

# Bakus

## Sağlıkta İř Y¼k¼ ve İstihdam Sorunları

- sayfa6 >> Sağlık İşyeri Ortamında  
Halkın Şiddet Algısı
- sayfa16 >> Başarının Sırrı  
“Ekip Ruhu”
- sayfa20 >> Sevgi Evleri ve  
Çocuk Yuvaları
- sayfa56 >> Sağlık İletişiminde Sosyal  
Medyanın Rol¼
- sayfa60 >> Türkiye’de Sağlık  
Çalışanları T¼kenmişlik  
Araştırması





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

# Bakus

## editörden

Anayasal güvence altına alınan toplu sözleşme hakkımız nihayet yasalaştı. Yasanın çıkmasının hemen ardından toplu sözleşme görüşmelerinin başlaması ise önemliydi. Maaş zamları, ek ödemelerin emekliliğe yansıtılması, gelir vergisi oranları, nöbet ve mesai ücretleri, sözleşmeli personelin kadroya geçirilmesi gibi yüzlerce başlık masaya yatırıldı. Ancak ne yazık ki pazarlıklar sırasında hükümet kanadının direndiği kurgu ile halen toplu görüşme kültüründen vazgeçilemediğini anlıyoruz. Gerek kamu işveren heyetinin gerekse bizlerin ilk toplu sözleşme deneyimi olduğu göz önünde bulundurulursa özellikle usul geliştirme açısından önemli bir sınavdan geçildiğini söyleyebiliriz. Hükümet yetkililerinin zamanla memurun toplu sözleşme sürecine adapte olacağını ve sonraki yıllarda görüşmelerin daha etkin bir şekilde kavuşacağını ümit ediyoruz.

Sadece kamu çalışanları için değil 2012 yılında hemen herkesi ilgilendiren önemli gelişmelerin de yaşanmasını bekliyoruz. İşçilerin uzun süredir beklediği toplu iş ilişkileri kanunu ile iş sağlığı ve güvenliğine ilişkin yasal düzenlemeler de çalışma hayatını ilgilendiren diğer başlıklar arasında yer alıyor.

Özellikle müstakbel anayasadaki yeni açılımlar sayesinde “özgür birey” ve “örgütlü toplum” talebimizin karşılık bulmasında ısrarcı olduğumuzu yinelemek isteriz. 1 Mayıs Emek ve Dayanışma Bayramı’nda Ankara Tandoğan’da buluşan onbinlerce Hak-İş ve Memur-Sen mensubu çalışanlar da temelde bu talep üzerine diğer isteklerini de bir bir sıraladı. Büyük bir coşku ile tek yürek olan işçi ve memurlarımız o günün gerçek bir bayram havasına dönüştürebileceğini ispatladı. Bizler “Emek ve Dayanışma Bayramı”nı yanında üç kişi bulup da meydanlara çıktığında terör estiren, esnafın alınteri dükkanlarını harabeye çeviren ve toplumda infial oluşturan gürhün keyfine bırakamazdık. Deyim yerinde ise bu bayramda o kötü niyetlileri gölgede bırakıp, silip geçtik. Bu yüzden bu

tip anarşist ruhlu ve hastalıklı zihinlerle ihtilaflı olduğumuzu ancak nerede ve hangi örgüte mensup olursa olsun haklı taleplerini doğru şekilde isteyen her kesimin de yanında olduğumuzu bir kez daha söylüyoruz. Tandoğan; Taksim, Sıhhiye, Gündoğdu ve Kent Meydanı gibi “1 Mayıs” coşkusunun dillendirildiği başkaca güzel bir renk olarak hafızalarımızda kaldı. Seneye daha fazla sivil toplum örgütü ile daha büyük ve daha coşkulu bir şekilde olmayı arzu ediyoruz.

Sağlık-Sen olarak sağlık ve sosyal hizmet alanında dile getirdiğimiz problemlerin temelinde aslında istihdam sorunlarının yaşandığını görüyor ve söylüyoruz. Hemen her gün yaşanan sağlıkta şiddet olaylarının, demotivasyonun, mesleki tükenmişliğin ve hatta çalışanların aile içi çatışmalarının arka planında bile personel yetersizliği var. Personelin otorite tarafından klanlara ayrılmış olması ve ağır çalışma şartlarına rağmen görmezden gelinmesi ise son derece vahim bir durum. Dergimizin bu sayısında dosya konumuzu istihdam sorunlarına ayırdık. Kimsesiz çocuklarımızın sahip çıkılan “Sevgi Evleri”ne hepimizin sahip çıkması gerektiğine dikkat çekmek istedik. Türkiye’de ilk yüz naklini gerçekleştiren Prof. Dr. Ömer Özkan ile sağlıkta ekip ruhunun önemini konuştuk. Portre bölümümüzü görevi başında katledilen gencecik fidanımız Dr. Ersin Arslan’a ayırdık. “Halkın Sağlıkta Şiddet Algısı” ve “Sağlık Çalışanlarının Tükenmişlik Araştırması” ise iki farklı bilimsel rapor özeti olarak sizlere sunuldu. Sosyal medyanın sağlık iletişimindeki rolü ile ülkemizin ilk modern tıp okulu olan Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane de yine bu sayımızın diğer konuları arasında yer aldı.

Teşrik-i mesaide bulunmaktan büyük keyif aldığımız ve kendisinden çok şey öğrendiğimiz eski(meyecek) editörümüz Murat Kalem’e yeni ve önemli görevinde başarılar dileriz.

Fatih SEYRAN



MEMUR-SEN KONFEDERASYONU  
**SAĞLIK-SEN**  
Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları  
Genel Yetkili Sendikası  
Mayıs 2012

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

**Grafik Tasarım ve Uygulama**  
Sedat ALTUĞ

**Baskı**  
Mattek Matbaacılık Bas. Yay. Tan. Tic. San. Ltd. Şti.  
Ağaç İşleri San. Sit. 21. Cadde 601. Sokak No:35  
İvogsan - ANKARA  
Tel : 0 312 394 63 07 -08



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

**GENEL YAYIN YÖNETMENİ  
SORUMLU YAZI İŞLERİ MÜDÜRÜ**  
Fatih KOCUR  
Genel Basın ve İletişim Sekreteri

**YAYIN KURULU**  
Semih DURMUŞ  
Murat ÖZDEMİR  
Mustafa ÖRNEK  
Mustafa KULLUK  
Menderes TURBAY

**EDİTÖR**  
Fatih SEYRAN  
Genel Başkan Danışmanı

#### **BU SAYIDA**

**Fatih ŞİMŞEK**  
Sağlık Yönetimi Uzmanı

**Prof. Dr. Haydar SUR**  
İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanı

**Prof. Dr. Sabahattin AYDIN**  
İstanbul Medipol Üniversitesi Rektörü

**Doç. Dr. Dilek YILDIRIM**  
Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi  
Hemşirelik Bölümü

**Yrd. Doç. Dr. Nazan KARAHAN**  
Karabük Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu  
Ebelik Bölümü Başkanı / Ebeler Derneği Başkanı

**Av. Halide SAVAŞ**  
Sağlık Kurumları Yönetimi Bilimi Uzmanı

**Işıl YILMAZ**  
Sosyal Medya Uzmanı

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

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

## **4' Başkan**

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

## **6' Gündem**

- **Sağlık İşyeri Ortamında Halkın Şiddet Algısı**
- **Nihayet Sıra Sağlık Çalışanlarının Haklarında!**
- **Başarının Sırrı "Ekip Ruhu"  
Prof. Dr. Ömer ÖZKAN'la Röportaj**
- **Sevgi Evleri ve Çocuk Yuvaları**

## **24' Dosya**

- **Sağlıkta İnsan Kaynaklarına Genel Bir Bakış ve Sağlıkta Dönüşüm Programı Çerçevesinde Ülkemizdeki Durum**
- **Kamu Hastane Birlikleri Devrinde Devlet Hastanelerinde İstihdam Dinamikleri Üzerine**
- **Üniversite Hastanelerinde Sağlık Çalışanlarının İstihdam Sorunları ve Sağlık Sistemine Yansıyanlar**
- **Türkiye'de Hemşire İnsan Gücü Planlaması**
- **Ebelerin İstihdam Farklılıklarından Kaynaklanan Sorunlar**
- **Sağlık Meslek Mensuplarının Kamu Kurum ve Kuruluşlarında İstihdam Modellerinin Hukuki Boyutu**

## *Sağlık İletişimi* '56

• *Sağlık İletişiminde Sosyal Medyanın Rolü*

## *Araştırma- İnceleme* '60

• *Türkiye'de Sağlık Çalışanları  
Tükenmişlik Araştırması*

## *Portre*

• *Genç Bir Fidan Hakk'a Yürüdü  
"Dr. Ersin ARSLAN"*

## *Sağlık Tarihi*

• *Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane*

'64

'68



# Tabanımızdan Başkasına Hesap Vermeyiz

*Bizler daha güzel bir Türkiye özlemi çekiyoruz. Bu ülkede üstünlerin hukukunu değil, hukukun üstünlüğünü istiyoruz. Hortumcuların, çetecilerin ve darbecilerin ekmeğimizi çalmasına asla müsaade etmeyeceğiz. Her zaman kamu çalışanlarının haklarının verilmesi, refah seviyelerinin yükseltilmesi için mücadele edeceğiz. Haklı taleplerimize samimiyetten uzak bahanelerle engel olmaya çalışan iktidar kurumlarına ise daima dik duracağımızın da altını çiziyoruz.*



**Metin MEMİŞ**  
Sağlık-Sen Genel Başkanı

Memur-Sen konfederasyonu olarak Hak-İş ile birlikte eşine az rastlanır bir "Emek ve Dayanışma Bayramı" yaşadık. O gün Türkiye'nin en güzel renkleri bir aradaydı. Otuz bini aşan emekçi Tandoğan'da hakları için buluştu. Halaylar çekildi, horonlar tepildi... Meydanda efeler diyarından da Ankara'nın misket havasından da esintiler vardı. Tüm bu coşkunun içerisinde Memur-Sen'e bağlı sendikalarımızın üyeleri de en gür sesleriyle hükümete seslendi. Bu bayramın toplu sözleşme görüşmelerinin hemen öncesine rastlaması ise önemliydi. Bu sayede toplu sözleşme görüşmelerinde masaya oturacak olan Sağlık-Sen'in Adan Z'ye tüm isteklerini de bizzat kendi tabanımızın meydanlarda dillendirmesini sağladık. Türkiye'nin dört bir yanından gelen Sağlık-Sen şube başkanlarımız, şube yöneticilerimiz ve üye kardeşlerimiz meydanlara sığmadı. Emegün gerçek sahipleri olan sağlık ve sosyal hizmet çalışanları "1 Mayıs Birlik, Mücadele ve Dayanışma Günü" kutlamalarımızda en ön safta yerlerini aldı. Allah'a sonsuz şükürler olsun, bir kez daha gördük

ki Sağlık-Sen olarak gerçekten de dinamik ve çalışkan bir teşkilata sahibiz. Edirne'den Kars' kadar Sağlık-Sen, "Hak arama mücadelesi..." denildiğinde hemen her yerde aynı hassasiyet ve enerji ile kendini gösteriyor. Teşkilatımızdan aldığımız bu güç, bizlerin sendikal mücadelede çok daha büyük adımlar atmasını sağlayacaktır. Çünkü hepimiz biliyoruz ki Memur-Sen'in de Sağlık-Sen'in de kendi tabanından başka hesap vereceği bir muhatabı yoktur.

Sadece Ankara Tandoğan Meydanı'nda değil ülkemizin dört bir yanında da Memur-Sen teşkilatları olarak 1 Mayıs'ı coşku ile kutladık. Kutlamalarımızda emegün kazanılmış haklarına yönelik saldırılara, işsizliğin ulaştığı kitlesel boyutlara, yoksulluğa, kuralsız, adaletsiz, güvencesiz ve esnek çalışma koşullarına dikkat çektik. Taşeronlaşmaya, sendikal hak ihlallerine, inanç, düşünce ve ifade özgürlüğüne yönelik girişimlere "HAYIR" dedik. Ezilen mazlum halkların sesine ses vermek için, emek, barış, özgürlük ve demokrasi için omuz omuza, el ele, yürek yüreğe meydan-

ları doldurduk. Aynı saatlerde dünyadaki tüm emekçiler de ülkelerinin meydanlarında özgürlükten, demokrasiden ve örgütlenme haklarından asla vazgeçmeyeceklerini ilan etti. Kitleler, iş ve aş için, savaşırsız bir dünyada sömürsüz, baskısız, insan onuruna yaraşır bir yaşam için ses verdi.

"1 Mayıs Emek ve Dayanışma Bayramı" sonrasında, gerek hizmet kollarında gerekse konfederasyon bazında yaptığımız toplu sözleşme görüşmelerinde hükümet çok kötü bir sınav vermiştir. Maaş zamlarına ilişkin 2012 yılı için yüzde 16'lık teklifimize karşılık hükümetin yarıdan daha az bir karşılık vermesi müzakere dahi edilemez bir durumda olduğumuzu gösteriyordu. Bizler, "Türkiye eğer büyüyorsa biz bu büyümeden pay isteriz" dedik. Hükümet ise başta Maliye Bakanı olmak üzere mesele memur maaşlarına gelince öve öve bitirilemeyen ekonomik başarılarımızı bir kenara bırakıp çok kötü bir tablo ile ülke insanımızı korkutmaya çalıştı. "Eğer dünyanın krizi en iyi yöneten ülkesiysek bunu memurlar da hissetsin, Afrika ülkesiysek

biz de bilelim, taleplerimizi gözden geçirelim” dedik. Hangi statüye girdiğimizi dair ne yazık ki net bir cevap verilemedi. 2011 yılında bu ülke yüzde 8,5 oranında büyüdü. 2011 enflasyonu yüzde 10,5 gerçekleşti. Şu anda ise ilk 4 aylık enflasyon yüzde 3 düzeyinde ki bunun yıllık enflasyona tekabül eden oranı tahminen yüzde 11’in üzerinde gerçekleşecektir. Vergi oranlarında bu göstergeler dikkate alınarak bir değerlendirme yapılırken, memur ve memur emeklisinin hakkı olan maaş zamları konusunda aynı hassasiyet gösterilmemiştir.

Sağlık ve sosyal hizmet kolunda yetkili olan sendikamız toplu sözleşme masasında etkin şekilde mücadele etmiştir. Kamu işveren heyetinin önyargılı ve özlü tutumuna rağmen gerçeklerimiz ve taleplerimiz ayrıntılı şekilde ortaya konulmuştur. Hizmet kolu toplu sözleşme görüşmelerimizde önemli kazanımlar elde edilmiştir. Bu düzenlemeler elbette bizleri memnun etmektedir ancak kesinlikle yeterli değildir. Kamu işveren heyetinin toplu sözleşmenin mahiyetini anlamaması ve taleplerimize makul şekilde karşılık vermemesi nedeni ile sağlık ve sosyal hizmet çalışanları için istediğimiz ve daha önce kamuoyu ile paylaştığımız diğer konu başlıklarını da Kamu Hakem Kurulu’na taşımak zorunda kaldık. Toplu sözleşme masasında göz ardı edilmek istenen haklı taleplerimizin Kamu Hakem Kurulu’nda daha sağlıklı şekilde değerlendirilmesini bekliyoruz. Sonuçta kazanılan sağlık ve sosyal hizmet çalışanları olmasını istiyoruz. Çünkü bizlerin kazanması hükümet yetkililerinin hedef sapırmaya çalıştıkları gibi milletin de devletin de kaybetmesi değil bilakis kazanması anlamına gelecektir. Kamu çalışanları yine kazandıklarını bu ülkede harcayacak, bu ülkenin esnafına, hizmet üretene ve devlete geri verecektir.

Sağlık ve sosyal hizmet koluna ilişkin toplu sözleşme kazanımlarımızı şu şekilde sıralayabiliriz;

- Yataklı tedavi kurumları ile yatılı sosyal hizmet kuruluşlarında çalışan kadrolu personel, kurumda çıkartılan yemekten ücretsiz faydalanmaktaydı. Bundan sonra aynı şekilde söz konusu kurumlarda görev yapan sözleşmeli personel de herhangi bir ücret ödemediği haktan yararlanacak.
- Asli görevlerinin yanı sıra şoförük yapan paramedik ve acil tıp teknisyenleri ilave performans puanı alacak.
- Sözleşmeli personelin sağlıkla ilgili bıraktığı herhangi bir üst öğrenim, maaş ve döner sermayesine yansıtılacak.
- Sağlık Bakanlığı’nın yanı sıra üniversite hastaneleri ile adli tıp kurumlarında döner

sermayelerin ek ödeme kadar olan kısmı her ayın 15’inde verilecek.

- 112 acil sağlık hizmetleri çalışanlarının döner sermayeleri özellikli birim kapsamında değerlendirilecek.
  - Dini bayramlarda nöbet tutan personelin nöbet ücretlerinde yüzde 20 artış olacak.
  - Pratisyen hekim ve dış hekimlerimizin maaş dışındaki garanti gelirleri ek ödemenin altında kalmayacak.
  - 657 sayılı DMK’nın 86. maddesine göre vekaleten görev yapan personelin döner sermayesi asıl kadrosuna göre değil, yürüttüğü göreve ilişkin matrah esas alınarak hesap edilecek.
  - Döner sermaye ve maaşların birlikte hesap edilerek yapılan gelir vergisi kesintilerinde yaşanan mağduriyetin önüne geçilecek. Sağlık çalışanları, yılsonunda yapılacak hesaplamalar sonucunda; 375 sayılı KHK’ya göre ek ödeme alan emsali personelle kıyaslanacak. Bu sayede maaşların yıllık toplamında daha fazla gelir vergisi ödenmesinin önüne geçilecek.
  - Burslu veya Devletçe okutulan çocuklar için de aile yardımı ödeneği verilecek.
  - Taşınır Kayıt ve Kontrol Yetkililerine verilecek mali sorumluluk zammı ile kefalet sandığına yapılan kesintileri telafi edilecek.
  - Sosyologlar için tazminat ve ek tazminat oranları arttırılacak.
  - Özellikle sağlık alanında istihdam edilen 4/C’li personelin 11 ay 28 gün çalışmasına imkan tanıyan genel düzenleme ile aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanlarından alınan damga vergisinin kaldırılmasına ilişkin yapılacak çalışmalar da önemli kazanımlar arasında sayılabilir.
- İktidarın seçim taahhütnamesinde “Sivil toplum kuruluşlarının yönetime daha aktif katılımı ile temsili demokrasinin katılımcı demokrasiye doğru gelişmesi sağlanacaktır. Böylece vatandaş, sadece seçimden seçime değil, güncel gelişmeler için de iradesini siyasal sürece yansıtma fırsatı kazanacaktır” denilmektedir. Ancak ne yazık ki yıllardır şikâyetçisi olduğumuz bürokratik oligarşinin halen devam ettiğini, sadece adres değişikliği ile mevcut siyasi iradenin içinde de güçlü şekilde kendine yer bulduğunu görüyoruz. Bu bağlamda iktidarın taahhütleri ile bugün yerine getiremediklerini yeniden gözden geçirmenin bir zaruret olduğunu söyleyebiliriz. Yarının yaşanacakları, bugün yaşananlardan bağımsız olamaz. Bugün memurunun hakkını görmezden gelenler yarın memurun

kendilerine haksızlık yaptığını söyleyemezler. Kamu çalışanları bu ülkenin evlatları olarak bu ülkenin geleceğini iktidarı yanlış yönlendiren bürokratlardan daha fazla dikkate almaktadır.

Bizler daha güzel bir Türkiye özlemi çekiyoruz. Bu ülkede üstünlerin hukukunu değil, hukukun üstünlüğünü istiyoruz. Hortumcuların, çetecilerin ve darbecilerin ekmeğimizi çalmasına asla müsaade etmeyeceğiz. Her zaman kamu çalışanlarının haklarının verilmesi, refah seviyelerinin yükseltilmesi için mücadele edeceğiz. Haklı taleplerimize samimiyetten uzak bahanelerle engel olmaya çalışan iktidar kurmaylarına ise daima dik duracağımızın da alımı çiziyoruz. Herkes biliyor ki 12 Eylül referandumunda “Toplu Sözleşmeye de Toplumsal Sözleşmeye de Evet!” diyerek toplu sözleşmeyi tüm kamu çalışanlarına armağan eden bizler olduk. Siyaset kurumundan da en kısa zamanda özgürlükçü ve eşitlikçi bir sivil anayasayı bütün milletimize armağan etmelerini istiyoruz. Bu süreçte Memur-Sen olarak yeni ve sivil anayasanın yazımında geç kalınmaması ve başka bir bahara tehir edilmemesi için çabalayacağız.

Özellikle son günlerde sağlık çalışanları üzerinde yoğunlaşan ve bazen de bedelinin canlarımızla ödendiği saldırıların önlenmesi için nihayet etkin adımlar atılmaya başlandı. Sendikamızın her platformda dilendirdiği ve Sağlık Bakanlığı ile TBMM’ye de ilettiği çözüm önerilerinin karşılık bulmasından dolayı memnunuz.

Sağlık kurumlarında talebin artması ile birlikte personelin iş yükünün de arttığına, buna karşın personel istihdamının aynı oranda artmadığını görüyoruz. Bu durum sağlık kurumlarındaki hizmeti yavaşlatıyor. Sağlıkta şiddetin artmasındaki önemli etkenlerden biri de şüphesiz personel istihdamının yetersizliğidir. Aslında sağlık alanında yaşanan şiddet, toplumsal şiddetin bir yansımasıdır. Balkondan kızını aşağıya atan, trafikte bilinçli olarak vatandaşı ezen, kapı komşunu doğrayan canilerin olduğu bir dünyada yaşıyoruz. Elbette bu tip hastalıklı ruhlar ve bunlara özenenler hastaneye girdiği zaman da boş durmayacaktır. Bu noktada Sağlık Bakanlığı kadar hükümetin de toplumsal şiddetin önlenmesi için makro çalışmalar yapması gerekir. Sendikalar, meslek odaları, sivil toplum kuruluşları ve halkımız da şiddetin önlenmesi için elini taşın altına koymalıdır.

Hakk’ın rahmetine kavuşan kardeşimiz Dr. Ersin Arslan’ı bu vesile ile bir kez daha anmak isteriz. Mekamı cennet olsun, Allah kederli ailesine ve çalışma arkadaşlarına sabırlar versin.

# Sağlık İşyeri Ortamında Halkın Şiddet Algısı

Sağlık çalışanlarının şiddet algısını ölçmek amacıyla çeşitli araştırmalar gerçekleştiren Sağlık-Sen, halkın sağlıkta şiddet algısını araştırarak bu alanda bir ilki gerçekleştirmiştir. Sendikal farklılığını "Akademik Sendikacılık" kimliğiyle ortaya koyan Sendikamız, sağlık işyeri ortamında yaşanan şiddetin nedenlerinin ve dinamiklerinin anlaşılması, şiddetin önlenmesi ve azaltılması için bu denklemden önemli bir aktör olan hasta ve yakınlarının da konuya ilişkin görüşlerini ve algılarını tespit etmeyi önemli saymıştır. 12 ilde bin 260 hasta/hasta yakını üzerinde yapılan araştırma sayesinde kanıt dayalı hizmet sendikacılığını benimse-

yen ve sürdüren Sağlık-Sen'in farkını bir kez daha ortaya koyuyoruz. Sağlık ortamındaki paydaşlar açısından önemli gördüğümüz bu çalışmanın son derece yararlı olacağını düşünüyoruz.

Sözkonusu araştırma ile sağlık işyeri ortamında hasta/hasta yakınları ile sağlık çalışanları arasında ceyran eden şiddet olgusu konusunda halkın görüşlerinin/algılarının ortaya konulması amaçlanmıştır.







Tablo 1. Sizce hasta/hasta yakınları ile sağlık çalışanları arasında yaşanan şiddet olayları en çok hangi şekilde görülmektedir?	f	%
Fiziksel (saldırı; dayak, tekmeleme, tokat, saplama, ateş etme, itme, ısırma vs)	401	32,9
Psikolojik/Sözel (duygusal istismar; taciz, tehdit, küfür, zorbalık, cinsel taciz, ırkçı taciz vs)	817	67,1
Toplam	1218	100,0

Tablo 2. Şimdiye kadar hasta/hasta yakını olarak sağlık çalışanları ile herhangi bir şiddet yaşadınız mı?	f	%
Evet	368	29,3
Hayır	887	70,7
Toplam	1255	100,0

Tablo 3. Şimdiye kadar hasta/hasta yakını olarak sağlık çalışanları ile şiddeti nerede yaşadınız?	f	%
Devlet hastanesi	256	68,8
Üniversite hastanesi	51	13,8
Özel hastane	27	7,3
Aile hekimliği birimi	18	4,8
Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi	18	4,8
Diğer	2	0,5
Toplam	372	100,0

Tablo 4. Şimdiye kadar hasta/hasta yakını olarak sağlık çalışanı ile sorun veya şiddet yaşadığınızda ne yaptınız?	f	%
İşim aksamamın diye sessiz kaldım	242	50,3
Kavga ettim	120	24,9
Dava açtım	9	1,9
Sağlık kurum ve kuruluşunu terk ettim	49	10,2
Şikayet ettim	54	11,2
Diğer	7	1,5
Toplam	481	100,0

Tablo 5. Hasta/hasta yakını olarak sağlık çalışanı ile sorun veya şiddet yaşadığınızda araya kim girdi?	f	%
Güvenlik görevlisi	206	47,2
Yakınım (Akrabam, Arkadaşım)	112	25,7
Diğer hastalar/Hasta yakınları	46	10,6
Diğer sağlık çalışanları	28	6,4
Hastane yönetimi	17	3,9
Diğer	27	6,2
Toplam	436	100,0

Hasta/hasta yakınları ile sağlık çalışanları arasında görülen şiddet olaylarının %67,1'i fiziksel olmayan şiddet, %32,9'u ise fiziksel şiddet şeklinde görülmektedir. Halkın %29,3'ü sağlık çalışanları ile şiddet olayı yaşadıklarını belirtmişlerdir. Yaşanan şiddetin çoğu ise devlet hastanelerinde meydana gelmektedir (%68,8). Halkın %50,3'ü sağlık çalışanı ile şiddet yaşadığında işi aksamasın diye sessiz kaldıklarını ifade etmişlerdir. Sağlık çalışanları ile yaşanan şiddet olayında ağırlıklı olarak araya güvenlik görevlisinin girdiği belirtilmiştir (%47,2). Sağlık çalışanlarından tehdit alanların oranı ise %4,7 olmuştur. Halkın %77,2'si son bir yıl içerisinde sağlık kurum ve kuruluşlarında, şiddete başvurmak veya öfkesini dışa vurmak isteğine ilişkin bir durum yaşamadıklarını belirtmişlerdir. Halk, sağlık kurum ve kuruluşlarında hasta/hasta yakınları ile sağlık çalışanları arasında yaşanan şiddetin öncelikli

kaynağı/nedeni olarak birinci sırada %47,6 hasta ve yakınları görmektedir. Yaşanan bu şiddetin öncelikli kaynağı/nedeni olarak da %34,4 ile kötü iletişim ve yanlış anlamayı görmektedir. Halkın %40,8'i ise sağlık kurum ve kuruluşlarında hasta/hasta yakınları ile sağlık çalışanları arasında yaşanan şiddete en çok hastaların maruz kaldığını belirtmektedir.

Halk, sağlık kurum ve kuruluşlarında hasta/hasta yakınları ile sağlık çalışanları arasında yaşanan şiddetin öncelikli kaynağı/nedeni kişi/kişiler olarak birinci sırada %47,6 hasta/hasta yakınlarını görmektedir. Yaşanan bu şiddetin öncelikli kaynağı/nedeni olgular olarak da %34,4 ile kötü iletişim ve yanlış anlamayı görmektedir. Halkın %40,8'i ise sağlık kurum ve kuruluşlarında hasta/hasta yakınları ile sağlık çalışanları arasında yaşanan şiddete en çok hastaların maruz kaldığını belirtmektedir.

Tablo 7. Şimdiye kadar hasta/hasta yakını olarak sağlık çalışanları tarafından hiç tehdit edildiniz mi?	f	%
Evet	58	4,7
Hayır	1178	95,3
Toplam	1236	100,0

Tablo 8. Son bir yıl içerisinde sağlık kurum ve kuruluşlarında, şiddete başvurmak veya öfkenizi dışı vurmak istediğiniz bir durum yaşadınız mı?	f	%
Evet	278	22,8
Hayır	940	77,2
Toplam	1218	100,0

Tablo 9. Size göre sağlık kurum ve kuruluşlarında hasta/hasta yakınları ile sağlık çalışanları arasında yaşanan şiddetin öncelikli kaynağı/nedeni.	f	%
Hasta ve yakınları	576	47,6
Sağlık çalışanları	404	33,4
Sağlık kurum ve kuruluşları	229	18,9
Diğer	1	0,1
Toplam	1210	100,0

Tablo 10. Size göre sağlık kurum ve kuruluşlarında hasta/hasta yakınları ile sağlık çalışanları arasında yaşanan şiddetin öncelikli kaynağı/nedeni.	f	%
Kötü iletişim, yanlış anlama	420	34,5
Hastalık psikolojisi	228	18,7
Sağlık çalışanlarının aşırı iş yoğunluğu	148	12,1
Sağlık çalışanlarının ilgisizliği	170	13,9
Genel olarak izlenen sağlık politikaları	77	6,3
Uzun bekleme süreleri	169	13,8
Diğer	9	0,7
Toplam	1221	100,0

Tablo 11. Hasta/hasta yakını olarak sağlık çalışanı ile sorun veya şiddet yaşadığınızda sağlık çalışanı ne yaptı?	f	%
Sessiz kaldı	261	58,9
Kavgaya etti	97	21,9
Dava açtı	3	0,7
Sağlık problemimle ilgilenmekten vazgeçti	54	12,2
Şikayet etti	17	3,8
Diğer	11	2,5
Toplam	443	100,0



Tablo 12. Size göre sağlık kurum ve kuruluşlarında hasta/hasta yakınları ile sağlık çalışanları arasında yaşanan şiddete <u>en çok</u> kimler maruz kalmaktadır?	f	%
Hasta ve hasta yakınları	665	55,4
Sağlık Çalışanları	536	44,6
Toplam	1201	100,0

Tablo 13. Sağlık kurum ve kuruluşlarındaki şiddet olaylarını tasvip etmiyorum.	f	%
Hiç Katılmıyorum	30	2,5
Katılmıyorum	129	10,6
Kısmen Katılıyorum	237	19,6
Katılıyorum	395	32,6
Kesinlikle Katılıyorum	421	34,7
Toplam	1212	100,0

Tablo 14. Şiddet uygulayanlara ağır hapis ve para cezası verilmelidir.	f	%
Hiç Katılmıyorum	24	2,0
Katılmıyorum	191	16,0
Kısmen Katılıyorum	382	31,9
Katılıyorum	424	35,4
Kesinlikle Katılıyorum	176	14,7
Toplam	1197	100,0

Tablo 15. Canı yanan hastanın sağlık çalışanına saldırmaması veya küfretmesi şiddet sayılmaz.	f	%
Hiç Katılmıyorum	179	14,8
Katılmıyorum	476	39,4
Kısmen Katılıyorum	327	27,2
Katılıyorum	168	13,9
Kesinlikle Katılıyorum	57	4,7
Toplam	1207	100,0

Tablo 16. Şiddete uğrayan sağlık çalışanlarının iş bırakmasını anlayışla karşılarım.	f	%
Hiç Katılmıyorum	53	4,4
Katılmıyorum	217	18,1
Kısmen Katılıyorum	412	34,3
Katılıyorum	424	35,3
Kesinlikle Katılıyorum	95	7,9
Toplam	1201	100,0

Hasta/hasta yakınları ile sağlık çalışanları arasında yaşanan şiddet olayları sırasıyla en çok acil servis (%36,7), bekleme salonları (%21,8), poliklinik (%20,5), doktor muayene odası (%10,6) ve diğer ortamlarda meydana gelmektedir. Vatandaşlar şiddet yaşandığında genellikle başhekimliğe ve hasta hakları birimine şikâyetle bulduklarını belirtmektedirler. Bu bulgular genellikle ulusal ve uluslararası literatürdeki bulgularla paralellik arz etmektedir. Halkın şiddete dair çözüm önerileri ise Tablo 19'da verilmektedir.



