıkları uzmanı,• Her vardiyada beş yatak için bir hemşire ya da sertifikalı eşdeğeri sağlık personeli bulunmalıdır.*
3. Basamak Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi	<ul style="list-style-type: none">• Yoğun bakım sorumlusu bir çocuk hastalıkları uzmanı,• Yoğun bakımda çalışan ikinci bir çocuk hastalıkları uzmanı,• İhtiyaç duyulacak tüm branşlarda diğer kolayca ulaşılabilecek uzman hekimler,• Her vardiyada üç yatak başına bir hemşire ya da sertifikalı eşdeğeri sağlık personeli bulunmalıdır. *

** Hemşirelerin tümü NRP eğitimi ile birlikte yenidoğan yoğun bakım eğitimi almış veya bu Genelgenin çıktığı tarihten önce yenidoğan yoğun bakımlarda bir yıl çalışmış olmalıdır.*

Bu şartları taşımayan hemşirelerin 1 yıl içinde eğitimleri tamamlanmalıdır.

VI .4 .1 .1 .2 .2– Elektro Konvülsif Tedavi Ünitesinde

Çalışmamızın ikinci bölümünde açıklandığı üzere Elektro konvülsif tedavisi(EKT) sadece hastanelerde yapılabilmektedir. EKT ünitesinde EKT uygulaması esnasında bulunacak asgari personele ise Elektro Konvülsif Tedavi

Uygulama Yönergesi'nin 7.maddesinde yer verilmiştir. Personelin nitelik ve sayısı aşağıda gösterilmiştir:

Tablo 6: Elektro Konvülsif Tedavi Ünitesinde Bulundurulacak Asgari Sağlık Personeli

Sağlık Personelinin Niteliği	Sayısı
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı,	1
Anestezi ve Reanimasyon Uzmanı,	1
Hemşire	1
Anestezi teknisyeni	1

-EKT ünitesinin bulunduğu hastanede hastanın EKT öncesi ve sonrası dönemlerde ihtiyaç duyabileceği klinik branşlara ait uzman hekimler gerektiğinde konsültasyon amacıyla temin edilebilir.

VI .4 .1 .1 .2 .3– Organ ve Doku Nakli Merkezlerinde

Göz bankası ve kornea nakli merkezleri sadece kamu sağlık kurumlarında kurulabilmekle birlikte, aşağıda yer verdiğimiz diğer organ ve doku nakli merkezler özel hastanelerde de açılabilir. Organ Nakli Merkezleri Yönergesinin 5 ve 6.maddelerinde Kalp, Kalp-Akciğer ve Hemogreft Nakli Merkezleri için, 8 ve 9.maddelerinde Akciğer Nakli Merkezleri için, 11 ve 12.maddelerinde Karaciğer Merkezleri için, 14 ve 15.maddelerinde de Böbrek Nakli Merkezleri için bulundurulması zorunlu sağlık personelinin nitelik ve sayılarına yer verilmiştir. Öte yandan, Kemik İliği Nakli Merkezleri ve Kemik İliği Nakli Doku Bilgi İşlem Merkezleri Yönergesi'nin 7.maddesinde ve Doku Tipleme Laboratuvarları Yönergesi'nin 5 ve 6.maddelerinde bu merkezlerde bulundurulması gerekli sağlık personeli gösterilmiştir.

Tablo 7:Organ ve Doku Nakli Merkezi Olan Hastanelerde Bulundurulacak Asgari Sağlık Personeli

Merkezler	Personel Durumu
Kalp, Kalp-Akciğer ve Hemogreft Nakli Merkezleri	<ul style="list-style-type: none">• Merkez Sorumlusu(Kalp ve damar cerrahisi uzmanlığından sonra en az 4 yıllık kalp cerrahisi tecrübesini haiz olması)• Daimi statüde en az 2 kalp damar cerrahisi uzmanı• En az 2 yıl invaziv ve noninvaziv kardiyoloji alanında deneyimli 2 kardiyoloji uzmanı• Kardiyoasküler cerrahi konusunda deneyimli anesteziyoloji ve reanimasyon uzmanı• Mikrobiyoloji uzmanı• Biyokimya uzmanı• Kalp nakli konusunda deneyimli patoloji uzmanı• Radyoloji uzmanı• Psikolog• Göğüs hastalıkları uzmanı• Sosyal hizmet uzmanı• Fizyoterapist• Pediatrik transplantasyon yapacak merkezlerde çocuk kardiyoloji uzmanı• Yeterli sayıda hemşire• Organ nakli koordinatörü
	<ul style="list-style-type: none">• Merkez sorumlusu(Göğüs cerrahisi uzmanlığından sonra en az 4 yıllık

Akciğer Nakli Merkezleri	<p>göğüs cerrahisi tecrübesini haiz olması)</p> <ul style="list-style-type: none">• Daimi statüde çalışan en az göğüs cerrahı• Kalp-damar cerrahı• En az 2 yıl invaziv ve noninvaziv göğüs hastalıkları alanında deneyimli 2 göğüs hastalıkları uzmanı• Göğüs cerrahisi konusunda deneyimli anesteziyoloji ve reanimasyon uzmanı• Mikrobiyoloji uzmanı• Biyokimya uzmanı• Akciğer nakli konusunda deneyimli bir patoloji uzmanı• Radyoloji uzmanı• Psikolog• Kardiyoloji uzmanı• Sosyal hizmet uzmanı• Fizyoterapist• Pediatrik transplantasyon yapacak merkezlerde çocuk göğüs hastalıkları uzmanı• Yeterli sayıda hemşire• Organ nakli koordinatörü
	<ul style="list-style-type: none">• Merkez sorumlusu(Cerrahi girişim ve uzun dönem takip dahil karaciğer nakli verici-alıcı programını yönetebilecek en az 4 yıllık cerrahi birikime sahip bir genel cerrah

Karaciğer Nakli Merkezleri	<p>olması)</p> <ul style="list-style-type: none">• Bir verici ve bir alıcı ekip için 2 genel cerrahi uzmanı• Bir gastroenteroloji uzmanı• Karaciğer nakli anestezi ve yoğun bakımı konusunda tecrübeli iki anesteziyoloji• Kardiyoloji uzmanı• Radyoloji uzmanı• Karaciğer nakli konusunda tecrübeli bir patoloji uzmanı• Mikrobiyoloji uzmanı• Biyokimya uzmanı• Yeterli sayıda hemşire• Organ nakli koordinatörü
Böbrek Nakli Merkezleri	<ul style="list-style-type: none">• Merkez sorumlusu(Genel cerrahi uzmanı, üroloji uzmanı veya nefrolog olması)• Böbrek nakli konusunda deneyimli genel cerrahi veya üroloji uzmanı• Nefroloji uzmanı• Radyoloji uzmanı• Böbrek nakli konusunda deneyimli patoloji uzmanı• Mikrobiyoloji uzmanı• İmmünolog veya böbrek nakli merkezinde immünolog yok ise hizmet alımı yoluyla 24 saat destek verecek immünolog• Anestezi ve reanimasyon uzmanı• Yeterli sayıda hemşire

	<ul style="list-style-type: none"> • Tıbbi sekreter • Organ nakli koordinatörü
Kemik İliği Nakli Merkezleri	<ul style="list-style-type: none"> • Merkez Sorumlusu(Kemik iliği transplantasyonu konusunda yan dal uzmanlık sonrası en az 1 yıllık deneyimli, hematoloji veya onkoloji branşlarında uzman (çocuk üniteleri için Çocuk hastalıkları uzmanlığı sonrası hematoloji, onkoloji veya immunoloji yan dal uzmanlığı olan) veya kemik iliği nakli alanında en az 3 yıl deneyimli olan iç hastalıkları veyahut çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı) • Hematoloji, onkoloji, dahiliye ve pediatri uzmanı bir doktor • Her 3 hasta yatağı başına bir hemşire • Aferez ve Saklama Ünitesinde hemaferez konusunda deneyimli bir hemşire ve teknisyen
	<ul style="list-style-type: none"> • Doku Tipleme Laboratuvar Sorumlusu(İmmünoloji Bilim Kurulunun kabul ettiği bir laboratuvar da doku tipleme alanında en az iki yıl süreyle deneyimli olmak ve bu eğitimi İmmünoloji Bilim Kurulu tarafından kabul edilmek şartı ile; ilgili mevzuata göre laboratuvar açma yetkisini haiz uzman tabipler ile immünoloji veya hematoloji dallarında üst ihtisas

<p>Doku Tipleme Laboratuvarları</p>	<p>veya doktora eğitimi yapmış tabipler görevlendirilir.)</p> <ul style="list-style-type: none"> • En az bir adet biyolog(4 yıllık biyoloji veya genetik dallarında öğrenim görmüş ve Yönetmeliğe göre faaliyet izni almış Doku Tipleme Laboratuvarlarında en az 6 ay süre ile serolojik ve moleküler biyoloji yöntemlerinde deneyim kazanmış) • En az iki adet Tıbbi Teknisyen(Meslek Okullarından veya Meslek Yüksek Okullarından mezun) • En az bir adet tıbbi sekreter
--	---

VI .4 .1 .1 .2 .4– Kordon Kanı Bankasında

Özel hastaneler bünyesinde de açılabilen kordon kanı bankasında bulunacak sağlık personeli nitelik ve sayılarına Kordon Kanı Bankacılığı Yönetmeliği'nin 11, 12 ve 13.maddelerinde yer verilmiştir.

Tablo 8:Kordon Kanı Bankasında Bulundurulacak Asgari Sağlık Personeli

Sağlık Ünitesi	Personel Durumu
	<ul style="list-style-type: none"> • Banka sorumlu uzmanı(Hematoloji veya çocuk hematolojisi uzmanı veya en az 2 yıllık hücre işleme ve saklama deneyimi olan veya açılacak sertifikasyon eğitimlerine katılarak yeterlik sertifikasına hak

Kordon Kanı Bankası	<p>kazanmış klinik veya temel tıp bilimleri uzmanı hekimler sorumlu olarak bulunur.)</p> <ul style="list-style-type: none">• Sertifikalı bir hekim(Kök hücre işleme, ayrıştırma, dondurulması konularında eğitim görmüş)• Sertifikalı bir laboratuvar teknisyeni(Kök hücre işleme, ayrıştırma, dondurulması konularında eğitim görmüş)• Kordon kanı toplama ekibinde 24 saat hizmeti sağlayacak, bu konuda eğitim almış sertifikalı en az iki hekim veya sağlık memuru ya da hemşire
----------------------------	--

VI .4 .1 .2 – Özel Tıp Merkezlerinde

Özel tıp merkezleri ile özel poliklinikler **Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik** ile düzenlenmiş olmakla birlikte, çalışmamızın birinci bölümünde de açıklandığı üzere sağlık ve sosyal güvenlik mevzuatında özel tıp merkezleri özel sağlık kurumları arasında sayılmıştır.

Sözü edilen aynı adlı yeni Yönetmelik 15 Şubat 2008 tarihli Resmi Gazetede yayımlanmadan önce özel tıp merkezi, dal merkezi ve poliklinikler de bulundurulması gereken en az sağlık personeli Sağlık Bakanlığı'nın 2006/104 sayılı Genelgesi ile düzenlenmişti. Halihazırda açılmış ve faaliyetini sürdüren sözkonusu sağlık kurum ve kuruluşlarında 2006/104 sayılı Genelgede belirtilen personelin bulunması gerekmektedir. Aşağıda önce bu genelgeye göre bulunması gereken personel sayılarına ve sonra da yeni Yönetmelik gereği bulunması gereken asgari sağlık personeline yer verilecektir.

Aşağıda hem sözkonusu genelge hem de yeni Yönetmelik hükümleri ele alınmaktadır. Çünkü; 15 Şubat 2008 tarihli yeni Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik'in geçici 2.maddesinin birinci fıkrasına göre; "...yürürlükten kaldırılan Yönetmeliğe göre açılan sağlık kuruluşları halihazırdaki bina şartları, fizik mekânları, **sağlık çalışanları** ile uygunluk belgelerindeki türü bakımından mevcut durumlarıyla faaliyetlerine devam ederler." Belirtmek gerekir ki; "...yürürlükten kaldırılan Yönetmeliğe göre açılmış olan sağlık kuruluşları, 38.maddenin birinci fıkrasında öngörülen tebliğin yürürlüğe girdiği tarihten itibaren en geç dört yıl içinde, tabip sayısı hariç olmak üzere bu Yönetmeliğe uyum sağlamak ve ruhsat almak zorundadır."(ÖSKY.md.Geçici 2/2)

Tablo 9/A:Mevcut Özel Tıp Merkezi ve Dal Merkezlerinde Bulundurulması Zorunlu Asgari Sağlık Personeli

TÜRÜ	UNVAN	SAYI
Tıp Merkezi	Mesul Müdür (hekim)*	1
	İç Hastalıkları Uzmanı	1
	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	1
	Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı	1
	Genel Cerrahi Uzman	1
	Hekim (nöbet için)**	2
	Hemşire veya sağlık memuru (Toplum sağlığı bölümü mezunu)	2
	Ebe*****	1
	Laboratuar Teknisyeni ***	1
	Radyoloji Teknisyeni***	1
	Fizyoterapist*****	1
	Acil Tıp Teknisyeni/ Ambulans ve Acil Bakım Teknikeri *****	1
	Sekreter ****	1
	Hizmetli	1

Özel Dal Merkezi	Mesul Müdür (hekim)*	1
	İlgili Dal Uzmanı	2
	Hekim (nöbet için)**	2
	Hemşire veya sağlık memuru	1
	Ebe*****	2
	Laboratuar Teknisyeni ***	1
	Radyoloji Teknisyeni***	1
	Sekreter ****	1
	Fizyoterapist*****	2
	Hizmetli	1

* Mesul müdürlüğü sağlık kuruluşunda çalışan hekim veya uzman hekimlerden biri yerine getirebilir.

** 24 saat hizmet sunulan sağlık kuruluşları için.

*** Bünyesinde ruhsatlı laboratuvar bulunması veya hekimin kendi hastası için radyolojik veya tıbbi tahlil tetkikleri yapmak istemesi halinde bulunur.

**** Sekreterlik görevi istenir ise sağlık personelleri tarafından yerine getirilebilir.

***** Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon dal merkezinde ve bünyesinde dal olarak bulunan özel sağlık kuruluşları için.

***** Bulundurulması ihtiyaridir. Acil ünitesi, ambulans ve cerrahi müdahale birimlerinde çalışmak üzere istihdam edilebilir.

*****Kadın Hastalıkları ve Doğum Dal Merkezlerinde ve bünyesinde dal olarak bulunan özel sağlık kuruluşları için.

Tablo 9/B:Yeni Yönetmelikten Sonra Açılacak Özel Tıp Merkezlerinde Bulundurulması Zorunlu Asgari Sağlık Personeli

I-MESUL MÜDÜR Tıp merkezinde çalışan tabip veya uzman tabiplerden biri mesul müdür olabilir.
II-UZMAN TABİP Asgari tam zamanlı çalışan 4 uzman tabip ile hasta kabul ve tedavi edeceği her uzmanlık dalında en az 1 uzman tabip bulunur.
A- Anestezi ve Reanimasyon Uzmanı (Kısmi zamanlı) Tüm genel anestezi işlemlerine katılmak şartı ile tıp merkezi bünyesinde ameliyathane bulunması durumunda geçerlidir.

<p>B- Biyokimya ve Klinik Biyokimya Uzmanı</p> <p>Tıp merkezi bünyesinde laboratuvar kurulması durumunda geçerlidir.</p>
<p>C- Mikrobiyoloji ve Klinik Mikrobiyoloji Uzmanı</p> <p>Tıp merkezi bünyesinde laboratuvar kurulması durumunda geçerlidir .</p>
<p>D-Radyodiagnostik Uzmanı</p> <p>Tıp merkezi bünyesinde laboratuvar kurulması durumunda geçerlidir .</p>
<p>III-TABİP</p> <p>Acil ünitesi bulunan sağlık kuruluşu pratisyen tabip veya tıp merkezinin hizmet sunduğu uzmanlık dallarında uzman tabip çalıştırılabilir.</p>
<p>IV-DİŞ TABİBİ</p> <p>Ağız ve diş sağlığı hizmeti veren tıp merkezi için geçerlidir.</p>
<p>V-HEMŞİRE VEYA SAĞLIK MEMURU (Toplum Sağlığı Bölümü)</p> <p>-Tıp merkezinin çalışma süresi içinde en az bir hemşire bulunması zorunludur. -Ayrıca ameliyathanede, ameliyat esnasında asgari bir hemşire bulunur. -Her 5 gözlem yatağı için de en az bir hemşire bulunması gerekir.</p>
<p>VI-ACİL TIP TEKNİSYENİ</p> <p>Acil ünitesi bulunan ve/veya bünyesinde ambulans bulunduran tıp merkezi için asgari bir acil tıp teknisyeni bulunur.</p>
<p>VII- EBE</p> <p>Tıp merkezinin, kadın hastalıkları ve doğum uzmanlık dalında hizmet vermesi durumunda geçerlidir.</p>

VIII-FİZİYOTERAPİST

Tıp merkezinin, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon uzmanlık dalında hizmet vermesi durumunda geçerlidir.

IX-TIBBİ TEKNİSYENLER

a)Anestezi teknisyeni,

Bünyesinde ameliyathane bulunması durumunda geçerlidir.

Her ameliyat sırasında anestezi teknisyeni bulundurulur.

b) Laboratuvar teknisyeni,

Bünyesinde ruhsatlı laboratuvar bulunması durumunda geçerlidir.

c) Röntgen teknisyeni,

Röntgen cihazı ve/veya diğer görüntüleme cihazının bulunması durumunda geçerlidir.

Özel tıp merkezlerinde yukarıdaki standartlara uygun olarak sağlık personeli bulundurulmadığında uygulanacak yaptırımlara **Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik** eki **“EK 6 Denetim Formu”**nda yer verilmiştir. Özel tıp merkezi ruhsatındaki uzmanlık dallarında tam zamanlı çalışan hekim asgari sayıda değil ise *“ilgili uzmanlık dallarında hasta kabul ve tedavisi derhal durdurulacağı”* gibi, *“60 gün içinde uzman tabip bulunmaması halinde, Yönetmeliğin 6.maddesinde belirtilen uzman tabip sayısının asgari sayının altına düşmesi halinde sağlık kuruluşu faaliyetinin tamamının durdurulması cezası”* uygulanacaktır.

Diğer taraftan özel tıp merkezindeki çalışan tabip ve diğer sağlık çalışanı sayısının yukarıdaki tabloda belirlenen asgari sayıda olmadığına anlaşılması halinde ise, *“çalışanı olmadığı için hizmeti doğrudan etkilenen birimin faaliyeti durdurularak 60 gün süre verilir”* ve *“60 gün içinde sağlık çalışanının bulunamaması durumunda sağlık kuruluşunda ilgili biriminin faaliyeti, sağlık çalışanı bulununcaya kadar durdurulur”*, neticede *“3 ay içinde sağlık çalışanının bulunamaması durumunda ruhsatname mevcut durumuna göre değişir veya geri alınır.”*

VI .4 .2 - Özel Sağlık Kuruluşlarında

VI .4 .2 .1 - Özel Polikliniklerde

15 Şubat 2008 tarihli Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren yeni Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik ile bu tarihten sonra açılacak özel polikliniklerde bulundurulacak en az sağlık personeli de belirlenmiş olmakla birlikte, bu tarihten önce açılmış olan özel polikliniklerde bulunacak en az sağlık personeli de Sağlık Bakanlığı'nın 2006/104 sayılı Genelgesinde öngörülen sayı ve nitelikte olacaktır. Keza mevcut özel poliklinikler, Yönetmeliğin geçici 2.maddesi uyarınca en geç dört yıla kadar mevcut yapılarıyla faaliyetlerini sürdürebileceklerdir.

Tablo 10/A:Mevcut Özel Polikliniklerde Bulundurulması Zorunlu Asgari Sağlık Personeli

Sağlık Personeli Ünvanı	Sayısı
Mesul Müdür (hekim)*	1
Hekim	2
Hekim (nöbet için) **	2
Hemşire	1
Laboratuvar Teknisyeni ***	1
Radyoloji Teknisyeni***	1
Sekreter ****	1
Hizmetli	1

* Mesul müdürlüğü sağlık kuruluşunda çalışan hekim veya uzman hekimlerden biri yerine getirebilir.

** 24 saat hizmet sunulan sağlık kuruluşları için.

*** Bünyesinde ruhsatlı laboratuvar bulunması veya hekimin kendi hastası için radyolojik veya tıbbi tahlil tetkikleri yapmak istemesi halinde bulunur.

**** Sekreterlik görevi istenir ise sağlık personelleri tarafından yerine getirilebilir.

***** Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon dal merkezinde ve bünyesinde dal olarak bulunan özel sağlık kuruluşları için.

***** Bulundurulması ihtiyaridir. Acil ünitesi, ambulans ve cerrahi müdahale birimlerinde çalışmak üzere istihdam edilebilir.

*****Kadın Hastalıkları ve Doğum Dal Merkezlerinde ve bünyesinde dal olarak bulunan özel sağlık kuruluşları için.

Tablo 10/B:Yeni Yönetmelikten Sonra Açılacak Özel Polikliniklerde Bulundurulması Zorunlu Asgari Sağlık Personeli

I-MESUL MÜDÜR Poliklinikte çalışan tabip veya uzman tabiplerden biri mesul müdür olabilir.
II-UZMAN TABİP/TABİP
III-HEMŞİRE VEYA SAĞLIK MEMURU (Toplum Sağlığı Bölümü)
IV-ACİL TIP TEKNİSYENİ Acil ünitesi bulunması durumunda geçerlidir.
VII- EBE Kadın hastalıkları ve doğum uzmanlık dalında hizmet verilmesi durumunda geçerlidir.
VI-FİZİYOTERAPİST Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon uzmanlık dalında hizmet vermesi durumunda geçerlidir.

Özel polikliniklerde de yukarıdaki standartlara uygun olarak sağlık personeli bulundurulmadığında uygulanacak yaptırımlara **Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik** eki **“EK 6 Denetim Formu”**nda yer verilmiştir. Buna göre; özel poliklinik ruhsatındaki uzmanlık dallarında tam zamanlı çalışan hekim asgari sayıda değil ise, *“ilgili uzmanlık dallarında hasta kabul ve tedavisi derhal durdurulacağı”* gibi, *“3 ay içinde sağlık çalışanının bulunamaması durumunda ruhsatnamenin geri alınması cezası”* uygulanacaktır.

Diğer taraftan, özel poliklinikteki çalışan tabip ve diğer sağlık çalışanı sayısının yukarıdaki tabloda belirlenen asgari sayıda olmadığına anlaşılması halinde ise, *“çalışanı olmadığı için hizmeti doğrudan etkilenen birimin faaliyeti durdurularak 60 gün süre verilir”* ve *“60 gün içinde sağlık çalışanının bulunamaması durumunda sağlık kuruluşunda ilgili biriminin faaliyeti, sağlık çalışanı bulununcaya kadar durdurulur”*, neticede *“3 ay içinde sağlık çalışanının*

bulunamaması durumunda ruhsatname mevcut durumuna göre değişir veya geri alınır.”

VI .4 .2 .2 - Özel Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi ve Polikliniklerinde

Özel ağız ve diş sağlığı merkezleri ile polikliniklerinde bulundurulması gerekli olan en az sağlık personeline Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik’in 9, 10 ve 11.maddelerinde yer verilmiştir.

Tablo 11:Özel Ağız ve Diş Sağlığı Merkez ve Polikliniklerinde Bulunması Zorunlu Asgari Sağlık Personeli

Sağlık Personeli	Açıklama
Mesul Müdür	Merkezlerde tam gün süre ile, polikliniklerde tam gün veya kısmi süreli görev yapan bir diş hekimi mesul müdür bulunur..
Diş hekimi	<i>Alt sınır öngörülmemiş</i>
Anesteziyoloji ve reanimasyon uzmanı	Merkezlerde uygulanacak olan genel anestezi işlemlerinde en az bir kişi
Hemşire	Merkezlerde en az bir kişi

VI .4 .3 – Diğer Özel Sağlık Kuruluşlarında

VI .4 .3 .1 – Özel Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezlerinde

Özel üremeye yardımcı tedavi merkezlerinde bulundurulması zorunlu sağlık ve diğer personele Üremeye Yardımcı Tedavi(ÜYTE) Merkezleri Yönetmeliği’nin 14.maddesinde yer verilmiş ve aşağıda tablo halinde gösterilmiştir.

Tablo 12:Özel Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezlerinde Bulundurulması Zorunlu Asgari Sağlık Personeli

Sağlık Personeli	Açıklama
Mesul Müdür	Tam gün süreli çalışan uzman ya da pratisyen hekim
ÜYTE ünitesi sorumlusu	Belgeleri Üremeye Yardımcı Tedavi Yöntemleri Bilim Komisyonunca onaylanmış ve Sağlık Bakanlığı'na sertifikalandırılmış kadın hastalıkları ve doğum uzmanı
Kadın hastalıkları ve doğum uzmanı	En az bir kişi
Üroloji uzmanı	En az bir kişi
Embriyoloji laboratuvarı sorumlusu	Belgeleri Üremeye Yardımcı Tedavi Yöntemleri Bilim Komisyonunca onaylanmış ve Sağlık Bakanlığı'na sertifikalandırılmış tabip, histoloji-embriyoloji uzmanı veya histoloji-embriyoloji alanında üremeye yardımcı tedavi yöntemleri konusunda master veya doktora yapmış veteriner, biyolog, eczacı ve hemşire gibi bir sağlık personeli
Anestezi uzmanı	Müstakil merkezlerde tam süreli çalışan en az bir kişi
Ameliyathane personeli	Müstakil merkezlerde yeterli sayıda
Sağlık personeli ve idarî personel	Yeterli sayıda

VI.4.3.2 – Özel Genetik Hastalıklar Tanı Merkezlerinde

Özel genetik hastalıklar tanı merkezlerinde bulundurulması zorunlu sağlık ve diğer personelin nitelik ve sayılarına Genetik Hastalıklar Tanı Merkezleri Yönetmeliği'nin 14.maddesinde yer verilmiş ve aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.

Tablo 13: Özel Genetik Hastalıklar Tanı Merkezlerinde Bulundurulması Zorunlu Asgari Sağlık Personeli

Sağlık Personeli	Açıklama
Mesul Müdür	Genetik uzmanı veya Pratisyen hekim
Genetik Tanı Merkezi Sorumlusu	Klinik Genetik, Tıbbi Genetik, Tıbbi Biyoloji ve Genetik dallarında uzman veya bilim doktoru ünvanını almış bir hekim.
Sağlık elemanı	Moloküler çalışmalar yapılacaksa, haiz tıbbi biyoloji ve genetik uzman veya genetik uzmanı veya doktorası olan ve bu belgeleri Genetik Hastalıklar Bilim Komisyonunca onaylanmış bir eleman
Sağlık elemanı	Biokimya laboratuvarı olacak ise, Biyokimya ve Klinik Biyokimya uzmanı veya doktorası olan ve bu belgeleri Genetik Hastalıklar Bilim Komisyonunca onaylanmış bir eleman
Teknik Personel	Genetik çalışmalarda deneyimli laboratuvar teknisyeni
İdari personel	Merkezce belirlenecek personel

VI .4 .3 .3 – Özel Diyaliz Merkezlerinde

Özel diyaliz merkezlerinde bulundurulması zorunlu sağlık personeli sayı ve niteliklerine Diyaliz Merkezleri Hakkında Yönetmelik'in 13 ve 14. maddelerinde yer verildiği gibi Yönetmelik eki Ek 1'de de tablo halinde gösterilmiştir. Diyaliz merkezlerinde bulundurulacak personel sayısı diyaliz cihazı sayısına göre orantılı olarak belirlenmiştir. Bu kapsamdaki personele aşağıda yer verilmiştir.

Tablo 14: Özel Diyaliz Merkezlerinde Bulundurulması Zorunlu Asgari Sağlık Personeli

Personelin Unvan ve Nitelikleri	0-5 Cihaz Sayısı	6-10 Cihaz Sayısı	11-15 Cihaz Sayısı	16-20 Cihaz sayısı	21-25 Cihaz Sayısı	26-30 Cihaz Sayısı
Sorumlu uzman:Nefroloji uzmanı(Yoksa, sertifikalı iç has.uz veya çocuk has.uz.)	1	1	1	1	1	1
Sorumlu hekim(sertifikalı)	1	1	1	1	1	2
Diyaliz teknikeri veya diyaliz hemşiresi(sertifikalı)	2	2	3	4	5	6
Tekniker veya teknisyen	1	1	1	1	1	1
Yardımcı personel	1	2	3	4	5	6

VI.4.3.4 – Özel Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezlerinde

Özel madde bağımlılığı tedavi merkezlerinde bulundurulması zorunlu olan personelin asgari sayısı ve nitelikleri Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezleri Yönetmeliği'nin 30.maddesinde gösterilmiştir. Aşağıda tablo da bu kapsamdaki personele yer verilmiştir.

Tablo 15:Özel Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezlerinde Bulundurulması Zorunlu Asgari Sağlık Personeli

Sağlık Personeli	Açıklama
Sorumlu uzman	Ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı bir hekim
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı	Her 10 yatak için bir uzman
Hekim	İlk 10 yatak için 24 saat boyunca hizmeti sürdürecektir şekilde asgari 5 hekim olmak üzere; ilave her 10 yatak için, altı ay süre ile madde bağımlılığı eğitimi görerek, bu konuda sertifika almış olan aile hekimliği uzmanı veya pratisyen hekim
Psikolog	Altı ay süre ile madde bağımlılığı eğitimi görerek bu konuda sertifika almış ve klinik tecrübesi olan bir psikolog
Hemşire	İlk 10 yatak için 24 saat boyunca hizmeti sürdürecektir şekilde asgari 6 hemşire olmak üzere, ilave her 10 yatak için 4 hemşire.

