

# Kamu Hastane Birlikleri Tasarısı Üzerine Değerlendirme



# KAMU HASTANE BİRLİKLERİ TASARISI ÜZERİNE DEĞERLENDİRME

*Dr. Faruk Ataay*

Mustafa Kemal Üniversitesi, Kamu Yönetimi Bölümü



***Kamu Hastane Birlikleri Tasarısı Üzerine  
Değerlendirme***



*Birinci Baskı, Haziran 2007, Ankara  
Türk Tabipleri Birliği Yayınları*



***TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ MERKEZ KONSEYİ***

GMK Bulvarı Şehit Daniş Tunalıgil Sok.

No:2 Kat:4, 06570 Maltepe / ANKARA

Tel: (0 312) 231 31 79 • Faks: (0 312) 231 19 52-53

e-posta: [ttb@ttb.org.tr](mailto:ttb@ttb.org.tr) • <http://www.ttb.org.tr>

**A**KP hükümetinin, Sağlıkta Dönüşüm Programı'nı uygulamaya geçirmek üzere yürüttüğü çalışmalar devam ediyor. Hükümet, bu kapsamda, son olarak, **“Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı”**nı meclise sunmuş bulunuyor. Yasa tasarısı daha önce Kamu Yönetiminin Temel İlkeleri ve Yeniden Yapılandırılması Hakkında Kanun Tasarısı ve Sağlık Kanunu Tasarısı kapsamında gündeme getirilen ancak tasarılar yasalaştırılmadığı için gerçekleştirilemeyen bazı düzenlemeleri yeniden gündeme getiriyor.

Bilindiği üzere, Sağlıkta Dönüşüm Programı adıyla gündeme getirilen “reform paketi”, temelde, üç ana ayak üzerinde yükseliyor. Bu çerçevede, ilk olarak, üç sosyal güvenlik kurumunun (Emekli Sandığı, Bağ-Kur, SSK) Genel Sağlık Sigortası (GSS) çatısı altında birleştirilmesi sağlandı. Temel mantığı sağlık hizmetleri ile hizmetlerin finansmanının ayrıştırılmasına dayanan GSS sistemi, tüm yurttaşları sosyal güvenlik şemsiyesi altına alma iddiasıyla gündeme getirilmiş olmakla birlikte, temel teminat paketini dar tutarak yurttaşları hizmetler karşılığında ek ödeme yapmak ya da özel sağlık sigortacılığına yönelmek durumunda bırakıyor. Böylece, sağlığın özelleştirilmesi ve özel sigortacılığa müşteri kitlesi yaratılması doğrultusunda önemli bir adımın gerçekleştirilmesi hedefleniyor. Sağlıkta Dönüşüm Programının ikinci temel ayağını, Aile Hekimliği sistemine geçiş oluşturuyor. Bilindiği üzere, temelde birinci basamak sağlık hizmetlerini özelleştirmeyi hedefleyen aile hekimliği sistemi, bu amaç doğrultusunda kamunun sağlık ocağı sisteminin yerine özel hekim muayenahanelerini geçirmeyi öngörüyor. Sağlıkta Dönüşüm Programının üçüncü temel

ayağında ise, Sağlık Bakanlığı'nın yeniden yapılandırılarak, bakanlığın sağlık hizmeti üreten bir kurum olmaktan çıkartılarak, genel sağlık politikalarının belirlenmesi, koordinasyon ve "sağlık piyasası"nın denetim ve düzenlenmesinden sorumlu bir birim durumuna getirilmesi amaçlanıyor. Bu amacın gerçekleştirilebilmesi için de, bakanlık bünyesindeki sağlık kuruluşlarının "özerk" "sağlık işletmesi" statüsüne geçirilmesi ve daha sonra da işletme hakları devredilmek yoluyla özelleştirilmelerine olanak sağlanması öngörülmüyor. Böylece, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin de özelleştirilmesiyle, Sağlık Bakanlığı hiyerarşisi altında örgütlenmiş bulunan kamu sağlık örgütlenmelerinin sağlık hizmetini bir "kamu hizmeti" olarak sunması durumuna son verilmesi amaçlanmaktadır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı adı altında gündeme getirilen "reform paketi" çerçevesinde bugüne kadar önemli değişiklikler gerçekleştirildi. Ancak, programın bazı unsurları henüz yasalaştırılamadığı, bazı unsurları da Cumhurbaşkanı tarafından geri gönderildiği ya da Anayasa Mahkemesi'nce iptal edildiği için gerçekleştirilemedi. Özellikle, programın Sağlık Bakanlığı'nın yeniden yapılandırılarak kamu sağlık kuruluşlarının önce "sağlık işletmesi" statüsüne geçirilip daha sonra da özelleştirilmesi boyutu henüz yürürlüğe sokulabilmiş değil. Bu doğrultuda, bugüne kadar, başta SSK hastaneleri olmak üzere Sağlık Bakanlığı'na bağlı olmayan kamu sağlık kuruluşlarının bakanlığa bağlanarak reforma zemin hazırlanması doğrultusunda ilk adımın atılmasıyla yetinilmiş bulunuyordu. "Sağlık işletmesi" modeline geçişi sağlayacak asıl adımların ise Kamu Yönetiminin Temel İlkeleri ve Yeniden Yapılandırılması Kanun Tasarısı ve Sağlık Kanu-

nu Tasarısı ile gerçekleştirilmesi planlanıyordu. Bu tasarılarından ilkinin Cumhurbaşkanı tarafından bir kez daha görüşülmek üzere meclise geri gönderilmesi, ikincisinin de yasalaştırılmaması nedeniyle kadük olmasından sonra, reform programı günümüzde Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı ile yeniden gündeme getirilmiş bulunuyor.