Buna göre halk, hasta/hasta yakınları ile sağlık çalışanları arasında meydana gelen şiddetin önlenmesinde ve/veya azaltılmasında sırasıyla; bekleme sürelerinin azaltılması, sağlık çalışanlarının iletişim konusunda eğitilmesi, sağlık çalışanlarının sayısının artırılması, hasta ve yakınlarının eğitimi, güvenlik önlemlerinin artırılması, mevzuat, ulusal şiddet karşıtı politika benimseme ve uygulama ve ulusal düzeyde etkin bir şiddet raporlama ve izleme sisteminin kurulmasını tavsiye etmektedir.

Tablo 17. Sağlık kurum ve kuruluşlarındaki şiddet olayları hastaların sağlığı ve güvenliğini de tehdit etmektedir.	f	%
Hiç Katılmıyorum	17	1,4
Katılmıyorum	130	10,7
Kısmen Katılıyorum	295	24,3
Katılıyorum	487	40,0
Kesinlikle Katılıyorum	287	23,6
Toplam	1216	100,0

Tablo 18. Şimdiye kadar hasta/hasta yakını olarak sağlık çalışanları ile şiddeti nerede yaşadınız?	f	%
Acil servis	746	36,6
Poliklinik	418	20,5
Doktor Muayene Odası	215	10,6
Bekleme Salonları	443	21,8
Resepsiyon	91	4,5
Yoğun Bakım Üniteleri	95	4,7
Hastane Bahçesi	27	1,3
Toplam	2035	100

Tablo 19. Hasta/hasta yakınları ile sağlık çalışanları arasındaki şiddetin önlenmesi ve/veya azaltılması için çözüm önerilerinizi önem sırasına göre belirtiniz.	f	%
Hasta ve yakınlarının eğitimi	559	13,2
Kanunlar / Hukuki yaptırımlar	410	9,6
Güvenlik önlemlerinin artırılması (güvenlik elemanı, kameralar gibi)	435	10,2
Bekleme sürelerinin azaltılması	827	19,4
Sağlık çalışanlarının sayısının artırılması	653	15,3
Sağlık çalışanlarının iletişim konusunda eğitilmesi	678	15,9
Sağlık Bakanlığının etkin bir rol oynaması	334	7,8
Bütün yönleri içeren bir "ulusal şiddet karşıtı politika benimseme ve uygulama"	198	4,6
Ulusal düzeyde etkin bir şiddet raporlama ve izleme sisteminin kurulması	163	3,8
Diğer	3	0,2
Toplam	4260	100,0

# Nihayet Sıra Sağlık Çalışanlarının Haklarında!

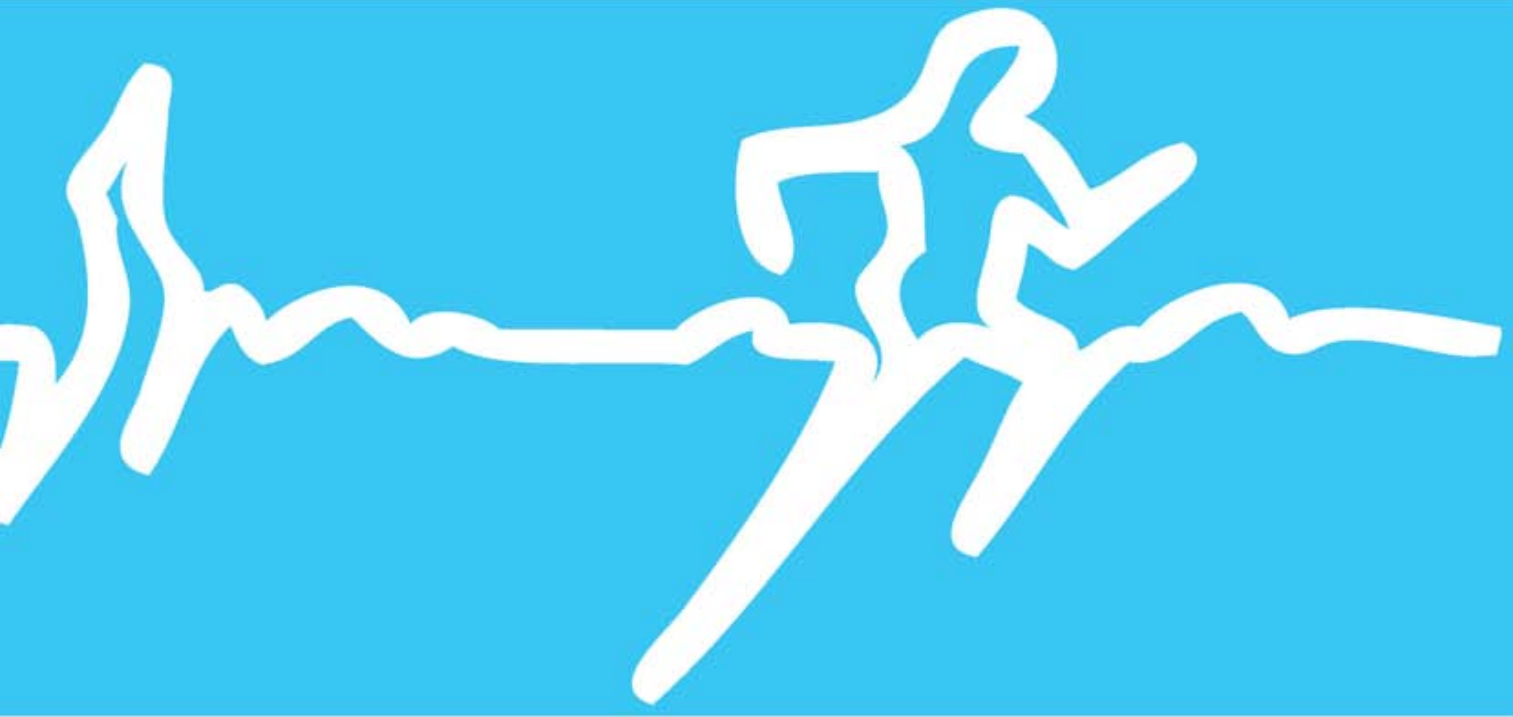


*Sağlık Bakanlığı sağlıkta şiddetin önlenmesi amacıyla bir takım düzenlemeleri hayata geçirmeye başladı. Sendikamızın hemen her platformda dillendirdiği ve Sağlık Bakanlığı'na sunduğu önerilerimizin de içinde yer aldığı "Çalışan Güvenliği Genelgesi" 14 Mayıs 2012 tarihinde yayımlandı.*

---

*Genelgede, 24 Eylül 2011 tarihinde İstanbul Esenyut'ta düzenlediğimiz "Emeğe Saygı Şiddete Sıfır Tolerans" sempozyumuna atıfta bulunularak çalışanların güvenliğini sağlayacak değerlendirmelerin yapıldığı belirtildi. Buna göre şiddete uğrayan çalışanların hizmetten çekilmesi, riskli birimlerde görevli sağlık çalışanı sayısının yeterli hale getirilmesi, güvenlik elemanları sayısının artırılması ve kurumlarda tüm alanları gözetleyebilecek şekilde güvenlik kameralarının yerleştirilmesi gibi önlemlerin yer aldığı genelgede önemli yaptırımlar yer alıyor.*

---



## Beyaz Kod Uygulaması

"Beyaz Kod" sisteminin etkin bir şekilde yürütülmesi sağlanacak, kurumlara özgü tedbirler alınacak ve görevli müdahale ekiplerinin olay yerine en kısa zamanda ulaşması sağlanacak.

## Çalışanların Eğitimi

Çalışanlara iletişim becerileri, öfke kontrolü ve özellikle öfkeli hasta ve hasta yakınıyla iletişim konularında ve şiddet davranışına karşı tedbir alma hususunda eğitim verilecek.



## Çalışan Hakları ve Güvenliği Birimi

Buna göre hastaneler ile ağız ve diş sağlığı merkezlerinde görevli bir başhekim yardımcısının doğrudan takip edeceği "Çalışan Hakları ve Güvenliği Birimleri" kurulacak. Yine bağlı birimlerdeki çalışanların hak ve güvenliği ile ilgili iş ve işlemleri yürütmek üzere Halk Sağlığı Müdürlükleri ile İl Sağlık Müdürlüklerinde bir Müdür Yardımcısının doğrudan takip etmesi amacıyla aynı birimler kurulacak.

## Risk Değerlendirmesi ve Güvenlik Tedbirleri

Sağlık kurumlarının şiddet bakımından risk değerlendirmeleri yeniden yapılacak ve gerekli tedbirler alınacak. Bu kapsamda acil servis, yoğun bakım ve ameliyathane gibi şiddet riskinin yüksek olduğu bölümlerin bekleme alanlarında gerekirse sayıları artırılarak yeterli güvenlik elemanı bulundurulacak. Fiziki alanlar nitelik ve iyi çalışma şartları açısından gerekirse yeniden düzenlenecek. Kurumların tüm alanlarını gözetleyebilecek şekilde güvenlik kameraları yerleştirilecek. Şüpheli durumlara ve kişilere bu konuda eğitilmiş özel güvenlik elemanları anında müdahale edecek. İletişim becerileri ve sorunlu hasta/hasta yakınlarını tanıma-çatışma yönetimi konularında eğitim almış kişiler, bekleme alanlarında görevlendirilecek ve "sorun çözücü" olarak çalışmalarını temin edilerek personelin alternatif çıkış yolları oluşturulacak.

## Hasta ve Hasta Yakınlarının Bilgilendirilmesi

Hasta ve hasta yakınlarını bilgilendirmek üzere "hasta bilgilendirme alanları" güçlendirilecek ve bilgilendirmenin usulü belirlenecek. Ayrıca vatandaş, sağlık çalışanına şiddet uygulanması halinde sağlık personelinin hizmet vermektan çekilme hakkı olduğundan hizmet alma sürecinin aksayacağı ve şiddet uygulayanların yargılanıp cezalandırılacağı hususunda bilgilendirilecek.



## Hizmetten Çekilme Talebi

Sağlık çalışanları, sağlık hizmeti sunumu esnasında şiddete uğraması halinde, acil verilmesi gereken hizmetler hariç olmak üzere hizmetten çekilme talebinde bulunabilecek. Çalışan, hizmetten çekilme talebini sözlü veya yazılı olarak kurum tarafından belirlenen yöneticiye bildirecek. Yetkili yönetici hizmetten çekilme talebini ivedilikle değerlendirip talebin uygun olmadığına karar verecek.

## Bildirim Süreci ve Hukuki Yardım

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olaylarını takip etmek üzere "Bakanlık Beyaz Kod Birimi" ile birlikte 24 saat hizmet verecek "113" numaralı telefon ve "www.beyazkod.saglik.gov.tr" internet sayfası oluşturuldu. Kamu ve özel tüm sağlık kurum ve kuruluşlarında gerçekleşen şiddet olayları, yöneticiler tarafından, ilgili personelin şikâyetinin olup olmadığına bakılmaksızın, derhal "113" numaralı telefonla Bakanlık Beyaz Kod Birimine bildirilecek, eş zamanlı olarak ilgili kurumun hukuk birimine ve adli mercilere intikal ettirilecek. Şiddete uğrayan sağlık çalışanı da "113" numaralı telefona doğrudan bildirim yapabilecek. Beyaz Kod Birimi hukuki süreci takip edecek. Hukuk birimleri, işlenen suçtan mağdur olan Bakanlık personeline veya vefatı halinde kanuni mirasçılara bir avukatın hukuki yardımını isteyip istemediğini soracak ve talep etmeleri halinde hukuki yardım yapılacak.

## Hasta Şikayetleri

SABİM'e ve hasta hakları birimine yapılan sağlık çalışanları hakkındaki şikâyetler, öncelikle SABİM'den sorumlu il sağlık müdür yardımcısı ve hasta haklarından sorumlu başhekim yardımcısı tarafından ön değerlendirmeye tabi tutulacak, genel ve soyut nitelikte olan, şikâyet sahibinin adı ve adresi belli olmayan veya personelin kusuru bulunmadığı açıkça görülen ihbar ve şikâyetler değerlendirmeye alınmayacak. ■

# Başarının Sırrı "Ekip Ruhu"



*Dünyada ve Türkiye’de uzun süre gündemde kalan ve Sağlık Bakanlığı tarafından “Yılın Sağlık Çalışanları” ödülüne layık görülen nakil ekibinin lideri Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Ömer Özkan ile sağlık gündemine ilişkin bazı konuları değerlendirdik.*

**Prof. Dr. Ömer ÖZKAN’la Röportaj**

**Sayın Özkan, öncelikle sizi tebrik ediyoruz. Türkiye’de ilk kez bir yüz naklini başarılı bir şekilde gerçekleştirdiniz. Böyle bir başarıyı nasıl yorumlarsınız?**

*Her ortamda bunun bir ekip işi olduğunu söylemeye çalışıyorum. Tek başıma ben bunların hiçbirini yapamam. Tek başıma bunları Akdeniz Üniversitesi dışında hiçbir yerde de yapamazdım. Kurumumu söylüyorum, kurumumuzun içerisinde çalışan arkadaşlarımız ki bunların içinde koordinatörlerimiz var, servis hemşirelerimiz, ameliyathane personelimiz, her türlü hizmeti veren hizmetlilerimiz yani aklımıza gelebilecek her basamakta arkadaşlarımızdan yardım alıyoruz ve bu destekle bir şeyler yapmaya çalışıyoruz. Tabii ki bu övgüler tüm ekibimize gidiyor.*



*Türkiye’de genel olarak sağlığın durumu, tıbbın durumu diğer ülkelerden çok geride değil. Çoğu konuda da ileride diyebil-*

*liz. Önemli olan bu durumu korumak ve daha ileri götürmektir. Ülkemizde yapılmayacak şeylerin kalmaması gerekiyor. Yapılmayan tedaviler yüzünden yurt dışına insanlarımızın gönderilmemesi gerekiyor. O tedavilerin en iyisinin burada yapılması hedeflenmelidir. Elbette eksikler yok değil... Ancak arkadaşlarımız, özverileriyle ve kendi çabalarıyla, bulunduğu kurumlardan aldığı destekleriyle bu hizmeti vermeye çalışıyor. Yine de çok geride değiliz bu aşamada.*

**Türkiye’de sağlığın alt yapısını nasıl görüyorsunuz? Sağlığın vizyonu açısından nasıl bir yere gidiyoruz?**

**Başarınızın yeni nesil sağlıkçılar açısından da başka başarı hikâyelerine ilham olacağını düşünüyor musunuz?**

*Bunun olumsuz yönü olup olmadığını düşünmek lazım. Ben olumsuz bir yönü olmadığını düşünüyorum. Hiçbir faydası olmasa bile olumsuz bir yönü yok. Kesinlikle olumlu olacağını düşünüyorum. Bakan, tıp fakültesi öğrencileri bile “Biz neler yapabiliriz? Biz de böyle bir şeyler yapabilir miyiz?” diye düşünüyorlar. Belki çoğunun yapılan ameliyat hakkında, yapılan işler hakkında bilgisi olmasa bile bir başarı öyküsü gibi görüyor. Belki öyle değil, fazla medyatik ama burada önemli olan magazin kısmı değil. Bu tamamen bilimsel ve halkın ilgi gördüğü kısmı ile ilgili aslında... Halk ilgi gösteriyorsa medya ilgi gösteriyor. Medya ilgi gösterdikçe halk da bunun değerini anlıyor aslında.*



Şu anda da cazibe merkezi... Ama bizim yaptığımız çalışmalar ya da diğer tıpla ilgili işler hem çok sembolik hem de kendi alanıyla ilgili önem taşıyor. Tıp alanıyla ilgili ilerlemeler o ülkenin genel durumunu genel ilerlemişliğini gösteriyor. Başka amaçla gelen insanlarda o ülkeye daha güvenle, daha istekle geliyorlar. Ama sağlıkla ilgili şeylerle de düşünmek gerekiyor. Bu işler bacasız sanayi. İnsanlar turizme geliyor ama bir alt yapıyı kullanarak gidiyor. Masraflar, çevre kirliliği... Sağlıkta sadece iş gücü kullanılıyor. İş gücü ise insanlığa yapılan bir yatırım. Bunlar kullanılarak ekonomide de çok büyük katkı oluyor. Dışarıdan canlı bir karaciğer nakline gelindiğini düşündüğümüzde alıcı ve verici geliyor. Siz burada ameliyatı yapıp başarılı bir şekilde gönderiyorsunuz ve inanılmaz bir katkıda bulunuyorsunuz ekonomiye. Siz ekonomiye katkıda bulunurken bizim esas görevimiz orada sağlık hizmeti vermek. Öğrencilerimize bu eğitimimizi vermek, asistanlarımızın bunları takip etmesi... Yani her basamakta kazançlı olan bir sistem bu...

**Son dönemlerde sağlık turizminden bahsediliyor. Türkiye'nin özellikle sizin alanınızda bir cazibe merkezi olacağını düşünüyor musunuz?**

**İleriki zamanlarda Türkiye'de daha değişik organ nakillerinin olabileceğini düşünüyor musunuz?**

*Birçok tedavi... Sadece nakil işine odaklanmak lazım... Bunlar tıptaki birçok alanla alakalı... Menisküs nakli, kalp nakli, karaciğer nakli, yüz nakli... Kanseri tedavisi çok farklı mesela... Kanserin tedavisini bulmak çok farklı olurdu. Genetikte birçok ilerlemeler olacak örneğin. Bunlar kendi alanında önemli gelişmeler ama biliyorsunuz tıp çok büyük bir alan ve ileride birçok şeye önderlik yapacak şeyler olması açısından da son derece önemli.*





*Tabii ki çok güzel şeyler oluyor sağlıkta ama her şey çok güzel oluyor anlamına gelmiyor. Bunu da söylemek gerekiyor. Doktorların şu anda bir moral bozukluğu var. Bu iyi ya da kötü ama gündem olması bile kötü. İster kabul edilsin, ister edilmesin bir doktorun bile "Mutsuzum..." demesi çok önemli. Buna önem verilmesi gerekiyor. İleriki dönemde eğer sağlıkta insanlar mutlu ise tüm bu uygulamaların da mutlu olması gerekiyor. Bunlara eminim dikkat edilecektir. Bizler dilimiz döndüğü kadar söylüyoruz, bize de önem verileceği söyleniyor. Bu konuda yetkili kişiler de ellerinden geleni yapacaklarını söylüyorlar. Bizler mutluyuz... Ancak dediğim gibi bir insanın sağlık hizmetlerinden mutsuz olması nasıl medyada yer alıyorsa bir sağlık çalışanının bile mutsuz olmasının dikkate alınması gerekiyor.*

**Sağlık çalışanlarının sizce Türkiye'de en önemli sorunu nedir?**

**Özellikle iş motivasyonunu bozan sağlıkta şiddet için neler söylersiniz?**

*Tabii ki bunlar bazı şeylerin sonucu... Söylemlere dikkat edilmesi gerekiyor. Mesleğin onurunu zedeleyebilecek söylemlerden mümkün oldukça uzakta durmak gerekiyor. Mümkün oldukça sürekli olumsuz şeyler oluyormuşçasına gündemde tutmamak gerekiyor. Burada görev biraz basın mensuplarına düşüyor biraz da yöneticilerimize düşüyor.*

*Bizler ülkemizle gurur duyuyoruz. Bu çok önemli bir husus hence... Bize bu imkânların verilebilmesi ve bize güvenilmesi, bunları da bizler başarabiliyorsak çok mutlu oluyoruz. İnşallah gelecekte daha iyi şeyler de yapacağız.*

**Son olarak neler söylemek istersiniz?**

# Sevgi Evleri ve Çocuk Yuvaları

*Himaye-i Etfal Cemiyeti'nin ilk yuva çalışmaları Mareşal Fevzi Çakmak'ın, kuruma telgraf çekmesi ile başlar. Telgrafta savaş sahası olan köylerde kimsesiz çocukların çokluğu ve yıkılmış evlerin duvarları diplerinde yaşayan yavruların korunması istenmektedir.*

Himaye-i Etfal Cemiyetinin ilk yuva çalışmalarının başlangıcı Mareşal Fevzi Çakmak'ın, kuruma telgraf çekerek, savaş sahası olan köylerde kimsesiz çocukların çokluğu ve yıkılmış evlerin duvarları diplerinde yaşayan yavruların korunmasını istemesi üzerine başlamıştır. Cephe-den gönderilen binbeşyüze yakın çocuğun, Ankara muhtarlarının ve halkın yardımıyla evlere yerleştirilmeleri ve giydirilmeleri sağlanmıştır. Bu çocukların büyük bir kısmı köylerine geri dönmek istemiş, bir kısmı ise Darüleytamlar'a yerleştirilmiştir. Bu çalışma cephede savaşanlar ve halkın üzerinde olumlu izlenimler bırakarak, kurumun halk üzerinde olumlu bir hava bırakmasını sağlamıştır. Türkiye Çocuk Esirgeme Kurumunun en önemli kuruluş

bakımını Çocuk Yuvaları oluşturmuştur. Kurumun Hacımusa mahallesinde kiralararak açtığı ilk çocuk yuvasının yetersizliği nedeniyle, 1925 yılında bu günkü Keçiören'de bulunan Atatürk Çocuk Yuvası'na taşınmıştır. Kurum daha sonra bir çok il ve ilçede örgütlenecek yuva hizmetlerini yürütmüştür. Yuva hizmetleri zamanla Çocuk Esirgeme Kurumu ismiyle bütünleşerek sürmüştür. Atatürk Çocuk Yuvasıyla ilgili olarak elimizde bulunan yayınlanmamış bir bilgi notunda, asıl şümüllü çocuk hizmeti yuvasının Keçiören'e nakledildiği 1925 yılında başladığı ifade edilmektedir. 39.000 metre karelik bir sahadaki eski bir binada işe başlanmış, o günden beri bir çok ilavelerle bugünkü şeklini almıştır. Yuva bugün 500 çocuğu

barındıracak kapasitede olup (0-4) yaşına kadar çocukları barındıran Umay yatakhane, daha yukarı yaşlardaki çocuklar için yeni bina, karantina ve hastaneyi içerisine alan bir bina ile Özel Hemşire Koleji, Göker Salonu, ambar, mutfak, depo, iş atölyeleri ve firmı ihtiva etmektedir. Bundan başka voleybol, basketbol alanları ile çeşitli oyun araçları, yüzme havuzu ile oyun ve eğlence işleri ile takviye edilmiştir. Sebze bahçesi, kümes hayvanlarından büyük mikyasta istifade edilmektedir. Aynı kaynakta kurumun yöneticisinin doktor, yardımcısının psikolog olduğu, kurumda iki ayrı bölümden oluşan havuzun bulunduğu, sıcak günlerde çocukların doktor ve hemşire kontrol unda bu havuzdan faydalandığı belirtilmek-



Harp sahasından gelen çocuklardan bir grup

***Cepheden gönderilen binbeşyüze yakın çocuğun, Ankara muhtarlarının ve halkın yardımıyla evlere yerleştirilmeleri ve giydirilmeleri sağlanmıştır. Bu çocukların büyük bir kısmı köylerine geri dönmek istemiş, bir kısmı ise Darüleytamlara yerleştirilmiştir. Bu çalışma cephede savaşanlar ve halkın üzerinde olumlu izlenimler bırakarak, Kurumun halk üzerinde olumlu bir hava bırakmasını sağlamıştır.***



**Türkiye Çocuk Esirgeme Kurumunun en önemli kuruluş bakımını Çocuk Yuvaları oluşturmuştur. Kurumun Hacımusca mahallesinde kiralarak açtığı ilk çocuk yuvasının yetersizliği nedeniyle, 1925 yılında bugünkü Keçiören’de bulunan Atatürk Çocuk Yuvasına taşınmıştır. Kurum daha sonra bir çok il ve ilçede örgütlenerek yuva hizmetlerini yürütmüştür.**



tedir. Belirtilen bilgi notunda yuvanın 3,5 dönümlük sebze ve meyve bahçesinin bulunduğu ve 1967 yılı içerisinde 14 ton meyve ve sebzenin üretildiği, 120 kapasiteli modern tavuk kümesinden son 22 aylık süre içerisinde 526.167 adet yumurtanın alındığı, yuvanın ihtiyacı olan 450-500 ekmeğin ise yuva bünyesinde bulunan fırından sağlandığı belirtil-

mektedir.

Atatürk Çocuk Yuvası tarihi boyunca gerek Devlet büyüklerinin gerekse gelen yabancı konukların ziyaret ettiği bir yuva olmuştur. Zaman zaman yapılan değişikliklerle binalara eklemeler yaparak yuva büyütülmüş, kendi kendine yeterli bir hale gelmesi amacıyla, sebzeçilik, tavukçuluk, süt inekçiliği, ekme-

üretimi gibi faaliyetleri başlatmıştır. Yuvanın bulunduğu site içerisinde hemşire kolejinin olması çocuklara yönelik çalışmalarda kolaylık sağlamıştır. Atatürk Çocuk Yuvası sel, deprem ve benzeri afetler sırasında sürekli merkez görevini üstlenerek korunmaya muhtaç çocukları barındırmıştır. Çocuk Sevenler Derneği, Barış Gönüllüleri ve Gönüllü Ablalık Projesi ile yuvada çocuklara yönelik çalışmalar yapılmıştır.

### **1 Ekim 2009 Tarihinden Sonra**

Ülkemiz genelinde planlanan bir proje ile SHÇEK’ de Sevgi Evlerine geçilme çalışmaları başlatılmıştır. Bu doğrultuda 2006 yılında



Genel Müdürlük tarafından Pursaklar Saray Beldesinde Ankara Sevgi Evleri Çocuk Yuvası projelendirilip ihalesi aynı yılda verilmiştir. İnşaat çalışmaları TOKİ tarafından başlatılmıştır. 7-12 yaş grubu 45 dubleks ve 0-6 yaş grubu için 15 tek katlı ev olmak üzere Ankara Sevgi Evleri, Temmuz 2009 tarihinde bitirilmiştir ve geçici kabulü ilgililerce sağlanmıştır. 1 Ekim 2009 tarihinde ise Keçiören Atatürk Çocuk Yuvasındaki 3-12 yaş grubu çocukları Ankara Sevgi Evlerinde yeni mekânlarına tatlı bir heyecanla nakledilmişlerdir. Dünyanın değişen şartlarına ayak uydurabilmek, koruma ve bakıma muhtaç çocuklarımıza daha sağlıklı hizmet verebilmek adına yapılan bu girişimde modern ortamlarına taşınmışlardır. Bugün çocukları sekiyer kişilik yeni evlerinde yaşamalarına devam etmektedir.

Ankara Sevgi Evleri Çocuk Yuvası dört ana birimden oluşmaktadır. Yaklaşık 160 dönüm arazi üzerinde; İdari Bina, Sosyal Kültürel Eğitim ve Spor Merkezi, Revir ve 480 Kapasiteli 60 villa tip evden oluşmaktadır. Bunların yanında futbol, basketbol, voleybol tenis kort alanlarıyla çocuk oyun parkları mevcuttur. Ankara Sevgi Evlerinde (06 Nisan 2012 tarih itibarıyla) kayıtlı 605 çocuk bulunmakta olup 426 çocuk fiilen kalmaktadır. Bunlardan 365 çocuk Eğitim-Öğretim çağında olup servislerle Keçiören,

Akyurt, Altındağ ve Pursaklar'daki okullara devam etmektedir.

Çocuğun sağlıklı gelişimi ancak bir aile yanında mümkün olabileceği ilkesinden hareketle korunmaya muhtaç çocukların öncelikle öz ailesi yanında bakımı bu mümkün değilse koruyucu aile, evlat edindirme, aynı nakdi yardım hizmetinden yararlandırılması ilkesi benimsenmiştir. Alınabilecek bu tedbirlerin çözüm üretmemesi durumunda en son çare olarak kuruluş bakımı hizmeti tercih edilmektedir. Kuruluş bakımı ülkemizde çok sayıda çocuğun bir çatı altında toplandığı toplu bakım modelidir. Her ne kadar kuruluşlar ev ortamına yakın tefriş edilmeye başlanmış ise de yeterli olamamaktadır. Son dönemde yeni model arayışına gidilerek farklı hizmet modellerinin devreye sokulması ve bu yönde yeni kuruluşlar açılmasına yönelik planlamalar yapılmaktadır. Bu planlamalar arasında çok önemli bir yere sahip olan Sevgi Evleri Projesi ile kuruluş bakımı yerine daha küçük birimlerde, aile ortamına benzer yapılar ve ilişki sistemi içerisinde çocukların yetiştirilebileceği küçük müstakil binalardan oluşturulan site içerisinde bakımının sağlanmasıdır.

Sevgi evlerinin 10-12 çocuğun barınıp yaşamlarını sürdürebileceği, temel ihtiyaçlarının karşılanabileceği, toplu yaşamının getirdiği olumsuzlukları yaşamadan yetiştirilebile-



cekleri, aile ortamına benzer yapılar ve ilişki sistemi içinde çocukların yetişebileceği kuruluşların yaygınlaştırılmasına yönelik çalışmalar büyük bir hızla sürdürülmektedir. Aile ortamı şeklinde düzenlenmiş çocuk evleri, az sayıda personel tarafından sürekli ve değişmeyen hizmetin sağlanması ile çocuklarda temel güven duygusunu kazandırmakta, sağlam ve tutarlı davranış özelliği ile olası kişilik ve davranış bozukluklarını en aza indirmektedir.