VI.4.3.5 – Özel Evde Bakım Merkezlerinde

Özel evde bakım merkezlerinde bulundurulması zorunlu olan personelin asgari sayısı ve nitelikleri Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik'in 11, 12, 13 ve 14.maddelerinde düzenlenmiştir. Aşağıdaki tabloda bu kapsamdaki personele yer verilmiştir.

Tablo 16:Özel Evde Bakım Merkezlerinde Bulundurulması Zorunlu Asgari Sağlık Personeli

Sağlık Personeli	Açıklama
Mesul müdür	Hekim olan bir kişi
Hekim	Mesul müdür haricinde en az 2 hekim
Hemşire veya sağlık memuru	Kadro en az 4 kişi
Diğer personel	Merkezin belirleyeceği psikolog, fizyoterapist, diyetisyen, sosyal hizmet uzmanı gibi hekim dışı sağlık personeli

VI.4.3.6 –Özel Hiperbarik Oksijen Merkezlerinde

Özel hiperbarik oksijen tedavi merkezlerinde bulundurulması gereken asgari sağlık personelin nitelik ve sayılarına Hiperbarik Oksijen Tedavisi Uygulanan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik'in 9, 10, 11 ve 12.maddelerinde yer verilmiş bulunmaktadır. Aşağıdaki tablo sözkonusu Yönetmelik hükümlerine göre hazırlanmıştır.

Tablo 17: Özel Hiperbarik Oksijen Merkezlerinde Bulundurulması Zorunlu Asgari Sağlık Personeli

Sağlık Personeli	Açıklama
Mesul müdür	Uzman hekim veya sertifikalı hekim olan bir kişi

Uzman hekim veya sertifikalı hekim	En az bir kişi
Hekim	En az bir kişi
Teknisyen	En az bir basınç odası teknisyeni
Diğer personel	Merkezin belirleyeceği sayıda personel

VI .5- alıştırılacak Sağlık Personelinin Ücretine İlişkin Baraj

VI .5 .1- Genel Olarak

Yukarıda yer verildiği üzere, sağlık hizmetinin temel özelliklerine uygun olarak, özel sağlık kurum ve kuruluşlarında bulundurulması zorunlu asgari hekim ve diğer sağlık personeli belirlenmiş olmakla birlikte, benzer bir alt sınır sağlık personelinin ücretleri konusunda bulunmamaktadır. Sağlık mevzuatında, özel sağlık kurum ve kuruluşlarında çalıştırılacak olan sağlık personeline ödenecek ücretler konusunda herhangi bir alt sınıra yer verilmemiştir. Dolayısıyla ödenecek olan ücret özel sağlık kurum ve kuruluşu işvereni ile sağlık personeli arasında düzenlenecek iş sözleşmesinde kararlaştırılmaktadır.

Temel özellikleri arasında atipik bilginin varlığı, ikamesinin olmaması, ertelenemez ve tesadüfi olması gibi özellikleri bulunan sağlık hizmetlerini üreten ve sunan sağlık personeline verilecek ücret konusunda yasal bir alt sınırın bulunmaması bize göre bir eksikliklidir.

Sağlık hizmeti gibi yarı kamusal mal ve hizmetlerden sayılan eğitim hizmetleri alanında ise böyle bir uygulama bulunmaktadır. Gerçektende, eski 625 sayılı Özel Öğretim Kurumları Kanunu'nun 33.maddesinde ve aynı şekilde yeni 5580 sayılı Özel Öğretim Kurumları Kanunu'nun 9.maddesi ikinci fıkrasında, "*Özel okullarda yöneticilik ve eğitim-öğretim hizmeti yapanlara kıdemlerine göre (emekliler hariç) dengi resmi okullarda ödenen aylık ile sosyal yardım kapsamındaki ek ödeme tutarlarından az ücret verilemez*" denilmektedir.

Özel sağlık kurum ve kuruluşlarında çalıştırılan hekim ve diğer sağlık personeli için de benzer bir düzenlemenin yapılması hem kaliteli hizmet sunumunda etkili olabileceği gibi hem de nitelikli insan gücünün hak kayıplarını engelleyecektir.

Böylece, hem çalışanların sosyal sigorta haklarındaki kayıp hem de Kurumun prim kaybı azalacaktır. Belirtelim ki; yaygın bir uygulama olarak karşımıza çıkan özel sağlık kurum ve kuruluşlarında hekim, diş hekimi ve hemşire ünvanlı sağlık personelinin asgari ücretle çalıştırıldıkları iddiası hayatın olağan akışına da uygun düşmemektedir.¹¹⁵³

Benzer düzenleme, “*Özel sağlık kurum ve kuruluşlarında çalıştırılan hekim, diş hekimi, eczacı, ebe ve hemşirelere kıdemlerine göre dengi Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık kurum ve kuruluşlarında ödenen aylık ile sosyal yardım kapsamındaki ek ödeme tutarlarından az ücret verilemez.*” şeklinde olabilir.

VI.5.2- Ücret Uyuşmazlıklarının Çözümü

Sağlık mevzuatında ücrete ilişkin yukarıda açıkladığımız zorunlu bir alt sınır uygulamasının bulunmaması sebebiyle bu noktada çıkacak uyuşmazlıkların çözümünde yüksek yargının konuya yaklaşımına değinmekte fayda var. Çalışma yaşamında sıklıkla karşılaşıldığı üzere çalışanlara verilen ücretler ücret bordrolarında daha düşük gösterilmektedir. Bu suretle işverenlerin ödeyecekleri sigorta primi ve vergi düşerken, ilgili kamu kurumları gelirlerinden mahrum olmakta ve çalışanlar ise hem sosyal sigorta hakları hem de işçilik hakları yönüyle mağduriyetler yaşamaktadır. Ücretlerin bankalar kanalıyla ödenmesi uygulamasına başlanmasının ise kısmi bir fayda sağlayacağı beklenebilir.¹¹⁵⁴

¹¹⁵³ Belirtelim ki; TTB asgari ücret tarifesine rağmen işverenle işyeri hekimi arasında düzenlenen iş sözleşmesinde belirlenen ücretin geçerli olduğuna karar verilmiştir. Y.9.HD. 01.02.2005, E:2004/7476, K:2005/2741, UŞAN, Fatih: “Türk Tabipler Birliği Asgari Ücret Tarifesinin Uygulanabilirliği-Karar İnceleme”, **Çimento İşveren**, Mayıs 2006, C:20, S:3, s: 40-51; Söz konusu karar YHGK'nun 02.02.2005, E:2005/9-753, K:2005/12 sayılı kararı ile onanmıştır. Kaldı ki, 5477 sayılı Kanunun 4.maddesi ile 6023 sayılı Türk Tabipleri Birliği Kanununun 28/II.maddesinde yapılan değişiklikle TTB tarafından belirlenecek tarifelerin referans nitelikte olacağı hüküm altına alınmıştır.

¹¹⁵⁴ 5754 sayılı Kanun ile Borçlar Kanununun 313.maddesi birinci fıkrası değiştirilerek, 5953 sayılı Basın Mesleğinde Çalışanlarla Çalıştıranlar Arasındaki Münasebetlerin Tanzimi Hakkında Kanununun 14.maddesi birinci fıkrası, 854 sayılı Deniz İş Kanununun 29.maddesi birinci ve ikinci fıkraları ve nihayet 4857 sayılı İş Kanununun 32.maddesi ikinci fıkrası; çalıştırılan işçilerin ücret, prim, ikramiye ve bu nitelikteki her çeşit istihkakının özel olarak açılan banka hesabına yatırılmak suretiyle ödenmesi hususunda; bazı kıstasları dikkate alarak zorunluluk getirmeye Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Maliye Bakanlığı ve Hazine Müsteşarlığından sorumlu Devlet Bakanlığı müştereken yetkili kılınmış ve “*Çalıştırdığı işçilerin ücret, prim, ikramiye ve bu nitelikteki her çeşit istihkakını özel olarak açılan banka hesapları vasıtasıyla ödeme zorunluluğuna tabi tutulan işverenler veya üçüncü kişiler, işçilerinin ücret, prim, ikramiye ve bu nitelikteki her çeşit istihkaklarını özel olarak açılan banka hesapları dışında ödeyemezler.*” hükmü getirilmiştir.

Ücret bordrolarında ücretin düşük gösterilmesi ise artık hapis cezasını gerektirir bir suç olarak karşımıza çıkmaktadır. Ücret bordrosunda, ödenen ücret tutarının değil; bunun altında düşük bir ücretin gösterilmesi “*muhteviyatı (kapsamı) itibariyle yanıltıcı belge*” düzenlenmesi anlamına gelmektedir.¹¹⁵⁵ Zira, 213 sayılı Vergi Usul Kanununun 5728 sayılı Kanununun 276.maddesi ile değişik 359.maddesinin ikinci fıkrasına göre; “*Muhteviyatı itibariyle yanıltıcı belge, gerçek bir muamele veya duruma dayanmakla birlikte bu muamele veya durumu mahiyet veya miktar itibariyle gerçeğe aykırı şekilde yansıtan belgedir.*” Ücret bordrosunun, düşük ücret üzerinden düzenlenmesi olayında da, gerçek bir durum yani işçi çalıştırılması ve ücret ödenmesi söz konusu olmakla birlikte, bu durumun yani “**ücretin miktar itibariyle gerçeğe aykırı şekilde yansıtılması**” nedeniyle, “**muhteviyatı itibariyle yanıltıcı belge**” düzenlenmiş olmaktadır.¹¹⁵⁶ 213 sayılı Kanunun 359.maddesi birinci fıkrasının (2) numaralı alt bendi uyarınca da muhteviyatı itibariyle yanıltıcı belge düzenleyenler veya bu belgeleri kullananlar yani bordroda düşük ücret gösteren işverenlere “bir yıldan üç yıla kadar hapis cezası” verilebilecektir.¹¹⁵⁷

Bu noktada konunun yargıya taşınması durumunda, Yargıtay ücret bordrolarının her zaman doğruyu yansıtmadığını göz önünde tutarak gerçek ücretin araştırılmasını istemektedir. Konuyla ilgili olarak Yargıtay, işçinin kıdemi, ehliyeti, gördüğü işin türü, benzer durumdaki işçilere ödenen ücretler gibi kriter ve karinelerin dikkate alınmasıyla gerçek ücretin her türlü delille kanıtlanmasını istemektedir.¹¹⁵⁸ Zira, işçi tarafından imzalanmış olsa da ücret bordrosu, ücretin tutarına değil, sadece belirtilen miktarın tahsil edilmiş olduğuna delil teşkil edebilir.¹¹⁵⁹ Öyle ki; ücret

¹¹⁵⁵ KIZILOĞLU, Şükrü: “Bordroda Ücreti Düşük Gösteren İşverenlere Hapse Girme Tehlikesi”, **Yaklaşım**, Nisan 2008, s:23-24

¹¹⁵⁶ KIZILOĞLU, Şükrü: “Bordroda Ücreti Düşük Gösteren İşverenlere Hapse Girme Tehlikesi”, **Yaklaşım**, Nisan 2008, s:23-24

¹¹⁵⁷ Daha önce 213 sayılı Kanunun 359.maddesindeki bu fiilin yaptırımı, 6 aydan üç yıla kadar hapis cezası iken, 5728 sayılı Kanun ile yapılan değişiklikle, 6 ay olan başlangıç süresi 1 yıla yükseltilmiştir.

¹¹⁵⁸ ENGİN, Murat: “Ferdî İş ilişkisinin Kurulması ve İşin Düzenlenmesi”, Yargıtay’ın İş Hukukuna İlişkin Kararlarının Değerlendirilmesi 2000, İş Hukuku ve Sosyal Güvenlik Hukuku Türk Milli Komitesi, Ankara 2002, s:1-23

¹¹⁵⁹ SOYER, Polat: “Ferdî İş ilişkisinin Kurulması ve İşin Düzenlenmesi”, Yargıtay’ın İş Hukukuna İlişkin Kararlarının Değerlendirilmesi 1997, İş Hukuku ve Sosyal Güvenlik Hukuku Türk Milli Komitesi, MESS Yayın No:298, İstanbul 1999, s:11-55

bordroları ihtirazi kayıt konulmadan imzalanmış olsa bile.¹¹⁶⁰ Yargıtay kararlarına uygun olarak işçi tarafından imzalanan ücret bordrosu makbuz niteliğinde sayıldığından, bordroda belirtilen miktarı aşan kısım için senetle ispat zorunluluğu da bulunmamaktadır.

Öte yandan Yargıtay’a göre, “*Nitelikli bir elemanın asgari ücretle çalışmayacağı tabiidir*”¹¹⁶¹, “*...imzalı bordroların nitelikli olmayan işçiler açısından bağlayıcılığı kabul edilmeli, nitelikli işçiler açısından bu bağlayıcılıktan söz edilmemelidir.*”¹¹⁶² Ücret bordrolarında vasıflı ve vasıfsız işçilerin asgari ücretle gösterilmeleri de çalışma yaşamının doğal akışına uygun bulunmamaktadır.¹¹⁶³ İşverence belirtilen ücretin işçinin yaptığı iş ve çalışma süresi dikkate alındığında açık bir çelişki yaratıyor ise emsal ücret araştırması yapılacaktır.¹¹⁶⁴ İşçinin ücretinin tam olarak belirlenemediği hallerde ilgili meslek kuruluşundan davacı işçinin alabileceği ücretin sorulması, ücret araştırması yapılması istenmektedir.¹¹⁶⁵

Gerçek ücretleri kayıtlara yansıtılmayan özel sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışan nitelikli çalışan grubu olarak sağlık personelinin, özellikle iş sözleşmesinin sona ermesi sürecinde işçilik haklarının gerçek ücretleri üzerinden ödenmesini istemeleri durumunda yaşanacak uyuşmazlıklarda, yüksek yargının yukarıdaki yaklaşımına uygun olarak hareket edeceği söylenebilir. Ancak, tüm çalışma süresi boyunca Kuruma yapılan sigortalı bildirimleri gerçek ücretler üzerinden olmadığı durumlarda Kurumun prim kaybı sigortalıların da sosyal sigorta hak kayıpları

¹¹⁶⁰ EKONOMİ, Münir: “Bireysel İş İlişkisinin Kurulması, Hükümleri ve İşin Düzenlenmesi”, Yargıtay’ın İş Hukukuna İlişkin Kararlarının Değerlendirilmesi 2004, İş Hukuku ve Sosyal Güvenlik Hukuku Türk Milli Komitesi, Ankara 2006, s:1-14

¹¹⁶¹ Y.9. HD. 01.10.2001, 11388/15206; SÜZEK, Sarper: ““Ferdî İş ilişkisinin Kurulması ve İşin Düzenlenmesi”, Yargıtay’ın İş Hukukuna İlişkin Kararlarının Değerlendirilmesi 2001, İş Hukuku ve Sosyal Güvenlik Hukuku Türk Milli Komitesi, Ankara 2003, s:1-55

¹¹⁶² Y.9. HD. 03.10.2000, 8614/13106; ENGİN, Murat: “Ferdî İş ilişkisinin Kurulması ve İşin Düzenlenmesi”, Yargıtay’ın İş Hukukuna İlişkin Kararlarının Değerlendirilmesi 2000, İş Hukuku ve Sosyal Güvenlik Hukuku Türk Milli Komitesi, Ankara 2002, s:1-23

¹¹⁶³ Y.9. HD. 21.12.2006, E:2006/14786, K:2006/33623; **Legal İş Hukuku ve Sosyal Güvenlik Hukuku Dergisi**, 2007/15, s:1078; Benzer biçimde, “...yaklaşık 9 yıllık çalışması bulunan tır şoförünün asgari ücretle çalıştığı kabulü dosya içeriğine ve hayatın olağan gerçeklerine uygun düşmemektedir...” Y.9. HD. 03.05.2004, E:2004/22907, K:2004/10458; **Legal İş Hukuku ve Sosyal Güvenlik Hukuku Dergisi**, 2005/5, s:357-358

¹¹⁶⁴ Y.9. HD. 26.09.2007, E:2007/1693, K:2007/28191; **Çalışma ve Toplum**, 2008/1, s:226-227

¹¹⁶⁵ Y.9. HD. 22.06.2006, E:2005/37113, K:2006/18263; **Legal İş Hukuku ve Sosyal Güvenlik Hukuku Dergisi**, 2006/12, s:1484-1485; Y.9. HD. 23.09.2003, E:2003/2518, K:2003/15276; **Legal İş Hukuku ve Sosyal Güvenlik Hukuku Dergisi**, 2004/4, s:1465-1466

olacaktır. Bu bakımdan, iş sözleşmesi sona erip hukuki uyumsuzluklar yaşanmadan, sağlık mevzuatında sözü edilenler için ücretler yönüyle bir alt sınıra yer verilmesi bu sektördeki sorunu da büyük ölçüde çözebilecektir.

VI.5.3- Teşmil Kararları ve Sigorta Primine Esas Kazanç

Özel sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışan sağlık personelinin ücret düzeyini etkileyecek bir unsur da teşmil kararlarıdır. Teşmil, *Toplu İş Sözleşmesi Grev ve Lokavt Kanunu*¹¹⁶⁶, nun 11.maddesinde düzenlenmiştir. Bir toplu iş sözleşmesi, üyelerinin sayısı bağlı olduğu işkolunda çalışan işçilerin en az yüzde onunu temsil eden işçi sendikalarından en çok üyeye sahip olan sendikanın yapmış olduğu bir toplu iş sözleşmesini Bakanlar Kurulu, o işkolunda işçi veya işveren sendikaları veya ilgili işverenlerden birinin veya Çalışma Bakanının talebi üzerine, Yüksek Hakem Kurulunun görüşünü aldıktan sonra tamamen veya kısmen veya zorunlu değişiklikleri yaparak o işkolunun toplu iş sözleşmesi bulunmayan diğer işyerlerine veya bir kısmına teşmil edebilir. Teşmil kararnamesinde kararın gerekçesi açıklanır.

Örneğin, Bakanlar Kurulunun 16.07.1999 tarih ve 99/13116 sayılı kararıyla; Türkiye Sağlık İşçileri sendikası ile Vehbi Koç Vakfı Amerikan Hastanesi arasında sağlık işkolunda akdedilen toplu iş sözleşmesinin, *“işyerlerinde verimli ve düzenli çalışmayı sağlamak, üretimi artırmak, işverenlerin ve işçilerin hak ve menfaatlerini dengelemek, karşılıklı iyi niyet ve güvenle iş barışını sağlamak amacıyla”* karar ekinde belirtilen aynı işkolunda faaliyette bulunan 32 işyerine teşmiline karar verilmiştir.¹¹⁶⁷ Süresi sınırlı olsa da, teşmil kararı ile, hekim ve üst düzey yönetici ücretleri hariç, diğer çalışanların ücretlerinde yükselme sağlanmıştır.

Teşmilin geçmişe etkili olup olamayacağı hususunda farklı görüşler bulunmaktadır. Teşmilin sosyal işlevi sebebiyle, toplu sözleşmenin yürürlük süresinin geriye uzatılabilmesinin mümkün olması gibi, teşmil yoluyla alanı genişletilen sözleşme için de benzer bir imkanın kabul edilebileceği ifade

¹¹⁶⁶ 07.05.1983 tarih ve 18040 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

¹¹⁶⁷ 12.08.1999 tarih ve 23784 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

edilmektedir.¹¹⁶⁸ Danıştay'a göre ise, teşmil kararlarının uzun bir süre geriye alınması, işyerlerini mali bakımdan ağır bir yük altında bırakır ve "idare hukukunda yer alan idari istikrar prensibine açıkça aykırılık taşır".¹¹⁶⁹ Özel hastanelere yapılan geriye yürürlü bir teşmil kararı da benzer bir gerekçeyle iptal konusu olmuştur.¹¹⁷⁰

İşte bu şekilde, toplu iş sözleşmeleriyle olduğu gibi teşmil kararlarıyla da geriye doğru ücret artışları yapıldığında bazı sosyal sigorta sorunları ortaya çıkmaktadır. Örneğin, ister toplu pazarlık sistemi içerisinde olsun isterse kamusal nedenlerle geriye dönük ücret artışlarından sosyal sigorta primlerinin alınmasında ve bu amaçla düzenlenen prim belgelerinde uygulamada karışıklıklar olabilmektedir.

Uygulama, başlangıçta toplu iş sözleşmeleri hükümlerine istinaden sigortalıların ücretlerine geçmiş ayları da kapsar şekilde yapılan ücret artışlarının, ödendiği ay kazancına dahil edilerek sigorta primlerine dahil edilmesi şeklinde yürütülmüştür. 1990 yılından bu yana ise uygulamada değişikliğe gidilerek **geriye dönük ücret artışları** ait olduğu ay için mütalaa edilerek prime tabi tutulmaktadır. Yargıtay Hukuk Genel Kurulunun kararı¹¹⁷¹ da uygulamanın bu şekilde gelişmesine ışık tutmuştur. Keza artık **ücretler** hak edildikleri aya mal edilmek suretiyle prime tabi tutulacaklardır.

VI .5 .4- Sağlık Personelinin Ücretinin Süresinde Ödenmemesi Sebebiyle İş Görmekten Kaçınma Hakkı

Genel olarak işçilerin ücreti süresinde ödenmediğinde başvurulacak yollardan birisi 4857 sayılı Kanununun 25/II-f maddesi uyarınca iş sözleşmesini haklı sebeple feshetmektir. Ancak işçi bu seçeneğin yanı sıra, ücreti süresinde ödenmediği zaman 4857 sayılı Kanununun 34.maddesi uyarınca iş görme borcunu yerine getirmekten kaçınabilir.¹¹⁷²

¹¹⁶⁸ SUR, Melda: İş Hukuku Toplu İlişkiler, Turhan Kitabevi, Ankara 2006, s.288

¹¹⁶⁹ SUR, Melda: İş Hukuku Toplu İlişkiler, Turhan Kitabevi, Ankara 2006, s.287

¹¹⁷⁰ Danıştay 10.D. 26.05.1992, 4730/2232; SUR, Melda: İş Hukuku Toplu İlişkiler, Turhan Kitabevi, Ankara 2006, s.287

¹¹⁷¹ Y.HGK. 17.05.1989, E:1989-10-250, K:1989/361

¹¹⁷² Bununla birlikte, 4857 sayılı İş Kanununun "işçilerin hakları" başlıklı 83.maddesine göre, işyerinde iş sağlığı ve güvenliği açısından işçinin sağlığını bozacak veya vücut bütünlüğünü tehlikeye sokacak yakın, acil ve hayati bir tehlike ile karşı karşıya kalan işçi, madde hükmünde belirtilen prosedüre de uygun davranmak kaydı ile, tehlike giderilinceye kadar iş görmekten kaçınabilir.

Ücreti ödeme gününden itibaren yirmi gün içinde mücbir bir neden dışında ödenmeyen işçi, iş görme borcunu yerine getirmekten kaçınabilir. Bu nedenle kişisel kararlarına dayanarak iş görme borcunu yerine getirmemeleri sayısal olarak toplu bir nitelik kazansa dahi grev olarak nitelendirilemez. Gününde ödenmeyen ücretler için mevduata uygulanan en yüksek faiz oranı uygulanır. İş görmekten kaçınan işçilerin iş akitleri çalışmadıkları için feshedilemez ve yerine yeni işçi alınamaz, yaptıkları işler de başkalarına yaptırılmaz.

Bu noktada şu sorunun cevaplanması gerekmektedir: Özel sağlık kurum ve kuruluşlarında iş sözleşmesi ile çalışan sağlık personeli de ücreti süresinde ödenmediği zaman iş görmekten kaçınabilir mi? Ya da iş görmekten kaçınmalı mıdır?

Teorik olarak ne 4857 sayılı Kanunda ne de sağlık mevzuatında buna engel bir hüküm bulunmaktadır. Ancak, özel sağlık kurum ve kuruluşlarında üretimi yapılan ve sunulan hizmet sağlık hizmetidir. Sağlık hizmeti ise ikamesi olmayan, ertelenemez ve ne zaman talep edileceği önceden kestirilemeyen özellikli bir hizmettir. Dahası özel sektör tarafından üretilse bile bir kamu hizmetidir. Bu durumda, ücreti ödeme gününden itibaren yirmi gün geçtiği halde ödenmeyen bir hekim ya da hemşirenin iş görmekten kaçınmasının hizmet gereklerine uygun olduğu kabul edilemez. Ayrıca, boшта geçen süre için sonradan ücret alınamayacağı gibi, sosyal sigorta hakkından da mahrum olunacaktır.

Şöyle ki; ücreti ödenmediği için iş görmekten kaçınan işçiye iş görmekten kaçındığı boшта geçen süreye ait ücreti ödenmemektedir. Bu konuda yüksek yargı, işçinin iş görmekten kaçınma hakkını kullanmasının kendi iradesi ile olduğu ve 4857 sayılı Kanunun 34.maddesinde de boшта geçen sürenin ücretinin ödeneceğine dair açıkça bir hüküm bulunmadığından bu sürenin ücretinin ödenemeyeceğine hükmetmiştir.¹¹⁷³

¹¹⁷³ Y.9.HD. 10.02.2005, E:2004/13259, K:2005/3782; Öte yandan, “ücretlerin gününde ödenmemesi sebebiyle iş görmekten kaçınma hakkını kullanan işçinin bu nedenle de iş akdinin işverence feshi geçersizdir ve işe iadesine karar verilmesi gerekir.” Y.9. HD. 14.04.2007, E:2007/11016, K:2007/11509; **Yaklaşım**, Aralık 2007, S:180, s:296–297

Bazı yazarlar da işçinin iş görmekten kaçındığı sırada iş yapmadığı için ücrete hak kazanamayacağını savunmuşlardır.¹¹⁷⁴ Bazı yazarlar ise, ücretin zamanında ödenmemesi halinde işçinin, ödemezlik def'i temelinde iş görme edimini yerine getirmekten kaçınması ve çalışmadığı süre için işverenin temerrüdü hükümleri çerçevesinde ücrete hak kazanmasına bir engelin olmadığını savunmaktadırlar.¹¹⁷⁵ Belirtelim ki; ücreti ödenmediği için iş görmekten kaçınan sigortalı işçi, çalışmadığı süreleri mahkeme yoluyla sigortalılığına da saydıramamaktadır. Zira, *“Fiilen çalışmayan sürelerin tespiti mümkün değildir. Sonuç olarak ücreti ödenmeyen işçi, işgörme edimini yerine getirmekten kaçındığı takdirde, kendisine ücret ödenmeyeceği için sigorta ilişkisinden söz edilemeyecektir. Ve bu nedenle çalışılmayan sürelerin tespitine karar verilemeyecektir.”*¹¹⁷⁶

Ancak, 4857 sayılı Kanununun 81.maddesi uyarınca, işyerinde iş sağlığı ve güvenliği açısından işçinin sağlığını bozacak veya vücut bütünlüğünü tehlikeye sokacak yakın, acil ve hayati bir tehlikenin bulunması durumunda, *“işçinin çalışmaktan kaçındığı dönem içinde ücreti ve diğer hakları saklıdır.”* Yani bu sebeple boşta geçen sürenin ücretleri sonradan ödenecektir.¹¹⁷⁷

VI .6 - Sağlık Personelinin Çalışma Süresine İlişkin Baraj

VI .6 .1 – Genel Olarak

Özel sağlık kurum ve kuruluşlarında iş sözleşmesi ile çalışan sağlık personelinin çalışma süreleri için aşağıda yer vereceğimiz istisnalar dışında sağlık mevzuatında ayrıca sınırlandırıcı bir düzenleme bulunmamaktadır. Buna göre, özel sağlık kurum ve kuruluşlarında iş sözleşmesi ile çalışan sağlık personeli için de 4857 sayılı Kanununun 63.maddesi uyarınca genel bakımdan haftalık çalışma süresi 45

¹¹⁷⁴ GÜNAY, Cevdet İlhan: “Ücret Ödemede Gecikmenin Hukuki Sonuçları”, **Sicil**, Mart 2006, S:1, s:36-52

¹¹⁷⁵ GÜZEL, Ali: “İşçinin Ücretinin Ödenmemesi Nedeniyle İş Görme Edimini Yerine Getirmekten Kaçınması Ve Çalışmadığı Süre İçin Ücret Talep Edememesi- Karar İncelemesi”, **Çalışma ve Toplum**, 2005/2, s:123-147; AKYİĞİT, Ercan: “Ücreti Geciken İşçinin Çalışmaktan Kaçınması”, **Legal İş Hukuku ve Sosyal Güvenlik Hukuku Dergisi**, 2005/5, s:15-26; TUNCAY, Can: “Ücretin Ödenmemesinin Sonuçları(İşçinin İş Görmekten Kaçınma Hakkı)”, **Legal İş Hukuku ve Sosyal Güvenlik Hukuku Dergisi**, 2005/6, s:650-654

¹¹⁷⁶ Y. 10. HD. 24.09.2007, E:2007/7349, K:20007/14363; CENTEL, Tankut: “Ücreti Ödenmediği İçin Çalışmamış Olan Sigortalının Hizmet Tespiti İsteği”, **Sicil**, Aralık 2007, s:178-185

¹¹⁷⁷ AYDINLI, İbrahim: “İşçilerin İş Görmekten Kaçınma Hakkı”, **Çimento İşveren**, Temmuz 2005, C:19, S:4, s:16-29

saattir. Aksi kararlaştırılmamışsa bu süre, işyerlerinde haftanın çalışılan günlerine eşit ölçüde bölünerek uygulanır. Tarafların anlaşması ile haftalık normal çalışma süresi, işyerlerinde haftanın çalışılan günlerine eşit ölçüde bölünerek uygulanır.