## **Kamu Hastaneleri İçin Yeni Bir Model**

Yasa tasarısının asıl hedefi, bakanlığa bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarını “kamu tüzel kişiliğine sahip”, “özerk” “kamu hastane birlikleri” çatısı altında yeniden örgütlendirmektir. Tasarıya göre, birliklerin bakanlıkla ilişkisi “ilgili kuruluş” statüsünde olacaktır. Birlikler birden fazla ili kapsayabileceği gibi, aynı ilde birden fazla birlik de kurulabilecektir. Ayrıca, bakanlık, birden fazla birliği bir araya getirerek “birlikler koordinatörlüğü” de kurabilecektir. Birliklerin kuruluşu bakanlığın teklifi ve Bakanlar Kurulu’nun kararıyla sağlanacaktır.

Tasarıya göre, hastane birliklerinin organları Yönetim Kurulu, Genel Sekreterlik ve Hastane Yöneticilikleri’nden oluşacaktır. Birliğin karar organı Yönetim Kurulu, yürütme organı da Genel Sekreterlik olacaktır. Yönetim Kurulu’nun oluşumu ilginçtir. Yönetim Kurulu, ikisi İl Genel Meclisi tarafından (biri hukukçu, biri de mali müşavir olacaktır), biri Vali tarafından (iktisat, işletme ya da maliye eğitimi almış olmalıdır), ikisi bakanlık tarafından (biri tıp hekimi, diğeri de sağlık sektöründe deneyim sahibi, üniversite mezunu olmalıdır), biri de Sanayi ve Ticaret Odası’nca (üniversite mezunu olmalıdır) belirlenen üyelerle İl Sağlık Müdürü’nden (ya da yardımcılarında biri) oluşacaktır. Yönetim Ku-

rulu üyelikleri konusunda dikkat çeken önemli bir nokta, üye seçilebilmek için 8 yıl kamu ya da özel sektörde iş deneyimine sahip olmanın yeterli görülmesidir. Bu bakımdan, özel sektörle kamu sektörü arasında da bir ayırım yapılmadığı görülmektedir. Bu durum, kamu sektöründe hiçbir deneyimi olmayan birinin bile birlik yönetim kurulu üyeliğine seçilebilmesine olanak tanımaktadır. İkinci olarak, Yönetim Kurulu üyeleri belirlenirken Ticaret ve Sanayi Odasına bir üye seçme yetkisinin verildiği görülmektedir. Anayasa'ya göre, kamu kurumu niteliğinde meslek kuruluşu statüsünde olan Tabip Odaları ve diğer sağlık çalışanı örgütlerine göstermelik olarak bile temsil olanağı sağlanmazken, Ticaret ve Sanayi Odalarına doğrudan bir üye seçme yetkisi tanınması tasarıya hakim olan bakış açısını da ortaya koymaktadır. Son olarak, Yönetim Kurulu'nun çalışma usulleriyle ilgili olarak, kurulun gündemi belirlenirken Yönetim Kurulu Başkanının uygun bulmadığı konuların gündeme alınmasının bile olanaksız kılınması da dikkat çekicidir.

Genel Sekreterlik bünyesinde ise, tıbbi hizmetler, idari hizmetler ve mali hizmetler başkanlıkları kurulacaktır. Birliğe bağlı her bir hastane Hastane Yöneticisi tarafından yönetilecektir. Hastane yöneticisine bağlı olarak Başhekimlik, İdari ve Mali İşler Müdürlüğü ile Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürlüğü kurulacaktır. Bu görevlere atanacak personelin de, kamu ya da özel sektörde en az beş yıllık iş deneyimine sahip olması yeterli görülmekte, kamuda deneyim sahibi olmak şart koşulmamaktadır.

Birlik yönetimi konusunda dikkat çekici bir husus, her birliğin yıllık olarak “hizmet altyapısı ve organizasyonu”, “kalite”, “verimlilik” ve “hasta

memnuniyeti” açısından performans denetimine tabi tutulacak olmasıdır. Tasarıda, performans denetiminin bakanlığın belirleyeceği usul ve esaslara göre yapılacağı belirtilmekle beraber, bu denetimin mekanizması tasarıda açıklanmamıştır. Ancak, tasarının denetimle ilgili hükümlerinde, Sağlık Bakanlığı’na yapılacak idari ve teknik denetim, Maliye Bakanlığı’na yapılacak mali denetim ve Sayıştay’ca yapılacak dış denetim yanı sıra, “ihtiyaç duyulması halinde bakanlıkça yetkilendirilen bağımsız denetim kuruluşlarından denetim hizmeti satın alınabileceği”nin belirtilmiş olmasını, performans denetiminin bağımsız denetim kuruluşlarınca yapılmasının planlandığının göstergesi olarak değerlendirmek mümkündür. Diğer yandan, tasarıda, performansı yeterli bulunmayan birliklerde yönetim kademelerinde bulunan personelin görevine son verilerek, yöneticilerin bakanlıkça atanmasının öngörülmesi de dikkat çekmektedir.