*Sevgi Evleri; Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğümüz koordinesinde yürütülmektedir.*





## Sağlıkta İnsan Kaynaklarına Genel Bir Bakış ve Sağlıkta Dönüşüm Programı Çerçevesinde Ülkemizdeki Durum

**Fatih ŞİMŞEK**  
Sağlık Yönetimi Uzmanı

*Sağlık sistemleri için insan kaynaklarının kritik önem arz ettiği bir gerçektir. Buna rağmen bu konu üzerinde gerçek anlamda uluslar arası tartışmalar son 15 yıl zarfında başlamıştır.*

Sağlık hizmetlerinin sunumunda, finansal açıdan sağlık çalışanları, çoğunlukla bir yük olarak dikkate alınmış, bunun bir sonucu olarak da birçok ülke, başarısız insan kaynakları yönetimi ve düzenlemeleri

sebebiyle arz-talep ilişkisinde, sağlık çalışanlarının dağılımında, sağlık çalışanlarının beceri karmasında görülen dengesizliklerinin ve kötü çalışma koşullarının neden olduğu kronik sorunlar ile mücadele etmek

durumunda kalmıştır. Oysaki sağlık sektörünün hizmet yoğun bir sektör olduğu hep göz ardı edilmiştir. Sağlığın iyileşmesi hedefine ulaşmak için iş gücüne bağlı olmaları, sağlık sistemlerinin hepsinde ortak

olan bir noktadır. Ancak tüm ülkeler, köklü iş gücü dengesizlikleri ve insan kaynakları problemleri ile karşı karşıyadır. Bunlar kısmen, en iyi teşvikleri sağlamak veya iş gücü performansını artırmak konusunda başarısızlığa uğrayan uygunsuz politika araçlarının kullanımı, zayıf çalışma ortamları ve beceri eksiklikleri sonucunda ortaya çıkmaktadır.

AB ülkelerindeki çok sayıda politikacı, sağlık sistemlerinde hızlı değişim ve değişiklikler ile başa çıkabilmek için, sağlık sektöründeki reformlar kapsamında sağlığın insan kaynakları bileşeni üzerinde, çok daha etkili bir şekilde durulmasının zorunlu olduğuna inanmışlardır. Türkiye’de Sağlık Bakanlığı bireylere hak ettiği çağdaş, verimli, hakkaniyetli, nitelikli ve ulaşılabilir sağlık hizmeti sunmak için ulusal bir model olarak “Sağlıkta Dönüşüm Programı” doğrultusunda sağlık sistemimize uygun, ihtiyaca yönelik, yeterli nitelik ve nicelikte, donanımlı sağlık insan gücü yetiştirmek, mezuniyet öncesi ve sonrası eğitim programlarını ihtiyaca uygun yapmak ve bu sayede sağlık alanında etkin ve verimli hizmet sunabilmek için bir süreç başlamıştır. Sağlık profesyonellerinin eğitimi, öğretimi ve sosyalleşmesi yıllar sürer; bu yüzden sağlık hizmetlerindeki çoğu insan kaynakları sorununu, hemen çözüme kavuşturmak mümkün değildir. İnsan kaynakları kararlarının, uzun vadeli etkileri vardır ve geriye dönüşü zordur. Stratejik bir yaklaşım, gelişen bir sağlık sistemini destekleyen iyi bir amaç ortaya koyar; iş gücünün kendi devamlılığını temin ederken nüfusun sağlık ihtiyaçlarını belirlemek ve insan kaynakları yatırımlarından optimum sonuçlar alacak mekanizmalar seçmek için, ne tür personele ihtiyaç duyulduğunu değerlendirir.

***Sağlık işgücü planlanırken toplumun değişen ihtiyaçlarının göz önüne alınması gereklidir. Yetiştirilecek işgücünün ihtiyaca uygun olması için Sağlık Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı ve Yüksek Öğretim Kurulu’nun ortak çalışması, üniversiteler arası müfredat farklarının giderilerek eğitimde standardizasyonun sağlanması ve mezuniyet sonrasında personelden beklentiler kayıt öncesi belirtilmelidir.***



Öğrenci Seçme ve Yerleştirme Merkezi 2006-2007 Öğretim Yılı İstatistiklerine göre (2012 yılı içinde mezuniyetleri öngörülerek) sağlık alanında Sağlık Meslek Liselerinde 11, ön lisans eğitimi veren yüksek okullarda 26 ve lisans düzeyinde eğitim veren fakültelerde 17 olmak üzere 54 farklı düzey ve meslek grubuna yönelik eğitim verilmiştir. Bu grupların çoğu resmi olarak tanınmış olmasına rağmen bir kısmının meslek tanımları henüz yapılmış değildir. Türkiye’de sağlık iş gücü planlamasında genelde hekim, diş hekimi, eczacı, sağlık memuru, hemşire ve ebelerin göz önüne alındığı ve bu konuda diğer meslekler açısından bir boşluk olduğu görülmektedir.

Türkiye’de sağlık alanında uzmanlık eğitimi 73 uzmanlık ve üst uzmanlık alanında verilmektedir. Her meslek grubuna ve uzmanlık dalına göre ihtiyacın belirlenmesi ve bu ihtiyacın hangi öğretim kurumlarıyla ne kadar zamanda karşılanabileceğinin tespiti yapılmalıdır.

Bu veriler ışığında stratejik iş gücü planlaması yapılmalı ve kamuoyu ile paylaşılmalıdır. Bu sayede gençlerin meslek seçimleri konusunda yönlendirilmeleri ve ülkenin ileriki her 5, 10 ve 15 yıllık dönemdeki kalifiye insan gücü ihtiyacı sağlanmış olsun.

Bazı meslek gruplarında aynı anda lise, önlisans ve lisans düzeyinde mezunlar verilmesinin sorun olduğu gözlenmektedir. Sağlık işgücü planlanırken toplumun değişen ihtiyaçlarının göz önüne alınması gereklidir. Yetiştirilecek işgücünün ihtiyaca uygun olması için Sağlık Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı ve Yüksek Öğretim Kurulu’nun ortak çalışması, üniversiteler arası müfredat farklarının giderilerek eğitimde standardizasyonun sağlanması ve mezuniyet sonrasındaki personelden beklentiler (Acil Tıp Teknisyenlerinden ambulans kullanmaları istenmesi gibi v.b) kayıt öncesi belirtilmelidir.

Sağlık insan gücü planlaması »

**Günümüzde çağdaş ülkelerin kalkınma planlarında önemli bir yere sahip olan Sağlıkta İnsan Kaynakları, Türkiye’de de Sağlıkta Dönüşüm Programının önemli alt başlıklarındandır. Teknoloji ve bilimdeki tüm gelişmelere rağmen, tüm dünyada sağlık alanında en önemli kaynağı hâlâ sağlık personeli oluşturmaktadır. Bundan dolayı, sağlık sistemimize uygun, ihtiyaca yönelik yeterli nitelik ve nicelikte, donanımlı sağlık insan kaynağı yetiştirmek; doğru sayıda sağlık personeli, doğru yer, doğru zaman ve doğru motivasyon ile istihdam etmek politika yapıcıların temel amacı olmalıdır. Bu sayede etkili ve verimli bir sağlık hizmeti sunmak ve sağlık sektörünü geliştirmek mümkün olacaktır.**

birçok disiplini ve sektörü kapsamaktadır. Sağlık hizmetlerine ulaşım, hizmetleri kullanma sıklığı, hasta haklarındaki iyileştirmeler sağlık hizmetlerine olan talebi de hızla artırmaktadır. Bugün birçok sorunu olan insan kaynaklarının planlanması ve yönetiminde yapılacak birçok iş bulunmaktadır. Meslek tanımlı olmayan bazı meslek gruplarına ait iş tanımlarının oluşturulması, iş tanımları olan meslek gruplarında bunun tekrar düzenlenmesi, morbidite ve mortalite göstergelerine göre orta vadeli hedeflere uygun şekilde personel sayısının ve niteliğinin artırılması, mezuniyet öncesi ve sonrası mesleki eğitimin gözden geçirilmesi, ülkenin ve sahanın ihtiyaçlarına göre personel yetiştirilmesi, hizmeti kullanan kadar hizmeti sunanın da memnuniyetinin artırılması bunlardan bazılarıdır.

Günümüzde çağdaş ülkelerin kalkınma planlarında önemli bir yere sahip olan Sağlıkta İnsan Kaynakları, Türkiye’de de Sağlıkta Dönüşüm Programının önemli alt başlıklarındandır. Teknoloji ve bilimdeki tüm gelişmelere rağmen, tüm dünyada sağlık alanında en önemli kaynağı hâlâ sağlık personeli oluşturmaktadır. Bundan dolayı, sağlık sistemimize uygun, ihtiyaca yönelik yeterli nitelik ve nicelikte, donanımlı sağlık insan kaynağı yetiştirmek; doğru sayıda sağlık personeli, doğru yer, doğru zaman ve doğru motivasyon ile istihdam etmek politika yapıcıların temel amacı olmalıdır. Bu sayede etkili ve verimli bir sağlık hizmeti sunmak ve sağlık sektörünü geliştirmek mümkün olacaktır.

Türkiye’deki sağlık personelinin motivasyonunu ve verimliliğini etkileyen diğer bir konu da farklı düzeylerdeki personelin ge-

lirleri arasındaki afaki farklardır. Hâlihazırda yapılan ek ödemeler de dikkate alınarak personel ücretleri arasındaki farklılık incelendiğinde uzman hekim, pratisyen hekim, diş hekimi gibi personel ile şoför, aşçı, terzi gibi destek düzeyindeki personelin ücretleri arasındaki farklılığın kabul edilebilir aralıkta olduğu gözlenmektedir. En üst ve en düşük personel dereceleri arasındaki farklılık yaklaşık 4,5’e 1’dir. Bu personel grupları arasındaki istenilen fark genellikle 3 ila 6’ya 1 seviyelerindedir.

Öte taraftan, hemşire, ebe, sağlık memuru, tıbbi sekreter gibi personel ile destek düzey personel arasındaki ücret farklılıkları düşüktür. Bu meslek grupları arasındaki farklılık 1,5’a 1’dir. Farklı beceri düzeylerinde olan bu personel grupları arasında fazla bir ayırım yoktur ve bunların kıymet takdirlerinin yeniden yapılması gerekmektedir. Bu saptamamızı uluslararası örnekleri dikkate alarak yaptığımızı yinelemek isteriz.

Sağlık Bakanlığı’nun istihdam uygulamaları, 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu’nun kısıtlılıklarından dolayı, 2003 yılında uygulamaya konan 4924 Sayılı Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması İle Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun ve 657 4B uygulaması ile sağlık personelinin işe alımı, işten çıkartılması ve istihdam süre ve şartlarının belirlenmesi gibi konularda yeni bir yapılanma ve Devlet Memurları Kanunu’nda olmayan esneklikler sunulmaktadır. Ancak bu modellerde istihdamla ilgili sorunların bir bölümüne çözüm getirilirken personel motivasyonu, ekip ruhu ve kurumsallaşma gibi kavramların yanı sıra uygulamanın sürekliliğinin sağlanması

açısından da sıkıntılar oluşmaktadır. Bu konuda sistemin iyileştirilmesi için personel birliğini sağlayacak istihdam modelleri tercih edilmelidir. Bu sayede eşit işe eşit ücret uygulamasıyla daha hakkaniyetli bir ücret sistemi kurulabilecektir. Meselenin

özünde; Sağlıkta İnsan Kaynaklarının nasıl planlandığı, eğitildiği ve hizmetler içerisinde nasıl mobilize edildiği yatmaktadır. Çünkü sağlıkta insan kaynakları; sunulan hizmetlerin kalitesini, hasta ve çalışan memnuniyetini cari maliyetleri ve

ülkelerin gelişimini gösteren ana belirleyicilerdendir. İş gücünün etkili ve motive olmasını sağlayabilecek Sağlıkta İnsan Kaynaklarının planlama ve yönetim rollerinin geliştirilmesi zorunludur. ■



**Bir ülkede mevcut sağlık hizmetlerini;**  
**Doğru Sayıda İnsanla,**  
**Doğru Yerde,**  
**Doğru Zamanda,**  
**Doğru Becerilerle,**  
**Doğru Motivasyon ve Tutumlarla,**  
**Doğru Maliyetlerle,**  
**Doğru Verimlilikte,**  
**Doğru işleri yaparak sunma ve sağlık hizmetlerini sunarken o ülkenin sosyal ortamına ve ekonomik şartlarına uygunluğu sağlama ihtiyacı vardır.**

## Kamu Hastane Birlikleri Devrinde Devlet Hastanelerinde İstihdam Dinamikleri Üzerine



Ülkemizde hastanelerin işletilmesi konusu 1923'ten bu yana önemli bir sorun olarak hep elimizin altında durmuştur. 1950'lere gelindiğinde 55 tane özel hastane açılmış ve yerel yönetimlere ek olarak hususi işletmelerin ihtiyacı karşılaması planlanmıştı. Behçet Uz döneminde hastanelerin ağırlıklı olarak Sağlık Bakanlığı bünyesinde olması görüşü benimsenmiştir. Bu görüş giderek artan bir irade ile günümüze kadar ağırlığını korumuştur. 2003 yılında uygulamaya konan Sağlıkta Dönüşüm Programı kamu hastanelerinin özerk bir işletme haline getirilmesi fikrini savundu ve 10 yıl sonra gereğini yerine getirdi. Bu uygulamaya karşı çıkanlar hastanelerin özelleştirilmesi için bunu bir kılıf olarak değerlendirdi. Özerkleştirme özelleştirmenin takkiye edilmiş şekliydi.

Prof. Dr. Haydar SUR  
İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanı

Kamu Hastane Birlikleri uygulaması bir desantralizasyon projesidir. Yetkinin en önemli kısımlarını en yoğun haliyle elinde bulunduran Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı operasyonel sorunlarla boğuşup durmakla enerjisini tükettiği için ve stratejik rollerini tam olarak yerine getirmekte aksamalar yaşadığını düşündüğü için rolleri ve bu rollerin oturacağı kalıplar anlamına gelen yapının yenisini ortaya koydu. Ashında ortaya koydu demek için biraz erken. Çünkü ortada bir kanun hükmünde kararname var, bunun bazı maddeleri kamu hastane birliklerine ilişkin ama birbirinden önemli en az 6 konuyu birden ele alan bir ana metin bu. Kamu hastane birliklerinin çerçevesini ortaya koyuyor ama özüne/ruhuna/ esasına (ne dersiniz deyin) ait fazla bilgi yok. Bu bilgiler yönetmelikleri görünce elimizde olacak. Böylesine büyük değişiklikleri getiren mevzuat metinleri ne ölçüde ayrıntılı olursa olsun, biraz da bu metinleri kullanacak kişilerin aklı fikri kadar hayata geçirilebiliyor. Öyleyse bu değişim sürecinde dereyi kimin geçireceği de önem kazanıyor. Hayatı boyunca idare-i maslahat etmekten öte bir şey ortaya koymamışlar gene eski uygulamalarına kayan bir tarz benimseyecekler.

Resmi Gazete'nin 2 Kasım 2011

tarikh ve 28103 sayılı mükerrer basısında yayımlanan 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname'nin Altıncı Bölümü'nde Madde 29'dan 35'e kadar olan kısımda doğrudan Kamu Hastane Birlikleri'nin yapısı ve işleyişine ait maddeler yer almaktadır. Yedinci ve Sekizinci Bölümlerde ise bağlı kuruluşların yapısı, görev yetki sorumluluklar üzerine bazı genel hükümler bulunmaktadır. Ayrıca 2 ve 3 sayılı cetveller ile 1 sayılı liste de konunun ayrıntılarını kısmen açıklamaktadır.

Ülkemizde hastanelerin işletilmesi konusu 1923'ten bu yana nemli bir sorun olarak hep elimizin altında durmuştur. 1950'lere gelindiğinde 55 tane özel hastane açılmış ve yerel yönetimlere ek olarak hususi işletmelerin ihtiyacı karşılanması planlanmıştı. Behçet Uz döneminde hastanelerin ağırlıklı olarak Sağlık Bakanlığı bünyesinde olması görüşü benimsenmiştir. Bu görüş giderek artan bir irade ile günümüze kadar ağırlığını korumuştur. 2003 yılında uygulamaya konan Sağlıkta Dönüşüm Programı (ki fikren evveliyatı 1990'lara gider) kamu hastanelerinin özerk bir işletme haline getirilmesi fikrini savundu ve 10 yıl sonra gereğini yerine getirdi. Bu uygulamaya karşı çıkanlar hastanelerin

özelleştirilmesi için bunu bir kılıf olarak değerlendirdi. Özerkleştirme özelleştirmenin takiiye edilmiş şekliydi. Devlet mülklerini, sağlığı piyasalaştırıyordu ve yoksul halk artık hizmet almak bir yana hastanelerin kapısından bile giremez olacaktı. Ülkenin hastaneleri yabancı sermayeye peşkeş çekiliyordu. Bazı karar alma mekanizmalarını yine kendi vatandaşına vermek (merkezdeki güç kaybı) her türlü vatana ihanet kapılarının açılması gibi algılanıyordu. Bu arada daha fazla bir kesim de hizmetleri yerinde, zamanında ve verimli şekilde sürdürmeye çalıştıkça merkezin ağırlığından bunaldığı için bunu bir kurtuluş yolu olarak görüyordu. İğdir Devlet Hastanesi'nin ekme ihalesinin Bakanlık'ta yapıldığı günlerden bugünlere gelmiştik.

Tartışmalar akıl zemininde değil de endişe ve korku zemininde yürüdükçe kısırlıktan kurtulmak mümkün olmayacağına göre, kamu hastanelerinin özerkleştirilmesini bir desantralizasyon projesi olarak anlamak, desantralizasyonun yararlarını, doğuracağı sıkıntıları, uygulamada nelere dikkat etmek gerektiğini dünya deneyimlerinden ve bilimden güzelce öğrenmek en iyisidir. »

## Desantralizasyonda Kritik Sorular Şöyle Sıralanabilir

- *Gelir elde etme yeteneği (bununla ilişkili kararlar) merkezde mi, yerel kuruluştaki mı olacak?*
- *Fiyatlandırma özerkliği olacak mı?*
- *Elde edilen gelirin harcanmasına ilişkin kararları kim verecek?*
- *Hangi sayıda ve nitelikte personelle çalışılacağına kim karar verecek?*
- *İstihdam edilenlere ödenecek ücretleri belirleyen merci neresi olacak?*
- *Başarılı veya başarısız olanlar ne şekilde ayrıştırılacak, performans neye göre değerlendirilecek?*
- *Başarısız olanları görevden almak dahil bunlara yaptırım ne şekilde uygulanacak?*
- *Yerel karar vericiler merkezin işaret ettiğinin dışında bir politika üretebilecek mi, örneğin bilgi sistemlerinde standart verilerin yönetimi dışında ne gibi tasarrufla bulunabilecek?*
- *Memlekette her birlik başka başka politikalar üretirken (bu, bir yere kadar istenen, bir yerden sonra da korkulan bir durumdur) bunlar hangi düzeyde hizada tutulacak, nereye kadar politika özerkliği tanınacaktır?*

Görüldüğü gibi yerelleştirmede en kritik 3 konu; politika belirleme, gelir elde edip harcama ve insan kaynağı istihdamıyla ilgili kararlar almaktır. Bu üç konunun hiçbiri bugün elimizdeki metinlerde açıklık kazanmış değildir. Böylelikle kanun hükmünde kararnamenin yönetmeliklerini beklemekten başka yapacak bir şey yoktur. Yine de perşembenin gelişi çarşambadan belli ise, akıl yürütme ile bazı şeyler söylenebilir.

Ülkemizde toplam 1455 hasta-

nenin var olduğu bazı kaynaklarda bunun 843'ünün, bazılarında ise 730'unun (bu kadar büyük farkla bu sayıların verilmesine hiç aklım ermiyor) Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastaneler olduğu bildiriliyor. Hastane sayılarından vazgeçtim, toplam yaklaşık 200 bin hastane yatağından 119.891'inin Sağlık Bakanlığı'na ait olması hastane işletmeciliği alanında da bu kurumun ne büyük bir güç odağı olduğunu ortaya koymaya yeter. Şimdi koskoca bir sektörün en önemli ayağına ait kuruluşların

odağı kayacak ve yeni bir denge noktası elde edilecektir. Yukarıda anlatılan üç önemli noktanın ikisi (gelir elde etme ve harcama yetkisi; politika belirleme ve uygulama yetkisi) bir kenarda duradursun, biz bu yazının konusuna gelelim. Kamu hastane birlikleri yapısında faaliyet gösterecek hastanelerin istihdamla ilgili dengesi nasıl oluşacak ve insan kaynağı başlığında ele alınabilecek ne gibi değişiklikler yaşanacak?

## Halen kamu hastanelerinde görev yapmakta olan kişiler açısından

### **GENEL ANLAMDA ÜCRETLER VE İŞ GÜVENCESİ İLE İLGİLİ**

- » Ücretlerde bir artış veya azalış olacak mı, kimin ne kadar ücret alacağını kim belirleyecek?
- » Aymı klasmanda olan kişilerin performansı ölçülüp farklı farklı ücret ödemesi gündemde olacak mı?
- » İşe yeni alınacaklar artık devlet memuru statüsünde olmayacağına göre memur ile memur olmayan ama aymı işi yapmakta olan kişiler arasında farklılık olacak mı?
- » Kişilerin performansları nasıl ölçülecek, bu ölçüm sonuçları neyi, nasıl etkileyecek?
- » Genel sekreter veya bir başka üst düzey yetkili beğenmediği kişilerin işine son verecek mi, veya çalışma yerlerini birliğe bağlı başka hastaneler olarak rahatça değiştirecek mi?
- » Çalışanların özlük haklarında ve iş tanımlarında büyük ölçüde sayılabilecek değişiklikler olacak mı, bunlar sadece yeni girenleri mi yoksa herkesi mi kapsayacak?

### **YÖNETİM VE YÖNETİCİLERLE İLGİLİ**

- » Yöneticilerin sorumluluk ve yetkileri gerçekten dengelenebilecek mi, yoksa merkezden talimat alma dolaylı yollardan sürecek mi?
- » Daha önce merkez teşkilatta bulunan yetişmiş insangücü ve yönetim kapasitesinin yürüttüğü kritik karar gerektiren işler, yetkilerin uçlara göçerilmesiyle hangi yöneticiler ne gibi kapasitesiyle karşılanabilecek?
- » Bugünkü yöneticilerin mesleki kariyeri nasıl bir sürece girecek?
- » Profesyonel yönetici sıkıntısı bulunan illere diğer bölgelerden yetkin yöneticiler nasıl gönderilecek?
- » Yetkin yöneticiler kendi teknik doğrularına karşı yerel politikacıların baskılarını nasıl göğüsleyebilecek? (Desantralizasyonun teorisinde yerel politikacıların o yöre toplumunun çıkarlarını en güzel savunup kollayacağı varsayılıyor, halbuki ülkemizde parti, aşiret, dini inanç vb. birçok özelliğe göre gruplaşmalar gücün kullanılmasına damgasını vuruyor; ay-



Kamu Hastane Birlikleri faaliyete geçtiği zaman başarı şansı nedir? Bu sorunun cevabı iki anahtar sözcük (yönetim kapasitesi, performans değerlendirme ve denetim) etrafında yer almaktadır. Bugüne kadar kamu hastanelerinin tam olarak kendi ayakları üstünde durduğu bir noktaya hiç gelmiş değiliz. Ama bunun nedeni belki de merkezin hastaneler üzerinde hiç kesintisiz müdahalesinin sürüp gitmiş olmasıdır. Müdahale olmadığı zaman hastaneler kendi ayakları üzerinde

durabilecek mi? Birçoğu için bu soruya hayır cevabını verebiliriz. Sekizyüz hastanenin belki de ikiyüzü kendi göbeğini kendisi kesebilecek durumdadır. Geri kalan altıyüz kadarını kim nasıl kollayacak? Burada hastanelerin performans kriterleri ile sınıflandırılması, buna göre A,B,C,D,E sınıflarına ayrılması ve belirli bir dönem sonra bir üst sınıfa hala atlamayanın başarısız kabul edilmesi sözkonusu olunca, insanın hayalinde sürekli gelişen bir hastaneler kümesi canlanıyor. Ama üst

sınıfa atlayıp atlamama kriteri sadece hastanenin elde ettiği gelir ve fiziksel ortamın iyileştirilmesi olunca (sadece demek haksızlık olur, ağırlıklı olarak diyelim) yarıcı bir çaba ile hastaneler gelir elde etme yarışına girecek gibi görünüyor. Bazıları ne yapsa bunu başaramayacaktır. Bunların da itici güç olarak kullanacağı motorlara ihtiyacı var. Çok uzak yörelerdeki hastaneler, merkezin burnunun dibinde olup merkezdeki büyük hastanelerle yarışamayacak olanlar, uzman hekim kotası sınırlı

## cevabını bir an önce öğrenmek istedikleri soruları da sıralayalım:

rica o yöre doğumlu olmayan hiçbir yöneticinin o ilde doğmuş birine karşı şansı yoktur.)

- » Yöneticilerin performansı nasıl ölçülecek?
- » Başarılı veya başarısız yöneticilerin mesleki kariyeri nasıl şekillenecek?
- » Yanlış karar vererek hastaneyi zarara uğratan birinin mali sorumluluğu da olacak mı, yoksa sadece görevden el çektilmesiyle mi kalacak?

### HEKİMLERLE İLGİLİ

- » Hekimlikle ilgili istihdam konularının başında mecburi hizmet, bir hekimin gereğinde birden çok yerde çalıştırılması, hekimlerin norm kadrosu veya hastanelere getirilen hekim kotaları gelmektedir. Buradan hareketle hastane birlikleri arasında kıt bir kaynağımız olan hekimlerin paylaşılması nasıl olacak?
- » Hekimin tıbbi başarısına ve yaptığı mesaiye göre aynı statüdeki diğer hekimlerden farklı ücretlendirilmesi ne ölçüde mümkün olacak?
- » Zaman zaman özellikli hizmetlerde birikim

sahibi hekimlerin birden çok hastane ile haftanın belli günlerinde mesai vermesi şeklinde anlaşma yapması mümkün olacak mı?

### HEMŞİRELERLE İLGİLİ

- » Hekimlere yönelik maddelerin tamamı hemşirelere uyarlanıp sorulabilir. (Hekim ve hemşirenin özellikle birer birer ele alınmasının nedeni hastanelerde sağlık çalışanı olarak en fazla ve kritik noktada bu meslekten kişilerin çalışıyor olmasıdır.)

### DİĞER SAĞLIK ÇALIŞANLARI VE SAĞLIK PERSONELİ SINIFINDA OLMAYAN DİĞER ÇALIŞANLARLA İLGİLİ AÇIKLAMA

- » Genel anlamda iş güvencesi, iş tanımlarında farklılaşma olup olmayacağı, ücretlendirme ve diğer özlük hakları ile ilgili sorular akla gelmektedir.
- » Şimdiye kadar şu veya bu şekilde sistemde kalmış kişiler aynı haklarını sürdürürken, işe yeni alınacakların özel kuruluşlarda çalışan muadillerinden bir farkı kalmayacaktır. »



**Ülkemiz aslında teorik olarak güzel bir maceraya atılmış oluyor. İlk dönemlerde tabii ki kargaşa yaşanacaktır. Bunun öngörülmesi ve çözüm paketlerinin hazırda tutulması akılcı bir yoldur. Beni en çok sevindirecek iki şey zaman içinde illerin her birinde serpilmiş profesyonel yöneticilerin işin başında bulunması ve kafayı devlet memurluğuna takıp kendine, enerjisine ve üretim potansiyeline güvenmeyen sağlık çalışanlarının gittikçe kendine daha fazla güvenir hale gelerek gücünü üretiminden almaya başlamasıdır.**

olanlar veya hekimlerin tercih etmedikleri yörelerdeki bu tür hastanelere örnek gösterilebilir.

En önemli konu aslında yine yönetim kapasitesi meselesinde düğümlenmiştir. Kaba bir hesaplama, 200 büyük hastanenin her birinde 50 üst ve orta düzey yöneticiye ihtiyaç vardır. Bu hastaneler için toplam 10 bin yönetici gerekiyor. Diğer 600 hastanede de 20 kişiye ihtiyaç duyulur ve toplam 12 bin profesyonel yönetici de buralarda gerekir. Birliklerin merkezlerine kaliteli kişileri bulduk diyelim. Hastanelerde gereken 22 bin profesyonel yöneticinin en fazla 7-8 bin kadarı mevcuttur. Bu 7-8 binin içine diplomalı, diplomasız, yetmiş bütün yöneticiler dahildir. Diğer kadrolar işi bilmeyenlerin yapı boza öğrenecekleri bir macera içine girmiş olacaktır. Peki şimdiye kadar bu ihtiyaç yok muydu? Vardı tabii, ama merkezin gerçekten işini iyi bilen bürokrat/teknokratları sahayı sürekli destekleyerek bu açığın seyrilmesini ve büyük hatalara yol açmadan işlerin gitmesini sağlıyorlardı. Ortaya çıkan büyük hatalar da bir şekilde kurumun kendi içinde eritiliyordu. İllerin birçoğunda hastaneleri her türlü sorumluluğuyla birlikte alıp yönetmek gibi büyük (gerçekten çok büyük) yükü kaldıracak kişiler yoktur. Bunu kısa sürede yerine koymak da mümkün değildir. Zamanla bu kapasite elbette oluşacaktır ama şimdilerde çok dikkatli olunması gereken bir dönem yaşayacağız. Bu dönemde kağıtta tanımlanan yetki göçerme ve yerleştirme hayata tam geçirilemezse de başka sorun

yaşanır. Davul taşının boynunda, tokmak merkezin elinde kalır ve olabilecek en kötü sonuç budur. İşte bu kritik dönemde önerilerimiz şunlar olabilir:

– *Çok iyi yazılmış iş tanımları*

– *Çok iyi kurgulanmış yönetici performansını değerlendirme sistemi*

– *Merkezin uzmanlarının sürekli illere yapacağı ve 15 gün gibi uzun süreli destek ziyaretleri*

– *Sertifika eğitimleri (iş gerçekten bilen kişilerin cimbrizle seçilerek anlatıcı olarak belirlendiği)*

– *Aynı özenle kurgulanmış yüksek lisans eğitimleri (kanayan yaramız; bir şekilde bir üniversitede unvan alıp, hayatında hastaneye sadece hasta olarak bir iki kere girip çıkmış kişilerin bol keseden, desteksiz, tercüme bilgilerle ortaya hoca diye çıkmış olması)*

– *Merkezin 5-10 yıllık bir plana bağlı olarak yetkilerini tedricen illere göçermesi, özellikle mali ve istihdam konularıyla ilgili kısımlarda giderek artan bir yetki göçerme seyrinin izlenmesi*

Bundan başka üzerinde durulması gereken çok sayıda (yaklaşık 300 bin kişi kadar) istihdamın olduğu bir mecrada yönetim görevi taşımayan vasıflı ve vasıfsız kişilerin akabetinin ne olacağıdır. Kısa dönemde bir etki görülmesi de orta dönemde hepten vasıfsız ve tavassutla işe alınmış kişilerin sosyal bir sığınağı olan hastanelere çomak sokulmuş durumdadır ve bu kişiler uzun süre buralarda atıl olarak kalamayacaktır.