Yukarıda sözü edilen haftalık 45 saatlik çalışma süresinin aşılması durumunda ise 4857 sayılı Kanununun 41.maddesine göre fazla çalışmadan söz edilir. Her bir saat fazla çalışma için verilecek ücret normal çalışma ücretinin saat başına düşen miktarının yüzde elli yükseltilmesi ile ödenir. Öte yandan 4857 sayılı Kanununun 46.maddesine göre, kanununun 63.maddesi uyarınca belirlenen iş günlerinde çalışılmış koşulu ile yedi günlük bir zaman dilimi içinde kesintisiz en az 24 saat dinlenme(hafta tatili) verilir. Belirtelim ki, nöbet esasına göre çalışan hekim ve hemşire gibi sağlık personelinin haftanın herhangi bir günü 24 saat çalışmaması durumunda hafta tatilini kullanmış sayılacaktır.¹¹⁷⁸

Öte yandan, bir grup sağlık personeli için çalışma süresi konusunda yasal bir sınırlama bulunmaktadır. Radyasyona muhatap sağlık personelinin günde 5 saatten fazla çalıştırılmaması gerekmektedir. Gerçektende, 3153 sayılı Kanuna dayanılarak çıkarılmış bulunan ve bir bütün olarak radyoloji çalışanlarının tüm çalışma koşullarını ayrıntılı olarak düzenleyen Radyoloji, Radyum ve Elektrikle Tedavi Müesseseleri Hakkında Nizamname'sinin 21. maddesinde röntgen ve radyum ile daimi olarak günde 5 saatten fazla çalışılmayacağı, 22. maddesinde hastanelerde röntgen ve radyum ile tam müddetle (günde 5 saat) çalışan kimselerin hastanenin başka işlerinde kullanılmayacağı, gece uykularını ihlal edecek iş verilemeyeceği ve 24. maddesinde de senede 4 hafta düzenli olarak şua izninden yararlandırılacakları belirtilmiştir.¹¹⁷⁹

Diğer taraftan, ***Sağlık Kuralları Bakımından Günde Ancak Yedibuçuk Saat ve Daha Az Çalışılması Gereken İşler Hakkında Yönetmelik***¹¹⁸⁰, in 4.maddesinde, bir kişinin ancak 7,5 saat çalıştırılabileceği işler sayılmış ve bunlar arasında

¹¹⁷⁸ Y.9. HD. 20.09.2007, E:2006/16795, K:2007/27508; **Çalışma ve Toplum**, 2008/1, s:267-268

¹¹⁷⁹ Kamuda, iyonlaştırıcı radyasyon ile teşhis, tedavi veya araştırmanın yapıldığı yerler ile bu iş veya işlemlerde çalışan personel için günlük mesai süresini 5 saatten 9 saate çıkaran Kamu Sağlık Hizmetlerinde İyonlaştırıcı Radyasyon Kaynakları ile Çalışan Personelin Radyasyon Doz Limitleri Hakkında Yönetmelik ile ilgili yargılama sürecinin devam ettiğini çalışmamızın üçüncü bölümünde açıklamıştık.

¹¹⁸⁰ 15.04.2004 tarih ve 25434 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

“ *radyoaktif ve radyoionizan maddelerle yapılan işler*”e de burada yer verilmiştir. Şu halde, bu Yönetmelik hükmü esas alınır ise özel sağlık kurum ve kuruluşlarında radyasyona muhatap sağlık personelinin de 7,5 saate kadar çalıştırılabileceği anlamı çıkmaktadır ki, bunun yukarıda yer verdiğimiz Tüzük hükmü ile çatıştığı görülmektedir. Normlar hiyerarşisine göre de Tüzük hükmünün uygulanmasına öncelik verilecektir. Dolayısıyla Yönetmelik hükmünün bu kapsamda gözden geçirilmesi gerektiğini söyleyebiliriz.

Radyasyona muhatap sağlık personelinin haftalık çalışma süresinin aşılması durumunda fazla çalışma ücretine hak kazanıp kazanmadığının hesabı da tartışmalı görülmektedir. Şöyle ki; bu kapsamda çalışanlar için de fazla çalışma süresi 4857 sayılı kanunun 63.maddesinde sözü edildiği üzere haftalık 45 saatin aşılması halinde mi olacaktır. Yoksa, Tüzük hükümlerine göre hafta tatili de dikkate alınmak suretiyle bu kapsamda çalışanların haftalık çalışma süresi 30 saat olacağı için, bu süreyi aşan çalışma süreleri mi fazla çalışma sayılacaktır. Yargıtay da verdiği bir kararında, Tüzüğün 21. maddesinde bu kapsamdaki işlerde 5 saatten fazla süreyle çalışılmayacağından hareketle fazla çalışmanın haftada 30 saatten fazlası için hesap edilmesi gerektiğine hükmetmiştir.¹¹⁸¹

Bunlardan başka, 24 saat esasına göre faaliyet gösteren ambulans servisinde çalışan hekimlerin ve diğer sağlık personelinin nöbet aralarındaki süre en az 48 saat olmalıdır. Nöbet listeleri aylık hazırlanır ve mesul müdür tarafından onaylanarak saklanır(AHY.md.14/1; 15/1).

VI .6 .2 – Ay İçinde Eksik Gün Sigorta Bildirimi

Özel sağlık kurum ve kuruluşlarında çalıştırılan sağlık personelinin de 30 gün üzerinden Kuruma sigortalı bildirimlerinin yapılması asıldır. Ancak, 506 sayılı Kanunun mülga 79.maddesi ikinci ve üçüncü fıkralarında, 5510 sayılı Kanunun da 86.maddesi üçüncü ve dördüncü fıkralarında, ay içinde bazı işgünlerinde çalıştırılmadığı ve ücret ödenmediği beyan edilen sigortalıların, otuz günden az çalıştıklarını ispatlayan belgelerin işverence ilgili aya ait aylık prim ve hizmet

¹¹⁸¹ Y.9. HD. 01.06.2005, E:2004/27601, K:2005/20095; **Çalışma ve Toplum**, 2005/4, s: 215-216

belgesine eklenmesinin şart olduğu hüküm altına alınmıştır. Sigortalıların otuz günden az çalıştığını gösteren bilgi ve belgelerin aylık prim ve hizmet belgesinin verilmesi gereken süre içinde Kuruma verilmemesi veya verilen bilgi ve belgelerin Kurumca geçerli sayılmaması halinde, otuz günden az bildirilen sürelerle ait aylık prim ve hizmet belgesi Kurumca resen düzenlenecek ve muhteviyatı primler, 5510 sayılı Kanun hükümlerine göre tahsil olunacaktır.

Özel sağlık kurum ve kuruluşlarında sağlık personelinin de kısmi süreli çalışmasının mümkün olduğunu çalışmamızın üçüncü bölümünde söylemiştik. Kısmi süreli çalışan sağlık personelinin Kuruma bildiri mi ise 30 günün altında olacaktır. Bu durumu kanıtlayan kısmi süreli yazılı iş sözleşmesinin ise, eksik gün bildirim formunun ekinde ilgili aylık prim ve hizmet belgesinin verilmesi gereken süre içinde Kuruma verilmesi gerekmektedir. Belirtelim ki, kısmi süreli yazılı iş sözleşmesinin Kuruma bir kere verilmiş olması yeterli sayılacak, eksik gün bildiri mi yapılan her ay için bu belgenin verilmesi istenmeyecektir.¹¹⁸²

5510 sayılı Kanununun 80.maddesi birinci fıkrasının (h) alt bendine göre ise, sigortalıların günlük kazançlarının hesabında esas tutulan gün sayıları, aynı zamanda, bunların prim ödeme gün sayılarını yani sigorta günlerini gösterir. Ancak, işveren ve sigortalı arasında kısmi süreli hizmet akdinin yazılı olarak yapılmış olması kaydıyla, ay içerisinde günün bazı saatlerinde çalışan ve çalıştığı saat karşılığında ücret alan sigortalının ay içindeki prim ödeme gün sayısı, ay içindeki toplam çalışma saati süresinin 4857 sayılı İş Kanununa göre belirlenen haftalık çalışma süresine göre hesaplanan günlük çalışma saatine bölünmesi suretiyle bulunur.

Bilindiği üzere hem kamu da hem de özelde çalışan sağlık personelinin hekim ve özellikle de hemşire ve ebelerin büyük bir bölümü kadındır. Bu durum beraberinde eksik gün çalışma sonucunu da doğurmaktadır. Şöyle ki; Ağır ve Tehlikeli İşler Yönetmeliği'ne ekli EK-1'deki çizelgede, karşısında K harfi bulunmayan işlerde kadın işçilerin çalıştırılması yasaklanmıştır. Ağır ve tehlikeli işlerden sayılan kaplıca işletmelerinde, radyoloji işlerinde, hastane, bakteriyoloji ve kimya laboratuvarları, eczacılık gibi özel sağlık kurum ve kuruluşlarında kadın işçiler

¹¹⁸² SSK Başkanlığı Sigorta İşleri Genel Müdürlüğü'nün 16-318 Ek sayılı Genelgesi

dahil sağlık raporu alınmadan işçi çalıştırılması Yönetmeliğin 5.maddesi gereğince yasaktır. Aynı Yönetmeliğin 6.maddesine göre de, “Kadınlar, ay hali günlerinde ağır ve tehlikeli işlerde çalıştırılmazlar. Bu günlerin sayısı 5 gün olarak hesap edilir. Daha fazlası için hekim raporuna göre hareket edilir...” Sözü edilen günlerde çalıştırılmayan kadın işçilerin Kuruma bildirimleri de şüphesiz 30 günün altında olacak ve uygulanma yukarıdaki esaslara göre yapılacaktır.

VI.6.3 – İstirahatli Sağlık Personelinin 30 Gün Üzerinden Bildirimi

Özel sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışan sağlık personeli genel olarak aylık ücretle çalıştığından istirahatli olduklarında dahi ücretlerinin tam olarak ödenmesi gerekmektedir. Hatta istirahatli olmaları dışında izinli veya başka bir sebeple mazeretli olduklarında bile ücretlerinin tam olarak ödenmesi sözkonusudur. Böyle olunca, istirahatli olup çalışmamış olsalar bile ücret ödemesi olduğundan prime esas kazanç oluşacak ve bu durumda Kuruma bildirimlerinin yine 30 gün üzerinden yapılması sonucunu doğuracaktır. Konunun öneminden ötürü aşağıda bu yaklaşımın teorik ve pratik esasları açıklanmaya çalışılmıştır.

VI.6.3.1 – Ücretin Bir İş Karşılığı Olması İlkesi

4857 sayılı İş Kanununun 32.maddesinde; *Genel anlamda ücret bir kimseye bir iş karşılığında işveren veya üçüncü kişiler tarafından sağlanan ve para ile ödenen tutardır. (...) Ücret en geç ayda bir ödenir. İş sözleşmeleri veya toplu iş sözleşmeleri ile ödeme süresi bir haftaya kadar indirilebilir.(...)*” denilmiştir. Esasen ücret iş sözleşmesinin zorunlu bir unsuru olup sözleşmede kendiliğinden mevcuttur. Zira, iş sözleşmesi, bir tarafın (işçi) bağımlı olarak **iş görmeyi**, diğer tarafın (işveren) da ücret ödemeyi üstlenmesinden oluşan sözleşmedir(4857/8.md). Bu noktada, iş hukukunda ücretin **kural olarak** iş karşılığı olduğu¹¹⁸³, çalışılmayan süre için ücret ödenmeyeceği¹¹⁸⁴ söylenebilir. Zira ücret fiilen çalışmanın

¹¹⁸³ Y.9.HD. 15.05.1996, E:1995/36684, K:1996/10554; KILIÇOĞLU, Mustafa: İş Kanunu Şerhi, Turhan Kitabevi, Ankara 1999, s:684-685

¹¹⁸⁴ Y.HGK. 14.10.1998, E:1998/9-686, K:1998/719; KILIÇOĞLU, Mustafa: İş Kanunu Şerhi, Turhan Kitabevi, Ankara 1999, s:684-685; aynı doğrultuda Y. 9. HD. 08.12.2005, E:2005/3292, K:2005/38856, AYDIN, Ufuk: “Karar İncelemesi: “İş Sözleşmesinin Sona Erme Zamanı Ve Sonuçlarının Belirlenmesi”, **Çalışma ve Toplum**, 2006/4, s:119-127

karşılığıdır.¹¹⁸⁵ Hatta iş hukukunda “*çalışma yok ise ücrette yoktur*” şeklinde bir ilkeden bahsedilir. İşçinin iş sözleşmesinin askıda olduğu¹¹⁸⁶, işçinin ücretsiz izinli sayıldığı durumlarda ücret ödenmeyeceği¹¹⁸⁷ gibi, sigortalı işçinin hastalığı sebebiyle çalışmadığı istirahatli olduğu günler için de ücret ödenmeyecektir¹¹⁸⁸.

Bunların dışında, iş sözleşmesi ya da toplu iş sözleşmesinde bir hüküm bulunmadığı takdirde, işverenin çalışmayan işçisine ücret ödeme gibi bir borcu bulunmamaktadır. Ücret, yapılan işin karşılığı olan edim olup; aksi yönde akti(sözleşmesel) bir hüküm bulunmadığı takdirde “kural olarak” raporlu sürede(çalışma olmadığı için) ücret alacağı doğmaz.¹¹⁸⁹ Dolayısıyla, örneğin işçinin hastalık ya da doğum sebebiyle raporlu olduğu dönemde, işverenin ücret ödeme zorunluluğu sözkonusu değildir¹¹⁹⁰. ***Bütün bu durumların maktu/aylık ücretli işçiler dışındaki işçiler için geçerli olduğunu ifade etmek gerekir.*** Keza, İş Hukukunda işçinin korunması ile getirilen hükümler genellikle nispi emredicidir ve dolayısıyla aksi, ancak işçi lehine ise kararlaştırılabilecektir¹¹⁹¹. Sözleşmelere bu yönde hükümler konulmak suretiyle işçinin hastalığı sebebiyle raporlu olduğu dönemlerde ücret ödenmesinin de önünde herhangi bir kanuni engel bulunmamaktadır.

İş Hukukunda ücret “kural olarak” bir iş karşılığı¹¹⁹² iken bunun istisnaları da vardır. Aşağıda ayrıca açıklanacağı üzere, maktu aylıkla çalışan işçiler bazı durumlarda ücretlerini tam alabilmektedirler. Bundan başka, bir iş karşılığı olmaksızın verilen ve sosyal ücret olarak adlandırılan durumlara örnek vermek gerekirse; çalışılmayan ***hafta tatili günü*** için işveren tarafından bir iş karşılığı

¹¹⁸⁵ Y.9.HD. 15.10.2007, E:2007/16156, K:2007/30231; **Çalışma ve Toplum**, 2008/2, s:285-286

¹¹⁸⁶ Y.9.HD. 26.11.1993, E:1993/15509, K:1993/17401; KILIÇOĞLU, Mustafa: İş Kanunu Şerhi, Turhan Kitabevi, Ankara 1999, s:687-688

¹¹⁸⁷ Y.9.HD. 20.11.2002, 7527/21832; Y.9.HD. 21.11.2002, 7547/21908; AKYİĞİT, Ercan:4857 sayılı İş Kanunu Şerhi Cilt 2, Seçkin Kitabevi, Ankara 2006, s:1345-1346

¹¹⁸⁸ Y.HGK. 07.10.1998. E:1998/9-635, K:1998//682; KILIÇOĞLU, Mustafa: İş Kanunu Şerhi, Turhan Kitabevi, Ankara 1999, s:680-681; ARASLI, Utkan: Sosyal Güvenlik ve Sosyal Sigortalar, Turhan Kitabevi, Cilt 1, Ankara 2002, s:939

¹¹⁸⁹ Y. 9. HD. 02.04.2007, E:2006/17703, K:2007/9055; **Çalışma ve Toplum**, 2007/4, S:15, s:295-298

¹¹⁹⁰ GÜVEN,E; AYDIN, U:Bireysel İş Hukuku, Nisan Kitabevi, Eskişehir 2004, s:79-80

¹¹⁹¹ EYRENCİ, Ö; TAŞKENT, S; ULUCAN, D: Bireysel İş Hukuku, Legal Yayıncılık, İstanbul 2005, s:75

¹¹⁹² DEMİR, Fevzi:İş Hukuku ve Uygulaması, Anadolu Matbaası, 4.Baskı, İzmir 2005, s:101; MOLLAMAHMUTOĞLU, Hamdi:İş Hukuku, Turhan Kitabevi, Ankara 2004, s:361-362

olmaksızın o günün ücreti tam olarak ödenir(4857.md.46/2). İş Kanunu kapsamına giren işyerlerinde çalışan işçilere, kanunlarda **ulusal bayram ve genel tatil günü** olarak kabul edilen günlerde çalışmazlarsa , bir iş karşılığı olmaksızın o günün ücreti tam olarak ödenir(4857.md.47/1). Anlaşıldığı üzere sosyal devlet olmanın bir gereği olarak, bazı koşullar altında bir iş karşılığı olmaksızın da ücret ödenebilmektedir.¹¹⁹³ Ayrıca işverenin işi kabulden kaçınması, işçinin işi yapmasının imkansız hale gelmesi ve zorlayıcı sebepler sözkonusu olduğunda da işçi için ücret alabilme olanağı vardır.¹¹⁹⁴

VI .6 .3 .2 – Maktu Aylıklı İşçilerin(Sağlık Personelinin) Özel Durumu

Özel sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışan sağlık personelinin büyük bir bölümü aylık ücretle çalışmaktadır. 4857 sayılı İş Kanununun 49.maddesi son fıkrasında, **“aylık ücretli işçiden”** söz edilmekle birlikte, kavram kanunda açıkça tanımlanmamıştır. Aylık ücrete öğretide **“maktu aylık”**da denilmektedir.¹¹⁹⁵ **“Maktu”**nun sözlük anlamı ise **“değeri önceden belirlenmiş, götürü-pazarsızlık”** biçimindedir. **“Maktu fiyat”** da benzer biçimde, **“değişmez olarak tespit edilmiş, pazarlık edilmeyen fiyat, kesin fiyat”** olarak tanımlanmıştır.¹¹⁹⁶ Öte yandan aylık ücreti, ücretin ayda bir ödendiği öteki ücret şekillerinden ayırmak gerekmektedir. Ödeme şeklinin ayda bir olması ile aylık ücret şekli karıştırılmamalıdır. Ayda bir ödenen öteki ücret şekilleri ile aylık ücretin ayırt edilmesini sağlamak ve öteki ücret şekillerinden farklı niteliğini belirtmek için uygulamada aylık ücret şekline **“maktu aylık”** da denilmektedir.¹¹⁹⁷

Kanunda aylık ücretin tanımı olmadığı için, aylık ücret ile aylık ödeme birbirine karışmaktadır. **Aylık ücret bir ücret sistemi olmasına rağmen, aylık ödeme bir ücret ödeme biçimidir.** Uygulamada aylık ücrete bir aylık çalışmanın toptan karşılığı denilmektedir. Buna karşılık, tarafların, böyle bir anlaşma olmaksızın,

¹¹⁹³ EYRENCİ, Ö; TAŞKENT, S; ULUCAN, D: Bireysel İş Hukuku, Legal Yayıncılık, İstanbul 2005, s:112-113

¹¹⁹⁴ SÖZER, Ali N: Hasta İşçinin İş İlişkisi, Ege Üniversitesi(Yayımlanmamış Doktora Tezi), İzmir 1981, s:40

¹¹⁹⁵ CANIKLIOĞLU, Nurşen: Hastalık ve Sakatlığın Hizmet Akdine Etkisi, Beta Yayınları, İstanbul 2002, s:130

¹¹⁹⁶ Türkçe Sözlük, Türk Dil Kurumu, 10.Baskı, Ankara 2005, s:1334

¹¹⁹⁷ ÇELİK, Nuri: İş Hukuku Dersleri, Beta Yayınları, Genişletilmiş 15.Bası, İstanbul 200, s:276-277

ücretin ayda bir ödeneceği konusunda kararlaştırma yapmaları da mümkündür. Bu durumda, sadece ayda bir ödenen ücretten sözedilir. Her iki ücretin tek benzer yanı, her ikisinin de ayda bir ödeniyor olmasıdır.¹¹⁹⁸ Maktu aylığın asıl özelliği, işçinin istirahatli ya da izinli olduğu ve hatta diğer herhangi bir nedenle işine devam etmediği durumlarda ücretinden hiçbir kesinti yapılmaması, aylığın noksansız ödenmesidir.¹¹⁹⁹

Genelde ücretin aydan aya ödenmesi, sadece ücretin ödenme zamanını ifade eder ve “çalışma yok ise ücret de yok” ilkesine herhangi bir istisna getirmez. Oysa maktu/kesin aylık, işçi ücretinin ayda bir ödenmesi yanında bu süreçte hastalık vs. gibi geçici iş göremezlik halleri yaşansa bile (yani iş görülme dahi) işçi ücretinin tam olarak ödeneceğini anlatır. Bundan dolayıdır ki, maktu aylığın “bir ayda alınacak paranın önceden belirlendiği ücret biçimi” yahut “bir aylık çalışmanın tutarının toptan karşılığı” ya da “hizmet sözleşmesi yapılırken aylık olarak kararlaştırılan ücret” biçiminde ifade edildiği görülmektedir.¹²⁰⁰

Sözleşme ya da sözleşmede hüküm yok ise maktu aylıkla çalışıldığının ispatı bunu iddia edene düşmektedir. Yargıtay da işverenin işçisinin maktu aylıkla çalıştığı iddiasını ispatla yükümlü olduğunu belirtmiştir.¹²⁰¹ Böylece denilebilir ki; uygulamada kural olarak asıl olan ayda bir ödeme olup, aylık/maktu ücret istisnadır.¹²⁰² Maktu aylık genelde bürolarda çalışan işçiler bakımından kullanılan bir yöntem olduğu gibi¹²⁰³, hizmet sektöründe olduğu üzere bazı iş kollarında asıl olan aylık ücret biçimidir¹²⁰⁴. Özel sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışan sağlık personeli de genelde maktu aylık ücretle çalışmaktadır.

¹¹⁹⁸ CANIKLIOĞLU, Nurşen: Hastalık ve Sakatlığın Hizmet Akdine Etkisi, Beta Yayınları, İstanbul 2002, s:130

¹¹⁹⁹ NARMANLIOĞLU, Ünal: İş Hukuku-Ferdi İş İlişkileri I, DEÜ.HF.Döner Sermaye Yayınları No:91, İzmir 1998, s:537

¹²⁰⁰ AKYİĞİT, Ercan:4857 sayılı İş Kanunu Şerhi Cilt 2, Seçkin Kitabevi, Ankara 2006, s:1577-1578

¹²⁰¹ CANIKLIOĞLU, Nurşen: Hastalık ve Sakatlığın Hizmet Akdine Etkisi, Beta Yayınları, İstanbul 2002, s:131

¹²⁰² CANIKLIOĞLU, Nurşen: Hastalık ve Sakatlığın Hizmet Akdine Etkisi, Beta Yayınları, İstanbul 2002, s:131

¹²⁰³ AKYİĞİT, Ercan:4857 sayılı İş Kanunu Şerhi Cilt 2, Seçkin Kitabevi, Ankara 2006, s:1578

¹²⁰⁴ CANIKLIOĞLU, Nurşen: Hastalık ve Sakatlığın Hizmet Akdine Etkisi, Beta Yayınları, İstanbul 2002, s:131

Öte yandan aylık ücretin özelliği bir aylık çalışma karşılığı ücretin toptan maktu(kesin) karşılığının belirlenmiş olmasıdır. Aylık ücret için uygulanacağı ayın uzunluğu önemli değildir. Önemli olan bir ayın ölçü olarak alınmasıdır. Bu ay 28, 29 veya 30, 31 gün olabilir.¹²⁰⁵ Gerçekten de, davacı işçinin 31 gün çeken aylarda kendisine 30 gün üzerinden ücret ödendiğini, buna göre bir günün eksik hesaplandığını yani ödenmediğini ileri sürerek alacak talebinde bulunması üzerine, Yargıtay; taraflar arasında düzenlenmiş yazılı bir hizmet akdinin mevcut olmadığı, ücret bordrolarından ücretin günlük ya da haftalık ödendiği sonucunun çıkarılmadığı, bordroların aylık düzenlendiği, bu durumda ücretlerin aylık ödendiği ve aylık miktarlarının maktu olduğu, bazı ayların 30 bazı ayların 31 ve bazı ayların da daha az günden oluşabileceği, bu bakımdan 31 gün çeken aylar için bir gün eksik ücret ödendiği sonucuna varılamayacağına hükmetmiştir.¹²⁰⁶

Neticede, bu bir aylık süre içinde aylık ücretli işçinin hasta, izinli veya diğer nedenlerle mazeretli olduğu hallerde dahi aylığı tam olarak ödenecektir(4857.md.49/4). Benzer biçimde Borçlar Kanununun 328.maddesine göre de; ***“işçi hastalık ve askerlik veya bu gibi sebeplerden dolayı... işi ifa edemediği takdirde... ücret ödenmesi hakkı vardır.”***

Diğer taraftan İş Kanununun 49/4 maddesinde maktu olmayan aylıklı işçi için veya ücretini günlük, haftalık veya parça başına alan işçi için, maktu aylıklı gibi, mazeretli olduğu hallerde dahi ücretini tam alabilmesini sağlayan hüküm yoktur.¹²⁰⁷ Zaten, ***İş Kanununa göre; işçinin iş sözleşmesinin askıda kalması nedeniyle işine gidemediği süreler için ücret işlemez*** (4857md.25/I-b-son).

¹²⁰⁵ EYRENCİ, Ö; TAŞKENT, S; ULUCAN, D: Bireysel İş Hukuku, Legal Yayıncılık, İstanbul 2005, s:123

¹²⁰⁶ Y.9.HD. 30.10.2001, 14351/16856; AKYİĞİT, Ercan:4857 sayılı İş Kanunu Şerhi Cilt 2, Seçkin Kitabevi, Ankara 2006, s:1359-1360; Aynı yönde: Y.9.HD. 11.04.2002, E:2001/20183, K:2002/6162; EKONOMİ, Münir: “Bireysel İş İlişkisinin Kurulması ve İşin Düzenlenmesi”, Yargıtayın İş Hukukuna İlişkin Kararlarının Değerlendirilmesi 2002, (Yargıç Utkan URASLI'ya Armağan), Ankara 2004, s:27-58

¹²⁰⁷ SÖZER, Ali N: Hasta İşçinin İş İlişkisi, Ege Üniversitesi(Yayımlanmamış Doktora Tezi), İzmir 1981, s:60

VI .6 .3 .3 – Maktu Aylıklı İşçiler Bakımından Ücret İle Geçici İş Göremezlik Ödeneği Arasındaki İlişki

İş Kanununa göre, hastalık nedeniyle mazeretli olan aylık ücretli işçinin ücretinde herhangi bir kesinti yapılmadan aylığı tam olarak ödenecektir(4857md.49/4). Diğer taraftan Sosyal Sigortalar Kanununa göre, iş kazası veya meslek hastalığı ya da bunlar dışında herhangi bir nedenle hastalanan sigortalı işçiye geçici iş göremezlik ödeneği verilmektedir(506.md.16, 37). Yine analık sigortasından da geçici işgöremezlik ödeneği ödenmektedir(506.md.49). 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun 18.maddesinde de geçici iş göremezlik ödeneği düzenlenmiştir.

Ancak, sigortalı işçiye hastalık halinde ödenen bu ödenekler ile İş Kanununun 49/4.maddesi gereğince ödenen aylık ücret arasında herhangi bir bağlantı kurulmamıştır. Bu durum bazı sorun ve tartışmaları beraberinde getirmiştir¹²⁰⁸. Literatürdeki tartışmanın da, uygulamadaki belirsizliğin de kaynağını bu husus oluşturmaktadır. Belirtelim ki, buradaki hastalık kavramı, iş kazası meslek hastalığı ya da herhangi bir kazayı da ihtiva eden geniş anlamda düşünülmelidir. Yoksa sadece “hastalık sigortası” kapsamında hastalık değil.