### **Tasarının Personel Rejimine İlişkin Düzenlemeleri**

Tasarının personelle ilgili düzenlemelerinde dikkat çeken özelliklerden ilki, yönetim kademelerinde görevlendirilen personelin “özel sözleşmeli” statüsünde çalıştırılmasının öngörülmesidir. Ancak, bu hüküm, Anayasa’nın 128. maddesine aykırılık taşımaktadır. Bilindiği üzere, ilgili Anayasa maddesi, kamu kurum ve kuruluşlarında yönetim kademesinde bulunan personelin “kamu görevlisi” statüsünde bulunmasını gerekli kılmaktadır. Nitekim, daha önce verilen yargı kararları da, bu hükme aykırılık taşıyan yasa maddelerinin iptali yönünde olmuştur. Dolayısı ile, tasarının bu hükmünün de iptal edilmesi olasıdır.



Tasarı, diğ er personel açısından ise, memur statüsündeki mevcut personelin Emekli Sandığı haklarını korurken, yeni alınacak personeli SSK kanununa tabi kılmaktadır. Bir baş ka deyiş le, mevcut personelin iş güvencesi ve hakları korunur görünürken, yeni alınacak personelin iş güvencesi ve diğ er haklar açısından aynı korumaya sahip olmadığı görölmektedir. Diğ er yandan, personel rejiminde sözleşmeliliğ e geçiş e yönelik arayış ların baş ka yasa tasarılarıyla da devam ettiğ i anımsanırsa, aslında alış anların iş güvencesi açısından çok da sağ lam dayanaklara sahip olmadıkları görölmektedir.

Tasarının bir diğ er hükmü, sözleşmeli personele, “belirli sürede bitirilmesi gereken iş ler söz konusu olduğ unda” fazla mesai yükümlölüğü getirilmesidir. Üstelik, fazla mesai karş ılığ ında herhangi bir ek ücret ödenemeyeceğ i de hüküm altına alınmaktadır. Kanımızca, bu hüküm de, Anayasa’nın angaryayı yasaklayan hükümleri karş ısında aykırılık taş ımaktadır.

Diğ er yandan, personelin katkısıyla elde edilen birlik gayri safi hasılatının en fazla yüzde 40’ının, birlik personeline ek ödeme olarak dağıtılabilmesine olanak sağ lanmaktadır. Böylece, personelin ücretleriyle birlik gelirleri arasında bağ kurulmak yoluyla, personelin verimliliğ inin artırılması amaçlı olarak ek ödemenin bir ödöl olarak dağıtılması yolu açılmaktadır.

Tasarıda, ayrıca, “aş ırı istihdamı” engelleyici hükümler de bulunmaktadır. Buna göre, bakanlık her yıl birlik yönetim kurulunun görüş ünü de alarak azami personel sayısı tespit edecek, birlik de bu azami personel sayısının üzerinde personel istihdam edemeyecektir.

Personele ilişkin bu düzenlemeler, tasarının,

“esnek istihdam” anlayışına dayalı olarak kurgulandığını açıkça ortaya koymaktadır. Bu özellikleriyle, memur statüsünün sağladığı güvenceler ortada kaldırılarak ve ücret ve mesai açısından esnek düzenlemeler getirilerek, çalışanların hakları sınırlanırken, işverene işgücü maliyetlerini ve kârlılığını arttırmak için uygun bir ortam hazırlanmaktadır.

## **Sağlık Hizmetinin Finansmanına Devlet Katkısı Kaldırılıyor**

Tasarının en temel amaçlarından birinin kamu hastanelerinin devlet bütçesinden finanse edilmesine son vermek olduğu anlaşılmaktadır. Nitekim, tasarının en fazla dikkat çeken hükümlerinden biri de, birliklerin finansmanı için Hazine katkısının öngörülmemesidir. Tasarı, birliklerin yerine getireceği hizmetlerin finansman yolu olarak birliğin ürettiği hizmetler karşılığında elde edilecek gelirleri görmektedir. Bu gelirler de, hizmetler karşılığında GSS ve özel sigorta şirketlerinden alınacak ücretlerle hastalardan alınacak kişisel ödemeler olacaktır. Birliklerin finansmanı için doğrudan Hazine katkısı öngörülmezken, tasarının 6. maddesinde “gerektiğinde” devletin de “yardım” yapabilmesine olanak tanınmaktadır. Tasarının 6. maddesindeki bu hüküm, devlet katkısını yalnızca “gerekli görülen durumlar” ile sınırladığı gibi, devlet katkısını “yardım” olarak adlandırarak “dışsal” ve “olağandışı” bir gelir olarak da sunmaktadır. Bu özellikleriyle, tasarı, birlikleri, asıl olarak kendi gelirleriyle ayakta kalması ve gelir-gider dengesini kurması gereken kurumlar olarak görmektedir. Dolayısı ile, modern devletin en temel özelliklerinden biri olan, üretilen hizmetlerin finansmanının vergilerle gerçekleştirilip, hizmet karşılığında ayrıca bir ödeme talep

edilmemesi ilkesinin bütünüyle gözardı edildiği görülmektedir.