Bazıları işe uygun değildir, bazıları çalışmamayı tercih etmiş olabilir, bazılarında da istese de verimli çalışması için şans tanınmamış olabilir. Aslında üretim kapasitesi olduğuna inanan ama çalışma zemini elde edemediğini düşünen kişiler çalıştığı kuruluşa nasıl fayda sağlayacağına dair kafa yormaya ve fikir üretmeye başlasalar iyi olur. Birinci önceliği işletmenin verimliliği olması düşünülen profesyoneller (eğer beklendiği gibi birikimli biriyse) bu tür öneri sahiplerine kulak tukamayacaktır. Onlar da yeni fikir ve enerjiye ihtiyaç duyarak işbaşı yapmış olacaklar. Hiçbir vasfı olmadığı halde sosyal endikasyonla hastanelere yerleştirilmiş kişilerin akabetinin ne olacağı daha başka teknik çalışmaların konusu olmalıdır. Burada sağlık yöneticilerinden çok çalışma ekonomisi ile uğraşan uzmanlar öneri getirebilir. İşinde iyi olan ve zaten ülkenin ihtiyaç duyduğu meslekler olan sağlık mesleklerine mensup olanların endişe edeceği bir durum yoktur.

Sonuç olarak ülkemiz aslında teorik olarak güzel bir maceraya atılmış oluyor. İlk dönemlerde tabii ki kargaşa yaşanacaktır. Bunun öngörülmesi ve çözüm paketlerinin hazırda tutulması akılcı bir yoldur. Beni en çok sevindirecek iki şey zaman içinde illerin her birinde serpilmiş profesyonel yöneticilerin işin başında bulunması ve kafayı devlet memurluğuna takıp kendine, enerjisine ve üretim potansiyeline güvenmeyen sağlık çalışanlarının gittikçe kendine daha fazla güvenir hale gelerek gücünü üretiminden almaya başlamasıdır. ■

# Üniversite Hastanelerinde Sağlık Çalışanlarının İstihdam Sorunları ve Sağlık Sistemine Yansıyanlar

**Prof. Dr. Sabahattin AYDIN**  
İstanbul Medipol Üniversitesi Rektörü

*Ülkemizde üniversite hastaneleri irili ufaklı, 50-100 yataktan birkaç bin yatağa kadar değişen büyüklüklerde, hizmet kapasitesi ve yelpazesi son derece değişken, heterojen sağlık işletmeleridir. Bu hastanelerin yönetim şeması, yönetim anlayışı ve bunun yansıması olarak hizmet ve istihdam anlayışlarında da normatif bir yapı söz konusu değildir.*

Üniversite hastaneleri çok sayıda olmalarına ve önemli bir hizmet görmelerine rağmen yükseköğretim mevzuatında tam olarak yer bulamamış olan kurumlardır. Akademik kadrolar elinde sahip oldukları

gelenekler üzerine kurulu kurumsal varlıklar olma mücadelesi vermektedirler. Süreç içinde hızla gelişme gösteren kamu sağlık politikalarına uyum konusunda gerekli reflexleri yeterince gösterdikleri söylenemez.

Hastanelerin sistem içinde konumlarını bireysel olarak belirleyememeleri, ortak kimlik belirleyecek bir üst yapının var olmaması, bu alanda Yükseköğretim Kurulu'nun yeterince etkinlik göstermemesi, sağlık sis-

temi içinde bu hastanelerin yalnızlaşmasına yol açmıştır. Kamu sağlık politikalarına bigane kalırken kendi stratejik hedeflerini belirleyememiş ve faaliyetlerini bu alana kaydıramamış olmaları onları biraz daha riskli ortama çekmiştir. Hastane hizmet gelirlerinin hizmet dışı alanlarda kullanılmaya zorlanması, hizmet arzı tayininde talebin yeterince dikkate alınmaması, iş yükünün gerektirdiği istihdam yerine istihdama odaklı iş yükünün oluşturulması, önceliği hastane işletmesi olmayan hastane yöneticiliği gibi bir dizi husus üniversite hastanelerinin çoğunu birer puzzle haline getirmiştir.

Hastaneler yerine göre araştırma ve eğitim gibi başka işlevler üstlenmeler de önemli birer hizmet kurumlarıdır. Hizmetin ihtiyaca göre planlanması, ülke geneline dengeli dağılımı kamu sağlık politikalarının gündemini teşkil eden önemli bir sorundur. Üniversitelerimiz ise bu kaygıdan uzak dinamiklerle hastane işletmekte veya işletmek zorunda bırakılmaktadır. Daha baştan bu hastanelerin uygun işletilebilmesi için gerekli vasat oluşturulamamaktadır.

Bunun yanında üniversite hastanelerimizin kendilerine çizmeye çalıştıkları misyonu da yeterince üstlendiklerini söylemek zordur. Genel kabul, bu hastanelerin eğitim araştırma ve hizmet gibi üç ayrı misyonu bir arada taşıdıklarıdır. Bunların arasında sağlıklı kurulumayan ilişki, birinin diğerine tercih edilmesi, ya da biri uğruna diğerinin feda edilmesi, hedefin muallaklığına

yol açmaktadır. Genellikle bir alandaki yetersizliğimizi diğer alanların önceliğini öne sürerek telafi etmeye çalışmaktayız.

Örneğin çok önemseydiğimiz araştırma fonksiyonu için eleman istihdam etmeyiz. Hatta eğitim ve araştırma amacıyla istihdam edilen araştırma görevlilerini doğrudan hizmette kullanırız. Asistanlar çoğunlukla kıdemlilerinden eğitim alırken, hocalarımızın hastane içindeki fonksiyon tanımını net yapmada zorlanırsınız. Kısacası üniversite hastanelerimiz daha baştan istihdam edilen personel ile bu personelin görev tanımları uyumsuzluğunu taşımaktadır. Bu hastanelerde insan kaynağı temini hastane ihtiyaçlarına göre değil, zorunluluklara, kadro kısıtlılıklarına, Anabilim dallarının hastane yönetimi karşısındaki güçlerine, rektörlüğün tutumuna ve nihayet merkezi otoritenin tahsis ettiği kadroya göre yapılabilmektedir.

Üniversitede akademik kadrolar, hastane hizmet birimlerinin yönetimi ve işletilmesine tam olarak uyumlu olmayan bir hiyerarşiye (Dekan, Bölüm Başkanı, Anabilim Dalı Başkanı) sahip bulunmaktadır. Bu da hastanenin kendi dinamikleri ile işletilmesini zorlaştırmaktadır. Hastanenin verimli işletilmesinden sorumlu olan başhekimler bu hiyerarşinin dışında kalmakta ve yetkisiz sorumlu yöneticiler haline gelmektedir. Hesap verme sorumluluğu taşıyan ancak kendisine hesap verilmeyen bir yöneticiden beklemek haksızlık olur.

Üniversite hastanesinin üniversite içindeki konumu da netleşmemekte ve bu durum istihdama yansımaktadır. Hala üniversite hastanelerini "tıp fakültesi hastanesi" olarak görme alışkanlığımız vardır. Bugün en az yarısı yükseköğretim kapsamına giren 40 civarında yasal olarak tanımlanmış sağlık mesleği mevcuttur; Bu mesleklerin eğitici kadrolarının üniversite hastanesindeki istihdamla doğrudan bağlantıları kurulabilmiş değildir. Bu sorunlu alan uygulamalı eğitim alma durumunda olan öğrenciyi de öğretim üyesini de etkilemektedir. Örneğin tıp fakültesinin klinik bilimlerdeki bir öğretim üyesinin hiçbir düzenlemeye ihtiyaç göstermeksizin hastanenin doğal çalışanı olarak kabul edilmesine karşın, hemşirelik veya fizyoterapi bölümünün klinik alandaki öğretim üyesi hastanenin çalışanı olarak kabul görmemektedir. Niye tıp fakültesi iç hastalıkları öğretim üyesi iç hastalıkları kliniğinin çalışanı ve hatta yöneticisi oluyor da, hemşirelik programının iç hastalıkları hemşireliği öğretim üyesi aynı kliniğin çalışanı ve hatta hemşirelik yöneticisi / sorumlu hemşiresi olmuyor?

Bu durumun hastanenin yönetimine de yansıtığını müşahade ediyoruz. Tıp fakültesinin dekanı çoğu kez üniversite hastanesinin yönetimine müdahil olmaya çalışmakta ve kendisini hastane başhekiminin amiri gibi görmektedir. Diğer yandan hemşirelik yüksekokulu müdürü veya bölüm başkanının kendisini hastanenin hemşirelik yöneticisi

***Üniversitede akademik kadrolar, hastane hizmet birimlerinin yönetimi ve işletilmesine tam olarak uyumlu olmayan bir hiyerarşiye (Dekan, Bölüm Başkanı, Anabilim Dalı Başkanı) sahip bulunmaktadır. Bu da hastanenin kendi dinamikleri ile işletilmesini zorlaştırmaktadır. Hastanenin verimli işletilmesinden sorumlu olan başhekimler bu hiyerarşinin dışında kalmakta ve yetkisiz sorumlu yöneticiler haline gelmektedir. Hesap verme sorumluluğu taşıyan ancak kendisine hesap verilmeyen bir yöneticiden beklemek haksızlık olur.***

**Üniversite hastanelerimizde akademik kadronun dışında istihdam edilen sağlık personeli ve diğer idari hizmetlerde görevli personel, kurumun adeta öksüz ve yetimlerini oluşturmaktadır. Bu personelin ne misyonla barışık görev tanımları yapılmıştır; ne de buna uygun ihtiyaç planlaması mevcuttur. Bunlar yapılırsa bile kadro yetersizliği sorunu hemen karşımıza çıkmaktadır. Başta akademik personel dışında kalan sağlık çalışanları olmak üzere hastanenin esas yükünü çeken bu kitle üniversite hastanesi misyonu içinde tam yerini alamamış durumdadır.**

(başhemsire) olarak gördüğü ve yönetime müdahil olduğu bir örneğe rastlamıyoruz. Aynı üniversitenin eczacılık fakültesi yöneticilerinin veya öğretim üyelerinin hastane eczanesine veya klinik eczacılık çerçevesinde serviste medikasyon süreçlerine müdahil olduğu örnekler de rastlamak mümkün değil. Sorunun arka planında sadece kurumsal odaklı yaklaşımımızın değil, meslek odaklı yaklaşımımızın da olduğunu düşünüyorum.

Üniversite hastanelerinde sorunlu alan sadece sağlık meslekleri arasında değildir. Akademik kadroyu oluşturan doktorların, ne kadar nitelikli olurlarsa olsunlar, hastane ihtiyaçları ile örtüşme kaygısı güdülmeyen bir nicelikte istihdam edilmesi sorunun diğer bir boyutunu oluşturmaktadır. Bilhassa büyük şehirlerdeki üniversite hastanelerinde hizmet yükü ile orantısız sayıda üst düzey personel, yani öğretim üyesi mevcuttur. Piramit tam anlamıyla ters dönmüş durumdadır. Yeni kurulan taşra üniversite hastaneleri ise çoğu kez yetersiz öğretim elemanı ile yürütülmeye çalışılmaktadır. Hastanede başta doktorlar olmak üzere optimum sağlık personelinin istihdam edilememesi, bütün kamu hastanelerinin sorunu olmakla birlikte üniversite hastanelerini önemli oranda etkilemektedir. Özellikle hastane ihtiyaçları gözetilmeksizin tamamen fakülte yönetimi veya rektörlükçe başka sâiklerle öğretim üyesi istihdamı yapıldığı için hastane birçok doktoru kucağında bulmaktadır. Bu her zaman hizmetin gereği ile paralel gitmemektedir. Çoğu

kez, hizmetin gereği olarak gerekli sayıda gerekli kişiyi istihdam etmek yerine var olan nitelikli elemanların yetenek ve ilgilerine göre hizmet verilmeye çalışılmaktadır. Bu da hizmet verimliliğini önemli oranda azaltmaktadır.

Burada bir hususa dikkat çekmek isterim. Bilhassa büyük üniversite hastaneleri, kurulu bir işletme için çok önemli olan bir hazineye sahiptirler. Sundukları hizmeti talep eden çok olduğu gibi, en zor bulunan yetişmiş insan kaynağı da bu kurumlarda fazlası ile mevcut olmaktadır. Sorun bu üst düzeyde yetişmiş insan kaynağını diğer insan kaynakları ile verimli bir takım haline dönüştürmek ve hizmetin diğer unsurları ile birlikte sinerji oluşturmakta yatmaktadır. Çoğu kez işletmenin temin etmesi daha kolay olan üstün niteliğe ihtiyaç duymayan insan kaynağının ve fiziki alt yapının yeterince karşılanamaması, sahip oldukları kıymetli hazinenin de heba olmasına yol açmaktadır. Bu yetişmiş özellikli insan kaynağını oluşturan öğretim üyeleri enerjilerini usul dışı veya usulüne uygun olarak hastane dışına kaydırmak zorunda bırakılmaktadır. Bu durumda diğer insan kaynakları ile verimli takım oluşturma kaygısı gittikçe yitirilmekte, hatta bu hedef sapması bir gelenek haline almaktadır.

Sağlık hizmet sektöründe uzmanlık öğrencisi, araştırma görevlisi ve asistanlar gibi kavramlar altına gizlediğimiz önemli bir iş gücü potansiyeli mevcuttur. Bu iş gücünü farklı kavramlarla tanımlıyor olma-

mız onlara yüklediğimiz görevi veya onlardan beklentimizi yansıtır. Eğer yeterince uygulamalı eğitim vermek üzere ekibimize bir öğrenci katmak istiyorsak "uzmanlık öğrencisi" almamız doğaldır. Araştırma faaliyeti yürütülüyor ve bu araştırmalarda aktif eleman olarak görevlendirmek üzere bir personel gerekiyorsa, "araştırma görevlisi" istihdam etmek en doğal hakkımızdır. Böyle kategorize etmeksizin -eğitim, araştırma, hizmet- her ne iş yapıyorsa yanımıza bir yardımcı eleman almak niyetinde isek bir "asistan" istihdam etmemiz gerekebilir. Dikkat edilirse, neredeyse aynı kategorideki insan kaynağı için farklı amaçlarla tanımlanmış adlandırmaları kullanıyoruz. Çoğu kez bu adlandırmalar ve amaçlar birbirine karşıyor. Hastanelerimizde görevlendirdiğimiz bu büyük miktardaki insan kaynağı potansiyelimize hangi görevi yüklediğimizi derinlemesine incelememiz gereklidir.

Bir kliniğin/anabilim dalının niye asistan talep ettiği sorusuna vereceğimiz cevap, yukarıdaki tartışmaya yardımcı olacaktır. İtiraf etmek gerekir ki, genellikle emirlerle itaat edecek, klinikteki iş yükünü üstlenecek, gece nöbetlerine kalacak ve geleceği uğruna klasik mesai sınırlarına bakmaksızın çalışmak zorunda kalacak personele sahip olmak en önde gelen dürtü olmaktadır. Bundan dolayıdır ki, asistan olmaksızın bir eğitim hastanesinin yürütülemediği hemen her öğretim üyesinin peşin kabulü olmuştur. Üniversite hastanelerimizde akademik kadronun dışında istihdam

**Hastanelerin hizmetleri iyi tanımlayamaması, tanımlasa bile denetleme kapasitesinden yoksunluğu, profesyonel olmayan yöneticilerin çeşitli kamu mevzuatı altında ezilmesi ve yerel siyasetçilerin süreçlere müdahil olması yeni sorunları artırmaktadır. Doğaldır ki, bu sorunların en büyük yükü hizmeti yürüten personelin omuzlarına binmektedir.**

edilen sağlık personeli ve diğer idari hizmetlerde görevli personel, kurumun adeta öksüz ve yetimlerini oluşturmaktadır. Bu personelin ne misyonla barışık görev tanımları yapılmıştır, ne de buna uygun ihtiyaç planlaması mevcuttur. Bunlar yapılsa bile kadro yetersizliği sorunu hemen karşımıza çıkmaktadır. Başta akademik personel dışında kalan sağlık çalışanları olmak üzere hastanenin esas yükünü çeken bu kitle üniversite hastanesi misyonu içinde tam yerini alamamış durumdadır.

Üniversite anlayışı içinde hastane tali bir unsur olarak yer almaktadır. Hastane içinde de, akademik personel dışındaki kadrolar tali birer unsur gibi durmaktadır. Öyle ki, akademik kadrolar için açıktan atama izni gerekmezken, hastanenin asli unsuru olmak zorunda olan sağlık çalışanları için kadro kısıtlılığı, kadro verilirse vize şartı, bu dahi olsa açıktan atama izni gibi bir yığın engel bulunmaktadır. Dolayısı ile hastaneyi işletme sorumluluğu taşıyan yöneticiler, hemşire, fizyoterapist, eczacı, laboratuvar teknisyeni, radyoloji teknisyeni, anestezi teknisyeni ve diğer sağlık personeli gibi hizmetin ana unsuru olan insan kaynağını temin için her türlü yola başvurumaktadırlar. Bu yüzden devlet memuru yanında, 4b dahil farklı sözleşmeli personel istihdamı, hizmet alımlarına personel ilave edilmesi gibi karmaşık yollara sapılmaktadır. Bu karmaşık çalışma modellerinin iş güvencesi, özlük hakları ve performans kriterleri farklı olduğu için çalışan personel açısından bizzat modelin kendisi huzursuzluk kaynağı olmaktadır.

Hastaneler, insanların hasta olarak günlerini yatakta geçirmek zorunda oldukları, diyet yemekleri dahil her gün yüzlerce insanın yemek ihtiyacının giderildiği, tanı ve tedavi için laboratuvar, servis, ameliyathane gibi son derece detaylı donanıma sahip alanların olduğu, kitleler halinde gelen ve giden insan yığınının ihtiyacının giderilmesi, düzenli sevk edilmesi, kurum içi hareketlerinin yönlendirilmesi gibi çok sayıda iş-

levi bir arada gören işletmelerdir. Üniversite hastanelerinde bu işlevlere öğrenci ve asistan eğitimleri ile bilimsel araştırma faaliyetleri eklenmektedir. Bu işlevleri saymak bile zaman alıcıdır. Bir otel, bir restoran, bir çamaşırhane, bir okul, bir araştırma laboratuvarı vs. hastane işlevlerinin yanında hafif kalır.

Hastanede gerek duyulan insan kaynakları da bu işlevlere paraleldir. Ne var ki, istihdam aynı önemde gerçekleştirilememektedir. Bu yüzden son zamanlarda hastanenin farklı işlevleri o alanlarda uzmanlaşmış kuruluşlara hizmet alımı yolu ile gördürülmektedir. Bu yolla da hastanelerde çok sayıda ve kalıcı olmayan personel çalışmaktadır. Hizmetin yürütülmesini üstlenen kuruluşların konuya vakıflığı, personel yönetimi, taahhütlerini yerine getirme kapasitesi, kar amacıyla etik dışı yollara sapması güncel problemlerdir. Hastanelerin hizmetleri iyi tanımlayamaması, tanımlasa bile denetleme kapasitesinden yoksunluğu, profesyonel olmayan yöneticilerin çeşitli kamu mevzuatı altında ezilmesi ve yerel siyasetçilerin süreçlere müdahil olması yeni sorunları artırmaktadır. Doğaldır ki, bu sorunların en büyük yükü hizmeti yürüten personelin omuzlarına binmektedir.

Üniversite hastanelerimiz hastane üniversite ikilemini sağlam bir zemine oturarak sağlık sistemi içindeki rollerini iyi tanımlayıp, buna göre örgütlenmedikçe, birçok sorunla birlikte istihdam sorununu da çözmede zorlanacaklardır. ■



## Türkiye'de Hemşire İnsan Gücü Planlaması

Doç. Dr. Dilek YILDIRIM

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

### Mikro planlamadan makro planlamaya

Sağlık sektörü dinamik bir sektör olduğundan, hizmet üretiminde yoğun emek ve çaba harcanır. Bu alanda çalışanların gecesi ve gündüzü yoktur. Ayrıca, sağlık hizmetleri çok özel teknik bilgi ve becerilerle donatılmış bir insan gücü gerektirmektedir. Sağlık insan gücü planlama sağlık personeli gereksiniminin belirlenmesi, bu personelin yetiştirilmesi, mevcut sağlık personelin kurumlara göre dağılımının sağlanması, personel standartlarının be-

lirlenmesi, görev tanımlamalarının hazırlanması, görev ihtiyaçlarının (hizmetin sunulabilmesi için gerekli bilgi ve beceriler) belirlenmesi ve denetim yapısının kurulması konularını içerir. Bu nedenle insan gücü planlama kompleks ve karmaşık bir uygulama olarak anılmakta olup, makro ve mikro planlamayı içerir. Ülke genelinde ne kadar sağlık personeline ihtiyacımız olduğuna yönelik yapılan makro planlamalar, hali hazırda mezun olmuş ve çalışan

mevcut sağlık personelinin ne kadar olduğu ve gelecekte gereksinim duyulacak sağlık personeli sayısını tahmin ederek, aradaki farkı kapatmaya yönelik sağlık personeli yetiştirmek üzere yeni okullar açılması, var olan okulların kontenjanlarının artırılması konularında stratejik karar almada kullanılır. Bu konuda karar verebilmek için sağlık hizmeti sunulan alanların (hastaneler, evde bakım merkezleri, aile hekimliği, toplum sağlık merkezleri vb.) ve bu



alanlarda hizmet veren sağlık personelinin (hekim, hemşire, ebe, sağlık memuru vb.) sayısının belirlenmesi; ülkemizin nüfus artış hızı, hastalanma oranı (kansere, kalp hastalıklarına yakalanma vb) ve sağlık politikasıyla ilişkili gelecekte ihtiyaç duyabileceğimiz sağlık personeli sayısı tahmin edilmeye çalışılır. Diğer taraftan hali hazırda mevcut olan, sağlık hizmetlerinde yer alan

sağlık personelinin yeterli sayıda ve nitelikte olup olmadığının belirlenmesi, geleceğe yönelik yapacağımız makro planlama açısından oldukça önemlidir. Eğer mevcut personel sayısı yeterli ise, mevcut personel sayısına dayalı verilerden yararlanarak yapılan makro planlamamız tutarlı olacak iken; eğer mevcut sayı yeterli değil ise, buna dayalı yapacağımız makro planlamada ihtiyacımızı kar-

şılamamız mümkün olmayacaktır. Ülke geneline yönelik yapılan makro planlamalar, mikro (kurum ve servis bazında) planlamalara dayalı yapıldığından, öncelikle kurum bazında doğru yerde, doğru zamanda, doğru beceride ve doğru sayıda sağlık personeli bulundurmaya dayalı mikro planlama yapılmalıdır.

## Hasta-Hemşire Oranları

Hemşire insan gücü planlama ile ilgili günümüzde yapılan uluslararası çalışmalar bize hasta sayısı ile orantılı sihirli hemşire sayılarının olmadığını göstermektedir (Unruh 2008; Lang ve ark 2004; Seago 2002). Hasta sayısı ile orantılı hemşire sayısı ya da RCCS (Revenue Consequences of Capital Schemes) İngiliz Sağlık Bakanlığı tarafından 1965 yıllarında yeni açılan hastanelere yol göstermesi amacıyla hazırlanmış bir formüldür (British Ministry of Health Report 1965; Illsley ve Goldstone 1985). Geleneksel yöntem olarak da tanımlanan bu yöntemde ülke genelinde mevcut hastanelerin spesifik hastaların yattığı servisteki hasta sayısı ile o gün o serviste çalışan hemşire sayısının orantılanması ile hazırlanmaktadır. Serviste çalışan hemşire sayısının belirlenmesi için ise, sorumlu hemşirenin kişisel görüşünden yararlanılmaktadır. 1970'li yıllarda ise, servislerde yatan hastaların bakım gereksinimlerinin, yapılan hemşirelik bakım uygu-



lamalarının, servisle ilgili yapılan uygulamaların birbirinden farklı olması nedeniyle, mevcut servislerden yararlanılarak hazırlanan hasta hemşire oranlarının uygun olmadığı sonucuna varılmıştır (Bell ve Storey 1984, Waite 1986; Bagust, Prescott ve Smith 1988). Ardından Amerika ve İngiltere'de birçok hastanede hemşirelerin iş yüklerinin ölçülerek GRASP, Cheltenham, bakım kriterleri gibi hemşire insan gücü planlama yöntemleri geliştirmeye yönelik

araştırmalar yapılmaya başlanmıştır (Meyers 1984; Bloore 1984; Ball ve Goldstone 1984). Günümüzde yurtdışındaki hastanelerin aequity ve FTE (full time equivalent), hemşirelik hizmetinin etkinlik ve verimlilik oranları ile hemşire sayısının yeterliliği, hastalara sunulan hemşirelik bakımının kalitesi ölçülerek bu konularda karşılaştırmalar yapılmaktadır (Seago 2002; Finkler 2008; Laport ve ark 2008; Unruh 2008).

## Mevcut Hemşire Sayısı Yeterli mi?

Sağlık hizmetinde en önemli kaynaklardan biri hemşire insan gücüdür. Hemşire insan gücü planlama, gelecekteki bir zaman sürecinde serviste yatabilecek hasta sayısını ve bu hastaların hemşirelik bakımını tahmin ederek, doğru zamanda, doğru yerde çalışacak, uygun nitelikte hemşire sayısının belirlenmesi ve sağlanması sürecidir. Şimdiden gelecekle ilgili bir tahmin yapılması ve yapacağımız tahminin tutarlı

olması önemlidir. Gerçeğe yakın tahminde bulunabilmek için bilimsel ölçüm yöntemlerinden yararlanmak gerekmektedir. Eğer yaptığımız tahminde hemşire sayısı fazla olursa, kurumun hemşire maliyetini artırmış oluruz. Ancak ülkemizde devlete bağlı hastanelerde personel maaşları devlet tarafından ödendiğinden, hemşireler maliyet unsuru olarak görülmemiş, zamanlarını etkin ve verimli kullanıp kullanmadığı

analiz edilmemiş, buna göre mevcut hemşire sayısının fazla ya da az olduğu ölçülmemiştir. Kamu hastane birlikleri ile hastanede çalışan personelin maaşlarının, kurum gelirleri tarafından karşılanacak olması, gelecek birkaç yıl içinde bu kaygıyı da beraberinde getirecektir. Eğer tahmin ettiğimiz hemşire sayısı, gereksinim duyduğumuz sayıdan az olursa, hastaların taburculuk sonrası ilk 24 saatte aynı tanıyla hastaneye





***Sağlık hizmetinde en önemli kaynaklardan biri hemşire insan gücüdür. Hemşire insan gücü planlama, gelecekteki bir zaman sürecinde serviste yatabilecek hasta sayısını ve bu hastaların hemşirelik bakımını tahmin ederek, doğru zamanda, doğru yerde çalışacak, uygun nitelikte hemşire sayısının belirlenmesi ve sağlanması sürecidir.***

başvurma, mortalite ve enfeksiyon oranlarında artış olurken; hasta bakım hatalarını, ilaç yan etkilerini izleme ve önleme, hasta güvenliği ve hasta memnuniyeti olumsuz yönde etkilenmektedir (Blegen 1998; Bond ve ark 1999; Aiken ve ark 2002; Neddeman ve ark 2002; Cho ve ark 2003; Dunton ve ark 2004; Mark ve ark 2004; McGillis ve ark 2004). Bu durum kurumsal imajın zedelenmesine, hatta kuruma açılacak tazminat davalarının artmasına neden olabilir. Hemşireler açısından ise, fazla iş yükü ile çalışan hemşirelerin performansında ve iş doyumunda azalma; tükenmişlik durumlarında, yaralanma ve hastalanma, işe devamsızlık ve personel devir oranında artış görülebilmektedir (Laschinger ve ark 2001; Larrabee ve ark 2003; Mark ve ark 2004; Cohen 2006).

## **Hemşire İş Yüküne Etki Eden Faktörler**

### **1. Hasta Sayısı**

Hemşire iş yükünün belirlenmesinde en önemli faktörlerden biri, serviste bulunan hasta sayısıdır. Servis yatak doluluk oranı olarak da ifade edebileceğimiz bu sayı, gün içerisinde sık yatış ve çıkış durumuna göre değişiklik gösterebilir.

### **2. Hastaların Bakım Gereksinimleri**

Serviste yatan hastaların bazıları yoğun hemşirelik bakımına (yemek yemesine yardım etme, hijyen ihtiyacını karşılama yardımı etme, yatak içinde pozisyon verme, aspirasyon, ağız bakımı, monitör takibi, kateter bakımı vb.) ihtiyaç duyarken, bazıları kendi kişisel bakımlarını sağlayabildiklerinden, daha az hemşirelik bakımına ihtiyaç duymaktadır. Serviste ameliyat edilmiş bir hastaya, çeşitli röntgen ve laboratuvar tahlilleri yapılmış olabilirken, bir diğer hastaya başka işlemler yapılmış olabilir. Kime hangi tahlillerin yapıldığını, hangi röntgenin ve hangi ameliyatın yapıldığını

belirlemek kolay iken; hangi hastalara hangi hijyen bakımı verildiği, hangi hasta kaç kez ve nasıl mobilize edildiği, hangi hastanın kaç kez ağrı izlemi yapıldığı, hangi hasta ve ailesine psikolojik destek ve özellikli eğitim verildiği, kime yatak yarası gelişmemesi için yatak içinde kaç kez pozisyon verildiği, hangi hastalara yemeklerini yiyemedikleri için yemek yemeğe yardım edildiği, su/süt/ çay içirildiğini belirlemek kolay değildir. Diğer taraftan aynı hasta

tanısıyla serviste yatan her hastanın ve ailesinin psikolojik destek, eğitim ve bilgilendirme ihtiyacı birbirinden farklı olabilmektedir. Bazen bir hastanın birden fazla yakını birçok kez hemşireyi çağırarak, hastanın hastalığı ve durumu hakkında birbirine benzer sorular sormaktadır. Hemşire birden fazla hasta yakınlarına birçok kez hastayla ilgili benzer bilgi ve açıklamalar yapmak zorunda kalmaktadır. Diğer bir deyişle, aynı tıbbi taniya sahip her hastanın hemşi-



***Hemşire iş yükünün belirlenmesinde en önemli faktörlerden biri, serviste bulunan hasta sayısıdır. Servis yatak doluluk oranı olarak da ifade edebileceğimiz bu sayı, gün içerisinde sık yatış ve çıkış durumuna göre değişiklik gösterebilir.***



***Tüm dünyada hemşire sayısı yetersiz olmakla birlikte, mevcut işgücünden verimli bir şekilde yararlanılmadığı ifade edilmektedir. Doğrudan hasta bakımı dışında yapılan işler hemşirelerin vaktini alan ve hasta bakımı için ayıracağı zamanı kısaltan uygulamalardır.***

relik bakım gereksinimi birbirinden farklılık göstermektedir. Hastaların bakım gereksinimleri hemşirelerin iş yüküne doğrudan etki etmekte olup, ancak mikro düzeyde iş yükü ölçümleri ve ayrıntılı iş analiz tekniklerinden yararlanılarak belirlenebilmektedir.