Öğretide ise, bu konuda iki farklı görüş bulunmaktadır: **Birincisi;** İş Kanununda maktu aylıklı işçiler açısından hastalık halinde işçiye ödenecek ücrette herhangi bir kesinti yapılmaması öngörüldüğünden, aylık ücretli işçi hastalandığında, hem sigortadan ödenek alır hem de işveren tarafından işçiye aylığı tam olarak ödenir.¹²⁰⁹ Bu görüşe göre, geçici iş göremezlik ödeneği ücret olmayıp, bir sosyal sigorta edimidir. Sigorta ilişkisine dayanır. Hastalık nedeniyle sigortaca ödenir. Ücret ise iş ilişkisine dayanır. **İkinci görüşe göre ise;** İş Kanununun 49.maddesi son fıkrası

¹²⁰⁸ CANIKLIOĞLU, Nurşen: Hastalık ve Sakatlığın Hizmet Akdine Etkisi, Beta Yayınları, İstanbul 2002, s:133; ÇELİK, Nuri: İş Hukuku Dersleri, Beta Yayınları, Genişletilmiş 15.Bası, İstanbul 200, s:279; AKYİĞİT, Ercan:4857 sayılı İş Kanunu Şerhi Cilt 2, Seçkin Kitabevi, Ankara 2006, s:1580-1581

¹²⁰⁹ CANIKLIOĞLU, Nurşen: Hastalık ve Sakatlığın Hizmet Akdine Etkisi, Beta Yayınları, İstanbul 2002, s:133; SÖZER, Ali N: Hasta İşçinin İş İlişkisi, Ege Üniversitesi(Yayımlanmamış Doktora Tezi), İzmir 1981, s:61

ile 506 sayılı Kanunun(5510 sayılı Kanunun) ilgili hükümlerinin ayrı ayrı değil, birlikte ele alınıp değerlendirilmesi zorunludur.¹²¹⁰

Öte yandan 1475 sayılı eski İş Kanunu dönemine ait bu tartışmaya, 4857 sayılı yeni İş Kanunu açıkça son vermiştir diyebiliriz. Yeni yasa hastalık nedeniyle çalışılmayan günlerde işçiye SSK(SGK) tarafından ödenen geçici iş göremezlik ödeneğinin aylık ücretli(maktu aylıklı) işçiye işverence ödenen ücretten düşüleceğini belirterek(4857.md.48/2) hastalığın aylıklı işçilerde bir haksız zenginleşmeye yol açmasını önlemek istemiştir. Ayrıca, bu hükümlerin(4857.md.48 ve 49/son) kesin aylıklı işçinin iş göremezlik ödeneğini ücret seviyesine çıkararak (tama iblağ eden) değil, zaten ödenecek ücretten geçici iş göremezlik ödeneği tutarında indirimi öngören bir düzenleme olduğu açıktır.¹²¹¹

Gerçekten de 4587 sayılı İş Kanununun 48.maddesi ikinci fıkrasında, **“Hastalık nedeni ile çalışılmayan günlerde Sosyal Sigortalar Kurumu tarafından ödenen geçici iş göremezlik ödeneği aylık ücretli işçilerin ücretlerinden mahsup edilir.”**denilmek suretiyle bu alanda yaşanan tartışmaya da son verilmiştir. Bunun anlamı, işçinin aylık ücreti iş göremezlik ödeneğinden fazla ise işçi bir kesintiye uğramaksızın ücretini almaya devam edecektir.¹²¹² Yargıtay da bir kararında, istirahatli olan maktu aylıklı işçiye ücret ödemesi yapılırken, Kurumca verilen geçici iş göremezlik ödeneğinin mahsup edilmemiş olmasını hatalı bulmuştur.¹²¹³

VI .6 .3 .4 – İstirahatli Maktu Aylıklı İşçinin Sigorta Primleri ve Bildirimi

Sigortalı işçinin hastalığı sebebiyle istirahatli olduğu dönemler için Kanundan ya da sözleşmeden dolayı işverenlerce çalışılmayan/istirahatli bu günler için yapılan ücret ödemelerinin sigorta primine tabi tutulması konusunda Yargıtay’ın farklı görüşleri bulunmaktadır. Eski tarihli kararlarında; “işverenin hasta sigortalısına istirahatli bulunduğu sürece SSK tarafından verilen %50 geçici iş göremezlik ödeneğini tama ikmal etmesi durumunda, tamamlanan bu kısmın prime esas kazanç

¹²¹⁰ ÇELİK, Nuri: İş Hukuku Dersleri, Beta Yayınları, Genişletilmiş 15.Bası, İstanbul 200, s:279

¹²¹¹ AKYİĞİT, Ercan:4857 sayılı İş Kanunu Şerhi Cilt 2, Seçkin Kitabevi, Ankara 2006, s:1581

¹²¹² EYRENCİ, Ö; TAŞKENT, S; ULUCAN, D: Bireysel İş Hukuku, Legal Yayıncılık, İstanbul 2005, s:123

¹²¹³ Y.9.HD. 18.04.2007. E:2006/25175, K:2007/11224; Çalışma ve Toplum, 2008/1, s:325-326

miktarına dahil edilmeyip prim alınmayacağı”¹²¹⁴, “hasta işçilere Kurumca verilen geçici iş göremezlik ödeneğinin tama iblağı ile yapılan ücret ödemesinden prim alınmayacağı”¹²¹⁵ belirtilmiştir. Daha yeni sayılabilecek kararlarında ise, bu nitelikteki ödemelerin prime tabi tutulması gerektiği kabul edilmiştir.¹²¹⁶

Sigortalıya ödenmekte olan geçici iş göremezlik ödeneğinin toplu iş sözleşmesi hükümleri uyarınca işveren tarafından tam ücrete iblağı halinde, işverenin ödediği tamamlayıcı kesim, ücret kavramına dahil bir tür sosyal ücrettir. Sosyal ücretlerin prime bağlı buldukları ise 506 sayılı Kanunu 77.maddesinin birinci fıkrasının(5510 sayılı Kanunun 80.maddesi birinci fıkrasının (a) alt bendinin) açıklığı gereğidir.¹²¹⁷

506 sayılı Kanunun 32/c, 37 ve 89. maddeleri uyarınca; SSK tarafından iş kazası ve meslek hastalığı halinde ilk günden, hastalık halinde ise üçüncü günden itibaren, aynı Kanunun 78 ve 88.maddeleri çerçevesinde, günlük kazancının 1/2 ve 2/3’si oranında geçici iş göremezlik ödeneği verilmekte olup, bu ödemeler sigortalının ücret kaybını karşılayamadığı için, toplu sözleşmelerde “işverenlerin Kurumca ödenmeyen ilk iki günlük ödemenin yapılması ve eksik kalan diğer ödemelerin tamamlanması” yönünde hükümler öngörülmektedir. İşverenlerin yaptığı bu ödemeler de sigortalının mahrum kaldığı ücretini karşılamaya dönük olduğundan, 506 sayılı Kanunun 77/I-a maddesi uyarınca prime tabi olmak gerekir¹²¹⁸. Geçici iş göremezlik ödeneği 5510 sayılı Kanunun ise 16 ve 18. maddelerinde benzer biçimde düzenlenmiştir.

Diğer taraftan Sayıştay Genel Kurulu Kararında da, iş kazalarıyla meslek hastalıkları ve hastalık hallerinde geçici iş görememe durumuna düşen sigortalılara, toplu iş sözleşmelerinde yer alan hükümler uyarınca, çalışılmayan süreye ilişkin

¹²¹⁴Y.9.HD. 4.7.1972, E:71/39545, K:72/22112; OZANOĞLU,T.;YALNIZOĞLU,S. ve TÜMER,A.:Açıklamalı-İçtihatlı Sosyal Sigorta Mevzuatı, 1.Cilt, Atak Matbaası, Ankara 1974, s:1011

¹²¹⁵ Y.10.HD. 28.10.1974, E:5014, K:6331; ÇENBERCİ, Mustafa:Sosyal Sigortalar Kanunu Şerhi, Olgaç Matbaası, Ankara 1977, s:1203

¹²¹⁶ SARAÇ, Coşkun: İşverenin Prim Ödeme Yükümlülüğü, Türkiye İşçi Emeklileri Cemiyeti Yayınları:9 Ankara 1998, s:39’da yer alan 200’ nolu atıftaki kararlar...

¹²¹⁷ Y.10.HD. 12.04.1983, 15/181914; ÇENBERCİ, Mustafa:Sosyal Sigortalar Kanunu Şerhi, Olgaç Matbaası, Ankara 1985, s:443

¹²¹⁸ SARAÇ, Coşkun: İşverenin Prim Ödeme Yükümlülüğü, Türkiye İşçi Emeklileri Cemiyeti Yayınları:9 Ankara 1998, s:39

olarak işverenlerce yapılan ödemelerden sigorta primi kesileceğine hükmedilmiştir.¹²¹⁹ Dahası Yargıtay, bizim de katıldığımız nisbeten daha yeni tarihli bir kararında¹²²⁰ da; sigortalının hastalığı nedeniyle iş göremediği sürede Kurumca verilen ödeneğin tam ücrete iblağ edilmesi durumunda, bu fark ücretten prim kesilecek olmakla birlikte; ***“bir günlük istirahatli süre sonunda elde edilen kazancın tamamından prim kesilmediğine göre, bir günün tamamının ‘primi ödenmiş sigortalı gün’ olarak değerlendirilemeyeceği, fakat sigortalının istirahatli kaldığı süre için işveren tarafından ödenen normal yevmiye ile günlük geçici iş göremezlik ödeneği arasındaki fark ücretin toplamının prime esas günlük ücrete bölünmesi suretiyle bulunacak gün sayısının ‘primi ödenmiş sigortalı gün’ olarak kabul edileceğine”*** hükmetmiştir.

Daha yakın tarihli yargı kararlarındaki çözümün dikkate alınmak suretiyle konunun, Sosyal Sigortalar Kurumunun 16 sayılı Genelge kitapçığında açıklığa kavuşturulduğunu söyleyebiliriz. Kurumdan geçici iş göremezlik ödeneği alan sigortalılara ***istirahatlı buldukları devrede işverenlerce ödenen,*** geçici iş göremezlik ödeneği ile o devredeki kazancı arasındaki ***fark ücretlerin*** veya bu devrede Kurumca ödenen geçici iş göremezlik ödeneği nazara alınmadan ödenen ***tam ücretlerin*** bundan böyle Tüzük, Yönetmelik, Toplu Sözleşme gibi genel düzenleyici tasarruflara dayanarak veya işverence atıfet kabilinden ödenmiş olmasına bakılmaksızın 506 sayılı Kanununun 77. maddesinin (a) fıkrası kapsamında mütalaa edilerek ***prime tabi tutulması,*** bu ***fark ücretlerin prime esas asgari günlük kazancın altında kalması halinde*** 506 sayılı Kanununun 78. maddesi gereğince ***prime esas asgari günlük kazanca iblağ edilmek suretiyle*** iş kazaları ve meslek hastalıkları sigortası primi de dahil olmak üzere ***prime tabi tutulması*** ve ***bu primlerin ilişkin olduğu sürenin,*** aylık sigorta primleri bildiregeleri ile dört aylık sigorta primleri bordrolarında (şimdi aylık prim ve hizmet belgesinde) ***gün sayısı olarak gösterilmesi*** gerekmektedir.

Anlaşılabacağı üzere; işverence istirahatli olduğu devrede sigortalılara ödenen, geçici iş göremezlik ödeneği ile o devredeki kazancı arasındaki prime tabi tutulan fark ücretlerin ilişkin olduğu süre sigorta gün sayısı olarak gösterilecek ve primi

¹²¹⁹ 21.2.1985 tarih ve 4487/1 sayılı Karar; 8.4.1985 tarih ve 18719 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır.

¹²²⁰ Y.10.HD. 12.12.1989, E:8350, K:9055; ÇAKMAK, İhsan: Şerhli Sosyal Sigortalar Kanunu, Cilt 2, Adalet Yayınevi, Ankara 2001, s:1764-1765

ödenmiş sigortalı günün tespitinde yukarıda yer verdiğimiz Yargıtay kararındaki hesaplama biçimine dikkat edilmeyecektir. Günlük kazanç sayısı prim ödeme gün sayısına eşit olduğu için¹²²¹, herhangi bir eksiltme yapılmadan istirahatli olunan devre gün sayısı olarak dikkate alınacaktır. Öte yandan bu günlük fark ücretler prime esas asgari günlük kazancın altında kalması halinde prime esas asgari günlük kazançla iblağ edilmek suretiyle prime tabi tutulacaktır. Şüphesiz bu farkların primlerini işveren ödeyecektir.

İster maktu aylıkla çalışan sigortalı işçi olsun, ister diğer tür ücret alan sigortalı işçi olsun, hastalıkları sebebiyle Kurumdan geçici iş göremezlik ödeneği aldıkları sürede bunlara işverenlerce kanundan, bireysel iş ya da toplu iş sözleşmesinden veya atıfet kabulünden ücret ödenebilir. Bu ödemeler;

a)Maktu aylıklı işçilerde olduğu üzere Kurumca verilen geçici iş göremezlik ödeneğinin mahsup edilmesi suretiyle ücretin tam ödenmesi,

b)Geçici iş göremezlik ödeneği nazara alınmadan tam ücretin verilmesine devam edilmesi,

c)Bireysel iş ve toplu iş sözleşmesine istinaden, alınan geçici iş göremezlik ödeneğinin işverene iadesi ile tam ücretin ödenmesi,

d)Geçici iş göremezlik ödeneği ile ödenek alınan süredeki kazanç arasındaki fark ücretin ödenmesi,

e) Bireysel iş ve toplu iş sözleşmesine dayalı olmadan, geçici iş göremezlik ödeneği alınan süreye ait ücretlerin atıfet olarak verilmesi, şeklinde olabilecektir.

Bu ödemelerden (a), (b), (c) ve (e) maddelerinde yazılı olanlarda, çalışılan sürelerde ücret ödemesi yapıldığı gibi, ödenen ücretler 506 sayılı Kanunun 77/a.maddesi kapsamında değerlendirilip prime tabi tutulacaktır. Yukarıda da belirtildiği üzere, (d) maddesinde sözü edilen şekilde ödenen fark ücret ise 506 sayılı Kanunun 78.maddesinde öngörülen prime esas asgari kazancın altında kalması halinde, asgari prime esas kazançla tamamlanmak suretiyle prime tabi tutulacaktır. Bu

¹²²¹ ÇENBERCİ, Mustafa:Sosyal Sigortalar Kanunu Şerhi, Olgaç Matbaası, Ankara 1985, s:443

şekilde ücret ödenmesi durumunda herhangi bir eksiltme yapılmadan istirahatli olunan devre sigorta gün sayısı olarak dikkate alınacaktır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmamızı yaparken *yönteme* dair iki temel sorun saptanmıştır. Aşağıda bu iki temel soruna ve önerilerimize yer verilmiştir:

1- Yönteme dair sorunlardan birincisi; özel sağlık kurum ve kuruluşlarının yıllar itibariyle sayısal değişimlerini gösteren istatistikî bilgilere ulaşamamaktadır. Sağlık Bakanlığı'nın istatistik yıllıklarında özel hastaneler ile ilgili bilgiler bulunmakla birlikte, başta özel tıp merkezleri ve özel poliklinikler olmak üzere diğer özel sağlık kuruluşları için Sağlık Bakanlığı kaynaklı verileri elde edilememektedir. Bu bakımdan, SGK ile sözleşme yapan özel sağlık kurum ve kuruluşlarına bize bir fikir vermesi için çalışmamızda yer verdik. Ancak, buradaki bilgiler yapılacak analizler için yeterli olmayabilir. Sağlık Bakanlığı tüm özel sağlık kurum ve kuruluşlarının sayılarına yıllar ve hatta buldukları il ve ilçeler itibariyle artık resmi internet sitesinden yer vermelidir.

2- Yönteme dair ikinci sorun ise Sağlık Bakanlığı'nın bazı idari düzenlemelerine ulaşamamasıdır. Özel sağlık kurum ve kuruluşları ile buralarda personel istihdamı büyük ölçüde yönetmelik, genelge ve talimatlarla yürütülmektedir. Sözkonusu hukuki metinlerden yönetmelik ile genelgelere ulaşmak konusunda sıkıntı yaşanmamakla birlikte, özellikle konulara mahsus görüş ve talimatlara Sağlık Bakanlığı'nın resmi internet sitesinden ulaşamamaktadır. Özel çabalarımızla il sağlık müdürlüklerinden temin etmeye çalıştığımız Sağlık Bakanlığı görüş ve talimat yazılarının da resmi internet sitesine konulması araştırmacılara büyük kolaylık sağlayacaktır.

Çalışmamızın tamamlanması ile *içerik* olarak saptadığımız sorun ve önerilere de aşağıda yer verilmiştir:

1- Çalışmamızın birinci bölümünde hem kamu hem de özel sektör açısından sağlık kurum ve kuruluşu ayrımı açıklanmıştır. Özel sağlık kurumu ve özel sağlık kuruluşu sayılan sağlık tesisleri de sağlık mevzuatına uygun olarak ayrıma tabi tutulmuştur. 181 sayılı KHK'de "sağlık kuruluşlarından" sözedilirken, 3359 sayılı Kanun ile 5258 sayılı Kanunda ise "sağlık kurum ve kuruluşları" kavramları

kullanılmıştır. Ancak, sağlık kurumu ve sağlık kuruluşu kavramları kanunlarda tanımlanmamıştır. Tanımları değil de hangi sağlık tesislerinin sağlık kurumu hangilerinin sağlık kuruluşu kabul edileceğine ise ikincil mevzuatta yer verilmiştir. Sağlık mevzuatına göre özetle; özel hastaneler, özel tıp merkezleri ve dal merkezleri özel sağlık kurumu; özel poliklinikler, ağız ve diş sağlığı merkez ve poliklinikleri de özel sağlık kuruluşu sayılmaktadır.

Bununla birlikte, birçok düzenlemede bu ayrım dikkate alınmaksızın ya da “sağlık kurumu” veya “sağlık kuruluşu” birbirinin yerine geçecek şekilde kullanımlarının olduğu görülmüştür. Bu bakımdan, uygulamada birliğin sağlanması için, mevcut tanımlamadan da vazgeçilerek; sadece yataklı tedavi kurumu olan özel hastaneler “sağlık kurumu”, ayaktan teşhis ve tedavi kurumları olan özel tıp merkezleri ile özel dal merkezleri de dahil özel poliklinikler, ağız ve diş sağlığı merkez ve poliklinikleri, özel diyaliz merkezleri vb. “sağlık kuruluşu” olarak kabul edilmelidir.

2- Özel sağlık kurum ve kuruluşu ayrımı noktasında zaman zaman ortaya çıkan kargaşa SGK'nin de yanılmasına sebep olmaktadır. SGK Sağlık Uygulama Tebliği'nin (2.1.b) maddesinde birinci basamak özel sağlık kuruluşları, (2.2.b) maddesinde de ikinci basamak özel sağlık kurumları gösterilmiştir. 2007 yılı “Sosyal Güvenlik Kurumu Özel Sağlık Kurumundan/Kuruluşundan Sağlık Hizmeti Satın Alma Sözleşmesi”nin (1.3.2.) maddesine göre ise, Kurumla sözleşme yapacak olan sağlık kurumu/kuruluşunun, Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinin (2.2.b) maddesinde sayılan kurum veya kuruluşlar olduğu hüküm altına alınmıştır. Yani, Kurum sadece özel hastaneler, özel tıp merkezleri ve özel dal merkezleri ile sözleşme yapabilecektir.

Ancak, çalışmamızın birinci bölümünde Tablo 2’de gösterildiği üzere Kurum, 07.12.2007 tarihi itibarıyla sadece özel hastaneler, özel tıp merkezleri ve özel dal merkezleri ile değil; 324 adet özel diyaliz merkezi, 21 adet özel ÜYTE merkezi ve 16 adet de özel hiperbarik oksijen tedavisi merkezi ile sözleşme yapmıştır. Dolayısıyla, Kurumun sözkonusu özel sağlık kuruluşları ile yaptığı hizmet satın alma sözleşmeleri 2007 yılı “Sosyal Güvenlik Kurumu Özel Sağlık

Kurumundan/Kuruluşundan Sağlık Hizmeti Satın Alma Sözleşmesi'ne aykırı olmuştur.

Uygulamada ortaya çıkan bu karmaşanın giderilmesi de sağlık kurumu ve sağlık kuruluşu kavramlarının, tartışmaya meydan vermeyecek bir şekilde ve net bir biçimde tanımlanması ile mümkün olabilecektir. Şüphesiz bu tanımlamanın kanunla yapılması sorunu büsbütün ortadan kaldıracak çözüm olarak görülmektedir. Belirtelim ki; SGK özelinde ortaya çıkan bu sorunun biran önce çözümlenmemesi hukuki ve cezai sorumlulukları da gündeme getirebilir.

3- Özel hastaneler 2219 sayılı Hususi Hastaneler Kanunu uyarınca Sağlık Bakanlığı tarafından ruhsatlandırılmaktadır. Üniversite hastaneleri, belediyeler ve il özel idarelerine ait hastaneler ve diğer kamu sağlık kuruluşlarının ise Sağlık Bakanlığı'na ruhsatlandırılması sözkonusu değildir. YÖK tarafından verilen izinle kurulan üniversite hastaneleri 2547 sayılı Kanun, büyükşehir belediyeleri tarafından açılan sağlık merkezleri ve hastaneler 5216 sayılı Kanun, belediyeler tarafından açılan sağlık merkezleri 5393 sayılı Kanun ve il özel idareleri tarafından açılan sağlık merkezleri ise 5302 sayılı Kanuna tabidirler.

Böyle olunca, SGK sözü edilen üniversite hastaneleri, belediyeler ve il özel idarelerine ait hastaneler ve diğer sağlık kuruluşlarından protokol ya da sözleşme yapmak suretiyle sağlık hizmeti alırken, sözleşme yapabilmek için aradığı belgelerden birisinin "Sağlık Bakanlığı ruhsatı" olması, sözkonusu ruhsatında bulunmaması uygulamada önemli kargaşalara sebep olmaktadır.

Hem bu karmaşanın ortadan kaldırılması hem de ülke düzeyinde sağlık hizmetlerinin planlanması yetki ve görevinin tam olarak yerine getirilebilmesi için, sözkonusu kamu kurum ve kuruluşlarına ait hastane ve diğer sağlık kuruluşlarının ruhsatlandırma yetkisinin de Sağlık Bakanlığı'nda olması gerekmektedir. Sağlık Bakanlığı'na bu yetki ve görevi verecek kanuni düzenleme yapılmalıdır.

4- Özel sağlık kurum ve kuruluşları açısından en önemli sorunlardan birisi de temel bir "sağlık kanunu"nun bulunmamasıdır. Sadece özel hastaneler, 2219 sayılı Hususi Hastaneler Kanunu ile düzenlenmiştir. O da, 1933 tarihli olup bugün için

ihtiyaca cevap veremeyecek niteliktedir. Diğer özel sağlık kurum ve kuruluşları ise yönetmelikler ile düzenlenmiştir. Bu yönetmeliklerin büyük bölümü 2000’li yıllarda yayınlanmıştır. Sağlık kabinleri ise 1997 tarihli bir genelgeye göre açılmaktadır.

Böyle olunca, özel sağlık kurum ve kuruluşlarının açılması, denetlenmesi, faaliyetlerinin geçici veya sürekli olarak durdurulması vb. hususlara da yönetmeliklerde yer verilmektedir. Sağlık Bakanlığı, 181 sayılı KHK’nin 43. maddesi ile 3359 sayılı Kanunun 3 ve 9/c.maddelerindeki genel düzenleme yetkisine dayanarak sözkonusu ikincil mevzuat çalışmalarını yapmaktadır. Bu ise çok önemli hukuki sorunları da beraberinde getirmektedir.

Örneğin, özel sağlık kurum ve kuruluşlarının nasıl denetlenecekleri, ilgili Yönetmelikler ekindeki denetleme formlarında gösterildiği gibi, hangi fiillere(suç) hangi yaptırımların(ceza) uygulanacağı da bu formlarda açıklanmaktadır. Yaptırımlar genel olarak faaliyet durdurma şeklinde olmaktadır. Bu yaklaşım ise ceza hukukunun temel prensibi olan “kanunsuz suç ve ceza olmaz” ilkesine açıkça aykırılık oluşturmaktadır. Bu sebeplerle, istisnasız tüm sağlık kurum ve kuruluşları tek tek ya da ayrı ayrı kanunlarla düzenlenmeli, bunlarla ilgili suç tanımlarına ve uygulanacak cezalara da kanunda yer verilmelidir.

5- Özel hastaneler hariç diğer özel sağlık kurum ve kuruluşlarını düzenleyen özel bir kanun bulunmadığını yukarıda belirttik. Bu eksiklik sağlık personeli açısından da geçerlidir. Belli bir grup sağlık personelinin nitelik ve çalışmaları kanunla düzenlenmiştir. 1928 tarihli 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun da kimlerin hekim, diş hekimi ebe olabileceğine yer verilmiştir. Kimlerin eczacılık yapabileceği 1953 tarihli 6197 sayılı Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kanun’da, kimlerin hemşirelik yapabileceği de 1954 tarihli 6283 sayılı Hemşirelik Kanunu’n da gösterilmiştir. 1980 tarihli 2368 sayılı Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun’da ise kamuda çalışan sağlık personelinin hangi şartlarda özel sağlık tesislerinde de çalışabileceği açıklanmıştır.

2368 sayılı Kanuna göre, kamu sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personelinin, özel kanunlarına göre meslek ve sanatlarını serbest olarak icra etme

hak ve yetkisine sahip olanlar istedikleri takdirde, kamudaki tazminat haklarından yararlanmamak şartı ile mesai saatleri dışında serbest olarak çalışabilirler. 1219 sayılı Kanuna göre mesleğini serbestçe icra etme yetkisine haiz sağlık personeli ise; hekim, diş hekimi, hemşire, ebe ve sağlık meslek liselerinin toplum sağlığı bölümlerinden mezun sağlık memurlarıdır.

Sözü edilen kanunlarda belirtilen sağlık mesleklerinin dışında artık yeni sağlık meslekleri de oluşmuş bulunmaktadır. Üniversitelerin ilgili bölümlerinden mezun olmakla birlikte meslek kanunları bulunmayan psikolog, fizyoterapist, diyetisyen, sosyal çalışmacı, çocuk gelişimcisi vb. sağlık personeli uygulamada önemli sorunlar yaşamakta ve hak kayıplarına uğramaktadırlar.

Örneğin; kamu sağlık tesislerinde çalışan ve sağlık lisansiyeri olan psikolog, fizyoterapist, diyetisyen, sosyal çalışmacı, çocuk gelişimcisi vb. sağlık personelinin, muayenehane açmak suretiyle tek başlarına mesleklerini serbestçe icra etmeleri mümkün olmadığı gibi, 1219 sayılı Kanunda mesleğini serbestçe icra edecek personelden sayılmadıklarından kamudaki tazminat haklarından vazgeçmek suretiyle dahi mesai saatleri dışında muayenehane/sağlık kabinlerinde ya da özel hastane/özel tıp merkezi vb. sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışmamaktadırlar.

Bütün bu sebeplerle, mevzuatların eski tarihli olması ve yeni sağlık mesleklerinin oluşmasının da dikkate alınması suretiyle tüm sağlık mesleklerini ihtiva edecek şekilde temel bir “sağlık meslekleri kanunu”nun çıkarılması gerekmektedir.

6- 6023 sayılı Türk Tabipleri Birliği Kanunu’na göre, bir tabip odası sınırları içinde sanatını serbest olarak icra eden tabiplerin bir ay içinde o il veya bölge tabip odasına üye olmak zorunluluğu bulunmaktadır. Sağlık Bakanlığı’na yürürlüğe konulan yönetmeliklerin bir bölümünde, özel sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışacak hekimlerin tabip odasına üye olma şartı aranırken bir bölümün de bu şart aranmamaktadır. SGK ise sözleşme yapacağı özel sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışan hekimlerin tabip odası kaydının varlığını aramaktadır.

Örneğin; Özel Hastaneler Yönetmeliği’nin (13/1-8) ve (16/e) maddeleri

gereğince özel hastanede mesul müdür/mesul müdür yardımcısı olarak görevlendirilecek hekimin “ilgili tabip odasına kayıtlı olması” aranan şartlardan birisi iken diğer hekimler için bu koşul aranmamaktadır. Eski 09.03.2000 tarihli Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelikte, sağlık kuruluşunda çalışacak bütün hekim ve diş hekimleri için bağlı oldukları meslek kuruluşu tarafından düzenlenmiş belge kuruluş başvurusunda aranmaktaydı. Ancak, 15.02.2008 tarihli yeni Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik kapsamındaki özel tıp merkezleri ile özel polikliniklerde ise ne mesul müdür hekim için ne de diğer hekimler için tabip odasına kayıtlı olma şartı aranmamaktadır.

Bu haliyle uygulama birliğinin olmadığı anlaşılmaktadır. Tabip odaları, mesleki görevler ve kanunlarda yer almış kurallara hekimlerin uyup uymadıklarını denetleyen, meslek içi disiplini sağlayan, mesleki dayanışma ve gelişmeyi gerçekleştiren meslek kuruluşlarıdır. Tabip odalarının bu görevlerini yerine getirmesi ise özel sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışan hekimlerinin üyesi olmasının sağlanmasına bağlıdır. Bize göre, Sağlık Bakanlığı yaptığı tüm ikincil düzenlemelerde, özel sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışacak hekimlerin tabip odasına kayıtlı olmaları şartını aramalıdır.

7- 3359 sayılı Kanunun ek 4.maddesi üçüncü fıkrasına göre; “Devlet hizmeti yükümlülüğü kapsamındaki personel, bu görevlerini tamamlamadan mesleklerini icra edemezler.” Buna göre devlet hizmet yükümlülüğünü yerine getirmemiş olan hekimler –diplomaları da kendilerinde bulunmayacağından– kanuni olarak ne kamu sağlık tesislerinde ne de özel sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışamayacaklardır. Ancak; kanunda olmamasına rağmen, devlet hizmeti yükümlüsü olarak çalışanlara; talepleri halinde, bu süre içerisinde mesleklerini serbest icra edebilmelerini teminen “Devlet Hizmet Yükümlüsü” şerhi düşülmek kaydı ile Sağlık Bakanlığı’na belge verilmektedir. Ya kanuna aykırı bu esnek uygulamadan vazgeçilmeli ya da yapılacak bir kanuni düzenleme ile buna olanak tanınmalıdır.