Diğer yandan, tasarının, kamu sağlık kuruluşlarının devlet tarafından genel bütçe gelirlerinden finanse edilmesi uygulamasına son veren düzenlemesi, tasarının gerçek amaçlarından birinin de, kamu bütçesinin yurttaşların gereksinimleri için değil, sermayenin istekleri doğrultusunda kullanılmasının hedeflendiğini göstermektedir. Bilindiği üzere, sermaye ve uluslararası finans kuruluşları son yıllarda, iç ve dış borçların ödenmesi konusunda devlete büyük baskı yapmakta, borç ödeyebilirliği arttırmak için bütçenin yüzde 6.5 faiz dışı fazla vermesini istemektedir. Bu amacın gerçekleştirilmesinde önemli bir adımın da, kamu sağlık kuruluşlarına ayrılan ödeneklerin iptal edilmesi olacağı açıktır. Dolayısı ile, tasarının bu düzenlemelerinin, gerçekte, devlete yüksek faizle borç vererek “vurgun” düzeyinde kazançlar elde eden finans kapitalin çıkarlarına hizmet ettiği görülmektedir.

### **Önce Özerklik, Sonra Özelleştirme**

Hastane Birlikleri tasarısı, kamu hastaneleri için idari ve mali özerkliğe dayalı bir örgütlenme modeli getirme iddiasıyla gündeme getirilmekle beraber, özerkliğin özelleştirme sürecinde bir ara durak olarak görüldüğü anlaşılmaktadır. Nitekim, tasarının en fazla dikkat çeken özelliklerinden biri de, kamu sağlık kuruluşlarının özelleştirilmesine olanak tanınmasıdır. Tasarının gerçekte özelleştirme amaçlı olarak gündeme getirildiği, tasarının 3 ve 6. maddelerinden açıkça anlaşılmaktadır.

Tasarının, Yönetim Kurulu'nun görevlerini sayan 3. maddesinin (d) fıkrasında, Yönetim

Kurulu'na "birliğin her türlü araç, gereç, malzeme, taşınırları ile tapuda birlik adına kayıtlı taşınmazları üzerindeki yapı ve tesisler ile birlikte satmak, kiralamak, kiraya vermek, devir ve takas işlemlerini yürütmek; Hazineye ait ve birliğe tahsisli taşınmazları üzerindeki yapı ve tesisler ile birlikte tahsis amacı doğrultusunda kiraya vermek, işletmek, işlettirmek" yetkisinin tanındığı görülmektedir. Aynı maddenin (ğ) fıkrasında da, Yönetim Kurulu'na, "ihtiyaç duyulması halinde tıbbi uzmanlık hizmeti satın alınmasına karar vermek" yetkisi tanınmaktadır.

Nitekim, Yönetim Kurulu'nun yetkilerine ilişkin bu hükümlere paralel hükümler, birliğin gelir ve giderlerinin sayıldığı 6. maddede de yer almaktadır. 6. maddenin 2. fıkrasında, "tapuda birlik adına kayıtlı olan taşınmazların üzerindeki yapı ve tesisler ile birlikte satışı, kiralanması, işletilmesi veya işlettirilmesinden elde edebilecek gelirler ile Hazineye ait ve birliğe tahsisli taşınmazların üzerindeki yapı ve tesisler ile birlikte tahsis amacı doğrultusunda kiralanması işletilmesi veya işlettirilmesinden elde edilecek gelirler" in birliğin gelirleri arasında sayılmış olduğu görülmektedir. Aynı maddenin 3. fıkrasında da, birliğin giderleri arasında, "mevzuatı uyarınca yapılacak hizmet alımına ilişkin giderler" ile "laboratuvar ve görüntüleme hizmet alımına ilişkin giderler" in sayıldığı dikkat çekmektedir.

Tasarının 3. ve 6. maddelerindeki bu hükümler, birliğe ait olan ya da hizmet amacıyla birliğe tahsis edilmiş olan yapı ve tesislerin satışı, kiralanması ve işlettirilmesine olanak tanımaktadır. Bu hükümler, tasarıyla, kamu sağlık kuruluşlarının ve bu kuruluşlara ait tesislerin özelleştirilmesinin öngörüldüğünü açıkça göstermektedir.

Aynı şekilde, tasarının 3. ve 6. maddelerinde, birliklere “hizmet satın alma” olanağının sağlanması da, sağlık hizmetinin doğrudan kamu sağlık kuruluşları tarafından üretilmesi yerine, özel kuruluşlardan satın alınmak yoluyla yerine getirilmesine olanak sağlamaktadır. Bilindiği üzere, “hizmet satın alma” yöntemi de, sağlık sektöründe en çok tercih edilen özelleştirme yöntemlerinden biridir. Kamunun hizmeti kendi tesis, araç-gereç ve personeli eliyle üretmek yerine özel sektörden satın alması anlayışının, kamudan özel sektöre kaynak aktarımına yol açtığı ve bu aktarım mekanizmasının hem kamu açıklarının sürekli büyümesine hem de hizmetlerin pahalılaşmasına yol açtığı bilinmektedir.