Hastaları sınıflandırırken, ser-vise özgü, geçerli ve güvenilir bir hasta sınıflandırma ölçeğinden yararlanmak önemlidir. Öncelikle hasta sınıflandırma ölçeğimizin ölçmek istediğimiz konuyu ölçmede kavramsal olarak uygunluğu belirlenmelidir. Örneğin pediatri servisi için kullanılabilen bir hasta sınıflandırma ölçeğinin, nöroloji ya da ortopedi servisi için uygun geçerlilik ve güvenilirlikte olması mümkün değildir. Diğer taraftan bir hemşire bir hastanın hasta bakım ihtiyacını ortalamamın üstünde (Hasta tipi 4) belirlerken, aynı hasta için başka bir hemşire ortalamamın altında (Hasta tipi 2) hemşirelik bakımına ihtiyaç duyar diye sınıflaması, hasta sınıflandırma aracının tutarlılığı-

mı düşürmektedir. Tanımlanan bu kriterlerin önemi ise, hasta sınıflandırmasına göre hastalara ayrılan hemşirelik bakım sürelerindeki değişimden kaynaklanmaktadır. Hastalara ayrılan hemşirelik bakım sürelerinin belirlenmesinde, hasta refakatçisinden hastanın bakımı için hangi hemşirelik işlemlerinde, ne sıklıkla yardım alındığı, serviste hemşireler tarafından hastalara yapılan hemşirelik uygulamalarının neler olduğu ve bu uygulamaların ne sıklıkla yapıldığının belirlenmesi önemlidir.

### **3. Hasta Bakımı Dışında Yapılan İşler**

Tüm dünyada hemşire sayısı yetersiz olmakla birlikte, mevcut işgücünden verimli bir şekilde yararlanılmadığı ifade edilmektedir (ICN 2006). Doğrudan hasta bakımı dışında yapılan işler (kayıt, dokümantasyon, eksik ilaç-malzemenin tespit edilmesi, gelen malzemelerin yerleştirilmesi, narkotik ve acil araba-sının sayımı, gelen telefonların

yanıtlanması vb.) hemşirelerin vaktini alan ve hasta bakımı için ayıracağı zamanı kısaltan uygulamalardır. Ayrıca hemşirelerin 8, 12 veya 16 saatlik çalışma süresi içerisinde insani ihtiyaçlarını karşılamak (yemek yeme, tuvalete gitme gibi) ve işin oluşturabileceği fiziksel ve psikolojik etkileri azaltabilmek (çay/kahve içmek, dinlenmek vb) için kişisel işlere ayrılan sürenin belirlenmesi gerekmektedir. Bu süre çalışma zamanıyla orantılı olarak %15-25 arasında değişmekte olup, bize servisin iş yükünü değerlendirmede önemli veri sunmaktadır. Kısacası, hastalara verilen hemşirelik bakımın kalitesini arttırabilmek için hemşirelerin zamanlarını etkin ve verimli kullanmaları önemlidir.

### **4. Hemşirelik Organizasyon Yapısının Zeki Bir Sistem Olarak Tasarlanması**

Bir toplumda iyi eğitilmiş ve yüksek zekâyâ sahip insanların sayısı genellikle çok azdır ve bunlar da zekâ gerektiren zor işlerde çalışırlar. Çok iyi eğitilmemiş ve çok iyi bir zekaya sahip olmayanlar ise, daha kolay işlerde çalışırlar. Aynı teori kurumlara ve işlere de uyarlanabilir (Aydıntan 2009). Değişmeyen, hasta bakımında sürekli aynı işin yapıldığı (vital bulgu ölçme, ilaç verme, kan alma, yatak yapma) hastanelerde hemşirelik hizmetinin yönetimi için yüksek derecede zekâyâ duyulan ihtiyaç daha az olacaktır. Bunun yanında hastanın bütüncül fizik muayenesinin yapılarak, hemşirelik tanılarının belirlendiği, hemşirelik girişimleri ile elde edilen sonuçların kanıta dayalı uygulamalarla karşılaştırılıp yorumlandığı, bununla ilişkili olarak sunulan hemşirelik hizmetinin kalitesinin ölçüldüğü (bakım indikatörlerinin belirlendiği, indikatör eşik değerlerinin izlendiği, varyasyonların analiz edildiği), hasta bakım maliyetlerinin hesaplan-

rak hastalara sunulan hemşirelik bakımının etkinlik ve verimliliklerinin analiz edildiği kompleks işlerin yapıldığı hemşirelik mesleğinde yüksek zekaya ihtiyaç duyulacaktır. Zeka kapasitesinin sınırlı olması ve artırılmaması insanlar için düşünülebilir ancak mesleki ve kurumsal zeka için

söz konusu olamaz. Bu nedenle hastanelerin hemşirelik hizmeti yapısı, zeki bir sistem olarak tasarlanabilir, kapasite kullanımı geliştirilebilir ya da tam tersi kötü bir tasarım sonucu düşürülebilir (Aydıntan 2009). Bu doğrultuda, kurumların ve ülkemizin ihtiyaç duyduğu hemşire-

lerin nitelikleri (eğitim, deneyim ve yetkinlik düzeyi) ve hemşire sayıları, sağlık kurumunda sunulan hemşirelik hizmetinin etkinlik, verimlilik ve hasta bakım kalitesiyle doğrudan ilişkilidir.

## Ölçmediğimiz Bir Şeyi Yönetemeyiz

Sağlık politikaları ve sağlık hizmetinin maliyetinin karşılanmasıyla ilgili son yıllarda ülkemizde yapılan değişiklikler, sağlık kurumlarını finansal olarak bazı sınırlılıklar getirmeye başladı. Bu doğrultuda kurumlar, kaynaklarını etkin yönetmek amacıyla çeşitli stratejiler geliştirmeye başladılar. Hastanelerde hemşire personeller için yapılan harcamalar, tüm çalışanlara yapılan harcamalar

içinde oldukça büyük yer tutmakta ve hastanelerin sağlık bakım hizmeti harcamalarının önemli bir bölümünü hemşirelik maliyetleri oluşturmaktadır. Diğer taraftan serviste yatan hastalara ayrılan süre, bakım maliyetleri ve bununla ilişkili gerekli hemşire sayısı hakkında bize fikir vermektedir. Yoğun bakım gibi birimlerde ise hasta bakım uygulamalarıyla ilişkili olarak, hemşire-

lik maliyetlerinin oranı daha da artmaktadır. Bu nedenle hemşirelik organizasyon yapısı, hemşirelerin kaliteli hasta bakım hizmeti sunumunda, çalışma saatlerini etkin ve verimli kullanıyor olmaları, serviste yeterli sayıda hemşire mevcut olduğunu göstermekte olup, ancak etkin bir kaynak yönetim sistemi ile gerçekleştirilebilmektedir. Yöneticiler ölçmedikleri bir şeyi yönetemezler.

## Sonuç

*Sonuç olarak servislerimizde yatan hastaların sayısı, bu hastaların bakım gereksinimleri, serviste çalışan hemşirelerin bu hastalar için yaptıkları işlerin neler olduğu, hemşirelerin çalışma saatlerini nasıl organize ettiklerine bakarak mikro düzeyde hemşire insan gücü planlaması yapabiliriz. Mikro düzeyde yapılan planlamaların toplamı, hastane genelinde planlama yapmamıza, hastaneler genelinde yapılan planlamalar ise ülke genelinde makro düzeyde hemşire insan gücü planlaması yapmamıza yardımcı olur.*

## Kaynaklar

1. Aiken L, Clarke S, Sloane D, Sochalski J & Silber J (2002). Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout, and Job Dissatisfaction. JAMA. 288, p: 1987-1993.
2. Aydıntan B (2009) Örgüt Zekası ve Yönetimi, Gazi Kitabevi, Ankara.
3. Bagust A, Prescott J, Smith A (1988) Numbering the nurses. The Health Service Journal, July, p: 766-767.
4. Bell A, Storey (1984) Assessing workload by a nursing study. Nursing Times, August 22, p: 57-59.
5. Blegen MA, Goode CJ, Reed L (1998) Nurse staffing and patient outcomes. Nurs Res. 47, p: 43-50.
6. Bloore J (1984) A system from Gloucestershire. Nursing Times, August 22, p: 55-57.
7. Bond CA, Raehl CL, Pitterle ME, Franke T (1999) Healthcare professional staffing, hospital characteristics, and hospital mortality rates. Pharmacotherapy, 19, p: 130-138.
8. Cho SH, Keteftan S, Barkauskas VH, Smith DG (2003) The effects of nurse staffing on adverse events, morbidity, mortality, and medical costs. Nurs Res. 52, p: 71-79.
9. Cohen J (2006) The aging nursing work force: how to retain experienced nurses. Journal of Healthcare Management 51(4), p: 233-245.
10. Dunton N, Gajewski B, Taunton RL, Moore J (2004) Nurse staffing and patient falls on acute care hospital units. Nurs Outlook. 52, p: 53-59.
11. Finkler SA (2008) Measuring and accounting for the intensity of nursing care. Policy, politics and nursing practice 9(2), p: 112-117.
12. Hilsley V, Goldstone L (1985) Methods of planning. Senior Nurse, 3(8), p: 14-18.
13. International Council of Nurses (ICN) (2006) International nurses day 2006. Safe Staffing Saves Lives. Information and Action Tool Kit. ICN, Jean Martheau, CH-1201 Geneva, 1-16, <http://www.icn.ch/indkt2006.pdf>
14. Lang TA, Hodge MB, Olson VA, Romano PS, & Kravitz RL (2004). Nurse patient ratios: A

- systematic review in the effects of nurse staffing on patient, nurse employee and hospital outcomes. Journal of Nursing Administration. 34(7/8), p: 326-337.
15. Laport N, Sermeus W, Vanden BG, Ven Herck P (2008) Adjusting for nursing care mix in hospital reimbursement. Policy, politics and nursing practice 9(2), p: 94-102.
16. Larrabee J H., Janney M.A., Ostrow C.L., Withrow M.L., Hobbs G.R. & Burant C. (2003) Predicting registered nurse job satisfaction and intent to leave. Journal of Nursing Administration 33 (5), p: 271-283.
17. Laschinger HK, Shamian J & Thomson D (2001) Impact of magnet hospital characteristics on nurses' perceptions of trust, burnout, quality of care, and work satisfaction. Nursing Economics 19 (5), p: 202-219.
18. Mark BA, Harless DW, McCue M, Xu Y (2004) A Longitudinal Examination of Hospital Registered Nurse Staffing and Quality of Care. Health Services Research 39(2), p: 279-299.
19. McGillis H, Doran D, Pink G. (2004) Nurse staffing models, nursing hours, and patient safety outcomes. J Nurs Admin. 34, p: 41-45.
20. Meyers D (1984) Manpower Planning An American Approach. Nursing Times, August 22, p: 52-54.
21. Naughton C, Prowoznyk A, Feneck R. (1999) Reasons for prolonged hospital stays following heart surgery. Br J Nurs, 8, p: 1085-1087.
22. Needleman J, Buerhaus PJ, Mattke S, Stewart M, Zelevinsky K. (2002) Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. N Engl J Med. 346, p: 1715-1721.
23. Seago JA. (2002). The California Experiment: Alternatives for minimum nurse to patient ratios. Journal of Nursing Administration. 32(1), p: 48-58.
24. Unruh L (2008) Nurse Staffing and patient, nurse and financial outcomes. A.J.N. 108(1), p: 62-71.
25. Vlate R (1986) Nursing by numbers. Nursing Times, February 19, p: 40-42.



## Ebelerin İstihdam Farklılıklarından Kaynaklanan Sorunları

**Yrd. Doç. Dr. Nazan KARAHAN**

Karabük Üniv. Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölüm Başkanı  
Ebeler Derneği Başkanı

*Ebelik insanlığın varoluşu ile başlar. Tarihsel süreç içinde tüm kültürlerde doğuma yardım görevi ebelere verilmiş, ebeler genellikle akıllı, güvenilir, becerikli, sevilen sayılan kadınlardan seçilmiştir ve bu özellikleri nedeniyle, genellikle toplumda saygın bir yer edinmiştir. Önceleri geleneksel yöntemlerle uygulanan ebelik mesleği, örgün eğitimin başlaması ile birlikte bilimsel temellere dayanmıştır. Günümüzde ebeler, yalnızca doğum yaptıran görevliler olmanın ötesinde kadın, aile ve toplum sağlığının koruyucuları olarak çağdaş meslekler arasında yerini almıştır.*

Uluslararası Ebeler Konfederasyonu (The International Confederation of Midwives -ICM) ebeliği; gebelik, doğum ve doğum sonu dönemde kadına işbirliği halinde kadına gereksinim duyduğu

destek, bakım ve danışmanlık sağlayan, kendi sorumluluğunda doğumu yaptıran, yenidoğan ve bebeğe bakım veren sorumluluk sahibi ve güvenilir bir profesyonel olarak tanımlar. Bu tanıma göre ebelik ba-

kımı, koruyucu önlemler, normal doğumun desteklenmesi, anne ve çocukta risklerin taranması ve önlenmesi, tıbbi bakım ya da diğer uygun yardıma erişimin sağlanması, acil durumlarda müdahaleyi de

kapsar. Ayrıca ebe; kadın, aile ve toplum için yaşam boyu sağlık danışmanı ve eğitimcisidir. (Adopted by the International Confederation of Midwives Council meeting, 2005, Brisbane, Australia)

DSÖ, UNİCEF ve ICM, tüm dünyada ebeler mesleğinin önemine dikkat çekmekte ve güçlendirme çalışmalarını sürdürmektedir. Nitekim "21.Yüzyılda Herkes İçin Sağlık Hedefleri"nden "Yaşama Sağlıklı Başlanma Hedefi"nin gerçekleştirilmesinde, Milenyum Kalkınma Hedefleri'nden anne ve bebek ölümlülüğünü azaltma (4. ve 5. Hedef) ve cinsel yolla bulaşan hastalık sıklığını azaltma (6. Hedef) hedeflerine ulaşabilmek için, dünyanın her zaman olduğundan daha çok ebelere gereksinimi olduğunu ve ebelerin yaşamı koruduğunu vurgulamaktadır. (www.internationalmidwives.org)

Avrupa Birliği'nin 80/155/EEC sayılı konsey direktiflerinin ebelerle ilgili bölümünde, ebelerin asgari görevleri sıralanmış ve her ülkenin gereksinimleri doğrultusunda düzenlemeler yapabileceği belirtilmiştir. Ebelerden beklenen bu görevler şunlardır:

- » Aile planlaması eğitim ve danışmanlığı,
- » Gebeliğin tanılanması,
- » Normal gebeliklerin izlemi ve muayeneleri,
- » Gebelikte risklerin erken tanısı için gerekli muayene ve yönlendirme,
- » Hijyen ve beslenme konuları dahil ana-babalığa hazırlık programları, emzirme danışmanlığı gibi eğitim faaliyetlerinin yürütülmesi,
- » İntrauterin fetal durum ve travayı uygun klinik ve teknik yöntemlerle izleme,
- » Anneye bakım verme,
- » Acil makat doğumlar ve epizyotomi ge-

rektiren durumlar dahil normal doğumların yönetme,

- » Anne ve bebek için anormal bulguların belirleme,
- » Hekimin yokluğunda gerekli acil önlemleri alma (özellikle plasentanın elle çıkarılması, uterus manuel muayenesi vb),
- » Yenidoğanın ilk bakım ve muayenesi, gerekirse acil resüsitasyon,
- » Postnatal dönemde annenin bakım ve izlemi,
- » Yenidoğanın bakım ve gelişiminin izlemi,

Görüldüğü gibi ebe hem bebek/fetüse hem de kadın/gebe/loğusa/anneye aynı anda hizmet eden ve sağlıkları ile ilgili olarak sorumluluk alan profesyonel bir sağlık çalışanıdır. Ebelerin çalışma alanları;

- » Temel Sağlık Hizmeti verilen tüm kurumlar,
- » Doğum hastaneleri,
- » Yataklı tedavi kurumlarında doğum, jinekoloji ve yenidoğana ait servisler,
- » Gebelik ve kadın sağlığına yönelik servis ve poliklinikler,
- » Aile planlaması ve ana çocuk sağlığı merkezleri,
- » İnfertilite merkezleri (sertifika gerekli),
- » Doğum ameliyathaneleri (sertifika gerekli),
- » Ebeler hizmetlerinin yönetimi,
- » Ebelerin ve ebeler öğrencilerinin eğitimi şeklinde özellenilebilir.

Uluslararası örnekler incelendiğinde, sezaryen doğum oranlarının düşük olduğu gelişmiş ülkelerde ebeler sisteminin de çok gelişmiş olduğunu, kadın, çocuk ve aile sağlığını korumak ve yükseltmeye yönelik çalışmalarda ebelerin etkin rol

oynadığını görmekteyiz. Ebeler, doğumun fizyolojik bir yaşam dönemi olduğuna inanır ve diğer görevlerinin yanı sıra kadınların daha insani koşullarda, müdahalesiz doğum yapmalarını sağlamak için çalışır. Nitekim uluslar arası ebeler felsefesi; doğumun normal fizyolojik bir süreç ve kadın, ailesi ve toplum için önemli anlamlar taşıyan, etkileyici bir deneyim olduğu temeli üzerine kurulmuştur (ICM 2005).

Ülkemizde tedavi hizmetlerinin ağırlık kazanmasından bu yana, ebeler daha çok hemşirelik işlevleri yapar konuma gelmiştir. Ev doğumlarından uzaklaşılması ve uygulanan yanlış sağlık politikaları, sezaryen doğum oranında artış, ebenin yalnızca doğum yaptıran kişi olduğu ve doğumhane dışında başka bir birimde çalışmaması gerektiği yanlışlığı nedeniyle, ebeler mesleği önem ve değerini kaybetmeye başlamıştır. Gelişmiş ülkelerdeki durum ile ülkemizde ebelerin durumu karşılaştırıldığında, ebelerin pek çok mesleki sorunla karşı karşıya olduğunu görmekteyiz. Mesleğin tam anlamıyla uygulanamaması, yasal tanımlamadan kaynaklanan eksiklikler, görev yetki ve sorumlulukların belirsizliği, alan dışında görevlendirilme, meslekte ilerleyememe, yönetici olamama, ekonomik güçsüzlük, yoğun çalışma koşulları gibi sorunlar ebeler mesleğini güçsüzleştirmektedir. Bu güçsüzlük mesleki kimliğin kaybı, motivasyonun bozulması ve mesleğin geleceğine inanamama ile sonuçlanmaktadır.

Bir yandan ebeler mesleği güçsüzleşirken diğer yandan ülkemizin anne ve çocuk sağlığı göstergelerinin henüz istenilen düzeye ulaşmadığını, sezaryen doğum oranlarımızın özellikle büyükşehirler ve özel hastanelerde giderek arttığını görmekteyiz. Yapılan çalışmalar her iki kadından birinin sezaryenle doğum yaptığını ve sezaryen doğum isteğinin çoğunlukla kadının doğurma korkusundan kaynaklandığını göstermektedir. Öte yandan



***Ebelerin yanlış biçimde istihdam edilmesi, son yıllarda ebe istihdamı yapılırken yalnızca doğumhanede gereksinim duyulan ebe sayısının göz önünde bulundurulması, çok sayıda ebein devlet hastanelerinde hemşirelik alanlarında çalıştırılması ve doğum hastanelerinde ağırlıklı olarak hemşirelerin çalışması sonucunu doğurmuştur.***

normal doğum yapan kadınlarımız ise, doğal doğum yapamamakta ve yaşadıkları çeşitli müdahalelerle dolu doğum deneyimi, yaşamlarının

en mucizevi anını işkenceye dönüştürmektedir. Ebelerin yanlış biçimde istihdam edilmesi, son yıllarda ebe istihdamı yapılırken yalnızca

doğumhanede gereksinim duyulan ebe sayısının göz önünde bulundurulması, çok sayıda ebein devlet hastanelerinde hemşirelik alanlarında çalıştırılması ve doğum hastanelerinde ağırlıklı olarak hemşirelerin çalışması sonucunu doğurmuştur. Oysa dünya örneklerine bakılacak olursa ebelerin, ikinci ve üçüncü basamakta istihdam alanlarının, doğum ve çocuk hastanelerinin tüm birimleri, genel hastanelerin doğum, jinekoloji ve yenidoğan ile ilgili birimleri olduğunu görmekteyiz. Bu durum, ülkemizde sağlık insan gücünün uygun biçimde kullanılmadığını düşündürmektedir.

Bu noktadan bakıldığında, ebelik mesleğinin sağlık sistemi içinde hak ettiği yeri kazanması, ülkemizin sağlık göstergelerini ve ekonomisini olumlu etkileyecek anlamlı bir çaba olacaktır. Fakat son yıllarda sağlıkta yaşanan değişimler, mesleki endişelerimizi artıran bir nitelik taşımaktadır. Sağlık personelinin istihdamında 2003 yılında hazırlanan "Sağlıkta Dönüşüm Programı", sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi ve sunumu açısından önemli değişiklikler oluşturmuştur. Bunlar en önemlisi "Aile Hekimliği" ve "Kamu Hastane Birlikleri" hizmet modellerinde personel istihdamının "sözleşmeli" esası ile yapılmasıdır.

## **Sözleşmeli İstihdam**

Sağlık personeli ağırlıklı olarak 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'nun (DMK) 4/A maddesi kapsamında "memur" olarak istihdam edilmekte iken, sağlıkta dönüşüm ile birlikte 4/B - 4C sözleşmeli personel ve vekil ebe-hemşirelik şeklinde istihdam edilmeye başlanmıştır. Sağlıkta sözleşmelilik 4924 sayılı kanuna, 657 sayılı DMK'nın 4/B maddesine, 663 sayılı KHK'ya göre örgütlenmiştir. Bunlara bir de aile hekimliğini eklersek sağlıkta sözleşmeliliğin dört farklı biçimde

uygulandığını söylemek mümkün hale gelmektedir ( Sayan ve Küçük, 2012).

4924 sayılı Kanuna göre istihdam edilen sağlık personeli sayıları incelenecek olursa, sağlık memurları ve ebe sayılarının yüksek olduğu ve ağırlıklı olarak Doğu ve Güneydoğu illerine görevlendirme yapıldığı görülmektedir. 657 sayılı Kanun 4/B maddesine göre istihdam edilen personel dağılımları incelendiğinde, atama bekleyen ebe sayılarına, kar-

şın ebe alımlarında ciddi azalmalar olduğu görülmektedir (Bakınız Tablo 1).

632 sayılı KHK ile 4924 sayılı kanuna tabi çalışanlarla beraber bu tarihe kadar 4/B'li olarak sözleşmeli çalışan sağlık personeli pozisyonuna başvurmaları halinde memur kadrosuna atanabilmelerinin yolu açılmasına karşın, sözleşmeli personel alımlarının halen sürmesi düşündürücü bir konudur.

4924 sayılı kanuna göre sözleşmeli			657 Kanuna göre 4/B sözleşmeli			
Ünvan Adı	2010 Yılı Aralık	2011 Yılı Aralık*	2010 Yılı Aralık		2011 Yılı Aralık	
			4/B Döner Sermaye	4/B Genel Bütçe	4/B Döner Sermaye	4/B Genel Bütçe
Diğer Personel	102	0				
Diş Hekimi	85	2				
Diyetisyen	19	1				
Ebe	3,459	33				
Eczacı	50	3				
Fizyoterapist	21	1				
Hemşire	1,929	20				
Psikolog	32	1				
Sağlık Memuru	4,670	104				
Sağlık Teknikeri	344	3				
Hekim	1,238	374				
Uzman Hekim	1006	734				
<b>GENEL TOPLAM</b>	<b>12,995</b>	<b>1,276</b>	<b>23,714</b>	<b>29,681</b>	<b>170</b>	<b>14,076</b>

Tablo 1. Sözleşmeli İstihdam Edilen Sağlık Personeli Sayıları

Kaynak: Sayan I.O., Küçük A.(2012). Türkiye'de kamu personeli istihdamında dönüşüm. Sağlık Bakanlığı, Örneği, Ankara Üniversitesi SBF Dergisi, Cilt 67, No. 1, s. 171-203.

Sözleşmeli personellerin kadro- lu personellerden daha yüksek bir biçimde ücretlendirilmesi, aynı birimde çalışan aynı işlerden sorumlu ve aynı yoğunlukta ve koşullarda hizmet veren kadrolu ve sözleşmeli

ebelerin, bazılarının iş güvencesi olmadan (sözleşmeli) bazılarının iş güvenceli (kadrolu) olarak çalışması ve farklı ücretlendirilmeleri, hiyerarşik bir sıralama algısı yaratmakta, çalışma ortamında huzuru bozmak-

ta, başarı ve motivasyonu son derece olumsuz etkilemektedir. Bunun hastaya ve sağlık sistemine yansımalarının olumlu olması beklenemez.

## "Aile Hekimliği" Sistemi

Bir diğer sözleşmeli çalışma biçimi aile hekimliği sistemidir. Aile hekimliği modelinde iki tür istihdam şekli bulunmaktadır. Bunlardan ilki, Bakanlığın ilgili ve bağlı kuruluş kadrolarında memur statüsünde görev yapmakta iken ücretsiz izne ayrılarak sözleşmeli statüde aile hekimi veya aile sağlığı elemanı olarak çalışılmasıdır. Bu durumda aile sağlığı elemanı olan personel sözleşmeden kendi isteği ile vazgeçtiği takdirde ya da herhangi bir suretle sözleşmesi sona erdiğinde, ücretsiz izine ayrıldığı görevine kadro veya personel dağılım cetveli fazlalığına bakılmaksızın geri dönebilmektedir.

Diğer uygulamada ise, kamu görevlisi olmayan sağlık personelinin aile hekimi ve aile sağlığı elemanı olarak sözleşmeli personel statüsünde çalıştırılmasıdır.

2012 Ocak verileri incelendiğinde, 11.485 ebinin "aile sağlığı elemanı" olarak sözleşme imzaladığı görülmektedir. Aile sağlığı elemanı sözleşmeyi aile hekimi ile imzala-

maktadır. Bu durum hekimi ve sağlık çalışanını farklı konuma sokarak ekip çalışmasına zarar vermekte ve tüm dünya ülkelerinde kabul edildiği üzere ekip anlayışı içinde verilmesi gereken sağlık hizmetlerini olumsuz etkilemektedir. Ayrıca, sözleşme yenileyici taraf olarak birlikte çalıştığı "elemanı" üzerinde her türlü hakkı olduğunu düşünen ve bu durumu kötüye kullanan bazı hekimlerin varlığı, sağlık çalışanlarını tükenmişlik noktasına getirebilmektedir. Ayrıca aile hekimliğinde çalışan tüm sağlık personeli, mesleki eğitim ve kimliğin yok sayıldığı "elemanlaşma" durumundan huzursuzdur.

Aile hekimi herhangi bir sağlık çalışanı ile sözleşme yapmadığında, il sağlık müdürlükleri tarafından geçici görevlendirme yapılır. Görevlendirilen aile sağlığı çalışanları aynı hizmeti vermelerine karşın, sözleşmeli bir personelin aldığı performans ücretinin en fazla yarısı kadar ücretlendirilmektedir. Derneğimize ulaşan şikayetlerden bazı illerde, aile

hekimlerinin sözleşme yapmayarak görevlendirme yapılan personelle çalışmayı tercih ettiği ve bu görevlendirmelerin daha çok ebelere yapıldığı anlaşılmaktadır. Görevlendirilen personeller, düşük ücretin yanı sıra; adaptasyon sorunu, ulaşım ve ailevi problemlerle karşı karşıya gelmektedir.

Ayrıca aile hekimliği sisteminde, ücretlendirmenin performansa göre yapılmasından kaynaklanan sorunlar vardır. Gebeliğin zamanında tespit edilmemesi, gebe ve bebek izlemelerinin, aşılarının uygun zaman cetveli içinde yapılmaması gibi nedenlerle ciddi performans kesintileri uygulanmaktadır. Hizmet sunumunun uygun şekilde yapılmamasına bağlı performans kesintileri anlaşılır bir durumdur. Fakat çalışanın hizmet sunumu ile ilgili olmayan, örneğin gebe ve bebeğin hastalanıp hastanede yatarak tedavi görmesi, şehir dışına gitmiş olmaları, taşınma, adres değişikliği, adres ya da telefon numarasının yanlış olması gibi durumlarda dahi performans

kesintisi yapılması haksız bir uygulama olarak karşımıza çıkmaktadır.

Aile sağlığı elemanının çalışma süresi haftalık en az 40 saat olmak üzere mesai saatleri ve günleri hekim tarafından belirlenir. Bu durum hekime farklı mesai saati uygulama olanağı tanımaktadır. Aile sağlığı çalışanlarının çoğunlukla kadın sağlık personeli olduğu düşünüldüğünde farklı mesai saati uygulaması aile yaşantısı ve sorumluluklarını

olumsuz etkilenmektedir. Bilindiği gibi aile hekimleri ebeler, hemşireler ve acil tıp teknisyenleri ile sözleşme imzalayabilmektedir. Bu durumda azami 4000 nüfusa hizmet eden aile hekimliği sisteminde, üç farklı mesleğin herhangi birine mensup olan (ebe, hemşire, att) aile sağlığı elamanı, çoğunlukla yoğun bir iş yükü (poliklinik hizmetleri, numune alma, enjeksiyon, pansuman, acil müdahale, gebe bebek izlemi, bağışıklama, kayıt tutma, istatistik verile-

ri hazırlama vb) altında kalmaktadır. Bu durumda hekime odaklı çalışan aile sağlığı elemanının, hekimin performans göstergelerine yönelik hizmetlere ve kayıt tutma konusuna öncelik vermesi, özellikle koruyucu eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin ihmal edilmesi, aldığı mesleki eğitim içine girmeyen konularda eksiklikler ve hatalar yapması kaçınılmaz bir sonuçtur.

### Vekil Ebelik

Vekil ebe/hemşire istihdamında, herhangi bir açık ebe/hemşire kadrosuna ebe/hemşire olmak isteyen kişinin yazılı başvurusu ile gerçekleşir. Vekil ebe/hemşire olarak atanan kişinin, herhangi bir iş güvencesi bulunmamakla birlikte, vekâlet ettikleri görevin kadro derecesinin 2/3 oranında ücret alır.

Bu ucuz bir istihdam şeklidir. 663 sayılı KHK ile yapılan düzenleme sayesinde, KHK'nın yayımı tarihinden itibaren otuz gün içinde yazılı olarak başvuran vekil ebe/hemşirelerin, 4/B sözleşmeli personel pozisyonlarına atanmalarına imkân tanınmıştır. Bu noktada 632 sayılı KHK ile 657 sayılı kanunun

4/B maddesi ve 4924 sayılı kanun uyarınca sözleşmeli olarak çalışan personelin memur kadrolarına atanmalarına rağmen, açıktan görevlendirilen vekil ebe/hemşirelerin memur kadrosuna atanmaması tartışmalı bir konudur.