8- Sağlık mevzuatı ile iş ve sosyal güvenlik mevzuatındaki tam süreli ve kısmi süreli çalışma kavramları örtüşmemektedir. 4857 sayılı Kanunun 63.maddesine göre, genel bakımdan çalışma süresi haftada en çok kırkbeş saattir. İşçinin haftalık

çalışma süresinin kırkbeş saat olarak belirlendiği sözleşme tam süreli iş sözleşmesidir. 4857 sayılı Kanununun 13.maddesi birinci fıkrasına göre ise işçinin normal haftalık çalışma süresinin, tam süreli iş sözleşmesiyle çalışan emsal işçiye göre önemli ölçüde daha az belirlenmesi durumunda sözleşme kısmî süreli iş sözleşmesidir. Buradaki “önemli ölçüde daha az”ın açılımı, İş Kanununa İlişkin Çalışma Süreleri Yönetmeliği’nin 6.maddesi ile yapılarak, kısmi süreli çalışma, “İşyerinde tam süreli iş sözleşmesi ile yapılan emsal çalışmanın üçte ikisi oranına kadar yapılan çalışma kısmi süreli çalışmadır.”şeklinde tanımlanıp açıklığa kavuşturulmuştur.

Özel tıp merkezleri ve özel polikliniklerde hekim ya da diğer sağlık çalışanı ayrımı yapılmaksızın tam zamanlı ve kısmi zamanlı çalışmalara açıklık getirilmiştir. Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik’in (4-ç) maddesinde, “Kısmi zamanlı çalışma: Sağlık çalışanlarının birden fazla sağlık kuruluşunda çalışabilmelerini”, (4-h) maddesinde de “Tam zamanlı çalışma: Sağlık çalışanlarının tüm mesailerini çalıştıkları sağlık kuruluşuna hasretmelerini” ifade eder denilmiştir. SGK’nin yaptığı hizmet alım sözleşmelerinde de benzer tanıma yer verilmiştir. Buralardaki tanımların iş mevzuatındaki ile paralellik taşıdığını söyleyebiliriz.

Özel Hastaneler Yönetmeliği’nin (3/i) maddesinde ise, “Kadro lu uzman tabip/Kadro lu tabip: Herhangi bir kamu kurum ve kuruluşunda çalışmayıp, özel hastanede iş akdine dayalı olarak tam gün çalıştırılmak üzere istihdam edilen uzman tabip veya tabibi” ifade edecek şekilde tanımlanmıştır. Kısmi süreli hekim ya da diğer sağlık personelinin tanımı ise Özel Hastaneler Yönetmeliğinde yapılmamıştır. Yönetmelikteki kadro lu uzman tabip/kadro lu tabip tanımından yola çıkarsak, herhangi bir kamu kurum ve kuruluşunda çalışan bir hekimin, 2368 sayılı Kanun uyarınca kamudaki tazminat haklarından yararlanmamak şartı ile mesai saatleri dışında özel bir hastanede iş sözleşmesi ile çalışması kısmi çalışma sayılmaktadır. Hekimin özel hastanede çalıştığı sürenin halfalık otuz saati aşıp aşmamasının da bir önemi bulunmamaktadır. Örneğin, kamuda çalışan bir hekim, aynı zamanda özel bir hastanede çalışırken, özel hastanede haftalık çalışma süresi kırk saat olsa bile kısmi süreli sayılacaktır.

Uygulamada ortaya çıkacak kargaşanın önlenmesi ve uygulama birliğinin oluşturulabilmesi için, sağlık mevzuatında tam süreli ve kısmi süreli çalışma tanımının yapılması gereken yerlerde, 4857 sayılı İş Kanununa atıf yapılmak suretiyle tanımlama yapılmalıdır.

9- Özel sağlık kurum ve kuruluşlarında, başta hemşirelik olmak üzere birçok sağlık mesleğinde kadın işçiler çalışmaktadır. Bu durum, uygulamada dikkate alınması gereken hususları ortaya çıkarmaktadır. Şöyle ki; Ağır ve Tehlikeli İşler Yönetmeliği'ne göre, ağır ve tehlikeli işlerden sayılan kaplıca işletmelerinde, radyoloji işlerinde, hastane, bakteriyoloji ve kimya laboratuvarları, eczacılık gibi özel sağlık kurum ve kuruluşlarında kadın işçiler dâhil sağlık raporu alınmadan işçi çalıştırılması yasaktır. Burada sözü edilen rapor ise “işe giriş sağlık raporu” olup, uygulamada sıkça karşılaşıldığı üzere “portör muayene raporu” ile karıştırılmamalıdır.

Ağır ve Tehlikeli İşler Yönetmeliği'nin 6.maddesinde, “Kadınlar, ay hali günlerinde ağır ve tehlikeli işlerde çalıştırılmazlar. Bu günlerin sayısı 5 gün olarak hesap edilir. Daha fazlası için hekim raporuna göre hareket edilir...”denilmiştir. Yönetmelikte bu hükme yer verilmiş olması, düzenlemenin uygulama kabiliyetini azaltmaktadır. Bu bakımdan, sözkonusu yönetmelik hükmü 4857 sayılı İş Kanunu'nda düzenlenmelidir.

10- Kamu sağlık tesislerinde çalışmakla birlikte 1219 sayılı Kanununa göre mesleğini serbest olarak icra etme yetkisi bulunan bir hekimin, 2368 sayılı Kanun hükümlerine uygun olarak aynı zamanda hem muayenehane açması hem de özel hastane, özel tıp merkezi, özel poliklinik vb. sağlık kurum ve kuruluşunda çalışmasına izin verilmemektedir. Sosyal Güvenlik Kurumu ise; Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık tesisleri ile Üniversitelere bağlı sağlık tesislerinde çalışan ve muayenehanesi olan hekimlerin sağlık hizmeti satın almak üzere sözleşme yapacağı özel sağlık kurum ve kuruluşlarında yarı zamanlı olarak çalışmasında bir sakınca bulmamaktadır.

Kanımızca, kamuda çalışan ve muayenehanesi olan hekim aynı zamanda özel tıp merkezi, özel poliklinik vb. özel sağlık kurum ve kuruluşlarında kısmi zamanlı

çalışamaz. Zira, sözkonusu sağlık kurum ve kuruluşları da “muayenehane niteliğinde” sayıldıklarından ve 1219 sayılı Kanunun 12.maddesinde de çifte muayenehane yasağı bulunduğundan, kamuda çalışan ve muayenehanesi olan bir hekim aynı zamanda muayenehane niteliğinde sayılan özel tıp merkezi, özel poliklinik vb. sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışamayacaktır. Ancak, özel hastanelerin “muayenehane niteliği” yoktur. Özel hastanelerde tedavi sürecinin bir parçası olarak hasta muayene edilmesine rağmen, özel hastaneler tedavi amaçlı sağlık kurumlarıdır. Bu sebeple de, kamuda çalışan ve muayenehanesi olan bir hekim çifte muayenehane yasağına takılmadan aynı zamanda özel hastanede kısmi zamanlı çalışabilmelidir.

11- Özel sağlık tesisinde çalışan bir hekimin aynı anda başka bir özel sağlık tesisinde çalışması mümkündür. Ancak, buna bir sınırlama getirilirken sağlık kurumu ve sağlık kuruluşu kavramlarının sağlık mevzuatında yerli yerinde kullanılmadığı anlaşılmaktadır. Özel Hastaneler Yönetmeliği'nin 19.maddesine göre, özel hastanede çalışan tabipler, muayene ve tedavilerini üstlendikleri hastaları gerektiği gibi takip etmelerini, kaliteli ve verimli hizmet sunmalarını teminen, çalışma sürelerini de belirtmek kaydıyla en fazla iki özel sağlık kurum veya kuruluşunda çalışabilirler. Yani, özel hastane hekimi, çalıştığı özel hastane dahil aynı zamanda başka bir özel hastanede veya özel tıp merkezi/poliklinik ya da kendi muayenehanesinde çalışabilecektir.

Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik'in 17.maddesine göre ise, “Tabipler, muayene ve tedavilerini üstlendikleri hastaları gerektiği gibi takip etmelerini, kaliteli ve verimli hizmet sunmalarını teminen, çalışma sürelerini de belirtmek kaydıyla en fazla iki özel sağlık kurum veya kuruluşunda çalışabilirler” denilmiştir. Buradaki düzenlemenin özel hastaneler ile paralellik taşıdığı görülmektedir. Ancak bu paralelliğin 1219 sayılı Kanuna uygun olmadığını söyleyebiliriz.

Şöyle ki; 1219 sayılı Kanunun 12.maddesine göre bir hekim aynı anda iki muayenehanede çalışamaz. Öte yandan yukarıda da belirtildiği üzere, Danıştay kararlarına göre özel poliklinikler, özel tıp merkezleri ve özel dal merkezleri “muayenehane niteliğinde” sayıldıklarından sadece hekimler ya da ortaklarının

tamamının hekimler olduğu şirketler tarafından açılabilir. Bu sebeple de, muayenehane niteliğinde sayılan özel tıp merkezi ve özel dal merkezinde çalışan hekimlere aynı zamanda başka bir özel tıp merkezinde, özel dal merkezinde veya özel poliklinikte ya da kendi muayenehanesinde çalışmasına izin verilmemesi gerekmektedir. Ancak, özel hastaneler “muayenehane niteliğinde” sayılmadığından, buralarda çalışan bir hekim aynı zamanda bir özel hastanede çalışabilir.

12- 5510 sayılı Kanunun 53.maddesi birinci fıkrasına göre; sigortalının, 4. maddenin birinci fıkrasının (a), (b) ve (c) bentlerinde yer alan sigortalılık hallerinden birden fazlasına aynı anda tabi olmasını gerektirecek şekilde çalışması halinde; öncelikle aynı maddenin birinci fıkrasının (c) bendi kapsamında, (c) bendi kapsamında çalışması yoksa ilk önce başlayan sigortalılık ilişkisi esas alınarak sigortalı sayılacaktır. 5510 sayılı Kanun ile de sosyal güvencükte teklik ilkesinin devam ettirildiği görülmektedir. Şu halde, birden fazla işyerinde çalışması mümkün olan sağlık personelinde sigortalılık hallerinin birleşmesi sözkonusu olabilecektir.

Sigortalılık hallerinin birleşmesi ise birden fazla statüde çalışan sağlık personeli açısından, önemli sosyal sigorta sonuç ve sorunlarını da beraberinde getirecektir.

Sağlık personeli sadece 5510 sayılı Kanunun 4.maddesi birinci fıkrası (a) bendi kapsamında sigortalı olarak çalışırken iş kazasına uğradığında, iş kazasında işveren ve üçüncü kişilerin sorumluluğu araştırılacak ve sonucuna göre işlem yapılacaktır. Yani, Kanunun 21.maddesi birinci fıkrasına göre, iş kazası ve meslek hastalığı, işverenin kastı veya sigortalıların sağlığını koruma ve iş güvenliği mevzuatına aykırı bir hareketi sonucu meydana gelmişse, Kurumca sigortalıya veya hak sahiplerine bu Kanun gereğince yapılan veya ileride yapılması gereken ödemeler ile bağlanan gelirin başladığı tarihteki ilk peşin sermaye değeri toplamı, sigortalı veya hak sahiplerinin işverenden isteyebilecekleri tutarlarla sınırlı olmak üzere, Kurumca işverene ödettirilecektir.

Benzer şekilde, Kanunun 21.maddesi dördüncü fıkrasına göre; iş kazası, meslek hastalığı ve hastalık, üçüncü bir kişinin kusuru nedeniyle meydana gelmişse, sigortalıya ve hak sahiplerine yapılan veya ileride yapılması gereken ödemeler ile

bağlanan gelirin başladığı tarihteki ilk peşin sermaye değerinin yarısı, zarara sebep olan üçüncü kişilere ve şayet kusuru varsa bunları çalıştıranlara rücu edilecektir.

Öte yandan, bir kamu sağlık tesisinde hekim olarak çalışarak Kanunun 4.maddesi birinci fıkrası (c) bendi kapsamında sigortalı sayıldığı halde, sağlık mevzuatına uygun olarak özel bir sağlık tesisinde Kanunun 4.maddesi birinci fıkrası (a) bendi kapsamında sigortalı sayılmayı gerektirir bir biçimde çalışırken iş kazasına uğrayıp meslek hastalığına tutulan sağlık personeline, Kanunun 4.maddesi altıncı fıkrası uyarınca ödenek verilemeyeceği gibi gelir de bağlanamayacaktır. Dahası, özel sağlık kurum ve kuruluşu da 5510 sayılı Kanun kapsamında bu sağlık personelinin işvereni sayılmayacağından dolayı, iş kazası, kastı veya sigortalıların sağlığını koruma ve iş güvenliği mevzuatına aykırı bir hareketi sonucu meydana gelmiş olsa bile, o özel sağlık kurum ve kuruluşu işletenine Kanunun 21.maddesi birinci fıkrası uyarınca rücu da edilemeyecektir.

İlk önce başlayan sigortalılık ilişkisi nedeniyle 5510 sayılı Kanunun 4.maddesi birinci fıkrası (b) bendi kapsamında sigortalı sayılan ve kendi muayenehanesi olan bir hekimin, Kanunun 4.maddesi birinci fıkrası (a) bendi kapsamında sigortalı sayılmayı gerektirir bir statüde özel bir sağlık tesisinde çalışması halinde orada iş kazasına uğraması durumunda da, sağlık personeline ödenek verilir ya da gelir bağlanabilir. Ancak, iş kazası özel sağlık tesisi işleteninin, kastı veya sigortalıların sağlığını koruma ve iş güvenliği mevzuatına aykırı bir hareketi sonucu meydana gelmiş olsa bile, o özel sağlık kurum ve kuruluşu işleteni sözü edilen sağlık personelinin işvereni sayılmayacağı için, yine Kanunun 21.maddesi birinci fıkrası uyarınca ona rücu edilemeyecektir.

Yukarıdaki örneklerde görüldüğü üzere, sigortalılık hallerinin birleşmesi durumunda, Kanunun 4.maddesi birinci fıkrasının (c) ve (b) bentleri gereğince sigortalı sayıldıkları halde, Kanunun 4.maddesi birinci fıkrasının (a) bendi uyarınca sigortalı sayılmayı gerektirir bir biçimde çalıştığında o özel sağlık kurum ve kuruluşu işleteni işveren sayılmayacak, hem zararlandırıcı sigorta olayı iş kazası olduğunda hem de malüllük ya da ölüm olduğunda üçüncü kişi sayılacaktır. Böyle olunca da, Kurumca yapılacak ödemelerin ilk peşin sermaye değerinin tamamı değil Kanunun

21.maddesi dördüncü ve 39.maddesi birinci fıkrası uyarınca, ilk peşin sermaye değerinin yarısı için rücu davası açılabilecektir.

Kurum aleyhine olan bu durumun düzeltilmesi için, kanunda yapılacak bir düzenleme ile sigortalılık hallerinin birleşmesi durumunda, yani Kanunun 4.maddesi birinci fıkrası (c) ve(b) bendi kapsamında sigortalı sayıldığı halde, Kanunun 4.maddesi birinci fıkrası (a) bendi kapsamında sigortalı sayılmayı gerektirir bir biçimde sigortalı çalıştıran kimse kısa vadeli ve uzun vadeli sigorta kolları açısından “işveren gibi” sorumlu sayılmalıdır.

13- 5510 sayılı Kanunun 4.maddesi birinci fıkrası (c) bendi kapsamında sigortalı sayılan veya ilk önce başlayan sigortalılık ilişkisi nedeniyle 4.maddesi birinci fıkrası (b) bendi kapsamında sigortalı sayılan bir sağlık personelinin, Kanunun 4.maddesi birinci fıkrası (a) bendi kapsamında sigortalı sayılmayı gerektirir bir statüde özel bir sağlık tesisinde çalışırken iş kazasına uğraması durumunda, o özel sağlık işleteni işveren sayılmayacağı için iş kazası ile meslek hastalığı o özel sağlık tesisi işleticisinin, kastı veya genel sağlık sigortalısının iş sağlığını koruma ve iş güvenliği ile ilgili mevzuat hükümlerine aykırı hareketi sonucu olmuşsa bile, o özel sağlık tesisi işleticisi işveren sayılmayacağından Kurumca yapılan sağlık hizmeti giderleri o sağlık tesisi işletmecisine tazmin ettirilemeyecektir.

Kurum aleyhine olan bu durumun düzeltilmesi için de, kanunda yapılacak bir düzenleme ile sigortalılık hallerinin birleşmesi durumunda, yani Kanunun 4.maddesi birinci fıkrası (c) ve (b) bendi kapsamında sigortalı sayıldığı halde, Kanunun 4.maddesi birinci fıkrası (a) bendi kapsamında sigortalı sayılmayı gerektirir bir biçimde sigortalı çalıştıran kimse de genel sağlık sigortası uygulaması açısından “işveren gibi” sorumlu sayılmalıdır.

14- 5510 sayılı Kanunun 3.maddesinde 31 adet kavram tanımlanmıştır ama Kanunun birçok yerinde geçen “üçüncü kişi” deyimini tanımlanmamıştır. Bununla birlikte, özel sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışan sağlık personeli, genel sağlık sigortası ve sosyal sigorta risklerinin meydana gelmesine üçüncü kişi olarak sebep olabilir. Üçüncü kişi olarak sağlık personeli, kastı ile özel sağlık kurum ve kuruluşuna başvuran sigortalının(hastanın) malül kalmasına veya ölümüne ve kusuru

ile de iş kazasına veya hastalığına sebep olur ise Kurumca bağlanacak aylığın veya gelirin ilk peşin sermaye değerinin yarısı için o üçüncü kişi sağlık personeline rücu edilecektir. Öte yandan, üçüncü kişi olarak sağlık personelinin mahkeme kararı ile kastı veya suç sayılır hareketiyle genel sağlık sigortalısının(hastanın) tedavi süresinin uzamasına sebep olduğu tespit edilirse Kurumun yatığı sağlık hizmeti giderleri tazmin ettirilecektir. Aynı sonuçlarla üçüncü kişi sayılacak olan özel sağlık kurum ve kuruluşları da karşılaşabilir.

Öte yandan, 5510 sayılı Kanunda sağlık hizmet sunucularının (konumuz bakımından özel sağlık kurum ve kuruluşlarının) sorumluluğuna genel sağlık sigortası uygulamasında ayrı bir düzenleme yapılmak suretiyle yer verilmemiştir. Ancak bu hususun ayrıca düzenlenmesi sağlık hizmet sunucularına yaptıkları işin önemini sürekli hatırlarında tutmalarını sağlayabilir. Böylece, hem genel sağlık sigortalılarının tedavilerinde beklenen özen ve ihtimam gösterilmiş olur, hem de Kurumla daha az ihtilafa düşülür. Önümüzdeki dönem sıkça karşılaşacağımız bu sorumluluk halinin ise, üçüncü kişinin sorumluluğu bahsinde değil de daha özel bir hükümle düzenlenmesi anlamlı olacaktır.

Diğer taraftan, ne SGK Sağlık Uygulama Tebliği'nde ne de 2007 yılı "Sosyal Güvenlik Kurumu Özel Sağlık Kurumundan/Kuruluşundan Sağlık Hizmeti Satın Alma Sözleşmesi"nde Kuruma, ayrıca katlanacağı masrafları ilgili sözleşmeli özel sağlık kurum ve kuruluşuna ödetme yetkisi verilmiştir. SGK değinilen düzenlemeler dikkate alındığında, bu özel sağlık kurum ve kuruluşuna "genel sağlık sigortalısı" için verdiği zarardan dolayı, -uğradığı/katlandığı bu zararı ya da bakım masraflarındaki artışını karşılatmak için- rücu müracaat edemeyecektir.

Bunun için 5510 sayılı Kanuna; "Sağlık mevzuatı gereğince bulundurulması gerekli sağlık personeli ile ilaç ve diğer tıbbi malzemeleri bulundurmadığı, teşhis, tedavi ve rehabilite edici standart tıbbi uygulamayı yapmadığı, mesleki bilgi ve beceri eksikliği veya gerekli tedaviyi vermemesi gibi sebeplerle bu Kanunda sayılan yardımların yapılmasını gerektiren bir halin doğmasına, tedavi süresinin uzamasına veya sigortalının iş göremezlik durumunun artmasına neden olan sağlık hizmet sunucularına Kurumca yapılan yardımların giderleri için rücu edilir" şeklinde bir hüküm eklenmelidir.

15- SGK'nin genel sağlık sigortalıları ve bakmakla yükümlü oldukları kimseler için sağlık hizmetini kamu sağlık kurum ve kuruluşlarının yanı sıra özel sağlık kurum ve kuruluşlarından almaya başlaması önemli sorunları da beraberinde getireceğe benziyor. 5510 sayılı Kanunda özel sağlık kurum ve kuruluşlarının sorumluluğunun ayrıca düzenlenmemiş olması Sağlık Bakanlığı'nın yanı sıra Kurumu da bazı külfetlerle karşı karşıya bırakabilir.

Gerçekten de, Sağlık Bakanlığı'nın kendisine ait sağlık kurum ve kuruluşlarında verdiği hizmetten dolayı kusurlu sayılarak sorumlu tutulması mümkündür. Bu kapsamda idare(Sağlık Bakanlığı), sağlık hizmetlerinin kötü işlemesi, geç işlemesi ve hiç işlememesi gibi hallerde ağır hizmet kusuru işlediği kabul edilerek sorumlu sayılmaktadır. Hatta, özel sağlık kurum ve kuruluşlarının sağlık çalışanları ile birlikte sorumlu sayılarak tazminata mahkum edildiği bazı durumlarda, Sağlık Bakanlığı da hizmet kurusunun varlığı halinde sorumlu sayılabilecektir. Devletin denetim ve gözetiminin sözkonusu olduğu ve insan yaşam ve sağlığıyla ilgili böyle bir hizmetin kusurlu işlemesinden özel hastane sahibi ile birlikte devlet de sorumlu olabilir. Şu halde, devlet özel sağlık kurum ve kuruluşlarını denetim görevini yerine getirmediğinde sorumlu sayılabilir.

SGK Sağlık Uygulama Tebliği ve 5510 sayılı Kanun uygulaması ile genel sağlık sigortalıları ve bakmakla yükümlü oldukları kimseler artık, Kurumla sözleşme yapmış olan sağlık hizmet sunucularından özel sağlık kurumlarına da(özel hastane özel tıp merkezi ve özel dal merkezi) başvurmaktadır. Kurum, genel sağlık sigortalılarını sözleşme yaptığı özel sağlık kurumlarına yönlendirirken, adeta güven telkin etmekte ve kefil olmaktadır. Şu halde, genel sağlık sigortalısı ya da bakmakla yükümlü olduğu kimselerden bir hastanın Kurumla sözleşmeli özel bir sağlık kurumuna başvurması sonucu uğradığı zarar nedeniyle, o özel sağlık kurumuna ve zarara sebep olduğunu düşündüğu hekime husumet yöneltmesinin yanı sıra, artık denetim ve gözetim görevini yapmayarak hizmet kusuru işlediği iddiası ile Sağlık Bakanlığı'nı ve ayrıca SGK'nu da dava edebilir.

Bu bakımdan, Kurumun sözleşme yaptığı özel sağlık kurum ve kuruluşlarını denetleme görevini yerine getirmeyi aksatmaması gerekmektedir. Aksi halde, önemli mali külfetlerle karşı karşıya kalabilir. 5510 sayılı Kanunun 78.maddesi dördüncü

fikrasında, “Kurum, bu Kanunda belirtilen görevleriyle ilgili olarak sağlık hizmeti sunucularının yürüttüğü hizmet ve işlemleri kontrol yetkisine sahiptir. Kurum, bu yetkisini görevlendirdiği personeli vasıtasıyla veya kamu kurumları ve özel kurumlardan hizmet satın almak suretiyle kullanabilir.” denilmiştir. Kurumun denetim görevini yerine getirecek olan “personelinin” kimlerden oluşacağı, yetki ve sorumluluklarının açıklığa kavuşturularak gerekli denetim çalışmaları zamanında ve eksiksiz yerine getirilmelidir.

16- Sağlık mevzuatında, sağlık kurum ve kuruluşlarında bulundurulması gerekli asgari personel sayısı ve niteliklerine yer verilmiştir. Sağlık hizmetlerinin özellikleri nedeniyle, atıl kalsa da mevzuatta zorunlu kılınan ve nitelikleri belirlenmiş en az sağlık personelinin ilgili sağlık kurum ve kuruluşlarında bulundurulması başka bir söyleyişle işverenin emir ve talimatı altında tutulması gerekmektedir. Özel sağlık kurum ve kuruluşlarında mevzuatta belirlenen asgari sayıda personel bulundurulmamasının idari yaptırımları olduğu gibi yeterli personel bulunmamasından dolayı zarara uğrayanlar da tazminat davası açabilir.

Öte yandan, sağlık hizmetinin gereği olarak atıl kalsalar bile o özel sağlık kurum ve kuruluşunda bulunması/çalıştırılması gereken sağlık ve diğer personel sayıları ile Kuruma bildirilen sigortalı sayılarının karşılaştırılması ile eksik işçilik hesaplaması da yapılabilir. Bu sebeple, özel sağlık kurum ve kuruluşu işverenlerinin, asgari işçilik incelemelerinde hesaplanacak fark işçiliklere ilişkin prim ve idari para cezaları ile karşılaşmamaları için mevzuatta öngörülen asgari personeli işyerlerinde bulundurmaları gerekmektedir.

17- Sağlık hizmetinin temel özelliklerine uygun olarak, özel sağlık kurum ve kuruluşlarında bulundurulması zorunlu asgari hekim ve diğer sağlık personeli belirlenmiş olmakla birlikte, benzer bir alt sınır sağlık personelinin ücretleri konusunda bulunmamaktadır. Sağlık mevzuatında, özel sağlık kurum ve kuruluşlarında çalıştırılacak olan sağlık personeline ödenecek ücretler konusunda herhangi bir alt sınıra yer verilmemiştir.

Temel özellikleri arasında atipik bilginin varlığı, ikamesinin olmaması, ertelenemez ve tesadüfi olması gibi özellikleri bulunan sağlık hizmetlerini üreten ve

sunan sağlık personeline verilecek ücret konusunda yasal bir alt sınırın bulunmaması bize göre bir eksiklikdir. Özel sağlık kurum ve kuruluşlarında çalıştırılan hekim ve diğer sağlık personeli için de 5580 sayılı Özel Öğretim Kurumları Kanunu'ndakine benzer bir düzenlemenin yapılması hem kaliteli hizmet sunumunda etkili olabileceği gibi hem de nitelikli insan gücünün hak kayıplarını engelleyecektir. Böylece, hem çalışanların sosyal sigorta haklarındaki kayıp hem de Kurumun prim kaybı azalacaktır. Belirtelim ki; yaygın bir uygulama olarak karşımıza çıkan özel sağlık kurum ve kuruluşlarında hekim, diğer hekimi ve hemşire ünvanlı sağlık personelinin asgari ücretle çalıştırıldıkları iddiası hayatın olağan akışına da uygun düşmemektedir.

Sağlık hizmeti gibi yarı kamusal mal ve hizmetlerden sayılan eğitim hizmetleri alanında ise böyle bir uygulama bulunmaktadır. Gerçektende, eski 625 sayılı Özel Öğretim Kurumları Kanunu'nun 33.maddesinde ve aynı şekilde yeni 5580 sayılı Özel Öğretim Kurumları Kanunu'nun 9.maddesi ikinci fıkrasında, "Özel okullarda yöneticilik ve eğitim-öğretim hizmeti yapanlara kıdemlerine göre (emekliler hariç) dengi resmi okullarda ödenen aylık ile sosyal yardım kapsamındaki ek ödeme tutarlarından az ücret verilemez" denilmektedir.

1219 sayılı Kanuna ya da çıkarılacak temel bir "sağlık kanunu"na benzer bir hüküm eklenebilir. Benzer düzenleme, "Özel sağlık kurum ve kuruluşlarında çalıştırılan hekim, diğer hekimi, eczacı, ebe ve hemşirelere kıdemlerine göre dengi Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık kurum ve kuruluşlarında ödenen aylık ile sosyal yardım kapsamındaki ek ödeme tutarlarından az ücret verilemez." şeklinde olabilir.

18- Özel sağlık kurum ve kuruluşlarında iş sözleşmesi ile çalışan sağlık personelinin çalışma süreleri için istisnalar dışında sağlık mevzuatında ayrıca sınırlandırıcı bir düzenleme bulunmamaktadır. Buna göre, özel sağlık kurum ve kuruluşlarında iş sözleşmesi ile çalışan sağlık personeli için de 4857 sayılı Kanunun 63.maddesi uyarınca genel bakımdan haftalık çalışma süresi 45 saattir.

Öte yandan, bir grup sağlık personeli için çalışma süresi konusunda yasal bir sınırlama bulunmaktadır. Radyasyona muhatap sağlık personelinin günde 5 saatten fazla çalıştırılmaması gerekmektedir. Gerçektende, 3153 sayılı Kanuna dayanılarak çıkarılmış bulunan ve bir bütün olarak radyoloji çalışanlarının tüm çalışma

koşullarını ayrıntılı olarak düzenleyen Radyoloji, Radyum ve Elektrikle Tedavi Müesseseleri Hakkında Nizamname'sinin 21. maddesinde röntgen ve radyum ile daimi olarak günde 5 saatten fazla çalışılmayacağı, 22. maddesinde hastanelerde röntgen ve radyum ile tam müddetle (günde 5 saat) çalışan kimselerin hastanenin başka işlerinde kullanılmayacağı, gece uykularını ihlal edecek iş verilemeyeceği ve 24. maddesinde de senede 4 hafta düzenli olarak şua izninden yararlandırılacakları belirtilmiştir.