Diğer yandan, tasarıda, kamu sağlık kuruluşlarının özelleştirilmesi açısından iki önemli hukuka aykırılık da bulunmaktadır. İlk olarak, tasarının birlik yönetim kurullarına birliğe ait tesislerin özelleştirilmesi konusunda “genel yetki” veren hükmü, “özelleştirmenin yasayla yetkilendirme yoluyla değil, yasal düzenleme ile yapılması gerektiğine” ilişkin Anayasa Mahkemesi içtihadına aykırılık taşımaktadır. Zira, tasarı, hangi kamu sağlık tesislerinin hangi yolla, nasıl özelleştirileceğini belirtmezken yalnızca yönetim kurullarına genel bir yetki vermekle yetinmektedir. Bu türden yasal düzenlemelerin geçmişte Anayasa Mahkemesi’nce defalarca iptal edildiği anımsandığında, tasarının bu hükmünün iptal edilme olasılığı da güçlü görünmektedir. Diğer yandan, sağlığın temel bir kamu hizmeti olduğu ve devletin temel görevleri arasında yer aldığı, bu nedenle “genel idare esaslarına göre” yerine getirilmesi gerektiğini belirten Danıştay kararları da bulunmaktadır. Bu kararlarda, genel idare esaslarına göre yürütülen kamu hizmetlerinin

özelleştirilemeyeceği yargısına dayanılarak, kamu sağlık kuruluşlarının özelleştirilmesinin mümkün olmadığı da belirtilmiştir. Dolayısı ile, tasarının özelleştirmeyle ilgili hükümlerinin, gerek esas yönünden gerekse usul yönünden iptal edilme olasılığı bulunmaktadır.

### **Sağlık Hizmetinin Niteliği Sorunu**

Yeni tasarı, gündeme getirdiği yeni örgütlenme modeli, personel rejimi, finansman yönetimi ve özelleştirme modeliyle “sağlık hizmetinin niteliği”nde önemli değişiklikler gündeme getirmektedir. Dolayısı ile, tasarının gerçek amacının sağlık hizmetlerinin niteliğini değiştirmek olduğu ortaya çıkmaktadır.

Bir hizmetin niteliğinin ne olduğu sorunu, o hizmetin “hukuksal statüsü” ile ilgilidir. Hizmetin hukuksal statüsü de, asıl olarak, o hizmetin bir “piyasa malı” mı yoksa bir “kamu hizmeti” mi olduğu, kamu hizmeti ise ne türden bir kamu hizmeti olduğuna ilişkindir. Bir hizmetin niteliğinin ortaya çıkartılması, hem yapılacak düzenlemelerin hukuka uygunluğu hem de hizmet karşısında yurttaşların konumunun belirlenmesi açısından büyük öneme sahiptir.

Tasarıya genel olarak bakılığında, yeni modelin, hizmetin hukuksal statüsü ve niteliği açısından oldukça karmaşık ve hatta çelişkili bir durumda olduğu ortaya çıkmaktadır. Bu çelişkiler mevcut hukuksal çerçeveye uyumsuzluklar da taşımaktadır. Bu durumun, öngörülen modelin asıl olarak Anglo-sakson ülkelerinden esinlenmesi ve Anglo-sakson modelinin ülkemizin anayasal örgütlenme ilkeleriyle tamamen farklı bir temelde kurulmuş olmasıyla ilgili olması kadar, sağlık hizmetinin metalaştırılması amacıyla da ilgisi bulunmaktadır.

Tasarının incelenmesi göstermektedir ki, sağlık hizmetinin “kamu hizmeti” statüsü ortadan kalkmış değildir. Zira, sağlık hizmetinin kamu hizmeti niteliğinin ortadan kaldırılması için mevcut sağlık mevzuatında çok daha köklü değişiklikler gereklidir. Ancak, tasarının böyle bir kastının bulunmadığı ortadadır. Buna rağmen, tasarıda sağlığın bir “piyasa hizmeti” olarak görüldüğünü düşündüren düzenlemeler de bulunmaktadır. Nitekim, tasarı, Bakanlığa bağlı kamu sağlık kuruluşlarının bir ticari şirkete dönüştürülmesinin amaçlandığını düşündüren yaklaşımlar da içermektedir.

Öncelikle, tasarı, bakanlığa “bağlı” ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarını “özerk” “kamu hastane birlikleri” çatısı altında yeniden örgütlemekte, birliklerin bakanlıkla ilişkisi de “ilgili kuruluş” statüsüne çevrilmektedir. Bu düzenleme ile, “merkezi idare” çatısı altındaki bir hizmetin “hizmet yerinden yönetim kuruluşu” statüsüne geçirildiği anlaşılmaktadır. “Hizmet yerinden yönetim kuruluşu” statüsü, bilindiği üzere, hizmetin niteliğinin özerkliği gerektirdiği hizmetler için sözkonusu edilmektedir. Bu, örneğin üniversiteler, TÜBİTAK gibi kuruluşlara tanınan bir statüdür. Aslında, 2004 tarihli Kamu Yönetiminin Temel İlkeleri ve Yeniden Yapılandırılması Hakkında Kanun Tasarısı ve Sağlık Kanunu Tasarısı’nın eğitim hastaneleri dışındaki sağlık kuruluşlarını il özel idarelerine bağlamayı öngören düzenlemeleri anımsanınca, sağlığı “yerel nitelikli” bir hizmet olarak algılayan anlayışın değiştirdiği sonucuna varılmaktadır. Ancak, birliklerin iller temelinde örgütlenmesi ve yönetim kurulları oluşturulurken üyelerin çoğunluğunun vali, il özel idaresi, il sağlık müdürlüğü ve il sanayi ve ticaret odası tarafından

atanmasının öngörülmesi, bu görüşe aykırılık da oluşturmaktadır. Dolayısı ile, tasarının getirdiği modeli mevcut idare yapısıyla tam olarak bağdaştırabilmek mümkün olamamaktadır.