### Sonuç

Aynı eğitim sürecinden geçmiş ve benzer çalışma koşullarında hizmet veren ebelerin, 4/A, 4/B ve vekil olarak istihdam edilmeleri ve ücretlendirme farklılıkları; çalışma yaşamında dayanışma ve iş barışı-

nı, motivasyonu bozmakta, sunulan hizmetin nitelik ve kalitesini olumsuz etkilemektedir. Bu durumun kaçınılmaz sonucu, ülkemizin sağlık göstergelerinin özellikle kadın ve çocuk sağlığına yönelik oranların

olumsuz etkilenmesi, olarak karşımıza çıkacaktır. Ayrıca ebelerin mesleki alanlarında istihdam edilmesi ve mesleğe özgü yasal düzenlemelerin bir an önce yapılması gerekmektedir. ■





KLİNİKLER	
2. KAT	2. KAT
ORTOPEDİ	POLİKLİNİKLER
ÖZEL SERVİSLER	LABORATUVARLAR
ENDOKRİNOLOJİ	RADYOLOJİ ÜNİTESİ
İÇ HASTALIKLARI	ANJİYO ÜNİTESİ
KARDİYOLOJİ 1-2 KVC	GASTROENTEROLOJİ
MEDİKAL ONKOLOJİ	MRS ÜNİTESİ - SİTİTİZİSYON
1. KAT	ECCZANE
ORTOPEDİ 2-3	1. KAT
GENEL CERRAHİ 1-3	BAŞHEKİM
GÖĞÜS HASTALIKLARI	ANESTEZİ - GASTROENTEROLOJİ
ÜROLOJİ 1-2	ORTOPEDİ 1-2-3
PLASTİK CERRAHİ	BEYİN CERRAHİSİ
ENFEKSİYON HASTALIKLARI	PLASTİK CERRAHİ
KBB	KBB - BDC - Çocuk Cerrahi
	1. KAT
	ÜROLOJİ - GÖĞÜS - PLASTİK CERRAHİ
	NÖROLOJİ
	KAN ALIMI 2
	HEMODİYALİZ ÜNİTESİ
	ÖNETİM BİRİMİ
	DIŞ ÜNİTESİ - FİZİK TİP
	GÖĞÜS HASTALIKLARI - FİZİK TİP
	ŞİŞİ - DİŞ HASTALIKLARI

## Sağlık Meslek Mensuplarının Kamu Kurum ve Kuruluşlarındaki İstihdam Modellerinin Hukuki Boyutu

Av. Halide SAVAŞ  
Sağlık Kurumları Yönetimi Bilimi Uzmanı

*Sağlıkta dönüşüm Programı ile Sağlık Bakanlığı, hizmetin sunulmasında düzenleyen, denetleyen konumuna geçerek; sağlık hizmetinin üretilmesinde sözleşmelilik, hizmet satın alınması yöntemlerini uygulamaya başlamıştır. Bakanlık memur statüsündeki çalışanı azaltma yoluna gitmiştir ve halen bu uygulamaya devam etmektedir. Kadroya dayalı güvenceli istihdam biçimi yerini esnek istihdam biçimlerine bırakmaktadır.*





***Sağlık mesleği mensuplarının istihdam modellerinin değişmesi ve çeşitli hale gelmesinde, “Sağlıkta Dönüşüm Programı” önemli bir dönüm noktası olmuştur.***

Sağlık Meslek Mensupları deyince, Türk Ceza Kanunu'nun 210. maddesine atıfla hekim, dişhekim, eczacı, ebe, hemşire ve diğer sağlık mesleği mensuplarını kastettiğimizi belirtmek gerekir. Günümüzde sağlık hizmeti sunumu, çeşitli kurum ve kuruluşlarda çalışan sağlık mesleği mensupları eliyle gerçekleştirilmektedir. Bu kurum ve kuruluşlar Sağlık Bakanlığı hastaneleri, üniversite hastaneleri, özel hastaneler, vakıf hastaneleri, aile sağlığı merkezleri, muayenehaneler olarak sayılabilir. Her kurum ve kuruluşun kendi çalışması için uyguladığı çeşitli istihdam modelleri mevcut olmakla birlikte makalemizde kamu kurum ve kuruluşlarındaki sağlık çalışanlarının istihdam modellerinden bahsedilecektir.

1982 Anayasasının 128 inci maddesinde; Devlet ve kamu iktisadi teşebbüsleri ile diğer kamu tüzel kişilerinin, genel idare esaslarına göre yürütmekle yükümlü oldukları kamu hizmetlerinin gerektirdiği asli ve sürekli görevlerin memurlar ve diğer kamu görevlileri eliyle görüldüğü; memurların ve diğer kamu görevlilerinin nitelikleri, atanmaları, görev ve yetkileri, hakları ve yükümlülükleri, aylık ve ödenekleri ile diğer özlük işlerinin kanunla düzenleneceği hükme bağlanmıştır. Ayrıca,

malî ve sosyal haklara ilişkin toplu sözleşme hükümlerini de saklı tutmuştur. Zira 53.maddede memurlar ve diğer kamu görevlilerinin, toplu sözleşme yapma hakkı olduğunu belirtmektedir. Anayasamızın 129 uncu maddesinde ise memurlar ve diğer kamu görevlilerinin Anayasa ve kanunlara sadık kalarak faaliyette bulunmakla yükümlü oldukları belirtilmiştir.

Anayasamızda bahsi geçen “diğer kamu görevlileri”, devlet memuru statüsüne girmeyen, kendi kanunlarına tabi olan ve genel idare esaslarına göre yürütülen kamu hizmetlerinin gerektirdiği asli ve sürekli görevleri yapan diğer kamu görevlileridir.

Sağlık Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığından sonra en fazla kamu çalışanın bulunduğu bakanlıktır. Sağlık Bakanlığının çalışan sayısının fazlalığında; SSK, Kızılay ve diğer kamu kurumlarına ait sağlık tesislerinin Sağlık Bakanlığına devri ile gelen (yaklaşık 60 bin) çalışanın, 632 sayılı KHK ile 4924 sayılı kanuna ve 657 sayılı DMK'nın 4/B maddesine göre istihdam edilen sözleşmeli çalışanın Sağlık Bakanlığı kadrosuna geçirilmelerinin de etkisi büyüktür.

Sağlık mesleği mensuplarının

istihdam modellerinin değişmesi ve çeşitli hale gelmesinde, “Sağlıkta Dönüşüm Programı” önemli bir dönüm noktası olmuştur.

Sağlıkta dönüşüm Programı ile Sağlık Bakanlığı, hizmetin sunulmasında düzenleyen, denetleyen konumuna geçerek; sağlık hizmetinin üretilmesinde sözleşmelilik, hizmet satın alınması yöntemlerini uygulamaya başlamıştır. Bakanlık memur statüsündeki çalışanı azaltma yoluna gitmiştir ve halen bu uygulamaya devam etmektedir. Kadroya dayalı güvenceli istihdam biçimini yerini esnek istihdam biçimlerine bırakmaktadır. Bakanlık bu amaçla, yeni sağlık mesleği mensuplarının istihdamında ve aile hekimliği, kamu hastane birlikleri gibi sistemlerde sözleşmelilik esasını benimsemek, dışarıdan hizmet satın alınması yöntemi ile taşeron personel çalıştırmak şeklinde uygulamalar yapmaktadır.

Sağlık çalışanlarının istihdam modelleri, 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'nun 4. Maddesinde, memur (4-A), sözleşmeli personel (4-B), geçici personel (4-C) ve işçiler (4-D) olarak sayılmıştır. 657 sayılı kanun bu istihdam modellerinden başka bir şekil ile çalışan istihdam edilemeyeceğini de bildirmektedir.

## Memurlar (4/A)

657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'nun 4.maddesinin A.bendinde belirtilen memurlar en güvenceli istihdam modelini oluş-

turmaktadırlar. Kamu görevlileri kavramı içinde yer alan memurların hizmet şartları, nitelikleri, atanma ve yetiştirilmeleri, ilerleme ve yük-

selmeleri, hakları, ödevleri, yükümlülükleri ve sorumlulukları ile mali ve sosyal hakları 657 sayılı kanunla belirlenmiştir.

## Sözleşmeli Personel

Kamu personel sisteminin statü hukukuna dayalı güvenceli bir yapıdan, sözleşme hukukuna dayalı esnek bir yapıya dönüştürülme çabasının en bariz görünüşü, sözleşmeli personel istihdamının yaygınlaştırılmasına ilişkin düzenleme ve uygulamalarda belirlemektedir.

Sağlıkta sözleşmeli personel; 657 sayılı DMK'nın 4/B maddesine, 4924 sayılı Kanuna, 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname'ye ve Aile Hekimliği Mevzuatına göre 4 şekilde görülmektedir.

657 sayılı DMK'nın 4/B maddesine göre sözleşmeli personel, özel mesleki bilgi ve uzmanlığa gereksinim gösteren geçici işlerde, kurumun teklifi üzerine Devlet Personel Başkanlığı ve Maliye Bakanlığı'nın görüşleri alınarak Bakanlar Kurulu tarafından geçici olarak sözleşme ile çalıştırılmasına karar verilen ve işçi sayılmayan kamu görevlileridir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte 2003 yılından sonra hekim dışı sağlık personeli genellikle sözleşmeli olarak istihdam edilmiştir. Özellikle mahrumiyet bölgeleri olarak nitelendirilen beş ve altıncı hizmet bölgelerinde olmak üzere 4/B maddesine göre sözleşmeli statüde 84.838 ve 4924 sayılı Kanuna göre sözleşmeli statüde 19.755 sağlık personeli Sağlık Bakanlığı bünyesinde görev almıştır.

2003 yılında kabul edilen 4924 sayılı Kanun ile Bakanlığın asli ve sürekli görevlerinin sözleşmeli sağlık personeli eliyle gördürülebilmesinin yolu açılmıştır. Haziran 2011 seçimleri öncesi 632 sayılı KHK ile 4924 sayılı kanun uyarınca vizenmiş veya ihdas edilmiş sözleşmeli personel pozisyonlarında (4 Haziran

2011 tarihi itibarıyla) çalışmakta olan ve 657 sayılı Kanununun 48 inci maddesinde belirtilen genel şartları taşıyanlardan otuz gün içinde yazılı olarak başvuruların, pozisyonlarının vizesi olduğu teşkilat ve birimde, bulunduğu pozisyon unvanıyla atacağı hüküm altına alınmıştır.

4924 sayılı Kanuna göre sözleşmeli personelin güvencesiz pozisyonuna son bir örnek, kadroya geçmeyen 4924'lü sözleşmeli personelin ağırlıklı olarak Doğu ve Güneydoğu Anadolu illerinin oluşturduğu 5. ve 6. bölgelere tayin edilmeleridir. Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan bir genelge ile 4924 sayılı kanuna tabi sözleşmeli personelden; 1. 2. 3. ve 4. hizmet bölgelerinde çalışanların pozisyonları iptal edileceği 5. ve 6. hizmet bölgelerine aktarılacak bu bölgelerde çalışan sözleşmeli personelin hizmet sözleşmeleri yenilenmeyeceği, söz konusu personelin 5. ve 6. hizmet bölgelerindeki boş pozisyonlara 1 Ocak 2012 tarihinden itibaren en çok üç ay içerisinde yerleştirileceği belirtilmiştir.

2005 yılında yayımlanan 5413 sayılı kanun ile sağlık personeli istihdamında yeni bir statü yaratılmıştır. Söz konusu kanunla, 181 sayılı Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında KHK'ya eklenen ek Madde 3 ile "Kadrolu istihdamın mümkün olmadığı hallerde, ücretleri döner sermayeden karşılanmak kaydıyla 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 36'ncı maddesinde belirtilen sağlık hizmetleri ve yardımcı sağlık hizmetleri sınıfındaki unvanlarda çalıştırılmak üzere merkezi sınav sonuçlarına göre 657 sayılı Kanununun 4'üncü maddesinin (B) fıkrasına tabi sözleşmeli personel çalıştırılabileceği" öngörülmüştür. Bu düzenleme ile çok sayıda sağlık

**657 sayılı DMK'nın 4/B maddesine göre sözleşmeli personel, özel mesleki bilgi ve uzmanlığa gereksinim gösteren geçici işlerde, kurumun teklifi üzerine Devlet Personel Başkanlığı ve Maliye Bakanlığı'nın görüşleri alınarak Bakanlar Kurulu tarafından geçici olarak sözleşme ile çalıştırılmasına karar verilen ve işçi sayılmayan kamu görevlileridir.**

personelinin (hemşire, ebe, sağlık memuru vb.) bu madde kapsamında maaşları genel bütçeden veya döner sermaye gelirlerinden ödenmek şartıyla istihdam edildiği görülmektedir.

181 sayılı KHK'nın yerine kabul edilen 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname'nin 32.maddesinde Kamu Hastane Birliklerinde çalışacak personelin niteliği ve statüsü daha derli toplu olarak şu şekilde ifade edilmiştir: "Birliklerde, ekli (II) sayılı cetvelde belirtilen pozisyonlarda sözleşmeli statüde personel istihdam edilir. Sözleşmeli personelde 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 48 inci maddesinde sayılan genel şartlar aranır. Birliklerdeki diğer personel, 657 sayılı Kanun ve 10/7/2003 tarihli ve 4924 sayılı Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanuna tabi olarak çalışır."

## Geçici Personel (4/C)

Geçici personel; bir yıldan az süreli veya mevsimlik hizmet olduğuna, Devlet Personel Başkanlığı, Maliye Bakanlığının görüşlerine dayanılarak Bakanlar Kurulunca karar verilen görevlerde ve belirtilen

ücret ve adet sınırları içinde sözleşme ile çalıştırılan ve işçi sayılmayan kimselerdir.

Ayrıca, özelleştirme uygulamaları sebebiyle işsiz kalan kamu işçileri

de çeşitli kamu kurum ve kuruluşlarında geçici personel statüsünde istihdam edilmektedir. Bu kapsamda Sağlık Bakanlığında 2012 Ocak ayı itibarıyla 2.411 kişi 4/C geçici personel olarak istihdam edilmektedir.

## İşçiler (4/D)

Sağlık Bakanlığındaki diğer bir istihdam biçimi ise sürekli ve geçici işçiliktir. Bu personel 4857 sayılı İş Kanunu hükümlerine göre ça-

lışmaktadır. Özlük hakları anılan kanuna göre toplu iş sözleşmesiyle düzenlenmiştir. 2011 verilerine göre Sağlık Bakanlığı'nda çalışan sürekli

işçi sayısı 1.865, geçici işçi sayısı ise 30'dur.

## Aile Hekimliği

Aile hekimliğinde hizmet sunumu, girişimci hekim vasıtasıyla yürütülmektedir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde hayata geçirilen uygulamalardan biri de birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda aile hekimlerinin kullanılması yoluna gidilmesidir.

Hükümetimiz ile Dünya Bankası arasında imzalanan Kredi Anlaşması ile "Sağlıkta Dönüşüm Programı"na Destek Projesi için Banka'dan 49,4 milyon Euro sağlanmıştır. Projenin amacı, sağlık hizmetleri sunumunun iyileştirilmesi, genel sağlık sigortası uygulamasına geçilmesinin alt yapısının oluşturulması, Sağlık Bakanlığının yeniden yapılandırılması, aile hekimliği sisteminin hayata geçirilmesi ile sağlık ve sosyal güvenlik alanlarında entegre bir bilgi teknolojisi sistemi oluşturmak olarak açıklanmıştır.

"Aile Hekimliği" modeli ile, kamu finansmanı çerçevesindeki topluma dönük ve bütüncül koruyucu sağlık hizmetleri yerini, serbest piyasa ekonomisinin arz talep dengesine ve bireyi temel alan bir yaklaşıma bırakmaktadır.

### *Aile hekimliği modelinde iki tür istihdam şekli öngörülmüştür:*

Birinci istihdam şekli; Bakanlığın ilgili ve bağlı kuruluş kadrolarında memur statüsünde görev yapmakta iken ücretsiz izne ayrılarak sözleşmeli statüde aile hekimi veya aile sağlığı elemanı olarak çalışmasıdır. Aile hekimlerinin sözleşmeleri vali veya görevlendireceği merci ile imzalanmaktadır. Sözleşmeli olarak çalışan aile hekimlerinin kadroları ile ilişkileri devam etmekte ve talepleri halinde eski görevlerine atanmakta ve sözleşmeli statüde geçen süreleri kazanılmış hak derece ve kademelerinde veya kıdemlerinde değerlendirilmektedir.

İkinci istihdam şekli ise, halihazırda devlet memuru olmayan sağlık personelinin, aile hekimi ve aile sağlığı elemanı olarak sözleşmeli personel statüsünde çalıştırılmasıdır. Aile Hekimliği Kanunu'nun 3. maddesinde, 2011 yılında Maliye Bakanlığınca vizelenen pozisyonlarda, 3 bin aile sağlığı elemanı istihdamına olanak yaratılmıştır.

Anayasa Mahkemesi, aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları tarafından sunulacak olan hizmet-

lerin, devletin genel idare esaslarına göre yürütmekle yükümlü olduğu kamu hizmetinin gerektirdiği asli ve sürekli görevler olduğu ve bu şekilde çalışanların Anayasa'da yer alan "diğer kamu görevlisi" kapsamında olduğuna karar vermiştir (Anayasa Mahkemesi, 2005/10E., 2008/63K., 21 Şubat 2008 T. Resmi Gazete yayım tarihi 7.11.2008, 26736).



## Taşeron İstihdamı

1988 yılında 318 sayılı KHK ile yasal zemine kavuşan taşeronlaştırma uygulaması giderek yaygınlaşmıştır. Yemek, temizlik ve güvenlik hizmetlerinde başlayan sağlıkta taşeronlaşma süreci, önce diğer destek hizmetlerine, daha sonra da tedavi hizmetlerine kadar yayılmıştır.

Sağlık personelinin hizmet satın alma yolu ile çalıştırılması konusunda ilk adım 2003 yılında 657 sayılı DMK'nın 36. maddesinin "III- Sağlık Hizmetleri ve Yardımcı Sağlık Hizmetleri Sınıfı" başlıklı bendine 4924 sayılı kanunun 11. maddesi ile 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" hükmü ile atılmıştır. Sağlık Bakanlığı tarafından bu maddeye dayalı olarak, "Sağlık ve Yardımcı Sağlık Personeli Tarafından Yerine Getirilmesi Gereken Hizmetlerin Satın Alma Yoluyla Gördürülmesine İlişkin Esas ve Usuller" adlı bir düzenleme yayınlanmıştır.

2003 yılından sonraki sekiz yıl içinde taşeron hizmet alımı sayısı yaklaşık 10 kata yakın bir artış göstermiştir. Sağlık hizmetlerinde taşeron çalıştırma uygulaması, yalnızca yardımcı hizmetlerle sınırlı kalmayarak asli sağlık hizmetlerini de kap-



sayacak biçime getirilmiştir.

Bakanlık, doğrudan doğruya personel istihdamına yönelik düzenlemelere yer vermese de 4734 sayılı Kamu İhale Kanununa dayalı olarak radyoloji görüntüleme, laboratuvar gibi tıbbi tetkik ve tanı hizmetlerinde tıbbi cihazların işletmesi için yapılan ihalelerde, sağlık personelinin hizmet alımı içine yedirildiği görülmektedir.

Gebze Fatih Devlet Hastanesinde 2006 - 2007 yılı için radyoloji görüntüleme hizmetinin 7 gün 24 saat gerekli sayı ve nitelikte kendi bünyesinde en az iki radyoloji uzmanı, yeteri kadar röntgen teknisyeni, sekreteryası ve temizlik elemanı çalıştırılarak karşılanması için yapılacak ihalenin iptali istemiyle açılan davada; Danıştay, tıbbi tetkik ve tanı hizmetlerinin, hasta ve özel sağlık kuruluşu arasında herhan-

gi bir maddi ilişki oluşturulmaksızın, bizzat hastane idaresince satın alınmasının ve yine aynı hastane bünyesinde konuşlandırılan merkezlerde zaman ve kaynak israfına yol açılmaksızın, idarenin denetim ve gözetimi altında sunulmasının, hizmet bedellerinin döner sermaye işletmesi gelirlerinden karşılandığı ve ciddi bir tasarruf sağlanacağı da anlaşıldığından, kamu yararına ve hizmet gereklerine uygun olduğu sonucuna ulaşıldığından konuya ilişkin davanın mevzuata aykırı olmadığına karar vermiştir (Danıştay 13. Dairesi, 13 Haziran 2008 tarih ve E.2006/3097, K.2008/4811 sayılı kararı, Danıştay Dergisi, Y:38, S:119, (2008), s.465-469, Aktaran: Sayan-Küçük, Türkiye'de Kamu Personeli İstihdamında Dönüşüm: Sağlık Bakanlığı Örneği, Ankara Üniversitesi, SBF Dergisi, Cilt 67, No. 1, 2012, s. 171-203).

## Vekil Sağlık Mesleği Mensupları

Vekâlet kurumunun dayanağını 657 sayılı kanunun 86. maddesi oluşturmaktadır. Söz konusu maddede yer alan; "Memurların kanuni izin, geçici görev, disiplin cezası uygulaması veya görevden uzaklaştırma nedenleriyle işlerinden geçici olarak ayrılmaları halinde yerlerine kurum içinden veya diğer kurumlardan veya açıktan vekil atanabilir. Bir görevin memurlar eliyle vekâletlen-

yürütülmesi halinde aylıksız vekâlet asıldır. Ancak, ilkökul öğretmenliği (yaz tatili hariç), tabiplik, diş tabipliği, eczacılık, köy ve beldelelerdeki ebelik ve hemşirelik, mühendis ve mimarlık, veterinerlik, vaizlik, Kur'an kursu öğreticiliği, imam-hatiplik ve müezzin-kayyımlığa ait boş kadrolara Maliye Bakanlığının izni ile açıktan vekil atanabilir" düzenlemesine dayanarak Sağlık Bakanlı-

ğında çok sayıda vekil ebe/hemşire istihdamı gerçekleştirilmiştir.

Vekil ebe/hemşire istihdamında şöyle bir sıra izlenmektedir: Herhangi bir yerde açık kadro bulunması halinde, vekil ebe/hemşire olmak isteyen kişiler açık kadronun bulunduğu yer sağlık müdürlüğüne yazılı olarak başvururlar. Sağlık müdürlüğü talebi uygun görürse, mül-

ki idare makamlarından ve Maliye Bakanlığında izin alarak ilgili kişiyi vekil ebe/hemşire olarak atamaktadır.

663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname (KHK) ile yapılan düzenlemelerden biri de vekil ebe/hemşireler ile ilgilidir. 663 sayılı KHK'nın geçici 11. maddesi ile Sağlık Bakanlığında 657 sayılı kanunun 86. maddesine göre vekil ebe/hemşire olarak en az bir yıldan beri çalışmakta olan ve anılan kanunun 48. maddesinde belirtilen genel şartları taşıyanlardan KHK'nın yayımı tarihinden itibaren otuz gün içinde yazılı olarak başvurular, çalıştığı pozisyon unvanlarına göre, 657 sayılı kanunun 4/B maddesi kapsamında vizelenecek ebe/hemşire unvanlı sözleşmeli personel pozisyonlarına

atanmalarına imkân tanınmıştır. Bu çerçevede Sağlık Bakanlığında vekil ebe/hemşire olarak çalışan yaklaşık 3 bin kişinin 4/B'li olarak atanmasına olanak tanınmıştır.

Ancak, Sağlık Bakanlığının 16 Mart 2012 tarihli "vekil ebe/hemşirelerin sözleşmeli personel pozisyonlarına geçirilmesi" konulu yazısında, 2. ve 3. basamak sağlık hizmeti veren kuruluşlarda sözleşmeli personel statüsüne geçmiş olanların istihdam yerlerinin değiştirilmesi ve artık vekil ebe/hemşire alımı yapılmaması durumu şu şekilde belirtilmiştir:

"Sağlık evlerinde vekil ebe/hemşire olarak çalışmakta iken, diğer sağlık kurum ve kuruluşlarında göreve başlatılan sözleşmeli personelin pozisyon ve ünvanlarına ba-

kılmaksızın, ihtiyaç varsa öncelikle, daha önce görev yaptıkları sağlık evlerinde istihdamının sağlanması, ihtiyaç yoksa eski görev yaptıkları yere yakın hizmete ihtiyaç duyulan sağlık evlerinden birinde istihdamının sağlanması, buralarda da ihtiyaç yoksa entegre sağlık hizmetlerinin verildiği hizmet birimlerinde istihdamının sağlanması, atama işlemleri devam edenler hariç vekil ebe/hemşire alımı yapılmaması 16/03/2012 tarihi ve 53771 sayılı Bakan onayı ile uygun görülmüştür".

Görüldüğü üzere, mevcut vekil ebe-hemşireleri, görev yaptıkları yerlerde sözleşmeli istihdam etme ve yeni vekiller almama yolunda bir eğilim oluşmuştur.

## 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname

663 sayılı KHK ile kamu hastanelerinin personel sisteminin işletmecisi bir yaklaşımla yapılandırıldığı görülmektedir. Geleneksel anlayışta memur, devletin asli ve sürekli görevlerini yerine getirir ve devletin otoritesini temsil ettiği için sözleşme hukukuna değil statü hukukuna bağlıdır. İşletmecisi anlayışta ise üst düzey yöneticilerin dahi hizmet sözleşmesiyle çalıştırılmaları ve performansına göre ücretlendirilmeleri söz konusudur.

663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname Sağlık Bakanlığı'nın sistematığına ve dolayısı ile kamu sağlık çalışanlarına ilişkin düzenlemeleri içerdiğinden ve bundan sonra uygulanacak yegane sistem olduğundan bu düzenleme üzerinde durmakta fayda görüyoruz. Zira 663 sayılı KHK'da, Sağlık Mesleği Mensuplarının istihdamları ile ilgili düzenlemeler oldukça fazladır.

663 sayılı KHK'nın 8.maddesinde Bakanlığın hizmet birimlerinden biri olan Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün görevleri arasında, sağlık mesleği mensupla-

rının istihdamına ilişkin görevler şu şekilde belirtilmiştir:

"Sağlık insan gücü planlaması yapmak, sayı ve nitelik olarak ihtiyaca uygun insan gücü yetiştirilmesi için ilgili kurum ve kuruluşlarla işbirliği yapmak, mevcut sağlık insan gücünü, kamu ve özel kurum ve kuruluşlar düzeyinde planlamak ve istihdamın bu plan çerçevesinde yürütülmesini denetlemek, sağlık meslek mensuplarının uyum, hizmet içi eğitim, sertifikalı eğitim, görevde yükselme ve unvan değişikliği eğitimleri ve benzeri eğitimleri ile ilgili düzenlemeleri yapmak, koordine etmek, kredilendirme, izleme ve denetimini sağlamak, sağlık meslek mensuplarının tescil işlemlerini yapmak, kayıtlarını tutmak, personel

hareketlerini takip etmek, bağlı kuruluşların sağlık hizmetleri sınıfına ait personelinin ihtiyaç planlamasını yapmak, kura ile ataması yapılan sağlık personelinin planlama ve yerleştirme işlemlerini yapmak".

Bakanlığın hizmet birimlerinden bir diğeri olan Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün görevleri arasında, Bakanlığın insan gücü planlaması ile insan kaynakları sisteminin geliştirilmesi ve performans ölçütlerinin oluşturulması konusunda çalışmalar yapmak ve tekliflerde bulunmak, bakanlık personelinin atama, nakil, terfi, emeklilik ve benzeri özlük işlemlerini yürütmek sayılmıştır.



663 sayılı KHK'nın 23. maddesinde belirtilen "Sağlık Meslekleri Kurulu", ... mesleki düzenlemelerde ve istihdam planlamalarında görüş bildirmek, mesleki yeterlilik değerlendirmesi yapmak, mesleki müeyyide uygulamak, etik ilkeleri belirlemek ve uyumu denetlemek üzere teşkil olunmuştur. Meslekten geçici veya sürekli men etmeye karar vermek görevleri arasındadır.

23. maddenin 12. fıkrasında meslekten men durumunun sonuçları anlatılmaktadır. Ancak bu sonuçların memurlarda ve sözleşmeli personelde farklı tezahür etmesi iki istihdam şekli arasındaki haksızlığın bir yönünü şu şekilde ortaya koymaktadır:

"(12) Meslekten geçici men edil-

mesine karar verilen Devlet memurları, men müddetince aylıksız izinli sayılır veya talepleri hâlinde aynı süreyle mesleği ile ilişkisi bulunmayan durumlarına uygun başka bir kadroya atanır. Sözleşmeli olanların sözleşmeleri men müddetince ücretsiz olarak askıya alınır. Meslekten sürekli men edilmesine karar verilen Devlet memurları istekleri hâlinde, mesleği ile ilişkisi bulunmayan durumlarına uygun başka bir kadroya atanır, aksi halde görevleri sona erer. Meslekten sürekli men edilmesine karar verilen sözleşmeli personelin sözleşmeleri sona erer".

Bağlı kuruluşlardan Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu ve Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü Bakanlığa bağlı, özel

bütçeli, kamu tüzel kişiliğini haiz kurumlardır. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu ve Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu ise Bakanlığa Bağlı Kuruluşlardır. Özel bütçeli ve kamu tüzel kişiliğini haiz değildirler. Kamu Hastaneleri Kurumu'nun tüzel kişiliği haiz olmaması bu kurumlardaki fiiller sebebi ile açılacak davaların tüzel kişiliği olmayan bağlı kuruluş olan Kamu Hastaneleri Kurumuna karşı değil bakanlık aleyhine açılması gerekliliğini doğurur.

26. maddeye göre Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Kurum personelinin atama, nakil, özlük, ücret, emeklilik ve benzeri işlemlerini yürütmekle görevlidir. 35. maddeye göre bağlı kuruluşların personeli 657 sayılı kanuna tabidir.

## Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu

663 sayılı KHK'nın 29.maddesine göre, bakanlık politika ve hedeflerine uygun olarak, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerini vermek üzere hastanelerin, ağız ve diş sağlığı merkezlerinin ve benzeri sağlık kuruluşlarının açılması, işletilmesi, faaliyetlerinin izlenmesi, değerlendirilmesi ve denetlenmesi, bu hastanelerde her türlü koruyucu, teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin verilmesini sağlamakla görevli, Bakanlığa bağlı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu kurulmuştur. Kurum personelinin atama, nakil, özlük, ücret, emeklilik ve benzeri işlemlerini yürütmek görevleri arasındadır.

663 sayılı KHK'nın 30. maddesine göre kurum tarafından, kay-

nakların etkili ve verimli kullanılması amacıyla kuruma bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumları, il düzeyinde Kamu Hastaneleri Birlikleri kurularak işletilir.

Kamu Hastane Birliklerinin personelinin niteliği ve statüsü 32. maddede şöyle belirtilmektedir:

**I) Birliklerde, ekli (II) sayılı cetvelde belirtilen pozisyonlarda sözleşmeli statüde personel istihdam edilir. Sözleşmeli personelde 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 48 inci maddesinde sayılan genel şartlar aranır. Birliklerdeki diğer personel, 657 sayılı Kanun ve 10/7/2003 tarihli ve 4924 sayılı Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalış-**

tırılması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanuna tabi olarak çalışır.