Diğer taraftan, Sağlık Kuralları Bakımından Günde Ancak Yedibuçuk Saat ve Daha Az Çalışması Gereken İşler Hakkında Yönetmelik'in 4.maddesinde, bir kişinin ancak 7,5 saat çalıştırılabileceği işler sayılmış ve bunlar arasında “radyoaktif ve radyoionizan maddelerle yapılan işler”e de burada yer verilmiştir. Şu halde, bu Yönetmelik hükmü esas alınır ise özel sağlık kurum ve kuruluşlarında radyasyona muhatap sağlık personelinin de 7,5 saate kadar çalıştırılabileceği anlamı çıkmaktadır ki, bunun yukarıda yer verdiğimiz Tüzük hükmü ile çatıştığı görülmektedir. Normlar hiyerarşisine göre de Tüzük hükmünün uygulanmasına öncelik verilecektir. Dolayısıyla Yönetmelik hükmü bu kapsamda gözden geçirilmeli ve radyasyona muhatap işlerde çalışanlar için günlük 5 saatten fazla çalıştırılmayacağı hüküm altına alınmalı ya da sözü edilen Tüzük hükmüne atıf yapılmalıdır.

YARARLANILAN KAYNAKLAR

- AK, Bilal: “Kavramlar ve Sağlık Sistemi”, **Yeni Türkiye**, Mayıs-Haziran 2001
- AKALIN, Güneri: Kamu Ekonomisi, AÜ.SBF Yayınları No:486, Ankara 1981
- AKARCA, Gültekin: “Kamu Yönetimi Temel Yasası Genel Gerekçesi ve Çıplak Sermaye Devleti”, **Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi**, Ocak-Şubat-Mart 2004, S:17, s:2-8
- AKARTEPE, Alpaslan: “Tedavi Sözleşmesinin Hukuki Niteliği”, Sağlık Hukuku Sempozyumu, Erzincan 15-16 Mayıs 2006, Yetkin Yayınları, Ankara 2007
- AKBULUT, Turhan: İşçi Sağlığı Prensipleri ve Uygulamaları, Sistem Yayıncılık, Yayın No:17, 2.Baskı, İstanbul 1994
- AKDAĞ, Recep: Nereden Nereye-Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı, Kasım 2002-Haziran 2007, Sağlık Bakanlığı, Ankara 2007
- AKIN, Ülgen ve AKSOY, Serap: Sağlık Hizmetlerine Verimlilik Açısından Bir Yaklaşım, MPM Yayınları:332, Ankara 1985
- AKIN, Levent: “Sigortalılık Kavramı Açısından Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanun Tasarısının Değerlendirilmesi”, **AÜ.Hukuk Fakültesi Dergisi**, 2005, C:54, S:2, s:23-63
- AKSAKOĞLU, Gazanfer ve ELÇİ, Ö.Çınar, “Sağlıkta Özelleştirme ve Sonuçları”, **Sağlıkta Sınıf Tavrı**, S.8, Temmuz-Ağustos 1996, s.4-11
- AKSAKOĞLU, Gazanfer ve ŞEMİN, Semih: “Dünya Bankası ve Sağlık: Gerçekleri Görmek Bu Kadar Zor Mu?”, **Toplum ve Hekim**, Kasım-Aralık 1998, C:13, S:6, s:416-418;
- AKSAKOĞLU, Gazanfer ve KILIÇ, Bülent: “Aile Hekimliği Türkiye İçin Uygun Değildir”, **Toplum ve Hekim**, Temmuz-Ağustos 2003, C:18, S:4, s:251-257
- AKSAKOĞLU, Gazanfer ve SÖNMEZ, Yonca: “Küreselleştirme ve Toplum Sağlığı”, **Toplum ve Hekim**, Mayıs-Haziran 2003, C:18, S:3, s:196-199
- AKSAKOĞLU, Gazanfer; KILIÇ, Bülent ve UÇKU, Reyhan: “Aile Hekimliği Türkiye İçin Uygun Değildir”, **Toplum ve Hekim**, Temmuz-Ağustos 2003, C:18, S:4, s:251-257

- AKSOY, Osman Gazi: “Sağlık Kavramı ve Bireyin Yaşamında Sağlık Hakkı”, **Yeni Türkiye**, Temmuz-Ağustos 2001, S:40, s:1803-1808
- AKTAN, C.Can ve IŞIK, A.Kadir: “Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesine Yönelik Evrensel Sağlık Bildirgelerine Toplu Bir Bakış”, Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi(Editörler: Coşkun Can AKTAN – Ulvi SARAN), Aura Kitapları, İstanbul 2007
- AKTAN, C.Can ve IŞIK, A.Kadir: “Sağlık Hizmetlerinde Devletin Değişen Rolü”, Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi(Editörler: Coşkun Can AKTAN – Ulvi SARAN), Aura Kitapları, İstanbul 2007
- AKTAN, Coşkun Can ve IŞIK, A.Kadir: “Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Alternatif Yöntemler”, <http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/sunum-alternatif.pdf>, (Erişim:25.01.2007)
- AKTAN, Coşkun Can: “Bir Piyasa Başarısızlığı Nedeni Olarak ‘Gelir Dağılımında Adaletsizlik ve Yoksulluk’ Sorunu: Kamu Ekonomisinin Rolü ve Kamu Politikası Araçları”, <http://www.canaktan.org/ekonomi/yoksulluk/birinci-bol/aktan-piyasa-basarisiz.pdf>, (Erişim:25.01.2007)
- AKYİĞİT, Ercan: Hizmet Akdinin Kesin Hükümsüzlüğü ve İptal Edilebilirliği, Kazancı Yayınları, İstanbul 1990
- AKYİĞİT, Ercan: İctihatlı ve Açıklamalı 4857 Sayılı İş Kanunu Şerhi, C:1, 2.Baskı, Seçkin Yayıncılık, Ankara 2006
- AKYİĞİT, Ercan:4857 Sayılı İş Kanunu Şerhi Cilt 1, Seçkin Kitabevi, Ankara 2006
- AKYİĞİT, Ercan:4857 Sayılı İş Kanunu Şerhi Cilt 2, Seçkin Kitabevi, Ankara 2006
- AKYİĞİT, Ercan: Türk İş Hukukunda İş Güvencesi(İşe İade), Seçkin Yayıncılık, Ankara 2007
- AKYİĞİT, Ercan:”Hizmet Akdinin Kesin Hükümsüzlüğüyle İlgili Yargıtay Kararı Üzerine”, **Çimento İşveren Dergisi**, Eylül 1991, s:10-20
- AKYİĞİT, Ercan: “Ücreti Geciken İşçinin Çalışmaktan Kaçınması”, **Legal İş Hukuku ve Sosyal Güvenlik Hukuku Dergisi**, 2005/5, s:15-26
- ALPAGUT, Gülsevil: “4857 Sayılı Yasa Çerçevesinde Belirli Süreli İş Sözleşmesi” **Mercek**, Ocak 2004, S:33, s:73-91

- ALPER, Yusuf: “Sosyal Güvenlik Sistemimizde Reform Arayışları”, **Türk-İş**, Temmuz-Ağustos 2004, S:362, s:33-45
- ALPER, Yusuf: “Sosyal Güvenlik Sistemimizde Reform: Temel Esaslar ve Tartışmalar”, **İşveren**, Kasım 2005, C:44, S:2, s:54-59
- ALPER, Yusuf: “ ‘Tek Çatı Yaklaşımı’ Sosyal Güvenlik Sistemimizle İlgili En Önemli ve Acil Mesele Değildir”, **İşveren**, Mayıs 2003, http://www.tisk.org.tr/isveren_sayfa.asp?yazi_id=721&id=43, (Erişim: 12.12.2006)
- ALPUGAN, Oktay : "Hastanelerde Verimlilik Sorunu",1.Verimlilik Kongresi-Bildiriler, MPM, Ankara 1991
- ALPTEKİN, Kamil: “Sağlık Hakkı ve İnsan Hakları Üzerine Bir Değerlendirme”, **Türkiye Klinikleri, Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi**, 2004, C:12, S:2, s:132-139
- ALTUĞ, Nuray: “Ekonomide Devletin Yeri”, **Toprak İşveren**, Aralık 2005, S:68, s:11-19
- ANDAÇ, Faruk: “Sosyal Sigortalar Kurumu ve Sendika İlişkisi Üzerine Bir Öneri”, **Nusret Ekin’e Armağan**, Ankara 2000, TÜHİS Yayın No: 38
- ARASLI, Utkan: Sosyal Güvenlik ve Sosyal Sigortalar, Turhan Kitabevi, Cilt 1, Ankara 2002
- ARASLI, Utkan: Sosyal Güvenlik ve Sosyal Sigortalar, Turhan Kitabevi, Cilt 2, Ankara 2002
- ARICI, Kadir: “Sosyal Güvenlikte Kurumsal Yapı”, Sosyal Güvenlikte Yeni Dönem ve İşveren Yükümlülükleri Semineri, TİSK Yayınları, Yayın No:280, Şubat 2007, Ankara
- ASAR, Aydoğan: Türk Yabancılar Mevzuatında Yabancı ve Hakları, 3.Bası, Turhan Kitabevi, Ankara 2006
- ASLANKÖYLÜ, Resul: Sosyal Sigortalar Kanunu Yorumu, Nurol Matbaacılık, Ankara 2003
- AŞÇIOĞLU, Çetin: Tıbbi Yardım ve El Atmalardan Doğan Sorumluluklar, Tekışık Ofset, Ankara 1993
- ATAAY, Faruk: “Kamu Hizmetlerinin Metalaştırılması ve Sağlıkta Yansımaları”, **Toplum ve Hekim**, Ocak-Şubat 2005, C:20, S:1, s:65-71

- ATAAY, Faruk: Kamu Hastane Birlikleri Tasarısı Üzerine Değerlendirme, TTB Yayını, 1.Baskı, Haziran 2007, Ankara
- AY, Nihad: “Toplumsal Yönetim Açısından Türkiye’de Sağlık Sorunu”, DEÜ 1.Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, 4 - 7 Mayıs 1994, Kuşadası-AYDIN, DEÜ Rektörlük Matbaası, İzmir 1995
- AYAN, Mehmet: Tıbbi Müdahalelerden Doğan Hukuki Sorumluluk, Kazancı Yayınları, Ankara 1991
- AYBAY, Rona: Yabancılar Hukuku, İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları, Yayın No:89, 2.Baskı, İstanbul 2007
- AYBAY, Rona: Yabancılar Hukuku, İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları, 2.Baskı, İstanbul 2007
- AYDIN, Ufuk: “Sosyal Güvenlikte Özelleştirme ve Şili Uygulaması”, **Sosyal Demokrat Değişim Dergisi**, 1997/9, s.65-68
- AYDIN, Ufuk: “İş Sözleşmesinin Sona Erme Zamanı ve Sonuçlarının Belirlenmesi-Karar İncelemesi”, **Çalışma ve Toplum**, 2006/4, s:119-127
- AYDINLAR, Mehmet Ali, ÜNAL, Erdinç ve ATEŞ, Metin: “Sağlık Mal ve Hizmetlerinde Piyasa Aksaklıkları”, **Yeni Türkiye**, Temmuz-Ağustos 2001, S:40, s:1693-1709
- AYDINLI, İbrahim: “İşçilerin İş Görmekten Kaçınma Hakkı”, **Çimento İşveren**, Temmuz 2005, C:19, S:4, s:16-29
- AZAK, Sedat: “Özel Hastaneler Yoğun Bakımda”, **Yeni Türkiye Dergisi**, Temmuz-Ağustos 2001, S:40, s:1515-1518
- BABAOĞLU, Ali Nahit: “Yeni Hastalıklar Nereden Çıkıyor?”, **Bilim ve Ütopya**, Mart 2007, S:153, s:9-14
- BACAK, Bünyamin ve YİĞİT, Yusuf: “Türk İş Hukukunda Kadın İşçilerin Çalışma Koşullarına İlişkin Düzenlemelerin Değerlendirilmesi”, **Kamu-İş**, C:9, S:2007/2
- BAKAN, Yaşar: “Sosyal Güvenlik Kuruluşları ve Kriz”, **Ekonom**, S.1, Haziran 1996
- BAKAR, Coşkun ve AKGÜN, Seval: “Türkiye’de Sağlık Reformları; Sonu Gelmeyen Hikaye”, **Toplum ve Hekim**, Eylül-Ekim 2005, C:20, S:5, s:339-352

- BALTAŞ, Zühal: Sağlık Psikolojisi, Remzi Kitabevi, İstanbul 2000
- Başbakanlık Kadının Statüsü ve Sorunları Genel Müdürlüğü, Sağlık Sektöründe Kadın, Cem Web Ofset, Nisan 2000, Ankara
- BAŞER, Ertuğrul :”Özelleştirme Vesilesiyle İktisada ve Kamusal Dair (I)”, **Birikim**, Aralık 1995, S:80, s:7-19
- BAŞER, Ertuğrul: “Özelleştirme Vesilesiyle İktisada ve Kamusal Dair (II)”, **Birikim**, Şubat 1996, S:82, s:25-34
- BAŞPINAR, Veysel: “Hekimin Özen Borcu”, Sağlık Hukuku Sempozyumu, Erzincan 15-16 Mayıs 2006, Yetkin Yayınları, Ankara 2007
- BAŞTERZİ, Fatma: Yaşlılık Sigortası, TİSK Yayın No: 275, Ankara, 2006
- BATIREL, Ömer Faruk: “Sağlık Hizmetleri ve Devlet Politikası”, **MÜ. İİBF Dergisi**, 1986, C:3, S:3, s:171-180
- BAYRAKTAR, Köksal: Hekimin Tedavi Nedeniyle Cezai Sorumluluğu, (Doktora Tezi), İstanbul Üniversitesi Yayınları No:768, Hukuk Fakültesi Yayınları No:391, Sermet Matbaası, İstanbul 1972
- BELEK, İlker: Sosyal Devletin Krizi ve Sağlığı Ekonomi Politikası, Sorun Yayınları, İstanbul 1994
- BELEK, İlker: “Türkiye Sağlık Reformları”, **Toplum ve Hekim**, Kasım-Aralık 2001, C:16, S:6, s:438-447
- BİLALOĞLU, Eriş ve KILIÇ, Bülent: “Hastaneler”, **Toplum ve Hekim**, Eylül-Aralık 1995, C:10, S:69-70, s:3-5
- BİLGİLİ, Özkan: Türkiye’de SSK Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik, Gazi Üniversitesi(Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Ankara 1997
- BİLGİLİ, Özkan: Sosyal Güvenlik Kılavuzu, ASMMMO, Ankara 2006
- BİLGİLİ, Özkan: “SSK da Kayden Tespit (Edememe) Çilesi!”, **Maliye Postası**, 1 Haziran 2003, S:546, s:147-152
- BİLGİLİ, Özkan: “Sigortasız İşçiler Kayda Alınabilir”, **E-Yaklaşım**, Şubat 2004, S:7
- BİLGİLİ, Özkan: “İşe Giriş Sağlık Raporu ve Portör Muayene Raporu Farkı”, **E-Yaklaşım**, Temmuz 2005, S.24
- BİLGİLİ, Özkan: “Hizmetleri Birleştirmek Şart Mı?”, **E-Yaklaşım**, Haziran 2006, S:35

- BULMUŞ, İsmail: Mikroiktisat, Eğitim Yayınları, Ankara 1994
- BULUTOĞLU, Kenan: Kamu Ekonomisine Giriş, Filiz Kitabevi, İstanbul 1988
- CANİKLİOĞLU, Nurşen: Hastalık ve Sakatlığın Hizmet Akdine Etkisi, Beta Yayınları, İstanbul 2002
- CANİKLİOĞLU, Nurşen: “5510 Sayılı Kanun ve İş Sözleşmesine Göre Çalışanların Sosyal Güvenlik Destek Primi Ödeyerek Çalışmaları”, **Sicil**, Haziran 2008, S:10, s:164-177
- CANMAN, Doğan: “Belediye ve Bağlı Kuruluşları ile Mahalli İdare Birlikleri Norm Kadro İlke ve Standartlarına İlişkin Esaslar Üzerine Görüşler”, **Genel-İş Emek Araştırma Dergisi**, Temmuz 2006, 2006/1, s:1-10
- CANPOLAT, Talat: “Mevzuatta Öngörülen Bazı İş Sözleşmesi Türlerinin 4857 Sayılı İş Kanununun Belirli Süreli İş Sözleşmesine İlişkin Esasları Yönünden Değerlendirilmesi”, **Legal İş Hukuku ve Sosyal Güvenlik Hukuku Dergisi**, 2007/13, s:188-219
- CASTEL, Robert: Sosyal Güvensizlik, (Çeviren: Işık ERGÜDEN), İletişim Yayınları, İstanbul 2004
- CENTEL, Tankut: Sosyal Sigortalar Kanunu ve İlgili Mevzuat, İstanbul 1994
- CENTEL, Tankut: “Kıdem Tazminatının Hesabı – Asgari Çalışma Yaşından Önceki Hizmetler – 18 Yaşından Küçük Çıraklar”, **İş Hukuku Dergisi**, Temmuz-Eylül 1991, C:I, S:3, s:409-420
- CENTEL, Tankut: “Ücreti Ödenmediği İçin Çalışmamış Olan Sigortalının Hizmet Tespiti İsteği”, **Sicil**, Aralık 2007, s:178-185
- CENTEL, Nur: Türk Ceza Hukukuna Giriş, 2.Baskı, Beta Yayınları, İstanbul 2002
- ÇAĞLAYAN, Ramazan: “Sağlık Hizmetlerinde İdarenin Kusursuz Sorumluluğu”, BAYGIN, Cem; UÇAR, Metin ve BÜYÜKAY, Yusuf: Sağlık Hukuku Sempozyumu, 15-16.05. Erzincan, 2006, Yetkin Yayınları, Ankara 2007
- ÇAKMAK, İhsan: Şerhli Sosyal Sigortalar Kanunu, Cilt 1, Adalet Yayınevi, Ankara 2001
- ÇAKMAK, İhsan: Şerhli Sosyal Sigortalar Kanunu, Cilt 2, Adalet Yayınevi, Ankara 2001

- ÇAKMAK, İhsan: Şerhli 1479 Sayılı Esnaf ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Bağ-Kur Kanunu İle 2926 Sayılı Tarım Bağ-Kur Kanunu, Bilgi Yayınevi, Ankara 2002
- ÇALIK, Abdurrahman: “İşverenler EK-1 ve EK-2 Sabıkasından Kurtuldu Mu?”, **Sosyal Güvenlik Dünyası**, Ocak-Şubat 2008, S:47, s:82-85
- ÇELİK, Nuri: İş Hukuku Dersleri, 15.Bası, Beta Yayınları, İstanbul 2000
- ÇELİK, Nuri: İş hukuku Dersleri, 19.Bası, Beta Yayınları, İstanbul 2006
- ÇELİK, Faik: “Hekimlik Uygulamalarında Aydınlatılmış Onam İhlalleri”, 2.Türk-Alman Tıp Hukuku Sempozyumu, **YÜHFD**, 2006, C:III, S:2, s:71-82
- ÇELİK, Hüseyin: “Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Kapitasyon Yöntemi Uygulaması”, <http://www.medimagazin.com.tr/birinci-basamak-saglik-hizmetlerinde-kapitasyon-yontemi-uygulamasi-ky-51162.html>, (Erişim:13.05.2007)
- ÇELİK, Hüseyin: “Kamu Sağlık Tesisleri Fiyat Tarifesi”, <http://www.medimagazin.com.tr/mm-kamu-saglik-tesisleri-fiyat-tarifesi-ky-51022.html>, (Erişim:13.06.2007)
- ÇENBERCİ, Mustafa:Sosyal Sigortalar Kanunu Şerhi, Olgaç Matbaası, Ankara 1977
- ÇENBERCİ, Mustafa:Sosyal Sigortalar Kanunu Şerhi, Olgaç Matbaası, Ankara 1985
- CİN, Mustafa: “Yabancıların Çalışma İzinleri”, **Kamu İş**, C:8, S:2005/3, s:107-129
- ÇSGB, Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı, Sosyal Güvenlik Sisteminde Reform Önerisi (Taslak Metin), 29 Temmuz 2004
- ÇSGB, Sosyal Güvenlik Reformu: Sorunlar ve Çözüm Önerileri, TC. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı, Nisan 2005, s:35; Sağlıkta Dönüşüm, TC. Sağlık Bakanlığı, Aralık 2003
- ÇULHAOĞLU, Metin : “İdeoloji ve Sağlık: Türkiye Örneğinde Genel Bir Çerçeve”, **Toplum ve Hekim**, Mayıs-Haziran 2003, C:13, S:3, s:175-180
- DALBAY, Özkan: “Sosyal Sigortalar Kurumu’na(SSK) Tabi Çalışanlar Açısından Yeni Sosyal Güvenlik Sisteminin Değerlendirilmesi”, **Mercek**, Temmuz 2006, S:43, s:56-62
- DEDEOĞLU, Necati: “1960-80 Arası: Sosyalizasyon”, **Bilim ve Ütopya**, Şubat 1998, S:44, s:25-27
- DEMİR, Fevzi: Anayasa Hukukuna Giriş, 5.Baskı, Fakülteler Kitabevi, İzmir 1998

- DEMİR, Fevzi: İş Hukuku ve Uygulaması, Anadolu Matbaası, 4.Baskı, İzmir 2005
- DEMİR, Fevzi: “Anayasa Hukuku ve Anayasal İktisat-Anayasa Tekniği Açısından Bir Değerlendirme”, Anayasa-Sosyal Devlet ve Sosyal Güvenlik Sorunları Sempozyumu, 10-11 Nisan 1997, Ankara, Türkiye İşçi Emeklileri Cemiyeti Yayınları, Yayın No:5, Ankara 1997
- DEMİR, Fevzi: “Sosyal Devlet ve Kayıt Dışı İşçiliğin Önlenmesi”, **Sosyal Güvenlik Dünyası**, Kasım 1999-Ocak 2000, S:6, s:37-53
- DEMİR, Fevzi: “Kayıtdışı İşçiliği Önlemeye Yönelik Yeni Bir Sendikal Örgütlenme Modeli(I.Bölüm)”, **Tes-İş Dergisi**, Şubat-Mart-Nisan 2001, S:2, s:27-32
- DEMİR, Fevzi: “Kayıtdışı İşçiliği Önlemeye Yönelik Yeni Bir Sendikal Örgütlenme Modeli II”, **Tes-İş Dergisi**, Haziran-Temmuz 2001, S:3, s:47-52
- DEMİRER, Yücel: “Kültür ve Siyaset Ekseninde Sağlıkta Kavramsallaştırma: “Hasta” ve “Hastalık” Örnekleri”, **Toplum ve Hekim**, Ocak-Şubat 2006, C:21, S:1, s:25-31
- DERYAL, Yahya: “Özel Sağlık İşletmelerinde Hastanın Aydınlatılması Ve Rızasının Alınması”, **YÜHFD**, Türk-Alman Tıp Hukuku Sempozyumu Özel Sayısı, 2006, C:3, S:2,s:101-147
- DEVEBAKAN, Nevzat: Özel Sağlık İşletmelerinde İş Sağlığı ve Güvenliği, DEÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayınlanmamış Doktora Tezi), İzmir 2007
- DİKMEN, Ahmet Alpay: “Sermaye Lehine Reform”, **AÜ. SBF GETA Tartışma Metinleri**, Kasım 2003, Özel Sayı, No:60, s:5-9
- DİNLER, Demet ve SÖNMEZ, Umut: “Kamu Yönetimi Temel Kanunu Tasarısı:Halkın İhtiyaçlarına Yönelik Reform mu? Neo-Liberal Dönüşümün Kurumsallaşması mı ?”, **AÜ. SBF GETA Tartışma Metinleri**, Kasım 2003, Özel Sayı, No:60, s:32-43
- DİSK, Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Yasası'na İlişkin Görüşlerimiz, **DİSK'in Sesi**, Mayıs 2006 Özel Eki
- DOĞAN, İlhan: “Birden Fazla Yerde Serbest Hekimlik Yapmak”, <http://www.istabip.org.tr/icerik/hekimlik-uygulamalari-burosu/>, (Erişim:06.09.2007)

- Dünya Bankası Beşeri Kalkınma Sektörü Birimi Avrupa ve Orta Asya Bölgesi,
Türkiye: Daha İyi Erişim ve Etkinlik İçin Sağlık Sektörü Raporu, Cilt
I:Ana Rapor, Rapor No:24358-TU, , Mart 2003
- EBSO, Türkiye’de Sosyal Sigorta Kurumlarının Genel Sorunları ve Çözüm
Önerileri, İzmir 1995
- EKMEKÇİ, Ömer: “Bireysel İş İlişkisinin Kurulması ve İşin Düzenlenmesi”,
Yargıtay’ın İş Hukukuna İlişkin Kararlarının Değerlendirilmesi 2003, İş
Hukuku ve Sosyal Güvenlik Hukuku Türk Milli Komitesi, Ankara 2005
- EKONOMİ, Münir: “Bireysel İş İlişkisinin Kurulması ve İşin Düzenlenmesi”,
Yargıtayın İş Hukukuna İlişkin Kararlarının Değerlendirilmesi 2002,
(Yargıç Utkan URASLI’ya Armağan), Ankara 2004
- EKONOMİ, Münir: “Bireysel İş İlişkisinin Kurulması, Hükümleri ve İşin
Düzenlenmesi”, Yargıtay’ın İş Hukukuna İlişkin Kararlarının
Değerlendirilmesi 2004, İş Hukuku ve Sosyal Güvenlik Hukuku Türk
Milli Komitesi, Ankara 2006
- EKONOMİ, Münir: “4857 Sayılı Kanun Hükümlerine Göre Belirli Süreli İş
Sözleşmelerinin Hukuka Uygunluğu (I)”, **Legal İş Hukuku ve Sosyal
Güvenlik Hukuku Dergisi**, 2006/9, s:15-32
- EKONOMİ, Münir: “4857 Sayılı Kanun Hükümlerine Göre Belirli Süreli İş
Sözleşmelerinin Şekil Yönünden Hukuka Uygunluğu (II/1)”, **Legal İş
Hukuku ve Sosyal Güvenlik Hukuku Dergisi**, 2007/15, s:893-906
- ENGİN, Murat: “Ferdî İş ilişkisinin Kurulması ve İşin Düzenlenmesi”, Yargıtay’ın İş
Hukukuna İlişkin Kararlarının Değerlendirilmesi 2000, İş Hukuku ve
Sosyal Güvenlik Hukuku Türk Milli Komitesi, Ankara 2002
- ENGİN, Murat: “Bireysel İş İlişkisinin Kurulması, Hükümleri ve İşin
Düzenlenmesi”, Yargıtay’ın İş Hukukuna İlişkin Kararlarının
Değerlendirilmesi 2004, İş Hukuku ve Sosyal Güvenlik Hukuku Türk
Milli Komitesi, Ankara 2006
- ER, Ünal: Sağlık Hukuku, Savaş Yayınevi, Ankara 2008
- ERDOĞDU, Seyhan:“Sosyal Politikada Değişim Ve Sosyal Güvenlik Reformu”,
Mülkiye, Güz/2006, C:XXX, S:252, s:211-236

- EREN, İpek: “Refah Devleti ve Sosyal Politikalar”, **Toplum ve Hekim**, Ocak-Şubat 2005, C:20, S:1, s:20-27
- EREN, Nevzat ve KARS, Zafer: “Refik Saydam’ın Koruyucu Tıp, Halk Sağlığı ve Tıp Mesleği Anlayışının Kökeni”, **Bilim ve Ütopya**, Şubat 1998, S:44, s:22-23
- ERGİN, Hediye: “Yabancıların Çalışma ve İkamet İzninin İş Sözleşmesine Etkisi”, **Legal İş Hukuku ve Sosyal Güvenlik Hukuku Dergisi**, 2007/16, s:1357-1402
- ERGİN, Hediye: “5510 Sayılı Yasanın Geçici Hükümlerine İlişkin Bir İnceleme”, **Legal İş Hukuku ve Sosyal Güvenlik Hukuku Dergisi**, 2007/13, s:221-280
- ERMAN, Barış: Ceza Hukukunda Tıbbi Müdahalelerin Hukuka Uygunluğu, Seçkin Yayıncılık, Ankara 2003
- EROL, Ahmet; ÖZDEN, Kemal ve FINDIKÇI, Mehmet: “Güzellik Merkezlerinde Fatura Düzenleme Zamanı, KDV ve Dönem Karının Tespiti Açısından Özellik Arzeden Durumlar”, **Yaklaşım**, Aralık 2007, S:180, s:34-39
- ERSOY, İbrahim: “Deveye Hendek Atlamak Ya da Tıp Merkezi Açmak”, <http://www.medimagazin.com.tr/mm-deveye-hendek-atlamak-ya-da-tip-merkezi-acmak-ky-51381.html>; (Erişim:27.11.2007)
- ESKİOCAK, Muzaffer: Sağlığa İlişkin Gerçekler, Türk Tabipler Birliği, 2007
- EYRENCİ, Ö; TAŞKENT, S; ULUCAN, D: Bireysel İş Hukuku, Legal Yayıncılık, İstanbul 2005
- EYRENCİ, Öner: “4857 Sayılı İş Kanunu İle Getirilen Yeni Düzenlemeler, Genel Bir Değerlendirme”, **Legal İş Hukuku ve Sosyal Güvenlik Hukuku Dergisi**, 2004/1, s:15-56
- FIELD.G.Mark: “Ulusal sağlık Sistemlerinde Başarı ve Kriz”,(Çeviren:Ömer TARIM), **Toplum ve Hekim**, Aralık 1991, S:48
- FİŞEK, A.Gürhan: “Sosyal Barışıklığın Tutkalı:Sağlık”, **Yeni Türkiye**, Mayıs-Haziran 2001, S:39, s:313-320
- GEMALMAZ, Mehmet Semih : “Turşu Fıçısı ya da Hasta Hakları”, **Toplum ve Hekim**, 1996, C:11, S:75-76, s:36-39

