



MEMUR-SEN KONFEDERASYONU  
**SAGLIK-SEN**  
SAĞLIK ve SOSYAL HİZMET ÇALIŞANLARI SENDİKASI



*Dergisi*

Yıl:4 • Sayı: 13 • Nisan - 2011

# ÖNCE ZARAR VERME!

Dosya '18



“Sorunlar Büyük  
Torba Küçük” **4**

“Türkiye Sağlıkta  
Ne Kadar Avrupalı?” **10**

“Yeni Hukuk Muhakemeleri Kanununun  
Sağlık Çalışanlarına Etkileri” **60**



MEMUR-SEN KONFEDERASYONU  
**SAĞLIK-SEN**

Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları  
Genel Yetkili Sendikası

NİSAN 2011

**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**  
Murat KALEM  
Genel Başkan Danışmanı



**Grafik Tasarım ve Uygulama**  
Sağlık-Sen Genel Merkezi

**BASKI**  
Başak Matbaacılık ve Tan. Hiz. Ltd. Şti  
Anadolu Bulvarı Meka Plaza No:5/15 Gimat  
T: 0312 397 16 17 • F: 0312 397 03 07

**SAĞLIK-SEN GENEL MERKEZİ**  
GMK Bulvarı Özveren Sok. No:9/3  
Demirtepe/ANKARA  
Tel: 0 312 444 1995  
Faks: 0 312 230 83 65  
GSM: 0 506 397 92 92  
www.saglikсен.org.tr

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

# İçindekiler

## BAŞKANDAN



**Çalışanın Sağlık Hakkında  
Gözetilmelidir**

2

## GÜNDEM



**Sorunlar Büyük Torba Küçük**

4

## DOSYA



**Önce Kendine Zarar Verme!**

18

## ARAŞTIRMA-İNCELEME



**Yeni Hukuk Muhakemeleri  
Kanununun Kamu Sağlık  
Çalışanlarına Etkisi**

60



# Editörden

## SAĞLIK İLETİŞİMİ



68

İletişimsizlik Kültürü

1 Mayıs Emek ve Dayanışma Bayramı'nda Taksim'de farklı toplum kesimlerini bir araya getiren kutlamalar, 12 Haziran seçimleri öncesi siyaset ikliminin oluşturduğu gerginliği ve stresi dağıtan bir etki sağladı. Öte yandan Taksim'den yansıyan görüntü, Türkiye'yi kutuplaştıran meselelerin tarafları konumunda olan kitlelerin ortak bir noktasını da akıllara getiriyor: Adalet ve eşitlik özlemi.

Yıllarca farklılıkların çatıştığı Türkiye tablosunda, imtiyazlı bir azınlık dışında tüm toplum kesimleri insanca yaşama kriterlerinden uzaklık noktasında ortak bir kadere mahkum edildi. Farklı sesler, Türkiye'de demokrasimizin gücü ve güvenilirliğinin simgesi olarak adalet ve eşitlik temelinde yaşamaya gerekirken, Türkiye'yi geriye götürecek kaos planlarına zemin oluşturmada mahir bir şekilde kullanıldı.

Sağcı-Solcu, Alevi-Sünni, Kürt-Türk gibi ayrımcı politikaların ördüğü duvarlar arasında güvende olacağına inandırılan insanların oluşturduğu bir korku toplumu olarak yaşatıldık. Yoksulluk pahasına, işsizlik pahasına, nitelikli eğitim, sağlık hizmeti alamama pahasına, etrafımızda örülü olan duvarların yaşatılması gerektiğine inanan insan sayısı ne yazık ki halen önemli bir çoğunluğu oluşturuyor.

Halbuki, 1 Mayıs'ta bu insanlar, duvarlarından çıkarak, Taksim'de toplandı, adalet ve eşitlik beklentilerini seslendirdi, birlik ve dayanışma mesajı verdi. Farklı etnik, dinsel ve düşünsel yapıdaki kitleler; farklılıklarını bir dayatma unsuru olarak ortaya koymadan sağduyu ve empatiyi günlük hayat pratikleri içinde de korumayı, zamanını ve enerjisini temel sorunların çözümüne harcamayı başarabilmelidir.

Böyle olursa, adil çalışma koşullarına ulaşılmasını, insan onuruna yaraşır yaşam düzeyinin, bu topraklar üzerindeki tüm insanların asgari standardı olarak hayata geçirilebilmesini, herkesin inançlarını ve yaşam tarzlarını güven içinde sürdürebildiği bir ülkeye sahip olunabilmesini hiçbir güç engelleyemeyecektir. Aynı zamanda Türkiye, gerçek anlamda etkin bir sivil toplum yapısıyla güçlü bir demokrasiye sahip olacaktır.

Yaklaşık 400 bin sağlık çalışanının adalet ve eşitlik mücadelesi de ancak güçlü bir sivil toplum bilinci ile başarıya ulaşabilecektir. İstihdam yetersizliğine bağlı ağır çalışma koşulları, yaşanan hak mağduriyetleri, başta şiddet olmak üzere çalışma güvenliğini tehdit eden her türlü sorunla demokratik meşruiyetini ispat etmiş güçlü bir sivil toplum örgütlenmesi sayesinde mücadele edilebilecektir. Bu nedenle, sağlık ve sosyal hizmet çalışanları, hak mücadelesinin ve yaşadıkları sorunların birtakım siyasal veya ideolojik hedefler doğrultusunda kullanılmasına asla izin vermemelidir.