**2) Sözleşmeli statüde istihdam edilecek personelle yapılacak sözleşme ekinde kurumsal hedefler ve performans değerlendirme kriterleri de gözetilerek hazırlanan bireysel performans kriterleri ve hedefleri belirtilir. (...) Sözleşmelerin süresi iki yıldan dört yıla kadar olabilir. Süre sonunda tekrar sözleşme yapılabilir. Sözleşme eki performans hedeflerindeki gerçekleştirmelere bağlı olarak süresinden önce de sözleşmeler sona erdirilebilir. Başarısızlık sebebiyle genel sekreterin değişmesi halinde başkanların ve başarısızlığa sebebiyet veren hastane yöneticilerinin sözleşmeleri kendiliğinden sona erer. Ancak bunlar yeni görevlendirmeler yapılmaya kadar görev yapar. (...) Sözleşmeleri bu suretle sona eren personel ile yeniden sözleşme yapılabilir. Ekli (II) sayılı cetvelde belirtilen pozisyonlarda açıktan istihdam edilen personelin herhangi bir suretle sözleşmeleri sona erdiğinde birlik ile ilişkileri kesilir. Açıktan sözleşmeli istihdam, memurluk veya di-**



## ***Kamu Hastane Birliklerinde sözleşmeli statüde istihdam edilen personelin iş sözleşmelerinin ayrılmaz parçasının “performans ölçütleri” olarak belirlenmesi ve bunun da KHK’nın 32. maddesinin beşinci fıkrasında yer aldığı gibi “başarı” ölçütüne bağlanması kamu hastanelerine birer işletme özelliği kazandırılacağına göstergesidir.***



ğer personel istihdam şekillerinden birine geçiş bakımından kazanılmış hak teşkil etmez.”

Görüldüğü gibi, Kamu Hastane Birliklerinde sözleşmeli statüde istihdam edilen personelin iş sözleşmelerinin ayrılmaz parçasının “performans ölçütleri” olarak belirlenmesi ve bunun da KHK’nın 32. maddesinin beşinci fıkrasında yer aldığı gibi “başarı” ölçütüne bağlanması kamu hastanelerine birer işletme özelliği kazandırılacağına göstergesidir.

663 sayılı KHK’nın 32.maddenin 6. fıkrasında, “Kamu kurum ve kuruluşlarında memur olarak istihdam edilenlerden uygun niteliklere sahip olanlar, kendilerinin isteği ve kurumlarının muvafakati ile ekli (II) sayılı cetvelde belirtilen pozisyonlarda sözleşmeli statüde istihdam edilebilir. Bu şekilde istihdam edilenler kurumlarından aylıksız izinli sayılır. Söz konusu personel aylıksız izinli sayıldıkları kadro unvanları dikkate alınmak suretiyle 5510 sayılı Kanununun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (c) bendine<sup>1</sup> tabi olmaya devam ederler. Bu görevlerde geçen hizmetleri kazanılmış hak aylık ve derecelerinde değerlendirilir. Sözleşmeleri herhangi bir surette sona eren personel, bir ay içinde kurumuna müracaatı halinde, kurumunca bir ay içinde kadrosuna atanır” şeklinde memurluktan sözleşmeli personel pozisyonuna geçilmesi konusuna değinilmiştir.

663 sayılı KHK’nın 32.maddenin 7. fıkrasında da, “Sözleşmeli personel statüsünde istihdam edilenlerden bu maddenin altıncı fıkrası kapsamına girmeyenler, sosyal güvenlik açısından 5510 sayılı Kanununun 4 üncü maddesinin birinci fıkrasının (a) bendi<sup>2</sup> kapsamında kabul edilirler” şeklinde sosyal güvenlik durumuna ilişkin açıklama yapılmıştır.

Sözleşmeli personelin mali hakları ve yükümlülükleri 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin 33. maddesinde şöyle belirtilmiştir:

(1) Ekli (II) sayılı cetvelde belirtilen personele, 657 sayılı Kanununun 4 üncü maddesinin (B) fıkrasına göre belirlenen tavan ücret esas alınarak genel bütçeden ekli (III) sayılı cetvelde belirlenen oranlarda peşin olarak ücret ödenir. Ayrıca personelin katkısıyla elde edilen döner sermaye gelirlerinden aynı cetvelde belirlenen tavan oranları geçmemek kaydıyla ek ödeme yapılabilir. Bakanlıkça belirlenen hizmet sunum şartları ve kriterleri de dikkate alınmak suretiyle, bu ödemenin oranı ile usul ve esasları; hastanenin grubu, personelin görevi, eğitim durumu, çalışma şartları ve çalışma süreleri, hizmete katkısı, performansı gibi unsurlar esas alınarak Maliye Bakanlığının uygun görüşü üzerine bakanlıkça belirlenir.

(2) Sözleşmeli personele yapılacak ek ödemeler, çalışmayı takip

eden ayın başında yapılır. Sözleşmeli personele yukarıda sayılanlar dışında herhangi bir ad altında ödeme yapılamaz ve sözleşmelere bu hususta hüküm konulamaz.

(3) Sözleşmeli personel; 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, 657 sayılı Kanunda Devlet memurları için yasaklanmış bulunan eylemlerde bulunamaz.

(4) Sözleşmeli personelin haftalık çalışma süresi emsali devlet memurları ile aynıdır.

(5) Sözleşmeli personel ihtiyaç halinde kurumun ve bakanlığın merkez teşkilatında süreli olarak görevlendirilebilir ve bu husus sözleşmelerde belirtilir.

(6) Sözleşmeli personelin izinleri ve iş sonu tazminatı hususlarında 657 sayılı kanununun 4 üncü maddesinin (B) fıkrasına göre istihdam edilen sözleşmeli personele ilişkin hükümler uygulanır. Söz konusu personel için işsizlik sigortası primi ödenmez.

Kamu Hastane Birliklerinde sözleşme serbestisi kuralları çerçevesinde tarafların icap ve kabullerine dayalı, iş güvencesinin başarıya endekslediği, ücretlendirmenin farklılaştırıldığı, ödüllendirmenin

<sup>1</sup> c) Kamu idarelerinde.

1) Bu maddenin birinci fıkrasının (a) bendine tabi olmayanlardan, kadro ve pozisyonlarda sürekli olarak çalışıp ilgili kanunlarında (a) bendi kapsamına girenler gibi sigortalı olması öngörülmemiş olanlar.

2) Bu maddenin birinci fıkrasının (a) ve (b) bentlerine tabi olmayanlardan, sözleşmeli olarak çalışıp ilgili kanunlarında (a) bendi kapsamına girenler gibi sigortalı olması öngörülmemiş olanlar ile 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 86 ncı maddesi uyarınca açığa veki atanarak, sigortalı sayılırlar.

<sup>3</sup>a) Hizmet akdi ile bir veya birden fazla işveren tarafından çalıştırılanlar.



ek ödemeye bağlandığı, performans değerlendirme sisteminin geliştirildiği dikkate alındığında; sistemin işletmeci yaklaşım esasları üzerine yerleştirildiği görülmektedir.

Sonuç olarak, buraya kadar incelenen mevzuat ve teoriden görüldüğü üzere, sağlık mesleği mensuplarının tümünün, sözleşmeli çalışan statüsüne getirilmesi amaçlanmaktadır. Bu ister 657 sayılı kanun 4/B'li, ister aile hekimliği mevzu-atına göre, ister 4924 sayılı kanun'a göre olsun. Bu sözleşmeli statüde çalışanların özlük hakları ve diğer hakları sözleşmelerinde belirtilen hususlar çerçevesinde kurumlarınca ya da sözleşme yaptıkları kurum veya şahıs tarafından belirlenecektir. Aşlında, çalışan kişi açısından, bu sözleşmelerdeki maddeleri değiştirme, kabul etmeme gibi bir lüks, uygulamada olamayacağından; haksızlık olabileceği ve bir tarafın diğer taraftan, karşılaştıramayacak kadar kuvvetli olduğu bu sözleşme ilişkisinin Borçlar Kanunundaki, eşit iki tarafın yaptığı sözleşmelerle aynı nitelikte olmayacağı açıktır. Bu nedenle sözleşmelerin hazırlanması sırasında, çalışan haklarının zayıf olmaması için maksimum dikkatin ve özenin gösterilmesi gerekliliği, başta bakanlık yetkilileri olmak üzere diğer ilgili yöneticilerin de dikkatinden kaçmamalıdır.

Sağlık Mesleği Mensuplarının farklı istihdam modellerinde çalıştırılması çeşitlilik azalmış olsa da devam edecektir. Bu nedenle Sağlık Mesleği Mensuplarının imzalayacakları sözleşmelerde Anayasa'ya, İnsan Haklarına ve diğer mevzuata aykırı hususlar olup olmadığını incelemeleri gerekmektedir. Sözleşmelerde haksızlıklar bulunması halinde bu haksızlıkların giderilmesi

için şahsi ya da örgütsel başvurular yapılmalıdır. Zira hukukta, bir tarafın diğer taraftan zayıf olduğu ve mecburiyeti alenen görünen durumlarda müzayaka halinden bahsedilebilir. "Zorda Kalma" olarak da tanımlayabileceğimiz bu halde, güçsüz tarafın zorda kalarak, aleyhine olan hususları kabul ettiğinin ispatı, sözleşmeyi geçersiz kılar ve kötü niyetli tarafa sorumluluk yükler. Taşeron istihdam ve işçi istihdamında ise İş Kanunu hükümleri çerçevesinde hareket edilecek ve hak ve sorumluluklar İş Mahkemelerinde görülecektir. Ancak taşeronlukta unutulmaması gereken, taşeron firmada çalışan kişilerin sosyal güvencesi ve diğer haklarının, çalıştıran sağlık kurumu tarafından da taahhüt edildiği hususudur. İşverenlerin ikisinin de sosyal haklardan ve diğer haklardan sorumluluğu vardır.

Belirtmek istediğim bir diğer husus ise, yeni sistemde çalışacak olan sağlık mesleği mensuplarının aleyhlerine açılacak tıbbi hata ceza ve tazminat davalarındaki durumlarıdır. Eskiden olduğu gibi yeni sistemde de çalışanlar sözleşmeli de olsalar aleyhlerine açılan davalar yönünden kamu görevlisi sayılmaktadırlar. Aleyhlerine tıbbi hata nedeni ile ceza soruşturması yapılabilmesi için 4483 sayılı kanun gereğince, mahal- lin en büyük mülki amirinden (il- lerde vali, ilçelerde kaymakamdan) izin alınması gerekmektedir. Direkt soruşturma yapılamaz. Görevlerini yaparken hizmet kusuru sebebi ile oluşmuş tıbbi hatalar nedeni ile sağlık mesleği mensuplarının şahsına karşı tazminat davası açılmayacak, personeli çalıştıran ve tüzel kişiliği olan kurum aleyhine idari yargıda dava açılacaktır. Ancak kurum daha sonra kusuru oranında ödediği tazminatı personelden rücu edebilir.

Sağlık mesleği mensuplarının kamu kurum ve kuruluşlarında çeşitli istihdam modellerinde çalıştırıldıkları görülmekle bu çeşitliliğin hukuka yansımada üç farklı yön belirlenebilmektedir. Birincisi sözleşmeli personel (657 4-b, 4924, aile hekimliği), ikincisi taşeronluk, üçüncüsü işçilik. Sözleşmeli personel yönünden, performans dayalı bir fesih durumu olması nedeni ile haksız fesihlerin olabileceği; sözleşmelerde çok ağır koşulların getirilebileceği, sosyal sigorta haklarının sınırlanabileceği gibi durumlar oluşabilir. Taşeronlukta da yine firma ve kurum arasında yapılacak sözleşmelerde gerek taşeron firma çalışanın haklarının korunmasına gerekse sağlık hizmeti alan kişilerin iyi hizmet almasına dikkat edilmek suretiyle çalışılmasını sağlayacak hükümler konulmalı, çalışanlar da hizmet alanlar da mağdur edilmemelidir. İşçiler bakımından ise İş Kanunu çerçevesindeki koruma işçi sağlık mesleği mensuplarını oldukça korumakla birlikte mesai saatlerinin ve ücretlerinin farklılığı çalışanlar arasında sıkıntı oluşturabilir.

Sağlık mesleği mensuplarının özverili çalışmalarını yedi sene hemşirelik yaşantım dolayısı ile de bilmekteyim. Ülkemizde zor şartlarda çalışan kesimlerden biri olan ve toplumun iyiliği, gelişmesi, büyümesi için temel ihtiyacı karşılayan sağlık mesleği mensuplarının mutlu ve gelecekte umutlu olarak hizmet sunabilmeleri için çalışma şartlarının iyileştirilmesi, özlük haklarının ve diğer haklarının güvence altına alınması gerekliliğini de hatırlatarak bu konuda hassasiyet göstererek okuyucu ile buluşmamı sağlayan ilgililere teşekkür eder, saygılar sunarım. ■

## Kaynaklar

- 1- Sayan İpek Özal -Küçük Aziz, Türkiye'de Kamu Personeli İstihdamında Dönüşüm Sağlık Bakanlığı Örneği, Ankara Üniversitesi, SBF Dergisi, Cilt 67, No. 1, 2012, S. 171-203
- 2- Başbakanlık Devlet Personel Başkanlığı Türk Kamu Personel Sistemi: [http://www.tkb.gov.tr/sunum\\_personel\\_rejimi.ppt](http://www.tkb.gov.tr/sunum_personel_rejimi.ppt)
- 3- Saise Usta, Esin Çeber: Sağlıkta Kadın Emeli Sempozyumu, 14 Mayıs 2011 Denizli, Sempozyum Kitabı, Kadın Sağlık Çalışanlarının İstihdam Şekilleri ile İş Ve Gelir Güvencesi Durumları: Literatür Araştırması

- 4- Akdur Recep: Cumhuriyetten Günümüze Sağlık İnsan Gücü Politikaları: [http://www.recepakdur.com/getfile.asp?file=saglik\\_insan\\_gucu\\_politikalari.pdf](http://www.recepakdur.com/getfile.asp?file=saglik_insan_gucu_politikalari.pdf)

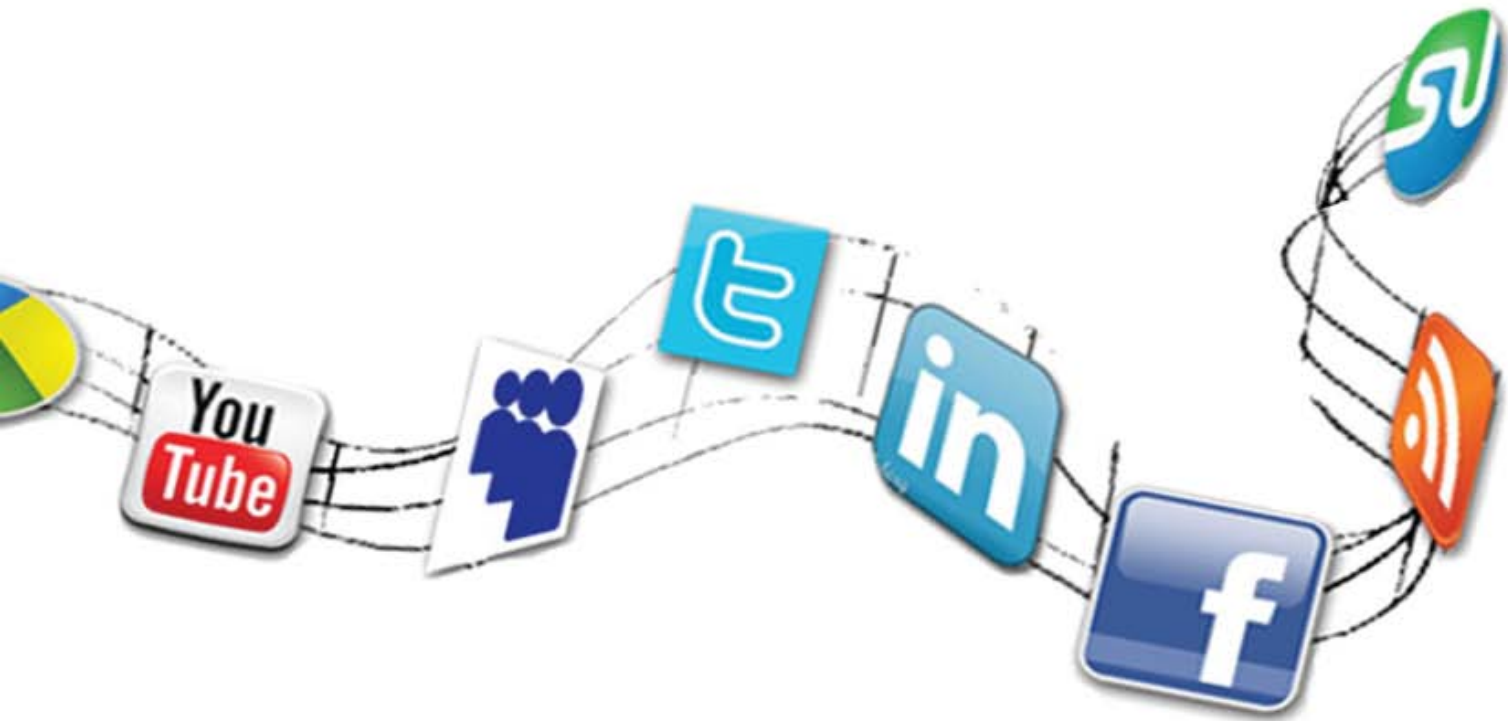
- 5- Nalbantoğlu Deniz: Sağlıkta Kadın Emeli Sempozyumu, 14 Mayıs 2011 Denizli, Sempozyum Kitabı Sağlıkta Dönüşüm Politikalarının Kadın Sağlık Çalışanlarının Çalışma Biçimlerine Etkisi Birinci Basamak ve Kadın Hekimler

- 6- Türkiye'de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsan Gücü Durum Raporu, Haziran 2010, Ankara, YÖK Yayınları, Uyum Ajansı

# Sağlık İletişiminde Sosyal Medyanın Rolü

Ülkemizde sağlık sektöründe özel hastanelerin Facebook ve Twitter'ı kullandığını, blog ya da forumlar üzerinden e-hastalara güvenilir bilgi kaynağı oluşturmaya çalıştıklarını görüyoruz. Hastanelerin Facebook sayfaları ya da tweetleri incelendiğinde son birkaç yılda sağlık sektörü açısından çok hızlı gelişmelerin kaydedildiği aşikar. İnternet kullanıcılarının sosyal medyada sağlık konusuna ilgisi ise çok yüksek. Bunun yanı sıra hastaneler de kendi kurumsal imajları açısından sosyal medya kullanımının yararını görmektedir. Fakat Türkiye'de sağlık sektörünün sosyal medya ile tanışmasının henüz çok yeni olduğunu kabul etmek zorundayız.

**İşıl YILMAZ**  
Sosyal Medya Uzmanı



İçinde bulunduğumuz 2012 yılı Türkiye internetinin 19. yaş gününü kutladığımız ve dünya nüfusunun 2.7 milyara yakınının internet kullanıcısı olduğu yıldır. Oysa bundan 19 yıl önce, 90'lı yılların başında, bugün bildiğimiz anlamıyla web ile tanıştığımızda henüz sadece 10 bin civarında site bulunuyor ve 200 milyon civarında insan internete giriş yapabiliyordu. Bu da önce akademik çevrelerin, akabinde büyük ölçekli şirketlerin ve teknoloji kuruluşlarının internet bağlantısına erişebildiğini gösteriyor.

90'lı yılların ortalarında kişiler de web bağlantısına sahip oldu. Bugünün internet holdingleri olan Amazon, e-bay, Google gibi web sitelerinin tohumları atılmaya başlandı. İnsanlık tarihinin en önemli gelişmelerine sahne olan son 18 yıl içinde internet üzerinden etkileşim giderek arttı ve kullanıcılar kendi bilgilerini kendileri üretmeye başladılar. Blogger, ekşisözlük gibi platformlar 2000'li yılların en popüler siteleri haline geldi çünkü artık bilgi kolektif üretiliyordu ve kişiler birbirleri arasında fikir alışverişi yapmayı çok sevmişti.

Elbette internet artık emekle-

me döneminde değildi. Web sitelerinin ara yüzleri daha kullanıcı dostuydu ve kullanıcılar internette giderek daha fazla söz hakkına sahip oluyordu. Bu durum 2004 yılında yapılan bir konferansta Tim O'Reilly tarafından Web 2.0 olarak tanımlandı. Tim O'Reilly, Web 2.0 tanımında internet sitelerinin bilgiyi barındıran platformlardan işleyen platformlara taşınmasına işaret ediyor ve kullanıcı güdümlü içeriğin üretildiği sosyal ağ sitelerini, blog ve vikileri tanımlıyordu.

Zaman içinde kullanıcı ve web sitesi arasında etkileşim sağlayan Web 2.0 kavramı gelişerek kişilerin çevrimiçi ortamda birbirleri ile arkadaş oldukları, fotoğraf ve video pay-

laşımı yapabildikleri, yorumlarını ve görüşlerini paylaşabildikleri platformlara işaret eden sosyal medya kavramını ortaya çıkardı. Facebook, Twitter, Flickr, YouTube gibi sosyal medya araçları günümüzde kitlesel iletişimin ve etkileşimin maksimum düzeyde sağlandığı ve zaman-mekan farkı gözetmeksizin bireylere iletişim olanağı tanıdığı ağlar olarak hayatımızın en önemli parçalarından biri haline dönüşmüştür.

Facebook'ta paylaştığımız fotoğraflar ve durum güncellemele-ri, Twitter'dan gönderdiğimiz bir "tweet" kendi ağımızdaki insanlara fikirlerimizi, duygu ve düşüncelerimizi açıklarken onların da düşüncelerini anlayabilmemizi sağlar ve bu

*20 yıla yakın bir süre içinde site sayısının onbinlerden milyarlara çıktığı, aynı şekilde internet kullanıcı sayısının milyonlardan milyarlara yükseldiği günümüzde ekonomik seviyesi, dini, dili ne olursa olsun birçok kişi ve her alandan binlerce kurum ve profesyonel birer birer sosyal medyaya giriş yapmaktadır. Kartopu etkisi ile açıklanabilecek bir hızda gelişen sosyal medya sektörel bazda değerlendirildiğinde sağlık sektörü açısından da dönüşümü zorunlu kılmaktadır.*

durum çift taraflı bir şekilde sürekli devam eder.

20 yıla yakın bir süre içinde site sayısının onbinlerden milyarlaraya çıktığı, aynı şekilde internet kullanıcı sayısının milyonlardan milyarlaraya yükseldiği günümüzde ekonomik seviyesi, dini, dili ne olursa olsun birçok kişi ve her alandan binlerce kurum ve profesyonel birer birer sosyal medyaya giriş yapmaktadır. Kartopu etkisi ile açıklanabilecek bir hızda gelişen sosyal medya sektörel bazda değerlendirildiğinde sağlık sektörü açısından da dönüşümü zorunlu kılmaktadır.

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de sağlık sektörü kendi içerisinde birçok kısıtlayıcı koşula sahip olsa da sosyal medya sayesinde reklam ve pazarlama faaliyetlerini sürdürebiliyorlar. Bu bağlamda sosyal medyanın fırsatlarla dolu bir dünya olduğunu göz ardı etmek imkansızdır.

2009 yılında Pew Internet ve California HealthCare Foundation tarafından ortaklaşa düzenlenen bir araştırmaya göre (Tablo-1) Amerika'da internet kullanıcılarının %61'i sağlıkla ilgili bilgileri internetten araştırırken araştırmaya katılan internet kullanıcılarının

%41'i sağlık ya da tıbbi konularla ilgili bir başkasının deneyimlerini bloglar, sosyal ağlar ya da forumlar üzerinden okuyor ya da yorumluyor. Bu araştırmada kronik rahatsızlığı olan ve internet üzerinden sağlıkla ilgili araştırma yapan kullanıcılar e-hasta olarak adlandırılmakta ve e-hastaların %75'i internet üzerinden bulduklarına göre kendi kendilerini tedavi etmektedir. (<http://www.pewinternet.org/Reports/2009/8-The-Social-Life-of-Health-Information/01-Summary-of-Findings.aspx>)

Daha özele inip Türkiye için yapılan çalışmalara göz gezdirdiğimizde ise TGI Türkiye tarafından Mart 2010-Şubat 2011 döneminde yapılan araştırma ile internet üzerinden sağlık ile ilgili araştırma yapan kullanıcıların demografik verilerine göz gezdirebiliriz. (<http://sosyalmedya.co/sosyal-medya-saglik-dosya/>)

Rakamlar düşük gibi görünse de 30 milyona yakın internet kullanıcısına sahip ülkemizde kadınların sağlık ile ilgili konularda erkeklere oranla internetten daha fazla yararlandığını görüyoruz. Tablo-1'de interneti sağlık araştırmalarında kullanan kişilerin yaş gruplarını da görmek mümkün. Özellikle 25-34 yaş arası kullanıcılar sağlık araştırmalarında interneti yoğun bir şekilde kullanıyor. Dünyada yeni teknolojiler ve sosyal medya hastaların doktorlarıyla kurdukları iletişimi kökten değiştiriyor. İspanya Miguel Hernandez Üniversitesi'nin yaptığı bir araştırmaya göre hastaların %90'ı doktora gitmeden önce gideceği doktorla ilgili bilgileri internette arıyor. Aynı araştırmanın sonuçlarına göre hastalar cep telefonları ya da internet aracılığıyla doktor randevularını ayarlıyor, reçeteli ilaçları için sipariş verebiliyor, tıbbi kayıtlarına erişiyor ya da doktorlarına soru soruyor.

Vert%	Tüm İnternet Kullanıcıları	İnterneti Sağlık Konuları ile ilgili düzenli olarak kullananlar
Toplam	100%	100%
Erkek	55,60%	45,50%
Kadın	44,40%	54,50%
15-17 Yaş Arası	12,60%	5,35%
18-20 Yaş Arası	12,10%	10,40%
21-24 Yaş Arası	13,30%	12,90%
25-34 Yaş Arası	21,70%	26,10%
35-44 Yaş Arası	18,60%	19,00%
45-54 Yaş Arası	14,40%	16,10%
55-64 Yaş Arası	5,68%	8,45%
65+	1,58%	1,72%
Üniversite Mezunu	21,40%	30,20%
Lise Mezunu	29,60%	30,00%
Ortaokul Mezunu	26,60%	19,10%
İlkokul Mezunu	21,30%	19,90%
Hiç Okula Gitmemiş	1,09%	0,80%
AB Ses Grubu	34,30%	42,40%
C1 Ses Grubu	29,70%	29,70%
C2 Ses Grubu	28,50%	23,30%
DE Ses Grubu	7,44%	4,55%

**Tablo-1**

Kaynak: Nielsen Audience Measurement, TGI Türkiye Araştırması, Mart 2010 - Şubat 2011 Dönemi Verileri  
Baz: Son 12 Aydan İnternet Kullanıcıları (15 Yaş ve Üzeri Türkiye Kent Nüfusu)



Sosyal medya açısından değerlendirilme yapıldığında ise 2011 yılı rakamlarında Facebook'ta kronik hastalıklarla ilgili, hasta topluluklarının oluşturduğu bin 200 sayfa bulunmaktadır. Ülkemizde de Facebook sayfaları hastanelerin ve doktorların hastaları ile iletişim kurmak için kullandığı en popüler sosyal ağ sitesi olarak kabul edilebilir. Birçok özel hastanenin binlerce üyesi olan Facebook sayfaları bulunuyor. Bu sayfalar aracılığı ile hastaları ile iletişime geçebiliyorlar, ya da rahatsızlığı olan kullanıcıların sorularına yanıt verebiliyorlar. Hastanelerin Facebook uygulamaları farklı şehirlerdeki hastanelerden randevu almalarına olanak tanıyor.

Sosyal ağ toplulukları olan doktorsensin.com, doktorsitesi.com, Patients Likeme, CaringBridge.org., Diabetesmine.com gibi hasta topluluklarına ait çok sayıda site, sosyal medyada hastalara iletişim ve hastalıkları ile ilgili detaylı bilgi edinme imkanı sunuyor.

Son zamanların yükselen sosyal ağı Twitter ise sosyal medyanın sağlık açısından en etkili araçlarından biri olarak kabul edilmektedir. JAMA (The Journal of the American Medical Association – Amerikan Tıp Derneği Dergisi)'de yayınlanan araştırma sonuçlarına göre Twitter'daki hekimlerin %48'i bloglarına link veriyor ve bu sayede birçok tıbbi bilgiyi ve sağlıklı yaşam

önerilerini Twitter üzerinden iletebiliyorlar.

İlaç şirketleri açısından sosyal medya kavramı, İlaç Firmaları Derneği (AİFD)'in Haziran 2011'de hazırladığı Dijital İletişim Rehberi'nde açıklanmış. Bu rehberde Facebook, Twitter, LinkedIn ve bloglar gibi "içeriğini kullanıcının yarattığı" (user-generated content) sosyal ağ uygulamalarının etkin ve yararlı kullanımını sağlamak günümüz iletişimde giderek artan bir önem taşıdığı söyleniyor. ([http://www.aifd.org.tr/pdf/dijital\\_iletisim\\_rehberi.pdf](http://www.aifd.org.tr/pdf/dijital_iletisim_rehberi.pdf)). Boehringer Ingelheim Türkiye, Klinik Kalite ve İlaç Güvenliliği Departmanı tarafından hazırlanan 604 doktor ve 1204 hastayı kapsayan Aralık 2011 tarihli araştırmanın sonuçları ise internetin ve sosyal medyanın Türkiye'de sağlık çalışanlarının ve hastaların sağlık ve ilaçların yan etkileri hakkında bilgilere erişmesi üzerinde etkilerini gösteriyor.

Yapılan çalışmada internet kullanıcılarının hemen hemen tamamı aynı zamanda sosyal ağ takipçileri (%97) olarak belirlenmiş durumdadır. Facebook, sağlıkla ilgili konularda interneti bilgi kaynağı olarak kullanan ve katılımcılarının büyük çoğunluğunun sık ziyaret ettiği bir sosyal ağ sitesi olarak dikkat çekiyor. Bu kanalı oldukça uzak bir arayla YouTube takip ediyor (%54). ([http://www.boehringer-ingelheim.com.tr/basin\\_bultenleri/basin\\_bultenleri/201112-01.html](http://www.boehringer-ingelheim.com.tr/basin_bultenleri/basin_bultenleri/201112-01.html))

com.tr/basin\_bultenleri/basin\_bultenleri/201112-01.html)

Tüm bu araştırmaların ışığında ülkemizde sağlık sektöründe özel hastanelerin Facebook ve Twitter'ı kullandığını, blog ya da forumlar üzerinden e-hastalara güvenilir bilgi kaynağı oluşturmaya çalıştıklarını görüyoruz. Hastanelerin Facebook sayfaları ya da tweetleri incelendiğinde son birkaç yılda sağlık sektörü açısından çok hızlı gelişmelerin kaydedildiği aşikar. İnternet kullanıcılarının sosyal medyada sağlık konusuna ilgisi ise çok yüksek. Bunun yanı sıra hastaneler de kendi kurumsal imajları açısından sosyal medya kullanımının yararını görmektedir. Fakat Türkiye'de sağlık sektörünün sosyal medya ile tanışmasının henüz çok yeni olduğunu kabul etmek zorundayız. Birçok hastanenin bu noktada kat edecek daha çok yolu var gibi görünüyor. Halkın sağlık konusunda doğru bilinçlendirilmesi açısından hem hastanelerin, hem doktorların hem de ilaç firmalarının sosyal medyada yer almalarının önemli olduğu tartışılmaz bir gerçek.