- GENÇ, Nurullah : “Örgüt Geliştirmenin Verimlilik ve Etkinlik Açısından Değerlendirilmesi ve Başlıca Örgüt Geliştirme Teknikleri”, **A.Ü.İ.İ.B.F. Dergisi**, S.3-4, s:362
- GÖKÇAY, İrfan : "Sağlık Hizmetleri", Özelleştirme Değil Kamulaştırma, Kaynak Yayınları, İstanbul 1995
- GÖKER, Aykut: “2020 Yılında Tıbbi Teknoloji”, 2000-2020 Sürecinde Nasıl Bir Dünya, Türkiye, Sağlık, Tıp Ortamı Öngörülebilir ?, TTB Yayını, Nisan 2002
- GÖNENCAN, Zahit: “Sosyal Sigorta Sisteminde Resen Hesaplama Sistemi”, Çimento İşveren, Mart 1994, C:8, S:2
- GÖZÜBÜYÜK, Abdullah Pulat: Türk Ceza Kanunu Şerhi, Cilt 1, Beşinci Bası, Kazancı Hukuk Yayınları No:64, İstanbul 1988
- GÜLER, Birgün Ayman: “İkinci Dalga: Siyasal ve Yönetmel Liberalizasyon(Kamu Yönetimi Temel Kanunu)”, **AÜ. SBF GETA Tartışma Metinleri**, Kasım 2003, Özel Sayı, No:59, s:1-34;
- GÜLER, Mikdat: “Belirli Süreli İş Sözleşmesi”, **Legal İş Hukuku ve Sosyal Güvenlik Hukuku Dergisi**, 2005/5, s:27-82
- GÜLER, Mikdat: “Belirli Süreli İş Sözleşmesinde Objektif Neden Kavramı ve Çalışma Koşullarının Esaslı Tarzda Değitirilmesi-Karar İnceleme-“, **Legal İş Hukuku ve Sosyal Güvenlik Hukuku Dergisi**, 2004/2, s:545-559
- GÜLMEZ, Mesut: “Anayasa Değitikliği Sonrasında, İnsan Hakları Sözleşmelerinin İç Hukuktaki Yeri ve Değeri”, **Türkiye Barolar Birliği Dergisi**, Eylül-Ekim 2004, S:54, s:147-161
- GÜLMEZ, Mesut : “Sendikal Haklara İlişkin Sözleşmelerin İç Hukuka Üstünlüğü ve Yasalarımızdaki Aykırılıklar”, **Çalışma ve Toplum**, 2005/1, S:4, s:11-57
- GÜLMEZ, Mesut: “Avrupa Sosyal Şartı ve Türkiye'nin Çekinceleri”, Avrupa Birliği Müzakere Sürecinde Avrupa Sosyal Modeli ve Sendikal Haklar Uluslararası Sempozyumu, 3-4 Ekim 2006, Ankara, Türk-İş Yay, Grup Matbaacılık, Mart 2007

- GÜLMEZ, Mesut: “Gözden Geçirilmiş Avrupa Sosyal Şartına Uyum Sağlayabilecek Miyiz?”, **Çalışma ve Toplum**, 2007/1, S:12, s:27-52
- GÜNAY, Cevdet İlhan: “Ücret Ödemede Gecikmenin Hukuki Sonuçları”, **Sicil**, Mart 2006, S:1, s:36-52
- GÜNAY, Serdar: “İlk Görüş Karinesi ve Sosyal Güvenlik Hukukundaki Yeri”, **E-Yaklaşım**, Ekim 2007, S:51
- GÜNEŞ, Sibel: “Sağlıkta Tek Çatı”, **CNBC-E BUSINESS**, Ağustos 2007, S:10, s:82-85
- GÜNEY, Tahsin: “Bütün Hastaneler Sigortalının Hizmetine Girdi-Röportaj”, **SGK Bülten**, Temmuz 2007, S:4, s:10-11
- GÜNEY, Tahsin: “Sözleşmesi Feshedilen Hekim İle Anlaşan Hastanenin De Sözleşmesi Feshedilecek”,(Röportajı Yapan: İbrahim ERSOY), <http://www.medimagazin.com.tr/index.php>; (Erişim:25.06.2007)
- GÜVEN, Ercan ve AYDIN, Ufuk: Bireysel iş Hukuku, Nisan Kitabevi, Eskişehir 2004
- GÜVEN, Kudret: Kişilik Hakları ve Ötenazi, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara 2000
- GÜZEL, Ali ve OKUR, A.Rıza: Sosyal Güvenlik Hukuku, Beta Yayınları, 8.Bası, İstanbul 2002
- GÜZEL, Ali, OKUR, Ali Rıza ve CANİKLİOĞLU, Nurşen: Sosyal Güvenlik Hukuku, Beta Yayınları, 11.Bası, İstanbul 2008
- GÜZEL, Ali: “Sosyal Sigortaların Genel Hükümleri ve Primleri”, Yargıtayın İş Hukukuna İlişkin Kararlarının Değerlendirilmesi 2002”, İş Hukuku ve Sosyal Güvenlik Hukuku Türk Milli Komitesi, Ankara 2004
- GÜZEL, Ali: “Türk Sosyal Güvenlik Sisteminde Öngörülen Reform Mevcut Sorunlara Çözüm mü?”, **Çalışma ve Toplum**, 2005/4, s:61-76
- GÜZEL, Ali: “İşçinin Ücretinin Ödenmemesi Nedeniyle İş Görme Edimini Yerine Getirmekten Kaçınması Ve Çalışmadığı Süre İçin Ücret Talep Edememesi- Karar İncelemesi”, **Çalışma ve Toplum**, 2005/2, s:123-147
- GÜZEL, Ali ve OCAK, Saim: “5510 Sayılı Yasa İle İşverenlere Getirilen Ek Sosyal Sigorta Yükümlülükleri”, **Legal İş Hukuku ve Sosyal Güvenlik Hukuku Dergisi**, 2007/13, s:137-186

- GÜZEL, Ali: “Sosyal Güvenliğin Evrensel Değerleri ve Yeni Liberal Reformlar”,
Tes-İş Dergisi, Kasım 2006, S:2006/3, s:40-47
- GÜZEL, Ali: “Sosyal Güvenlik Reformuna İlişkin Genel Bir Değerlendirme”,
Toprak İşveren, Haziran 2006, S:70, s:6-12
- GÜZELBEY, Asım, ALKAN, Funda ve DEĞİRMENCİ, Yaşar: “Özel Hastane
İşletmeciliği”, **Yeni Türkiye Dergisi**, Temmuz-Ağustos 2001, S:40,
s:1519-1521
- HAKERİ, Hakan: Tıp Hukuku, Seçkin Yayınları, Ankara 2007
- HAMZAOĞLU, Onur ve YAVUZ, Cavit Işık: “Sağlıkta AKP’li Dönemin Bilançosu
Üzerine”, **Mülkiye**, 2006/Güz. C:XXX, S:252, s:275-296
- HAMZAOĞLU, Onur: “AB’ye Girişin Türkiye Sağlık Hizmetlerine Etkileri”, 14
Mart Tıp Haftası 2006, İstanbul Tabip Odası Yayınları, İstanbul 2006
- HATIRNAZ, Gültener: Özel Hastanelerin Hukuki Sorumluluğu ve Hasta Hakları,
Seçkin Yayıncılık, Ankara 2007
- HAYRAN, Osman: “Sağlık Hizmetleri Yönetiminde Çağdaş Yaklaşım”, HAYRAN,
Osman ve SUR, Haydar: Sağlık İşletmelerinde Yönetim, SAYED
Yayınları, İstanbul 2005
- HAYRAN, Osman: “Sağlık Hizmetleri”, HAYRAN, Osman ve SUR, Haydar: Sağlık
Hizmetleri El Kitabı. Örgütlenme, Finansman, Yönetim, Mevzuat, Yüce
Yayın, İstanbul 1998
- HAYRAN, Osman: “Sağlık Hizmetleri”, HAYRAN, Osman ve SUR, Haydar:
Hastane Yöneticiliği, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul 1997
- HAYRAN, Osman: “Sağlık, Hastalık Kavramları ve Sağlık Hizmetlerinden
Yararlanma”, HAYRAN, Osman ve SUR, Haydar: Sağlık
İşletmelerinde Yönetim, SAYED Yayınları, İstanbul 2005
- HOT, İnci: “Ülkemizde Trahom İle Mücadele”, **Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-
Hukuku-Tarihi**, 2003, C:11, S:1, s:22–29
- ILLICH, Ivan: Sağlığın Gasbı, (Çeviren:Süha SERTABİBOĞLU), Ayrıntı Yayınları
:128, İstanbul 1995
- ILO Raporu ve SSK Değerlendirmesi, SSK Genel Müdürlüğü, Yayın No:580,
Haziran 1996

- ILO, Türkiye Cumhuriyeti Sosyal Güvenlik ve Sağlık Sigortası Reform Projesi, Sosyal Güvenlik Nihai Rapor, İLO/TF/Türkiye/R.60, İLO, Cenevre, Mart 1996
- İŞIKLI, Alpaslan : Dünya Bankası'nın Laik İmparatorluğunda Kumarhane Kapitalizmi, Otopsi Yayınları, İstanbul 2002
- İŞIKLI, Alparslan: “Özelleştirme ve Sağlık Politikaları”, **Toplum ve Hekim**, Temmuz-Ağustos 1996, C:11, S:74, s:11-14
- İŞIKLI, Alpaslan: “Sosyal Güvenliğin Bunalımı”, **Mülkiyeliler Birliği Dergisi**, Mayıs 1996, C:XX, S:191, s:25-27
- İŞIKLI, Alpaslan: “Sosyal Devletin Sonu”, **Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi**, Ekim-Kasım-Aralık 2004, S:20, s:2-11
- İŞIKLI, Alpaslan: “Sosyal Güvenliği Sonu mu?”, **Türk-İş**, Temmuz-Ağustos 2004, S:362, s:46-52
- İstanbul Tabip Odası, “Sam Amca'nın Türkiye'deki Hedefi Sağlık Pazarı”, **Hekim Forumu Dergisi**, Mayıs 1995, S:100
- İstanbul Tabip Odası: Tıbbi Deontoloji ve İyi Hekimlik(İstanbul Tabip Odası Hekimlik Uygulamaları Bürosu),<http://www.istabip.org.tr/icerik/tibbi-deontoloji-ve-iyi-hekimlik/>; (Erişim:10.10.2007)
- İTİŞKEN, Mustafa: “Asgari İşçilik Uygulaması İle Hizmet Alım Sözleşmeleri Örseleniyor (Mu ?) –I”, **Yaklaşım**, Ağustos 2006, S:164, s:239-244
- İTİŞKEN, Mustafa: “Asgari İşçilik Uygulaması İle Hizmet Alım Sözleşmeleri Örseleniyor (Mu ?) –II”, **Yaklaşım**, Eylül 2006, S:165, s:262-265
- KAAN, Tufan: “Sosyal Güvenliğin Piyasalaştırılması: İstikrar ve Yapısal Uyum Programları”, **Toplum ve Hekim**, Mart-Nisan 2005, C:20, S:2, s:122-128
- KAAN, Tufan: “Sosyal Güvenlik Reformu ve Genel Sağlık Sigortası”, **Çalışma ve Toplum**, 2006/1 Özel Sayı, S.8, s:147-161
- KALFA, Ceren: “Küreselleşme: Devlet Eliyle Neo-Liberal Dönüşüm”, **Toplum ve Hekim**, Ocak-Şubat 2005, C:20, S:1, s:28-35

- KAPAR, Recep: “Şili Sosyal Güvenlik Sisteminde Sağlık Ve Emeklilik Sigortalarında Yaşanan Değişimler”, **DEÜ. SBE Dergisi**, 1999, C:1, S:1, s:167-189
- KAPAR, Recep:“Taslak Metine İlişkin Eleştiriler: Sosyal Güvenlik Sisteminde Reform Önerisi”, **Sendikal Notlar**, Ağustos 2004, S:23, s:28-52
- KAPAR, Recep: Sosyal Korumanın İşgücü Piyasasına Etkisi, Birleşik Metal-İş Yayınları, İstanbul 2005, s:134
- KAPLAN, Aslan: “Özelleştirme - Sağlık Hizmetlerinde Özelleştirmenin Kavramsal Boyutu”, **Yeni Türkiye**, Temmuz-Ağustos 2001, S:40, s:1409-1430
- KARADENİZ, Oğuz: “Sosyal Sigorta İlişkinin Bir Koşulu: İşyerinde Fiili Çalışma”, **Sosyal Güvenlik Dünyası**, Temmuz-Ekim 2002, S:15, s:21-26
- KARADENİZ, Oğuz; KARADENİZ, Hülya K.: “Kanunlarca Yasaklanmış İşlerde Çalıştırılan Kimselerin Sosyal Güvenlik ve Vergi Uygulaması Karşısındaki Durumu”, **Sosyal Güvenlik Dünyası**, Mart-Nisan 2003, S:18, s:11-13
- KARADENİZ, Oğuz: Sosyal Sigortalar Kurumunun Prim Tarh, Tahakkuk ve Tahsil Yöntemleri, DEÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayınlanmamış Doktora Tezi), İzmir 2003
- KARAFAKIOĞLU, Mehmet: Sağlık Hizmetleri Pazarlaması, İÜ.İşletme Fakültesi Yayın No:271, İstanbul 1998
- KARAHANOĞLU, Onur: Kamu Hizmeti (Kavram ve Hukuksal Rejim), Ankara 2004
- KARAHANOĞULLARI, Onur: “Kamu Reformu Tartışmalarına Metodolojik Bir Bakış”,<http://yonetimbilimi.politics.ankara.edu.tr/reform-yontem.pdf>, (Erişim:28.04.2007)=**Hukuk ve Adalet Dergisi**, 2004, S:2
- KARAKAŞ, İsa ve KARAKAŞ, Ali: Asgari İşçilik Uygulamalar, İhtilaflar, İtiraz ve Dava Yolları, Adalet Yayınevi, Ankara 2007
- KARS, Zafer: “27 Mayıs’ın Sağlık Politikaları”, **Bilim ve Ütopya**, Şubat 1998, S:44
- KARS, Zafer: “Refik SAYDAM: Bağımsızlık, Cumhuriyet, Halk Sağlığı”, **Bilim ve Ütopya**, Şubat 1998

- KARATAŞ, Ahmet: “Tıp Merkezleri ve Polikliniklerde Yaşanan Sorunlar”, 14 Mart Tıp Haftası 2007, İstanbul Tabip Odası, İstanbul 2007, s:153-154
- KAVUNCUBAŞI, Şahin: Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Siyasal Kitabevi, Ankara 2000
- KAYNAK, Zeki: “Sağlık Hizmeti Satın Alma İle İlgili Soruşturmalar”, SGK Rehberlik ve Teftiş Başkanlığı Hizmet İçi Eğitim Semineri, Haziran 2007- Antalya, SGK Yayın No:4, Eylül 2007, Ankara
- KERMAN, Uysal: Sosyal Devletin Tasfiyesi ve Sağlık, Mucize Reklam ve Matbaacılık, Ankara 2004
- KESKİNBORA, H.Kadircan ve ÖNCEL, Öztan: “2005 Mali Yılı Bütçe Uygulama Talimatı, Deontoloji Ve Hasta Haklarıyla İlgili Düzenlemeler”, **Türkiye Klinikleri, Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi**, 2007, C:15, S:1, s:7-11
- KILIÇ, Güray: “Asgari Ücret Mi? Referans Ücret Mi ?”, <http://www.istabip.org.tr/ohk/referans.asp>; (Erişim:17.03.2007)
- KILIÇDAROĞLU, Kemal: “Kayıtdışı İstihdam”, **Yaklaşım**, Haziran 1999, S:78, s:9-12
- KILIÇDAROĞLU, Kemal: “Sosyal Güvenlik Reformu mu ?”, **Mercek**, Temmuz 2006, S:43. s: 7-12
- KILIÇOĞLU, Mustafa: İş Kanunu Şerhi, Turhan Kitabevi, Ankara 1999, s:684-685
- KIRAÇLI, Sami: “Genel Sağlık Sigortası MEDULA”, T.C.Sağlık Bakanlığı, 2.e- Sağlık Kongresi, 18-20 Ekim 2007, Antalya
- KIZILOT, Şükrü: İnşaat Muhasebesi Vergilendirilmesi Mevzuatı ve Asgari İşçilik, Yaklaşım Yayınları, Ankara 2000
- KIZILOT, Şükrü: “Kaçak İşçi Çalıştırmanın Dayanılmaz Cazibesi”, **Hürriyet**, 08.12.2004
- KIZILOT, Şükrü: “Bordroda Ücreti Düşük Gösteren İşverenlere Hapse Girme Tehlikesi”, **Yaklaşım**, Nisan 2008, s:23-24
- KOÇ, Yıldırım: “Sosyal Güvenlikte 19.Yüzyıla Dönme Çabaları ve SSK”, **Mülkiyeliler Birliği Dergisi**, Mayıs 1996, C:XX, S:191, s:61-63
- KOÇ, Yıldırım: Özelleştirme-Türkiye’yi Parçalamanın Bir Aracı, Kaynak Yayınları, İstanbul 2005

- KOÇ, Yıldırım: “Sağlık Hizmetlerinin ve Sosyal Güvenliğin Devlet Eliyle Sağlanması Türkiye’nin Geleceği Açısından Stratejik Önemdedir”, **İzmir Barosu Dergisi**, Temmuz 2006, S:3, s:158-167
- KORAY, Meryem: “Küreselleşmenin Mağdurları: Ekonomi Karşısında Sosyal, Sermaye Karşısında Emek, Piyasa Karşısında Siyaset”, Sosyal Politika Tartışmaları-II, 22 Mayıs 1997, İzmir
- KORAY, Meryem: Sosyal Politika, Ezgi Kitabevi Yayınları, Bursa 2000
- KORAY, Meryem: “Sosyal Politikanın Anlamı ve İşlevini Tartışmak...”, **Çalışma ve Toplum**, 2007/4, s:19-55
- KÖK, Ahmet Nezh: “İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesine Göre Aydınlatma ve Rıza”, 1.Türk Alman Tıp Hukuku Sempozyumu, **KHUKA**, 2005/2, s:116-121
- KÖK, Ahmet Nezh: “Ön Ad ‘Pretisyen’e Gerek Var Mı?”, <http://www.medimagazin.com.tr/mm-on-ad-pratisyene-gerek-var-mi-ky-51543.html>, (Erişim:20.03.2008)
- KÖK, Ahmet Nezh: “Yataklı Tedavi Kurumları Yönetmeliği’nin 13.Maddesi ve Performans Uygulaması”, http://www.medimagazin.com.tr/butun_yazilari.php?id=62, (Erişim:28.04.2007)
- KUDATGOBİLİK, Tuğrul: “Sosyal Güvenlikte Yeni Dönem”, **Mercek**, Temmuz 2006, S:43, s:13-16
- KURU, Baki: Hukuk Muhakemeleri Usulü El Kitabı, Alfa Basım Yayım Dağıtım, İstanbul 1995
- KURT, Yavuz: “Ölüm Sigorta Kolu ve 506 sayılı Yasada Hukuk Boşluğu”, **Sosyal Güvenlik Dünyası**, Temmuz-Ekim 2002, S:15, s:83-89
- KURTULMUŞ, Sevgi: Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi, Değişim Dinamikleri Yayınları, İstanbul 1998
- KUTBAY, Ekrem, ESKİOCAK, Muzaffer ve YARIŞ, Ersin: “İşyeri Hekimliği Birinci Basamak Hekimliğidir”, **Toplum ve Hekim**, Mayıs-Haziran 1995, C:10, S:67, s:48-51

- LAÇİNER, Hediye: “Yabancı Öğretim Elemanının Çalışma İzninin İş Sözleşmesinin Belirli Süreli Yapılmasına Etkisi-Karar İnceleme”, **Çimento İşveren**, Kasım 2006, S:6, s:32-47
- MAKAS, Recep: “Sosyal Güvenlikte Yeni Örgütlenme Modeli: Sosyal Güvenlik Kurumu”, **Tes-İş Dergisi**, Kasım 2006, S:2006–3, s:60–65
- MARTİN, Brendan : Özelleştirme Kamu Yararına mı?, Türk Harb-İş Sendikası Yayınları, Eylül 1994
- MAYKOVİCH, Minako K.: Medical Sociology, Alfred Publishing Co., California 1980
- MAZGİT, İsmail: Ekonomik Kalkınma Sürecinde Türkiye’de Sağlık Sektörünün Yeniden Yapılanması, Dokuz Eylül Üniversitesi (Yayımlanmamış Doktora Tezi), İzmir 1998
- MIZRAK, Nihal Yıldırım: “Sosyal Güvenlik Alanındaki Gelişmeler ve Bir Özelleştirme Örneği: Şili Özel Emeklilik Sistemi”, **Mülkiyeliler Birliği Dergisi**, C.17, S.152, s.43-50
- MOLLAMAHMUTOĞLU, Hamdi: İş Hukuku, Turhan Kitabevi, Ankara 2004
- MOLLAMAHMUTOĞLU, Hamdi: “4857 Sayılı Yeni İş Kanunu’nun Getirdiği Önemli Bazı Yenilikler”, **Kamu-İş**, 2004/4, s:1-37
- MOYNIHAN, Ray ve CASSELS, Alan: Satılık Hastalıklar, (Çeviren:Gökçesu TAMER, Evren YILDIRIM), Hayykitap, İstanbul 2006
- MUTLU, Ayşegül ve IŞIK, A.Kadir: Sağlık Ekonomisine Giriş, Ekin Kitabevi Yayınları, Bursa 2005
- NARMANLIOĞLU, Ünal: İş Hukuku-Ferdi İş İlişkileri I, DEÜ.HF.Döner Sermaye Yayınları No:91, İzmir 1998
- NAVARRO, Vicente: “Birleşik Devletler Sağlık Hizmetlerinin İnsanlık Dışı Durumu”, (Çeviren:Erce SEVİN), **Toplum ve Hekim**, Kasım-Aralık 2003, C:18, S:6, s:443-445
- NOYAN, Süha: “Kapitalizm ve Sosyal Güvenlik”, **Sağlıkta Sınıf Tavrı**, Mayıs-Haziran 1996, S.7, s.7-8
- ODAMAN, Serkan: “Sosyal Hukuk Alanında Uluslar Arası Sözleşmeler Işığında Evrensel Hukuk-Ulusal Hukuk İlişkisi”, **Legal İş Hukuku ve Sosyal Güvenlik Hukuku Dergisi**, 2004/3, s:816-834

- OĞUZ, Kürşad ve SAROĞLU, Aycan: “ ‘Ruhsuz Güzellik’ Bizi Bozmasın”, **Aktüel**, 26 Ağustos 2003, S:631, s:12-16
- OKUR, A.Rıza:Sağlık Hakkı ve Sağlık Sigortaları, İstanbul 1992
- OKUR, Ali Rıza: “Sosyal Sigortaların Genel Hükümleri ve Türleri”, Yargıtay’ın İş Hukukuna İlişkin Kararlarının Değerlendirilmesi 2004, İş Hukuku ve Sosyal Güvenlik Hukuku Türk Milli Komitesi, Ankara 2006, s:173-267
- OKUR, Ali Rıza: “Sosyal Güvenlik Reformu Ve Genel Sağlık Sigortası”, **Legal İş Hukuku ve Sosyal Güvenlik Hukuku Dergisi**, 2006/12, s:1285-1308
- OKUR, Ali Rıza: “Türk Sosyal Güvenlik Reformu ve Genel Sağlık Sigortası”, Sosyal Güvenliğin Yeniden Yapılandırılması Semineri, 7-8 Aralık 2006 Ankara, TİSK Yayın No:284, 2007 Ankara, s:115-182
- OKUR, Ali Rıza ve ERGİN, Hediye: “5510 Sayılı Kanunda Değişiklik Öngören 25/10/2007 Tarihli Taslağın Değerlendirilmesi”, **Legal İş Hukuku ve Sosyal Güvenlik Hukuku Dergisi**, 2007/16, s:1441-1470
- OKUR, Ali Rıza: “Hukuk Tarihimizin Yürürlük Özürlü İlk Yasası: 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, [http://www.tisk.org.tr/isveren_sayfa.asp?yazi_id=2051&id=;](http://www.tisk.org.tr/isveren_sayfa.asp?yazi_id=2051&id=) (Erişim:15.06.2008)
- OLGAÇ, Cüneyt: “SSK da Fiilen Tespitte Getirilen Sınırlama Kurumsal Zarara ve Kayıtdışı İşçi Çalıştıranlara Teşvik Getirmiş midir ?”, **Sosyal Güvenlik Dünyası**, Ocak-Şubat 2006, S:35, s:56-61
- OZANOĞLU,T.;YALNIZOĞLU,S. ve TÜMER,A.:Açıklamalı-İçtihatlı Sosyal Sigorta Mevzuatı, 1.Cilt, Atak Matbaası, Ankara 1974
- ÖZAY, Merter: Estetik Amaçlı Tıbbi Müdahalelerde Hekimin Hukuki Sorumluluğu, Yetkin Yayınları, Ankara 2006
- ÖZCAN, Celal: “Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, Taslaklar ve Reform”, **Mercek**, Ocak 2008, S:49, s:53-65
- ÖZÇELİK, Ziyet: “Hekimler Nasıl Çalış(tırıl)ır?”, **Tıp Dünyası**, 1 Kasım 2003, S:113
- ÖZDEMİR, Hayrünnisa: Özel Hukukta Teşhis ve Tedavi Sözleşmesi, Yetkin Yayınları, Ankara 2004, s:56

- ÖZDEMİR, Süleyman: Küreselleşme Sürecinde Refah Devleti, İstanbul Ticaret Odası Yayın No:2004/69, İstanbul 2004
- ÖZGEN, Hacer : "Sağlık Bakım Hizmetlerinde Kalite Nedir ? Hasta Tatmin Boyutuyla İlgili Bir Değerlendirme", **Toplum ve Hekim**, Eylül-Aralık 1995, C:10, S:69-70, s:47-53
- ÖZGENÇ, İzzet: Türk Ceza Kanunu Şerhi(Genel Hükümler), Seçkin Yayıncılık, Ankara 2005
- ÖZLÜ, Tevfik: Hasta Hakları, Timaş Yayınları, İstanbul 2005
- ÖZLÜ, Tevfik: "Biyolojik-Hukuk Sözleşmesi İlkeleri Bağlamında Hekim-Hasta İlişkisi", **KHukA**, Kasım 2005, 2-2005, 1.Türk Alman Tıp Hukuku Sempozyumu Sayısı, s:167-168
- ÖZLÜ, Tevfik: "Biyolojik-Hukuk Sözleşmesi İlkeleri Bağlamında Hekim-Hasta İlişkisi", **KHukA**, Kasım 2005, 2-2005, 1.Türk Alman Tıp Hukuku Sempozyumu Sayısı, s:167-168
- ÖZSEVER, Atilla: "Sosyal Güvenlikte 'Vahşi Kapitalizm' Dönemi", **Mülkiyeliler Birliği Dergisi**, Mayıs 1996, C:XX, S:191, s:51-59;
- ÖZŞUCA, Ş.Türkan: Sosyal Güvenlik Sisteminde Yaşanan Kriz, Sistemin Yeniden Yapılanması Üzerine Öneriler, Türk Harb-İş, Ankara 1995
- ÖZŞUCA, Şerife Türkan : "Özel Emeklilik Programları Kamu Emeklilik Programlarına Alternatif Olabilir mi?", **Ekonomik Yaklaşım**, İlkbahar-Yaz 1997, C.8, S.24-25, s.31-45
- ÖZŞUCA, Şerife Türkan: "Yapısal Uyum, Küresel Bütünleşme ve Refah Devleti", **Kamu-İş**, 2003, C:7, S:2, s: 227-237
- ÖZŞUCA, Ş.Türkan: "Küreselleşme Sürecinde Sosyal Güvenlik Ve İşgücü Piyasası", **Tes-İş Dergisi**, Kasım 2006, S:2006/3, s:48-59
- ÖZTEK, Zafer: Sağlık Kavramı ve Sağlık Hizmetleri, **Yeni Türkiye**, Mayıs-Haziran 2001, S:39, s:295-311
- ÖZTÜRKLER, Cemal: Hukuk Uygulamasında Tıbbi Sorumluluk, Teşhis, Tedavi Ve Tıbbi Müdahalelerden Doğan Tazminat Davaları, Seçkin Yayıncılık, Ankara 2006