Diğer yandan, tasarı “sağlık işletmesi” statüsünü gündeme getirerek, kamu hastanelerini adeta birer kamu iktisadi teşekkülü (KİT) gibi gördüğü izlenimi yaratmaktadır. Bilindiği üzere, KİT’ler, kamu hizmeti yerine getiren KİT’ler (kamu iktisadi kuruluşu-KİK) ve piyasada piyasa koşullarında piyasa malı-hizmeti üreten KİT’ler (iktisadi devlet teşekkülü-İDT) olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Tasarı, sağlığı kamu hizmeti olmaktan çıkartmadığına göre tasarının “kamu hastane birliklerini” KİK’lere benzer bir statüye geçirmeyi öngördüğü sonucuna varmak olanaklı görünmektedir. Ancak, birliklerin yönetim organlarında yer alan yöneticilerin “sözleşmeli” statüsünde olması da KİK’lere ilişkin düzenlemelere aykırılık oluşturmaktadır.

Kamu hastane birliklerinin finansman modeli bir başka önemli sorun oluşturmaktadır. Yukarıda da açıklandığı üzere, yeni model devletin yatırım ve personel ödeneği vermesi uygulamasına son vermekte, devletin hizmetin finansmanına katkısı “gerekli görülen durumlarda verilecek yardımlar”la sınırlı tutulmaktadır. Bu haliyle de, tasarının en can alıcı özelliklerinden birini oluşturmaktadır. Bilindiği üzere, mevcut sistemde, sağlık hizmetinin finansmanı, genel bütçeden sağlık için ayrılan pay ile sosyal güvenlik kuruluşlarının prim gelirleriyle sağlanmaktadır. Dolayısı ile yurttaşların hizmetin finansmanına katkısı vergi vermek ve sigorta primi ödemek yoluyla olmaktadır. Oysa, yeni modelde, genel bütçeden ayrılan pay kaldırılmakta, GSS de yalnızca temel teminat paketine dahil olan hiz-



metleri finanse etmektedir. Bu durumda, kamu hastane birliklerinin finansmanı sağlayabilmek için hizmetleri önemli ölçüde fiyatlandırmaktan başka çaresi kalmamaktadır. Bu durumda, yurttaşların hizmetin finansmanı için sigorta primi ödemek yanı sıra cepten ek ödeme yapmaları da gerekecektir. Bu düzenlemeler göstermektedir ki, sağlığın mevcut durumdaki bütünüyle kamusal mekanizmalarla (genel bütçe + sigorta primi) finanse edilme durumu değiştirilerek, yarı kamusal mekanizmayla (sigorta primi) yarı fiyatlandırma ile finanse edilen bir hizmete dönüştürülmektedir. Bu durum, sağlık kamu hizmetinin niteliğinin değiştirilmesinin öngörüldüğünü göstermektedir. Bilindiği üzere, finansman yöntemindeki bu değişikliğin gelir dağılımı açısından önemli sonuçları bulunmaktadır. Zira, genel bütçe yolu ile finansman en eşitlikçi, sigorta primi ile finansman daha az eşitlikçi, fiyatlandırma ile finansman ise bütünüyle eşitsizlikçi bir yöntemdir. Dolayısı ile, öngörülen değişikliklerle görece olarak daha eşitlikçi bir finansman yönetiminden görece olarak daha eşitsizlikçi bir modele geçilmektedir. Bir başka deyişle, sağlık kamu hizmetinin “tam kamusal mal” niteliği “yarı kamusal mal” statüsüne çevrilmektedir. Bu modelde, ödeme gücü olmayanların sigorta primlerinin devlet tarafından ödenmesi de eşitsizlikleri ortadan kaldırmaya yetmemektedir. Zira, hem ödeme gücü olmayan kategorisi asgari ücretin üçte birinden az geliri olanlarla sınırlanmakta, hem de temel teminat paketi dar tutularak GSS’nin teminat paketi dışındaki hizmetleri finanse etmemesi öngörülmektedir. Dolayısı ile, yeni model alt gelir gruplarının sağlık hizmetine erişimine önemli sınırlamalar getirmekte, sağlığı bedelini ödemeyenlerin kısmen dışlandığı bir hizmet niteliğine kavuşturmakta-

dır. Diğer yandan, tasarının, kamu sağlık kuruluşlarının özelleştirilmesine yönelik düzenlemeleri de, her ne kadar sağlığın “kamu hizmeti” statüsü ortadan kaldırılmasa da, sağlığın “kâr amaçlı” bir faaliyet olma niteliği kazanmasına yol açmaktadır. Zira, bilindiği üzere, kamu hizmeti yerine getiren özel kuruluşlar (örneğin özel hastaneler) da kâr amaçlı olarak faaliyet yürütmektedir. Bu alanda devletin rolü, hizmetin niteliği ve fiyatı konusunda denetim ve düzenlemeler yaparak, hizmetin gerekli kriterlere uygun bir biçimde üretilmesinin sağlanması ve “aşırı kâr” amaçlı fiyatlandırmanın önüne geçilmesiyle sınırlıdır. Özetle, tasarının finansmana ilişkin düzenlemeleri, sağlığın “yarı kamusal, yarđ kâr amaçlı” bir hizmet olarak statü değiştirmesine yol açmaktadır.