Tavsiyemiz; özel ya da devlet her hastanelerin Facebook ve Twitter kullanımına önem göstermesi, doktorların kendi hesaplarını oluşturmalarıdır. Elbette bunun için hastane ya da doktorların sosyal medya için ayrı bir departman kurması ve uzman kişiler ile çalışması önemlidir. ■

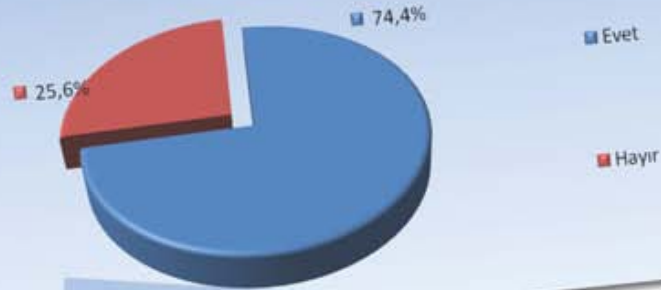
# Türkiye'de Sağlık Çalışanları Tükenmişlik Araştırması

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

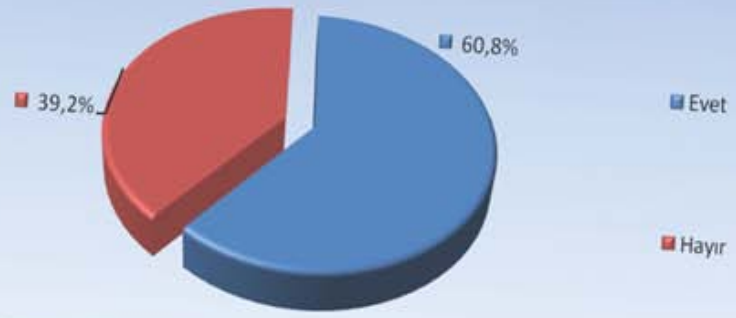
*Bilindiği üzere sağlık çalışanları özveri gerektiren mesleklerini yerine getirirken yaşadıkları pek çok sorun ve memnun olmadıkları noktalar vardır. Bunlardan bazıları ücret dağılımındaki adaletsizlik, yoğun çalışma saatleri, iş yükü, nöbet sayılarının fazlalığı, uygulanan performans sistemi olarak sayılabilir. Tüm bu olumsuzluklar birleştiğinde ortaya çıkan tablo sağlık çalışanlarının iş motivasyonlarını düşürmekte ve "Burnout Sendromu" yani "Tükenmişlik Sendromu" olarak kişiye yansımaktadır.*



### Mesleği isteyerek mi seçtiniz?



### Fırsatınız olsa mesleğinizi değiştirece miydiniz?



satınız olsa mesleğinizi değiştirece miydiniz?" sorusuna %60,8'i evet cevabını vermiştir. Buradan anlaşılan, mesleğe isteyerek başlamış olan sağlık çalışanı, çalışma hayatında karşılaştığı sorunlar nedeniyle meslekten soğumaktadır. Bu iki sorunun çapraz karşılaştırmasına bakıldığında gerçekten de, mesleği isteyerek seçenlerin %50,7'si yani yarısı fırsatı olsa mesleğini değiştireceğini belirtiyor.

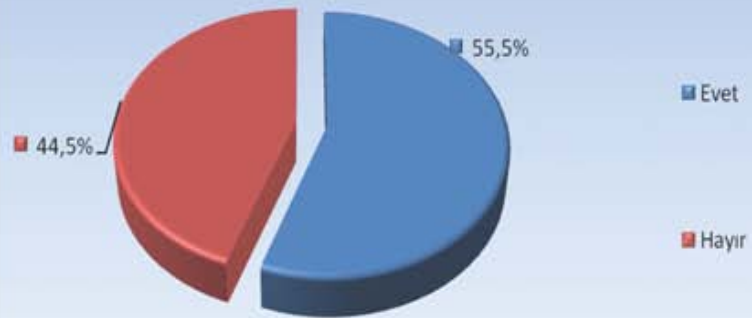
Yine sağlık çalışanına "Fırsatınız olsa çalıştığınız hastaneyi/sağlık kuruluşunu değiştirece miydiniz?" diye sorduk. Katılımcıların %55,5'i çalıştığı hastaneyi/sağlık kuruluşunu değiştirmek istediklerini belirttiler. Yani, sağlık çalışanlarının yarısından fazlasının çalıştığı hastane ya da sağlık kuruluşundan memnun olmadığını görüyoruz.

Sendikamız bu durumun bir te-ori olmaktan çıkıp, bilimsel olarak belgelenmesi adına "Sağlık Çalışanları Tükenmişlik Araştırması"ni yapmıştır. Araştırmada elde edilen bazı sonuçlar şu şekildedir:

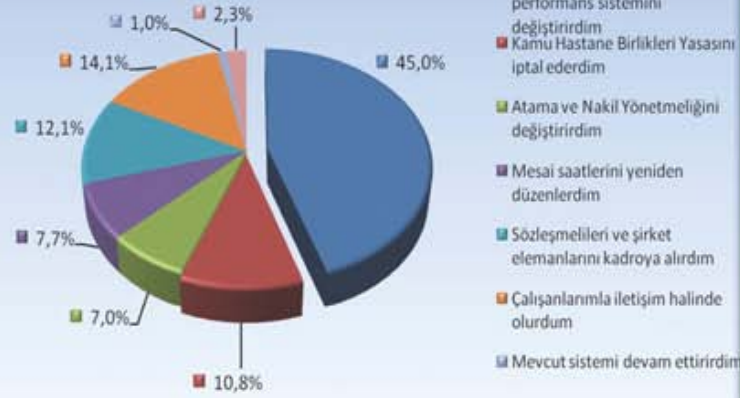
Araştırma, 7 bölgede, 11 ilde bin 60 kişiye uygulandı ve çarpıcı sonuçlar elde edildi.

Araştırmaya katılanların %74,4'ü mesleklerini isteyerek seçtiklerini belirtmişler ancak "Fır-

### Fırsatınız olsa çalıştığınız hastaneyi/sağlık kuruluşunu değiştirece miydiniz?



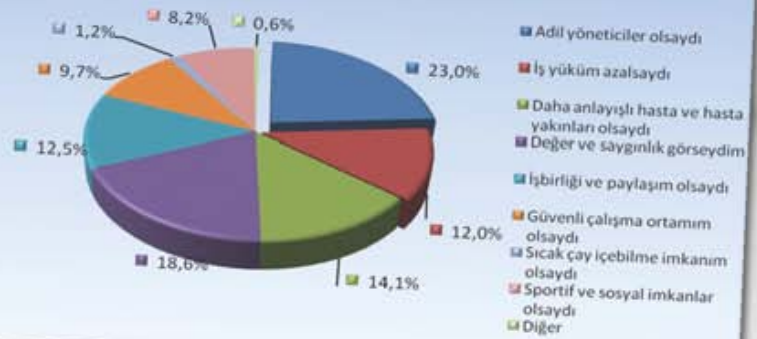
**Sağlık Bakanı olsaydınız sağlıkta yapacağınız ilk icraat aşağıdakilerden hangisi olurdu?**



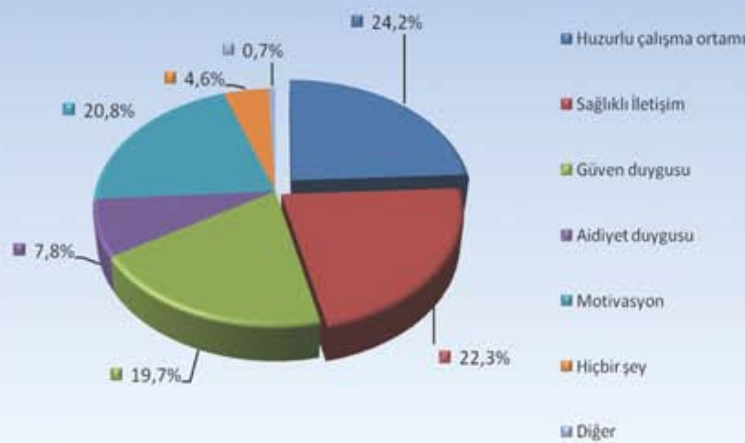
*Katılımcılara "Sağlık Bakanı olsaydınız yapacağınız ilk icraat ne olurdu?" sorusu sorulmuştur. %45 ile "Döner sermaye dağılımı ve performans sistemini değiştirdim" ilk sırada yer alırken, %14,1 ile "Çalışanlarım ile iletişim halinde olurum" ikinci sırada ve %12,1 ile "Sözleşmelerini ve şirket elemanlarını kadroya alırdım" üçüncü sırada yer almıştır.*

Araştırma soruları arasında "Hangi 3 tanesi olsa daha mutlu olurdu?" sorusu vardı. Katılımcılar, sırasıyla "Adil Yöneticiler olsaydı" (%23), Değer ve saygınlık görseydim" (%18,6) ve "Daha anlayışlı hasta ve hasta yakınları olsaydı" (%14,1) olarak cevap vermişlerdir. Sonuçlardan da anlaşılacağı gibi, sağlık çalışanı yöneticilerinden memnun olmamakla birlikte saygınlık görmediğini düşünmüyor.

**Aşağıdakilerden hangisi olsa daha mutlu olurdu?**



**İş hayatınızda eksikliğini hissettiğiniz üç seçeneği işareteyiniz.**



Katılımcılar iş hayatınızda eksikliğini hissettiğiniz 3 şey sorusuna sırasıyla %24,2 ile "Huzurlu çalışma ortamı", %22,3 ile "Sağlıklı iletişim" ve %20,8 ile "Motivasyon" cevaplarını vermişlerdir. Buradan sağlık çalışanının çalışma ortamında huzursuz, motivasyonunun düşük olduğu ve iletişim sorunu yaşadığı sonuçları çıkıyor.



**Araştırmada dikkate değer bir diğer husus ise sağlık çalışanının tükenmişliğinin, tükenmişliğin yüksek ölçüde yaşandığı meslek gruplarından biri olan polislerin tükenmişlik düzeylerine çok yakın çıkmış olmasıdır. Bu da Sağlık Çalışanının polisler kadar zor şartlar altında çalıştığını ve buna bağlı olarak tükenmişliklerinin üst düzeyde olduğunu göstermektedir.**



Tükenmişliğin Boyutları	Puan Düzeyleri	Standart Sapma
Duygusal Tükenme Boyutu	23,96	7,675
Duyarsızlaşma Boyutu	9,51	3,784
Kişisel Başarı	28,90	5,617

Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin sonuçlarını incelediğimizde, Sağlık Çalışanının duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt boyutları açısından orta, kişisel başarı alt boyutu açısından ise yüksek düzeyde tükenmişlik yaşadığını göstermektedir.

Cinsiyete göre tükenmişlik düzeylerine bakıldığında, kadın sağlık çalışanlarının Duygusal Tükenme ve Kişisel Başarı alt boyutlarında erkek sağlık çalışanlarından daha yoğun tükenmişlik yaşadığı görülmektedir.

Yine tükenmişliği yaş gruplarına

göre incelediğimizde, üç alt boyutta da yaş grupları açısından anlamlı farklılık bulunmuştur. Duygusal tükenme ve Duyarsızlaşma boyutlarına bakıldığında yaş ilerledikçe ortalamaların düştüğü görülmektedir. Yani yaş ilerledikçe tükenmişlik düzeyleri düşmektedir. Bununla birlikte kişisel başarı boyutunda yaş ilerledikçe, kişisel başarı ortalamasının da yükseldiği, yani kişinin başarı açısından tatmin olduğu görülmektedir.

Çalıştığı kuruma göre tükenmişlik farklılık göstermektedir. Tüken-

mişliği en yüksek düzeyde yaşayan grup Üniversite Hastanesi çalışanları ve bunu takiben Sağlık Bakanlığına bağlı hastaneler ve 112 Acil Hizmetleridir.

Ayrıca nöbet sayısı ve haftalık çalışma süresi ile de tükenmişlik boyutları incelenmiştir. Nöbet sayısı ve haftalık çalışma süresi arttıkça tükenmişliğin de arttığı bulunmuştur.

Araştırmada dikkate değer bir diğer husus ise sağlık çalışanının tükenmişliğinin, tükenmişliğin yüksek ölçüde yaşandığı meslek gruplarından biri olan polislerin tükenmişlik düzeylerine çok yakın çıkmış olmasıdır. Bu da sağlık çalışanının polisler kadar zor şartlar altında çalıştığını ve buna bağlı olarak tükenmişliklerinin üst düzeyde olduğunu göstermektedir. ■

# GENÇ BİR FİDAN Hakk'a Yürüdü



**Tarih; 17 Nisan 2012**

**Yer; (Eski ismi ile)**

**Gaziantep Av. Cengiz**

**Gökçek Devlet Hastanesi**

**Sadece sağlık tarihi değil,  
aynı zamanda insanlık  
tarihi için de karanlık  
bir gün...**



**Başarılı Göğüs Cerrahi Uzmanı, sevilen insan, örnek bir kişilik olan Op. Dr. Ersin Arslan, görevi başında 17 yaşındaki bir hasta yakınının bıçaklı saldırısı sonucu ağır şekilde yaralandı. Tüm meslektaşları onu kurtarmak için seferber oldu. Sağlık çalışanları ve vatandaşlar kan vermek için sıraya girdi. Ama ne yazık ki örnek bir hekim, örnek bir insan olan Dr. Ersin Arslan kurtarılamadı.**

Dr. Ersin Arslan'ın ölüm haberi ile sadece ailesi, yakınları, dostları, sağlık çalışanları değil toplumun tüm kesimleri hüzne boğuldu, kahroldu. Böyle bir ayrılığa kimse anlam veremedi, inanamadı. Bu menfur cinayeti protesto etmek için düzenlenen etkinliklere tüm sivil toplum kuruluşu temsilcileri katıldı.

Görevi başında şehit olan Dr. Ersin Arslan'ın uğradığı saldırı bir anda Türkiye'deki tüm doktorlerin çalışan güvenliğine çekilmesine neden oldu. Protesto gösterileri Gaziantep'in dışına taşı. Türkiye'nin dört bir yanındaki üniversitelerde ve hastanelerde protesto gösterileri gerçekleştirilerek, sağlık çalışanlarının güvenliğinin sağlanması için gerekli tedbirlerin alınması çağrısında bulunuldu.

Olayın hemen ardından sağlık çalışanlarında ve tüm kamuoyunda

#### **Dr. Ersin ARSLAN Kimdir?**

1982 Yılında Gaziantep'te doğan Ersin Arslan, ilk, orta ve lise eğitiminin ardından Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi'ni kazandı. 2006 Yılında Tıp Fakültesi'nden mezun olduktan sonra Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Şahinbey Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde ihtisas eğitimine başlayan Dr. Ersin Arslan, bu eğitimi sırasında tanıştığı Dr. Sibel Hanım'la 2009 yılında dünya evine girdi. Dr. Ersin Arslan, 4 ay sonra baba olmayı bekliyordu. Genç yaşında hayata gözlerini yuman Dr. Ersin Arslan, 5 çocuklu ailesinin üniversite eğitimi alan tek çocuğuydu.



yunda Av. Cengiz Gökçek Devlet Hastanesi'nin adının Dr. Ersin Arslan Devlet Hastanesi olarak değiştirilmesi yönünde beklenti oluştu ve imza kampanyası başlatıldı. Sağlık-Sen Genel Merkezi'nin kamuoyu çağrısı ve Sağlık-Sen Gaziantep Şubesi'nin de hastanenin adının

değiştirilmesi için başlattığı imza kampanyasına büyük destek verildi. İmza kampanyasının ardından kısa süre içerisinde beklentiler olumlu sonuçlanarak Dr. Ersin Arslan'ın adı görev yapmış olduğu hastaneye verildi.



### **Dr. Sibel Arslan: "Eşim Bugün Yaşıyor Olsaydı, Hastalarını Yaşatıyor Olacaktı"**

Öfke değil acı hissediyorum. Yaşanan bu olay umarım bir milat olur. Eşim görevi uğruna şehit oldu. Görev yaptığı sürece onlarca insanın hayatını kurtardı. Bugün yaşıyor olsaydı yine hastalarını yaşatıyor olacaktı. Hekimlerimiz mesleklerini çekinerek yapıyorlar artık. İnsanlara sağlık dağıtan hekimlerimizin bu tür olaylara maruz kalması utanç verici.



### **Prof. Dr. Elbeyli: Bir Evladımı Kaybettim**

Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Şahinbey Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimini, aynı zamanda Dr. Ersin Arslan Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi Ana Bilim Dalı Başkanı olan Prof. Dr. Levent Elbeyli, Dr. Ersin Arslan'ın ölümü ile ilgili olarak yaptığı açıklamada şöyle dedi:

Dr. Ersin Arslan Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi Bölümüne 2006 yılında asistan olarak başladı. İlk günden başlayarak çalışkan, dikkatli, düzenli kişiliği

ile çağdaş, nitelikli bir Türk hekimi olmanın örneğini verdi. Zor ve çileli asistanlığında hiç asık suratlı görmedim. Onunla girdiğim ameliyatlardan zevk alırdım ve gözüm arkada kalmazdı. Biz onu devlet mecburi hizmetine tekrar kliniğimize dönmek üzere gönderdik. Yurt dışı planını yapmış idim ve bir doçentlik dosyasına şimdiden sahipti. Her şeyden öte o hastaya nazik, sevecen ve insancıl kişiliği ile yaklaşırdı. Bu sevgidir ki belki de ölümüne neden olan bu zor ve prognozu kötü hastaya sahiplenmesini getirdi.

Ben bir evladımı kaybettim. Hayallerimizi ve umutlarımızı kaybettik. Ersin çağdaş ve nitelikli hekim örneği idi. Biz sağlık çalışanları ve hekimler, sağlığımızdan ailelerimizden, çocuklarımızdan çalarak bugünlere geldik, ama bugün bizlere reva görülen bu tutum ve ortamdan sorumlu olan herkesi bir kez daha kınıyorum. Ersin gibi bir asistana sahip olduğum için gururluyum. Yüce Tanrı'dan dileğim onu yanına almasıdır. Allah rahmet eylesin. Hepimizin başı sağ olsun.

### **Arayıcı: Ciğerimiz Yandı**

Sağlık-Sen Gaziantep Şube Başkanı Mehmet Ali Arayıcı da Dr. Ersin Arslan'ın öldürülmesi ve sonrasındaki gelişmeleri anlatırken, "Ciğerimiz yandı" dedi.

Sağlık hizmetinin kutsal bir hizmet olduğunu ifade eden Sağlık-Sen Gaziantep Şube Başkanı Arayıcı, "sağlık" ile "şiddet" kelimelerinin yan yana gelmemesi gereken kelimeler olduğunu vurguladı. Sağlık çalışanlarının insan hayatını kurtarmak, acıları dindirmek için çaba

gösterirken şiddete maruz kalmasını, hele hele de cinayete kurban gitmesini kabul etmenin mümkün olmayacağını kaydeden Arayıcı, sözlerine şöyle devam etti:

"Maalesef sağlıkta şiddet, sağlık hizmetinin bir parçası haline gelmeye başladı. Neredeyse hemen her gün sağlık çalışanlarına yönelik şiddet haberlerine rastlıyoruz. Bu haberlerin en acısı da maalesef şehrimizde yaşandı. Hayatının baharında, yardımsever, insan sevgisi

ile dolu olan bir hekim vahşice öldürüldü. Herkesin sevdiği, hakkında bir kelime bile kötü konuşmadığı, yardımseverliği ile gerek sağlık çalışanlarının, gerekse de hastalarının gönülünü kazanmış bir insan vahşice katledildi. Rahmetli o kadar yardımsever ve iyilikseverdi ki, ölümüyle bile on binleri bir araya getirdi. Tüm dikkatlerin sağlık çalışanlarının güvenliği ile ilgili sorunlara çekilmesini sağladı. Mekanı cennet olsun."



## Erkan Arslan: Kardeşim Akciğer Nakline Öncülük Edecek Bir Doktordu

Şehit Dr. Ersin Arslan'ın ağabeyi Erkan Arslan (39), meslektaşlarına yaptığı çağrıda, "Böyle bir caniliği yapan kişi 17 yaşında olamaz. Adli süreç iyi takip edilmeli, bu olayı azmettirenler, planlayanlar da adalete hesap vermeli" dedi.

Erkan Arslan, şöyle devam etti: "Öncelikle idealist bir doktordu. Tüm hastaları ile yakından ilgilenirdi. Kariyer yapmayı düşünüyordu. Eğitilmiş insanın bu kadar ayak altına alınmasını kabul edemiyoruz. 25 Yıl okumuş bir insan. Akciğer

nakline öncülük edebilecek şekilde yetişen bir insanın böylesine bir şekilde ölmesini hazmedemiyoruz.

Artık küçücük bir bakkal dükkanında bile kamera varken, böyle bir hastanenin kamera sisteminin olmamasını akıl almıyor. Böyle bir canilik tek başına planlanamaz ve yapılamaz. Planlayanlar var, azmettiriciler var. Bunun iyi irdelenmesini istiyoruz. Unutulmamalı, unutturulmamalı. Meslektaşları adli süreci de yakından takip etmelerini istiyoruz. Bu canı 17 yaşında olamaz.

Çok sevilen bir insandı. Tanıyan tanımayan on binlerce insan başsağlığına geldi, acımızı paylaştı. Hepsine teşekkür ediyoruz. Öyle duygu dolu anlar yaşadık ki, mesele Adıyaman'ın bir köyünden gelenler oldu. Hiç tanımıyorlar. Ama o köyde hastaları varmış. O hastalar, çok iyi bir doktor olduğunu anlatmışlar. Bunun üzerine o köyden yaşayıp da Gaziantep'e gelenler bizzat evimize gelerek başsağlığı dilediler. Korunması, el üstünde tutulması gereken bir insandı."

### İlknur YARDIMCI

(Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Göğüs Cerrahisi Kliniği Hemşiresi)

"Ersin'i ilk tanıdığımda, henüz 2 yıllık asistandı. İş disiplini, efendiliği ile herkes tarafından fark ediliyordu. Ersin çok çalışır, hastalarına çok değer verir, dakikalarca onlarla konuşur, hastalıkları, ameliyatları ile ilgili bilgi verir, hastalarını rahatlatırdı. Ben O'nun bir kere bile bir hastasına sesini yükselttiğine şahit olmamışım. O'nun hayatı mesleği olmuştu.

İyi bir doktor, sevilen bir insandı. En önemlisi bu kadar özveriyle

yaşayıp da daha çok hastaya ışık olacak bir hekimdi. Ersin gibi bir doktorun hele de böyle bir ölümle hayatının son bulması hepimizi derinden üzmüştür. O'nu asla unutmayacağız. Mekanım cennet olsun Ersin."

### Emine ŞAHİN BEYAZ

(Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Göğüs Cerrahisi Kliniği Hemşiresi)

"Unutmayacağım diyorlar ya, ben unutamayacağım... Çünkü her yerde, servisin her köşesinde bir anım var Ersin'le ilgili. Unutmak istemedim. Çünkü hatırlamak canımı o kadar yakıyor ki...

İsmi herkes duyacaktı. Belki duydu da. Artık herkes biliyor Ersin Arslan kim? Herkesin içinde açıkça kanayan bir yara Ersin.

Kiminin eri, kiminin oğlu, kiminin kardeşi, kiminin arkadaşı işte ama herkesin yüreğinde... Hastalarının söylediği ise keşke tanmasaydım diyorlar. Evet ben de tanmasaydım keşke. O zaman bu kadar üzülmeydim belki. Mesai başla-

ymca servisin kapısından girerken geliyorsun aklıma, vizit dolaşırken geliyorsun aklıma, her odanın, her yatağın başındasın, bilgisayardan dönüşün geliyor aklıma... Tetkikleri yorumlayacağın deskin önünden geçerken günaydın deyişin, hepsi geliyor aklıma.... Düşününce boğuluyorum sanki... Hastanenin önünde beklerken sen olduğuna inanamadım, halen de inanmıyorum.

Şehit doktor Ersin Arslan nasıl biriydi, artık Türkiye biliyor. Bir gün ünlü bir hekim olacak, mesleğinde profesyonel, aranan bir isim olacağını seninle çalışanlar biliyor-

*SAGLIK TARİHİ*

# Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane



*Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane (Mekteb-i Tıbbiye-i Adliye-i Şahane), kökü Sultan II. Mahmut'un 14 Mart 1827'de açtığı Tıphane'ye uzanan, Türkiye tarihindeki ilk Tıp fakültesidir. Ülkemizin bu ilk modern tıp okulu, daha sonra Mekteb-i Tıbbiye-i Adliye-i Şahane ismini almış ve İstanbul'un çeşitli yerlerinde hizmet vermiştir.*

### "Herkes Son Anlarında Hep Anne Diye Sayıkladı"

Bugün, Marmara Üniversitesi Haydarpaşa Kampüsü olarak hizmet veren ve görkemli mimarisi ile dikkat çeken yapının, Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane ismi altında, tıp fakültesi olarak inşasına, Sultan II Abdülhamit döneminde, 1895 yılında başlanmıştır. 6 Kasım 1903 tarihinde ise bina eğitime açılmıştır.

Bu okul sayesinde, o zamana kadar dağınık bir şekilde hizmet veren ve bir semtten diğerine taşınan tıp okulları, böylece tek bir komplekste hizmet veren, modern bir kampüs yapısı içerisinde toplanmıştır. Bina, Türkiye'deki modern tıp eğitiminin tarihi içerisinde önemli yer tutmuş,

Kurtuluş Savaşımıza ve yakın dönem tıp tarihimizin önemli olaylarına tanıklık etmiştir.

Belgelerde inşaat bedelinin 450 000 altın tuttuğu belirtilen, yeni tıp okulunun inşaatı 11 Şubat 1895 tarihinde başlamıştır. Yapının mimarları, Alexandre Vallaury ve Raimondo D'Aronco'dur. Bina daha önceden yapılmış olan Haydarpaşa Askeri Hastanesi ile Selimiye Kışlası arasında ve yaklaşık 80.000 metrekarelik bir arsa üzerine inşa edilmiştir. Yapının ortasında 140x80m boyutunda, dikdörtgen bir avlu yer almaktadır. Bu orta avlu, dört kenarı boyunca koridorlarla çevri-



Sultan II. Mahmut

lidir. Avlunun güney, batı ve kuzey kanatlarında sınıflar ve diğer birimler sıralanmaktadır.



Tıbbiye Öğrencileri Derste

Doğu kenarında ise, binanın bugünkü Tıbbiye Caddesi'ne bakan cephesinden görülen 5 farklı kitle sıralanmaktadır ki, bu kurgu ile okulun mimari tasarımı, kışla tipi yapılardan ayrılmaktadır. İnşaat alanı yaklaşık 24,000 m2 olan okulun duvarlarında, Hereke ve Bilecek ocaklarından özel olarak getirilen renkli granitler kullanılmış; harçlar için Marsilya'dan su kireci getirilmiştir. Yapıda kullanılan metal malzemeler Belçika'dan alınmış, metal

çerçeve pencere ise Viyana'da hazırlatılıp getirilmiştir. Okulun ortasındaki avlu, öğrenciler için bahçe olarak tasarlanmış; gerekli bitki ve nadir ağaçlar Fransa'dan temin edilmiştir. Bugün Marmara Üniversitesi Kampüslerinden biri olarak kullanılan bina, büyüklüğüne rağmen hızla inşaa edilmiş ve II. Abdülhamit'in doğum günü olan 6 Kasım 1903'de de, yapıda eğitime başlamıştır.

1909 yılında, askeri ve sivil tıbbiye,

Haydarpaşa'daki tıbbiye binasında birleştirilerek, Haydarpaşa Tıp Fakültesi adını almıştır. Fakülte dekanı olarak ise Cemil Paşa (Topuzlu) seçilmiştir. Tıp fakültesi, Birinci Dünya Savaşı sırasında sıkıntılı dönemler geçirmiştir. 1913 yılında verdiği 118 mezunun ardından eğitime ara verilmiş ve bina 1914 yılında Yedek Askeri Hastane olarak hizmet vermiştir. 1916 yılında ise öğretime yeniden başlanmıştır. 1919'da okul, İngiliz işgal kuv-





vetlerinin denetimine girmiş, eğitim sırasında büyük zorluklar ve baskılar ile karşılaşmıştır.

Tüm bunlara karşın, Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane ve sonraki ismiyle Haydarpaşa Tıp Fakültesi'nden 1912-1922 yılları arasında yetişen hekimler, askeri hekimlik ve bulaşıcı hastalıklarla mücadele sahalarında, başarıyla hizmet vermişlerdir. 1933 yılındaki Üniversite Reformu'nda, tıp fakültesi Avrupa yakasına taşın-

mış, Mekteb-i Tıbbiye binası ise Milli Eğitim Bakanlığına bırakılarak, Haydarpaşa Lisesi'nin kullanımına geçmiştir. Okulun klinik pavyonları ise günümüzde halen Haydarpaşa Numune Hastanesi olarak hizmet vermektedir.

1933-1983 yılları arasındaki 50 yıllık süre boyunca Haydarpaşa Lisesi olarak kullanılan Tıbbiye binası ise, 1983 yılında Marmara Üniversitesi bünyesine katılmıştır. Böylece,

bir yüzyıl aşkın tarihin tanığı olan bina, Mekteb-i Tıbbiye ve Haydarpaşa Tıp Fakültesi isimleri altında Türk tıbbına hizmet verdikten sonra tekrar aynı işlevine kavuşmuştur. Bu görkemli yapı, tarihsel kimliği ve mirası ile, bugün, Tıp Fakültesi de dahil olmak üzere Hukuk, Eczacılık, Hemşirelik ve Sinema – TV bölümlerine ev sahipliği yapmaktadır. ■



*Milletimizin kahramanlık destanı olan Çanakkale Zaferi'ne ulaşmada, savaş boyunca en fazla sağlık çalışanının şehit olduğu 18 Mayıs'ı 19 Mayıs'a bağlayan gece ayrı bir önem taşımaktadır.*



*Tıbbiyeden Şehâdete*

*Şehitlik mertebesine ulaşan tüm tıbbiyelilerimize  
Allah'tan (c.c.) rahmet diliyoruz.*



**444 1995**



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