- PALA, Kayıhan: “2000’e Doğru Türkiye’de Tedavi Edici sağlık Hizmetlerinin Genel Durumu”, **Toplum ve Hekim**, Temmuz-Ağustos 1995, C:10, S:68, s:64-75
- PALA, Kayıhan ve YAVUZ, Cavit Işık: “Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Üzerine Bir Değerlendirme: Düzce Örneği”, **Toplum ve Hekim**, Mayıs-Haziran 2005, C:20, S:3, s:162-171
- PALA, Kayıhan: “Dünya Bankası’nın Türkiye İçin Sağlık Politikası ve Genel Sağlık Sigortası”, **Toplum ve Hekim**, Mart-Nisan 2003, C:18, S:2, s:115–119
- PEKCANITEZ, H, ATALAY, O ve ÖZEKES, M: Medeni Usul Hukuku, Seçkin Yayıncılık, 2.Bası, Ankara 2001
- PEKİN, Tefik: Ekonomiye Giriş, Zeus Kitabevi, İzmir 2005
- PERKİNS, John: Bir Ekonomik Tetikçinin İtirafları, (Türkçesi:Murat KAYI), APRIL Yayıncılık, 3.Baskı, Ankara 2006
- PERKİNS, John: Bir Ekonomik Tetikçinin İtirafları 2 - Şirketokrasi ve Ondan Kurtulmanın Yolları, (Türkçesi:Cihat TAŞÇIOĞLU), APRIL Yayıncılık, 3.Baskı, Ankara 2007
- POLAT, Celal: “Kayıtdışı İstihdam ve Çözüm Önerileri”, **SSK Bülteni**, Nisan-Haziran 2001, S:80, s:32-35
- ROSANVALLON, Pierre: Refah Devletinin Krizi, (Türkçesi:Burcu ŞAHİNLİ), Dost Kitabevi Yayınları, Ankara 2004
- ROSSKAM, E: “Winners or Losers?”, Liberalizing Public Services, Cenevre 2006
- SALTIK, Ahmet: “Sağlık Ekonomisinde Yeni Kavramlar”, **Toplum ve Hekim**, Temmuz-Ağustos 1996, S:68, s:38-44
- SALTIK, Ahmet: “Cumhuriyet Dönemi Sağlık Hizmetlerinin Tarihçesi”, **Bilim ve Ütopya**, Şubat 1998, S:44, s:16–20
- SALTIK, Ahmet: “1960’dan Günümüze Sağlık Hizmetleri”, **Bilim ve Ütopya**, Şubat 1998, S:44, s:28-29
- SANCAKDAR, Oğuz: “Bütçe Uygulama Talimatları İle Tedavi Giderlerinin Sınırlandırılması Sorunu ve Dış Tedavisi Örneği”, **DEÜ Hukuk Fakültesi Dergisi**, İzmir 2004, C:6, S:1, s:203-232
- SARAÇ, Coşkun: İşverenin Prim Ödeme Yükümlülüğü, Türkiye İşçi Emeklileri Cemiyeti Yayınları:9, Ankara 1998

- SARAÇ, Coşkun: Sosyal Sigorta Ödenekleri, Birleşik Matbaacılık, İzmir 2005
- SARGUTAN, Erdal: Sağlık Reformu Temel Yaklaşımlarının Genel Analizi, Ankara, Temmuz 1993
- SARGUTAN, Erdal: Türk Sağlık Hizmetleri Yapı ve Ürünlerinin İyileştirilmesi, Sağlık-İş Yayınları, Ankara 1993
- SARGUTAN, Erdal: Türk Sağlık Sektörünün Yapısı, Sağlık-İş Yayınları, Ankara 1993
- SARITAŞ, Hatice: Hasta Hakları Açısından Hekim Sorumluluğu, Bilge Yayınevi, Ankara 2003
- SAVAŞ, Cem İsmail ve GÜRCAN, Efe Can: “Hastalık İcadına Karşı Toplumcu Tıp ve Milli Sağlık Anlayışımız”, **Bilim ve Ütopya**, Mart 2007, S:153, s:18-23
- SAVAŞ, Halide: Sağlık Çalışanlarının ve Sağlık Kurumlarının Tıbbi Müdahaleden Doğan Sorumlulukları, Seçkin Yayıncılık, Ankara 2007
- SCHULTZ, R ; JOHNSON, A.C: Fundamentals of Health at Work, Taylor&Francis, London 2001
- SERİM, Bülent: “Sosyal Devlet, Sağlık Hakkı ve Getirilen Sınırlamalar”, **Mülkiye**, S:106, s:47
- SERİN, Necdet ve ÇAKICI, Latif: Sağlık Ekonomisi ve İşletmeciliği, Ankara Üniversitesi Basımevi Kitap No:3703, Ankara 1990
- SERTER, Nur: Devlet Görevlerindeki Gelişmelerin Sonucu Olarak Sosyal Devlet, İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi, Rektörlük No:3856, Fakülte No:547, İstanbul 1994
- SEVİMLİ, K.Ahmet: “İş Hukukunda Yazılı Şekil Şartı”, **Çimento İşveren**, Mart 2003, C:17, S:2, s:11-26
- SOYER, Ata: “Türkiye’de Sağlıkta Özelleştirme”, **Birikim**, Şubat 1995, S:70, s:40-53
- SOYER, Ata: “Türkiye’de Sağlıkta Özelleştirme”, Editör: BELEK, İlker ve SOYER, Ata: Sağlıkta Özelleştirme, Sorun Yayınları, İstanbul 1995, s:125-145
- SOYER, Ata ve BELEK, İlker: “Türkiye’de Özel Sağlık Sektörü ve Sağlıkta Özelleştirme”, **Toplum ve Hekim**, Ocak-Şubat 1998, C:13, S:1 s:35-45;

- SOYER, Ata: “Türkiye’nin İktisadi ve Sosyal Tarihi Bağlamında Başlangıcından 1960’a Kadar Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Bakanlığı”, **Toplum ve Hekim**, Kasım-Aralık 2001, C:16, S:6, s:413-429
- SOYER, Ata: “Sağlıkta Dönüşüm Öyküsünün Son Üç Yılı”, **Tes-İş Dergisi**, Kasım 2006, S:2006/3, s:76-79
- SOYER, Polat: “Ferdî İş ilişkisinin Kurulması ve İşin Düzenlenmesi”, Yargıtay’ın İş Hukukuna İlişkin Kararlarının Değerlendirilmesi 1997, İş Hukuku ve Sosyal Güvenlik Hukuku Türk Milli Komitesi, MESS Yayın No:298, İstanbul 1999
- SOYSAL, Mümtaz ve ERTUĞRUL, İlter: Kamu Hizmeti ve Tahkim, KİGEM Vakfı, Temmuz 1999
- SÖNMEZ, Sinan: “Küreselleşmenin Nişan Tahtası: Kamu Yararı ve Kamu Hizmeti”, **Toplum ve Hekim**, Ocak-Şubat 2001, C:16, S:1, s:14-19
- SÖZER, Ali N: Hasta İşçinin İş İlişkisi, Ege Üniversitesi(Yayımlanmamış Doktora Tezi), İzmir 1981
- SÖZER, Ali Nazım: Sosyal Sigorta İlişkisi, DEÜ Yayınları No:096.AR.89.012.074, İzmir 1991
- SÖZER, Ali Nazım ve DEMİRBİLEK, Sevda: “Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Ekonomik ve Hukuki Açıdan Değerlendirilmesi”, DEÜ 1.Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, 4 - 7 Mayıs 1994, Kuşadası-AYDIN, DEÜ Rektörlük Matbaası, İzmir 1995
- SÖZER, Ali Nazım: “Anayasal İktisat ve Sosyal Devlet”, Anayasa-Sosyal Devlet ve Sosyal Güvenlik Sorunları Sempozyumu, 10-11 Nisan 1997, Ankara, Türkiye İşçi Emeklileri Cemiyeti Yayınları, Yayın No:5, Ankara 1997
- SÖZER, Ali Nazım: Türkiye’de Sosyal Hukuk, Barış Yayınları-Fakülteler Kitabevi, 2.Baskı, İzmir 1998
- SÖZER, Ali Nazım: “Sosyal Sigortalarda Yeniden Yapılanma ve Şili Modeli”, **Sosyal Güvenlik Dünyası Dergisi**, Nisan 2001, S.10, s.1-14
- SÖZER, Ali Nazım: “Genel Sağlık Sigortası Kimin Yararına?”, **Mercek**, Ocak 2005, s:21-31

- SÖZER, Ali Nazım: “Genel Sağlık ve Emeklilik Sigortası Sistemleri İle Sosyal Yardım ve Hizmetler Kanun Tasarı Taslakları Hakkında”, **Türk-İş**, Temmuz-Ağustos 2004, S:362, s:56-60
- SÖZER, Ali Nazım: “Sosyal Sigortaların Genel Hükümleri ve Primler”, Yargıtay’ın İş Hukukuna İlişkin Kararlarının Değerlendirilmesi 2003, İş Hukuku ve Sosyal Güvenlik Hukuku Türk Milli Komitesi, Ankara 2005
- SÖZER, Ali Nazım: “Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanun Tasarısında Genel Sağlık Sigortasına İlişkin Düzenlemeler”, **Legal İş Hukuku ve Sosyal Güvenlik Hukuku Dergisi**, 2005/7, s:1175-1190
- SÖZER, Ali Nazım: “Sağlıkta Dönüşüm Projesi ve Genel Sağlık Sigortası”, **TİSK Akademi**, 2006/1, C:1, S:1, s:47-55
- SÖZER, Ali Nazım: “Genel Sağlık Sigortası: Reform Mu Deform Mu ?”, Yeni Düzenlemeler Çerçevesinde Sosyal Güvenlik Mevzuatı Semineri, **Kamu-İş**, Ankara 2007, s:124-147
- SÖZER, Ali Nazım: “5510 Sayılı Kanun’un Genel Sağlık Sigortasına İlişkin Düzenlemeleri”, Sosyal Güvenlik Hukuku, Yasalar ve Gerçekler, İstanbul Barosu Yayınları, Haziran 2007, s:150-167
- SÖZER, Ali Nazım: “Sosyal Güvenliğin Organizasyonu”, Sosyal Güvenliğin Yeniden Yapılandırılması Semineri, 7-8 Aralık 2006 Ankara, TİSK Yayın No:284, Ankara 2007
- SÖZER, Ali Nazım: “Genel Sağlık Sigortasında Sunulan Edimler: Kapsam ve Yararlanma Koşulları”, **Sicil**, Haziran 2008, S:10, s:146-157
- SUR, Haydar: “Ekip Çalışması”, HAYRAN, Osman ve SUR, Haydar: Sağlık İşletmelerinde Yönetim, SAYED Yayınları, İstanbul 2005
- SUR, Haydar: Sağlık Sektöründe Sağlıklı Yönetim, Avrasya Global Yayınları, İstanbul 2006
- SUR, Haydar ve HAYRAN, Osman: “Devletin Sağlık Hizmetlerindeki Rolü”, <http://www.merih.net/m1/wosmhay19.htm>, (Erişim:09.02.2006)
- SUR, Haydar ve ŞAHİN, Tahir Kemal: “Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesinde Bilinmesi Gereken Bazı Kavram ve Yaklaşımlar”, <http://www.merih.net/m1/whaysur28.htm>, (Erişim:12.02.2006)
- SUR, Melda: İş Hukuku Toplu İlişkiler, Turhan Kitabevi, Ankara 2006

- SÜZEK, Sarper: İş Hukuku, 2.Bası, Beta Yayınları, İstanbul 2005
- SÜZEK, Sarper: ““Ferdî İş ilişkisinin Kurulması ve İşin Düzenlenmesi”, Yargıtay’ın İş Hukukuna İlişkin Kararlarının Değerlendirilmesi 2001, İş Hukuku ve Sosyal Güvenlik Hukuku Türk Milli Komitesi, Ankara 2003
- ŞAKAR, Müjdat: İş Hukuku Uygulaması, Der Yayınları, 6.Baskı, İstanbul 2005, s:80
- ŞAKAR, Müjdat: “Sosyal Güvenlik Reformunun Siyasal Riski”, **Yaklaşım**, Mart 2006, S:159, s:15-18;
- ŞAKAR, Yusuf: “SSK’lıların Adı “4/a’lı” Oldu !”, **Mercek**, Temmuz 2006, S:43, s: 86-100
- ŞAKAR, Müjdat: “Sigortalı Mıyız, İp Canbazı Mı?”, **Sicil**, Haziran 2008, S:10,s:158-163
- ŞAKAR, Müjdat: “Yeni Sosyal Güvenlik Düzeni Acaba Kimi Memnun Edecek?”, **Mercek**, Ocak 2008, S:49, s:108-116
- T.C Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Türkiye Sağlık Reformu -Sağlıkta Mega Proje, Ankara 1992
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetlerinde Mevcut Durum, 1.Ulusal Sağlık Kongresi, 23–27 Mart 1992
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Dönüşüm, Aralık 2003
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Projesi Konsept Notu, Sağlık Bakanlığı Proje Yönetimi Destek Birimi, 2003
- T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 80.Yılında Tedavi Hizmetleri (1923-2003), Ankara 2004
- T.C.Sağlık Bakanlığı, Aile Hekimliği Türkiye Modeli, Ankara 2004
- T.C. Sağlık Bakanlığı Bilgi İşlem Daire Başkanlığı, Türkiye Sağlık Bilgi Sistemi Eylem Planı, Ocak 2004, <http://www.saglik.gov.tr/extras/birimler/bidb/tsbs.pdf>, (Erişim:23.03.2007)
- T.C. Sağlık Bakanlığı ve TC.Yükseköğretim Kurulu:Türkiye Sağlık İnsan Gücü Durum Raporu, Mart 2008 Ankara
- TAMER, Mustafa: Yerel Yönetimlerde İşyeri Açma ve Çalışma Ruhsatları, Seçkin Yayıncılık, Ankara 2006

- TARTANOĞLU, Namık Kemal: “Özel Hastane Doktorları Muayenehane Açabilir Mi? Açmalı Mı?”, <http://www.istabip.org.tr/icerik/hekimlik-uygulamalari-burosu/>, (Erişim:06.09.2007)
- TAŞKENT, S; EYRENCİ, Ö. ve ULUCAN, D.:Bireysel İş Hukuku, 3.Bası, Legal Yayıncılık, İstanbul 2006
- TAŞKENT, Savaş: “Belirli Süreli İş sözleşmelerinin Yapılabilmesi”, **Legal İş Hukuku ve Sosyal Güvenlik Hukuku Dergisi**, 2006/9, s:33-39
- TAŞKENT, Savaş: “Belirli Süreli İş Sözleşmesi Yapma Serbestisi ve Bunun Sınırı”, **Sicil**, Mart 2008, S:9, s:14-22
- TAŞKENT, Savaş: “İş İlişkisinin Sona Ermesi ve Kıdem Tazminatı”, Yargıtay’ın İş Hukukuna İlişkin Kararlarının Değerlendirilmesi 2004, İş Hukuku ve Sosyal Güvenlik Hukuku Türk Milli Komitesi, Ankara 2006
- TATAR, Fahreddin: “Sağlık, Özelleştirme ve Dahili Piyasalar’ın Kuramsal Analizi ve Türkiye İçin Çıkarılacak Dersler”, DEÜ 1.Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, 4 - 7 Mayıs 1994, Kuşadası-AYDIN, DEÜ Rektörlük Matbaası, İzmir 1995
- TATAR, Mehtap ve TATAR, Fahreddin: Yerel Yönetimler ve Sağlık, Türk Belediyecilik Derneği ve Konrad Adenauer Vakfı, Ankara 1998
- TAYLAN, Bahattin: Genel Sağlık Sigortasına Özgü Aktüeryal Teknikler ve Türkiye Uygulaması, Dokuz Eylül Üniversitesi (Yayımlanmamış Doktora Tezi), İzmir 1992
- TDK, Türkçe Sözlük, Türk Dil Kurumu Yayınları:549, 10.Baskı, Ankara 2005
- TELLAN, Derya:”e-Sağlık yada Ticarileşen Hastalık”, **Özgür Üniversite Forumu**, Nisan-Eylül 2004, S:26-27, s:139-154
- TEMİZ, Hasan Ejder: Küreselleşmenin Sosyal Boyutları ve Türkiye Açısından Etkileri, Genel-İş Matbaası, Ankara 2004
- TİSK, Dünyada Sosyal Güvenlik Alanında Gelişmeler ve Türkiye, TİSK Yay No.11, Ankara 1994
- TİSK Görüşü: “Gözden Geçirilmiş Avrupa Sosyal Şartı”, **İşveren**, Ekim 2006, C:45, S:1, s:62-65
- TOBB, Sosyal Güvenlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu: TOBB Yay., No:264 BÖM:17, 2.Baskı

- TOPAK, Oğuz: “Dünya Bankası ve Sosyal Güvenlik Sistemine İlişkin “Yeni” Hedefler”, **Sendikal Notlar**, Ağustos 2004, S:23, s:53-79
- TOPAK, Oğuz:”Birikim, Kriz ve Sosyal Güvenlik”, **Toplum ve Hekim**, Mart-Nisan 2005, C:20, S:2, s:112-121
- TOPCUK, Yılmaz: “Sosyal Sigortalarda Bitmeyen Hurafe: Kayden Tespit!”, **Sosyal Güvenlik Dünyası**, Ocak-Mart 2002,S:13, s:62-68
- TOPCUK, Yılmaz: “5510 Sayılı Yasaya Göre Birden Fazla İşyerinde ve/veya Birden Fazla Statüde Çalışanların Sosyal Güvenliği”, **E-Yaklaşım**, Ocak 2007, S:42
- TTB, Birinci Basamak ve Aile Hekimliği-TTB Görüşü, **Topluk ve Hekim**, Mayıs-Haziran 1995, C:10, S:67, s:73–77
- TTB, Sağlıkta Özelleştirme ve Aile Hekimliği,(Broşür) TTB Tezleri, Mart 1997
- TTB, Dünya Bankası Sağlıkta Dönüşüm Projesi Değerlendirme Belgesi, **Toplum ve Hekim**, Kasım-Aralık 2005, C.20, S:6, s:431–447
- TTB, Genel Sağlık Sigortası, Türk Tabipleri Birliği Görüşleri, TTB Yayınları, 3.Baskı, Ekim 2005
- TUĞRUL, Aslı: “Kapitalistler de Sermaye Düşmanı Oldu”, **CNBC-E BUSINESS**, Ağustos 2007, S:10, s:46-47
- TUNCAY, A.Can ve EKMEKÇİ, Ömer: Sosyal Güvenlik Hukuku’nun Esasları, Legal Yayınları, İstanbul 2008
- TUNCAY, A.Can: “Hizmet Akdinin Türleri ve Sona Ermesi Açısından Arayışlar”, **TÜHİS İş Hukuku ve İktisat Dergisi**, Mayıs 2001-S:6, Ağustos 2001-S:1, s:1-36
- TUNCAY, Can: “Ücretin Ödenmemesinin Sonuçları(İşçinin İş Görmekten Kaçınma Hakkı)”, **Legal İş Hukuku ve Sosyal Güvenlik Hukuku Dergisi**, 2005/6, s:650-654
- TUNCAY, A.Can: “Yeni Sistemde Fiili Çalışma İlişkisine Dayanmayan Sigortalılık”, **Mercek**, Temmuz 2006, S:43, s:68-75
- TÜĞİAD, 2000’li Yıllara Doğru Türkiye’nin Önde Gelen Sorunlarına Yaklaşımlar:27-Sosyal Güvenlik, TÜĞİAD, İstanbul 1997
- Türk-İş, Sosyal Güvenlik Reformu Araştırması, Mayıs 1996

- Türkiye- Sağlık Finansmanı Politika Seçenekleri Çalışması, Nihai Rapor(Özet),
Avustralya Sağlık Sigortası Komisyonu, Mart 1996
- Türkiye Sağlık İşletmeleri Derneği, SGK Sağlık Uygulama Tebliği, Ankara 2007
- TÜSİAD, Emekli ve Mutlu, Türk Sosyal Güvenlik Sisteminin Sorunları, Çözüm
Önerileri, Özel Sigortacılık Girişimi, İstanbul 1996
- TÜSİAD, Türk Sosyal Güvenlik Sisteminde Yeniden Yapılanma, TÜSİAD, Yay.
No:T/97-10/217, İstanbul 1997
- TÜSİAD, Sağlıklı Bir Gelecek:Sağlık Reformu Yolunda Uygulanabilir Çözüm
Önerileri, Yayın No:T/2004-09/380, Eylül 2004
- USTA, Muharrem: “Özel Hastanede Yaşanan Sorunlar”, 14 Mart Tıp Haftası 2007,
İstanbul Tabip Odası, İstanbul 2007
- UŞAN, Fatih: “Türk Tabipler Birliği Asgari Ücret Tarifesinin Uygulanabilirliği-
Karar İnceleme”, **Çimento İşveren**, Mayıs 2006, C:20, S:3, s: 40-51
- UŞAN, Fatih: “İşyeri Hekimi İle İşveren Arasında Yapılan Sözleşmenin Belirli
Sürelili Yapılması Gerekliliği Konusunda Yargıtay Görüş Mü Değiştirdi?
-Karar Değerlendirme-”, **İşveren**, Şubat 2008, C:46, S:5, s:81-84
- UZ, Hulki: “Sağlık Ekonomisi”, HAYRAN, Osman ve SUR, Haydar: Sağlık
Hizmetleri El Kitabı. Örgütlenme, Finansman, Yönetim, Mevzuat, Yüce
Yayın, İstanbul 1998
- UZ, M.Hulki: “Sağlığı Tanımlamak, Dünya Sağlık Örgütü’nün Tanımı Üzerine
Düşünceler”, **Yeni Türkiye**, Mayıs-Haziran 2001, S:39, s:321-322
- UZ, M.Hulki: “Sağlık Ekonomisi ve Hastanedeki Uygulamaları”,
<http://www.merih.net/m1/whulkuz25.htm>, (Erişim:12.02.2006)
- ÜÇKUYU, Yavuz: “Küreselleşme, Küreselleşme Ekseninde Sağlık Politikaları”,
Özgür Üniversite Forumu, Nisan-Eylül 2004, S:26-27, s:30-45
- ÜNVER, Yener: “Türk Tıp Hukukunda Rıza”, 2.Türk-Alman Tıp Hukuku
Sempozyumu, **YÜHFD**, 2006, C:III, S:2, s:227-288
- WAITZKIN, Howard: “ABD’den Sağlık İşletmeciliği İhracı”, (Çeviren:Önder
ERGÖNÜL), **Toplum ve Hekim**, Kasım-Aralık 2001, C:16, S:6, s:448-
452
- WILKINSON, Carol: Fundamentals of Health at Work, Taylor&Francis, London
2001

- YAKUPOĞLU, Hakan: “Türkiye’de Özel Hastaneler ve Sorunları”, **Yeni Türkiye Dergisi**, Temmuz-Ağustos 2001, S:40, s:1522-1524
- YALÇINKAYA, Orhan: Bağ-Kur Kanunu, Turhan Kitabevi, Ankara 2001
- YAŞAR, Osman: uygulamada Türk Ceza Yasası-Genel Hükümler, Seçkin Yayınevi, Ankara 2000
- YAVUZ İPEKYÜZ, Filiz: Türk Hukukunda Hekimlik Sözleşmesi, Vedat Kitapçılık, İstanbul 2006
- YEĞİNBOY, Yasemin E.:Ulusal Düzeyde Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi, Sağlık Hizmetleri ve İşletmeleri Serisi:1, Doğruluk Matbaacılık, İzmir 1993
- YEĞİNBOY, Yasemin ve TAYLAN, Bahattin: Ulusal Düzeyde Sağlık Sigortası, Veyeriler Sigortacılık Kültür Dizisi, İzmir 1993
- YELDAN, Erinç: “Sosyal Güvenlik ‘Reformu’ “, **Cumhuriyet**, 19.04.2006
- YENEN, Osman Şadi: “Hastalık İcadı Yada İlaç Pazarının Genişletilmesi”, **Bilim ve Ütopya**, Mart 2007, S:153, s:4-8
- YEREBAKAN, Metin: Özel Hastaneler Araştırması, İstanbul Ticaret Odası Yayın No:2000-26, İstanbul 2000
- YILDIRIM, Fadıl: “Hekimin Sır Saklama Yükümlülüğü”, Sağlık Hukuku Sempozyumu, Erzincan 15-16 Mayıs 2006, Yetkin Yayınları, Ankara 2007
- YILDIRIM, H.Hüseyin ve YILDIRIM, Türkan: “Avrupa Birliği’ne Uyum Süreci ve Türk Sağlık Sektöründe Reform Tartışmaları”, YILDIRIM, H.Hüseyin ve YILDIRIM, Türkan: Avrupa Birliği’ne Uyum ve Katılım Sürecinde Türk Sağlık Sektörü Açısından Değerlendirmeler, Ankara Ticaret Odası Yayınları, Ankara 2005
- YILDIRIM, H.Hüseyin ve YILDIRIM, Türkan: Avrupa Birliği’ne Uyum ve Katılım Sürecinde Türk Sağlık Sektörü Açısından Değerlendirmeler, Ankara Ticaret Odası Yayınları, Ankara 2005
- YILDIRIM, H.Hüseyin: “Türk Sağlık Reformları Neden Uygulanamıyor?”, http://www.absaglik.net/hhy_sagref.pdf, (Erişim:10.01.2007) = I.Ulusal Sağlık İdaresi Kongresi:2000’li Yıllarda Sağlık Hizmetleri ve Kurumları Yönetimi, 20–21 Mayıs 2000, Ankara

- YILDIRIM, H.Hüseyin: “Yapısal Uyum Programları ve Sağlık Reformları: Türk Sağlık Reformları İçin Çıkarılacak Dersler”, http://www.absaglik.net/hhy_YUP.pdf, (Erişim:10.01.2007) = **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, Kış 2000, C:5, S:1
- YILDIRIM, Hasan Hüseyin: “Avrupa’da Hekimler ‘Serbest Dolaşmıyor’”,(Söyleşiyi Yapan:Helin AYGÜN), **Medimagazin**, 03.04.2006
- YILDIRIM, Hasan Hüseyin: “En Değerli Sermayem Ticarileşiyor: Sağlık, Sağlık Reformları ve Sağlıkta Özelleştirme”, http://www.absaglik.net/reform_ozellestirme.pdf, (Erişim:10.01.2007) = **Hastane Yaşam Dergisi**, Ekim-Aralık 2004, Yıl:1, S:3-4
- YILDIRIM, Hasan Hüseyin: “Nasıl Bir Sağlık Reformu?”, www.absaglik.com, (Erişim:25.05.2007)
- YILDIRIM, Hasan Hüseyin: “Yapısal Uyum Programları ve Sağlık Reformları: Türk sağlık Reformları İçin Çıkarılacak Dersler”, <http://www.absaglik.net/>, (Erişim:20.03.2006) = **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, C:5, S:1(Kış 2000)
- YILDIRIM, Hasan Hüseyin:“Piyasa, Sağlık Bakımı ve Piyasa Başarısızlıkları”, http://www.absaglik.net/hhy_piyasa.pdf, (Erişim:01.08.2007)= **Amme İdaresi Dergisi**, Mart 1999, C:32, S:1, s:1-11
- YILDIRIM, H.Hüseyin: “Genel Sağlık Sigortası (GSS) Kanunu Tasarı Taslağı: Eleştirel Bir Sorgulama”, http://www.absaglik.com/GSS_elestiri.pdf:(Erişim:14.09.2006)
- YILDIRIM, Ramazan: “Sağlık Hizmetlerinden Adil Yararlanma Hakkı”, **KHUKA**, Kasım 2005. 2-2005, 1.Türk Alman Tıp Hukuku Sempozyumu Sayısı, s:122-126
- YILDIRIM, Savaş:”Değişimin Getirdiği Reform İhtiyacı”, **Yeni Türkiye**, Temmuz-Ağustos 2001, S:40, s:1140-1144
- YILDIZ, Zühre: “Sağlık Hizmetleri Piyasasının Nitelikleri ve Kamu Ekonomisi İçerisindeki Yeri”, **Verimlilik Dergisi**, 1996/4, s:84
- YILDIZHAN, Ahmet: “Çözüm Özel Sektör ve Vakıflardadır”, **Yeni Türkiye**, Temmuz-Ağustos 2001, S:40, s:1449-1452

- YILMAZ, Battal: Açıklamalı-İçtihatlı Hekimin Hukuki Sorumluluğu, Adalet Yayınevi, Ankara 2007
- YILMAZ, Mustafa: “İdarenin Sağlık Hizmetlerinden Doğan Kusur Sorumluluğu”, Sağlık Hukuku Sempozyumu, Erzincan 15-16 Mayıs 2006, Yetkin Yayınları, Ankara 2007
- YİĞİT ŞAKAR, Ayşe :Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Harcamaları, Türkiye Sağlık İşçileri Sendikası, Yayın No:22, İstanbul 1999
- YURTCAN, Erdener: Yeni Türk Ceza Kanunu ve Yorumu, Kazancı Yayınları, Ankara 2004
- YÜCESAN ÖZDEMİR, Gamze ve ÖZDEMİR, Ali Murat: “Türkiye’de Devletin Değişen Rolü ve Sosyal Güvenlik Reformu”, **Toplum ve Hekim**, Mart-Nisan 2005, C:20, S:2, s:134-142
- ZENGİN, Tarkan: “Avrupa Sosyal Şartı ve Sendikal Özgürlükler”, **Türk-İş**, Temmuz-Ekim 2006, S:373, s:87-90
- ZÜLÜFLÜ, Hafize: Açıklamalı ve Örnekli Yeni İşyeri Mevzuatı, Seçkin Yayıncılık, Ankara 2006