Bilindiği üzere, hizmetin niteliği konusunda bir başka nokta, hizmetin kamu eliyle mi yoksa özel kuruluşlar eliyle mi üretildiğidir. Zira, devlet eliyle yerine getirilen kamu hizmetlerinde kâr amacı güdülmezken, özel kuruluşların kamu hizmeti üretmesi durumunda kâr amacı güdölmektedir. Bilindiği üzere, mevcut durumda, özel kişiler bakanlıktan alacakları “ruhsat”la, isteyenlere fiyatı karşılığında bu hizmeti sunmakta, ayrıca kamu da özel sağlık kuruluşlarından hizmet satın almaktadır. Özel sağlık kuruluşlarınca yerine getirilen bu hizmetler tamamıyla kâr amaçlıdır. Dolayısı ile, sağlığın özel kişilerce yerine getirilmesi, hizmetin metalaşmasına yol açmaktadır. Durum böyleyken, yeni tasarı, kamu sağlık kuruluşlarının özelleştirilmesinin yolunu da açmaktadır. Dolayısı ile, sağlık kamu hizmetindeki özel faaliyetler, özel kişilerce açılan sağlık kuruluşlarıyla sınırlı kalmamakta, kamu sağlık kuruluşlarının da özelleştirilmesiyle, kamu sağlık siste-

minin payının azaltılıp özel sağlık kuruluşlarının payının daha da genişletilmesi amaçlanmaktadır. Bu durum da, sağlığın metalaştırılması sürecinde önemli bir noktadır.

Hizmetin niteliği ile ilgili bir başka önemli nokta, kamu hizmetinin üretiminin kamu personeli eliyle yerine getirilip getirilmediği konusudur. Bilindiği üzere, Anayasa'nın 128. maddesi, "genel idare esaslarına göre" yürütölen kamu hizmetlerinin "kamu görevlileri" tarafından yerine getirilmesini öngörmektedir. Oysa, tasarı, kamu görevlisi statüsündeki mevcut personelin haklarını korumakla birlikte, yeni alınacak personeli İş Kanununa tabi kılmaktadır. Ayrıca, yönetim kademelerindeki personelin kamu görevlisi statüsünde olması ilkesine de uyulmamaktadır. Dolayısı ile, personelin statüsüne ilişkin hükümler, sağlığın genel idare esaslarına göre yürütölen bir kamu hizmeti olarak görölmediğini düşündürmektedir.

Buraya kadar yapılan değerlendirmeleri toparlamak gerekirse, tasarının, sağlık kamu hizmetinin niteliğinde ve hukuksal statüsünde önemli değişiklikler getirdiği görölmektedir. Böylece, sağlığın devletin temel görevleri arasında sayılıp, genel idare esaslarına göre, kendi örgütleri ve personeli eliyle, genel bütçe ve sigorta primleri ile finanse ederek gerçekleştirdiği bir sağlık hizmeti anlayışı yerine, devletin görevinin sağlık hizmetinin düzenlenmesiyle sınırlı tutulduğu, işletmecilik esaslarına göre yerine getirilen bir kamu hizmeti anlayışına geçildiği görölmektedir. Böylece, sağlığın "tam kamusal hizmet" statüsünden "yarı kamusal hizmet" statüsüne geçirildiği ve hizmetin metalaştırılması doğrultusunda önemli adımlar atıldığı ortaya çıkmaktadır. Bu durumun, hizmetin "sosyal" niteliğini

azalttığı ve gelir dağılımının daha da bozulup, alt gelir gruplarının hizmete erişimini sınırlayarak insan hakları açısından gerilemeye yol açtığı ortadadır.

## **Genel Değerlendirme**

Buraya kadar yapılan incelemenin de gösterdiği üzere, tasarı, Sağlık Bakanlığı'nın pilot olarak belirleyeceği illerden başlayarak, bakanlığa bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerini (devlet hastaneleri) "kamu hastane birlikleri" çatısı altında, "özerk" "sağlık işletmesi" statüsüne geçirmeyi öngörmektedir. Ancak, tasarı, kamu sağlık kuruluşlarını, ürettiği hizmeti "satarak" ayakta kalmak zorunda olan sağlık işletmelerine çevirmekle de yetinmemekte, birliklere kamu sağlık kuruluşlarını özelleştirme yetkisi vererek, özelleştirmenin hukuksal altyapısını hazırlamaktadır.

Tasarının getirdiği bu yeni model, tasarının genel gerekçesinde meşrulaştırılmaya çalışılmaktadır. Genel gerekçede, dünya genelinde merkezi idarelerin sağlık hizmeti ve özellikle de hastane hizmetleri sunumundaki rollerinin yeniden değerlendirildiği ve hastanelerin idari ve mali özerkliğe kavuşturularak "sağlık işletmesi" modeline geçildiği savunulmaktadır. Tasarının genel gerekçesine göre, buna karşılık ülkemizde hizmet sunumu merkezde toplanmış, bugüne kadar sağlık işletmesi modeline geçiş için yürütülen çalışmalar da başarısız olmuştur. Bunun sonucunda, aşırı büyüyen ve merkezileşen sağlık hizmetleri bakanlığın asli görevlerinde yoğunlaşmasını engellemiştir. Buna karşılık, yeni model, Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatını, mahallinde yürütülmesi gereken hizmetlerin yükünden kurtararak, hem hastanelerdeki ve-

rimsizlik sorunu çözecek hem de bakanlık merkez teşkilatı asli işlerine yoğunlaşma olanağına kavuşacaktır. Böylece, bakanlığın yeniden yapılandırılarak, “stratejik düşünme”, “geleceğe dair tasarımlar geliştirme”, “misyon ve vizyon geliştirme”, “temel amaç, politika ve öncelikleri şekillendirme”, “ölçülebilir başarı göstergeleri oluşturma”, “insan kaynakları geliştirme” gibi esas görevlerine yoğunlaşabilmesinin yolu açılmış olacaktır. Gerekçeye göre, yeni model, hastanelerin özerkleşmesini sağlamakla beraber, hastanelerin “sosyal sorumluluk”ları devam edecek, “kâr amaçlı değil”, “hakkaniyete, halkın ihtiyaç ve beklentilerine uygun, kolay erişilebilir, katılımcı, verimli, kaliteli ve etkin” hastane hizmetleri sunulacaktır. Nitekim, tasarı, her bireyin mümkün olan en yüksek standartta sağlık hizmetinden yararlanabilmesinin, “temel bir insan hakkı” ve “sosyal devlet” anlayışının doğal bir sonucu olarak görüldüğünü ileri sürmektedir.

Ancak, tasarımın ortaya koyduğu model ile bu modeli meşrulaştırmak üzere ortaya atılan argümanlar arasında önemli çelişkiler bulunduğu görülmektedir. İlk olarak, tasarımın getirdiği en önemli yenilik kamu sağlık kuruluşlarını “sağlık işletmesi”ne dönüştürmek olurken, “amacın kâr olmadığını” ileri sürmek inandırıcı olamamaktadır. Zira, “sağlık işletmesi” terimi gerçekte “kâr amaçlı olarak sağlık hizmeti veren kuruluş” anlamına gelmektedir. Dolayısı ile, “kamu hizmeti üreten kamu idaresi” statüsünün kaldırılarak “sağlık işletmesi” modeline geçilmesi, gerçek amacın kâr olduğunu göstermektedir. Dahası, tasarıyla özelleştirmenin öngörülmüş olması da, bu kârın kamuda kalmasının değil özel sektöre aktarılmasının hedeflendiğini göstermekte-

dir. Dolayısı ile, tasarı, sağlık hizmetini “sosyal devlet” anlayışı çerçevesinde “temel bir insan hakkı” olarak gören bir anlayışa değil, “ücretini ödeyenlerin yararlanabildiği bir piyasa malı” olarak gören anlayışa dayanmaktadır. Nitekim, GSS sistemi, “temel teminat paketi” dışında kalan tüm sağlık hizmetlerini paralı hale getirmektedir. Bu durum, alt gelir gruplarının “temel teminat paketi” dışındaki sağlık hizmetlerine “erişimini” de zorlaştırmaktadır. Diğer yandan, devletin kamu hastanelerini finanse etmesi uygulamasına son verilecek olması, hizmetlerin finansmanını güçleştirecek, “kaliteli” hizmetin üretilmesini imkansız kılacaktır. Son olarak, tasarının, “yönetişim” anlayışı çerçevesinde, birlik yönetim kurullarına yalnızca Ticaret ve Sanayi Odası temsilcilerinin alınmasını öngörmesini de, “katılımcı” bir anlayışın ürünü saymak mümkün görünmemektedir. Gerek kamu kurumu niteliğinde meslek kuruluşu olan Tabip Odalarının ve tüm sağlık emekçilerinin sendikal örgütlenmelerinin, gerekse sağlık hizmetinden yararlanan geniş emekçi yığınların temsilcilerinin dışlanmış olması, katılımcı bir anlayıştan çok “sermaye yanlısı” bir tavrın ürünü olarak ortaya çıkmaktadır.

Diğer yandan, tasarının öngördüğü örgütsel yapılanma, anayasal devlet örgütlenmesi ilkelere de aykırılık oluşturmaktadır. Kamu sağlık kuruluşlarının Sağlık Bakanlığı’nın “ilgili kuruluşu” statüsündeki kamu hastane birliklerine bağlanması ve birliklerin yönetim kurullarına “yönetişim” anlayışı çerçevesinde yerel yönetim ve ticaret ve sanayi odası temsilcilerinin atanması, bakanlık örgütlenme şemalarına tamamen aykırı bir modeldir. Anglo-sakson ülkelerinden esinlenilerek oluşturulduğu izlenimi veren bu

modelde, yönetim kurulu üyeleri ve diğer yöneticiler seçilirken de kariyer ve liyakat ilkeleri gözardı edilmekte, şirket anlayışıyla yönetim oluşturulmaya çalışılmaktadır. Bu durum da, gerçek amacın yurttaşlara daha nitelikli kamu hizmeti sunumunun değil, sermayeye yeni kâr alanları açılması olduğunu göstermektedir.