Sağlık hizmetlerinin aksamadan yürütülmesi noktasında ertelenemez bir hizmet ifa ettikleri halde sağlık çalışanlarının, yaşadıkları hak mağduriyetleri ciddi boyutlara ulaşmıştır. Çalışanlar; mevcut çalışma koşullarının getirdiği zorluklar ve kamuoyuna pompalanan negatif yargılar nedeniyle yıpranmaktadır. Sağlık çalışanları, sağlık sisteminin sorunlarının hem yükünü hem cezasını çekmektedir. Her geçen gün artan şiddet olayları ve şiddeti besleyen yaklaşımların baskısı altındadır. Bu nedenle Dergimizin bu sayısında sağlıkta göz ardı edilen çalışan haklarını "Önce Zarar Verme" başlığı ile gündeme taşıyoruz. Hekimlikte temel bir prensip olan bu mesajın, sağlık çalışanlarının görevlerini layıkıyla yerine getirebilmeleri noktasında sorumluluk bilinciyle hareket etmesi gereken devlet kademelerine ve vatandaşlara yöneltilmesi gerektiğine inanıyoruz.

Bu düşüncelerle Sağlık-Sen Dergimizin Nisan 2011 sayısını okurlarımızın ilgisine sunuyoruz. Faydalı olması dileğiyle...

## PORTRE



76

Sabuncuoğlu Şerefeddin

## BİLİŞİM



78

Bilimsel ve Teknolojik Gelişmeler ve İnsan...

## SAĞLIK TARİHİ



80

Osmanlı'da Tıp Bilimi Anlayışı ve Tıp Biliminin Tarihi Seyri



# ÇALIŞANIN SAĞLIK HAKKI DA GÖZETİLMELİDİR



**Metin MEMİŞ**  
Sağlık-Sen Genel Başkanı

**Sağlık çalışanlarının gerek çalışma koşullarında, gerekse ekonomik ve özlük haklar konularında yaşadığı sorunların çözüme kavuşmadığı bir sistemde, sağlık kurumu, sağlık çalışanı ve vatandaş arasındaki hukukun adil bir zemine oturmasının sağlanamadığı bir sistemde, hizmetin işlerliği ve sürdürülebilirliği imkansız hale gelecektir.**

Hak kavramı; tarihte olduğu gibi günümüzde de toplumların ve toplumları oluşturan bireylerin, çelişen, çoğu zaman çatışma nedeni olan çıkar veya ihtiyaçlarının gölgesinde kalmaktadır. Hak konusu insanların istekleri ve tercihlerine bırakıldığı takdirde, çatışma ve haksızlık ortamının oluşması kaçınılmaz hale gelmektedir. Bu nedenle hakların çerçevesini çizen yasalar oluşturulmuştur.

4500 yıl önceki Hammurabi Yasaları'ndan, günümüzün evrensel hukuk anlayışının çerçevesini çizen İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi'ne kadar çok sayıda metin, temel haklar konusundaki gelişim evrelerini ortaya koymaktadır. Hak ve adalet kavramlarının kutsal kitaplarda da en temel kavramlar olarak öne çıktığı hepimizin malumudur. Sağlıkta haklar denilince, haliyle sağlık hizmetini veren idare, hizmeti üreten, emek veren sağlık

çalışanları ve bu hizmetin alıcısı olan birey arasındaki hukuk, temele oturmaktadır. Ülkemizde son 9 yıldır uygulanan Sağlıkta Dönüşüm Programı ile, sağlık hizmetlerinin kalitesinde çita yükselmiştir. Vatandaş merkezli, eşit, kolay erişilebilen, kaliteli hizmet olarak tanımlanan bu değişim sürecinin, bugün taraflı tarafsız herkesçe kabul edilen başarısının mimarları şüphesiz sağlık çalışanlarıdır. Buna rağmen, sağlık çalışanlarının hakları konusu; çoğu zaman, Türkiye'de sağlık alanında yaşanan gelişmeleri vatandaş odaklı ele alan yaklaşımlar arasında kaybolmaktadır.

Sağlıkta dönüşüm süreci içinde, "hasta hakları" konusu daha çok konuşulan, çağdaş standartlara ulaşılması noktasında toplumsal bilinci geliştirme faaliyetlerinin daha yoğun yaşandığı bir alan olmuştur. Sağlık Bakanlığı'nın yurt genelinde oluşturduğu hasta hakları



birimleri bu noktada aktif bir hizmet yürütmektedirler. Ancak hasta hakları konusunu tek taraflı ele almak, sağlık çalışanlarının haklarından bağımsız olarak değerlendirmek mümkün değildir.

Sağlık çalışanlarının gerek çalışma koşullarında, gerekse ekonomik ve özlük haklar konularında yaşadığı sorunların çözüme kavuşmadığı bir sistemde, sağlık kurumu, sağlık çalışanı ve vatandaş arasındaki hukukun adil bir zemine oturmasının sağlanamadığı bir sistemde, hizmetin işlerliği ve sürdürülebilirliği imkansız hale gelecektir.

Sağlıkta haklar konusunda yaşanan sorunların çözümünde öncelikle ilgili tarafların sorumluluklarını yerine getirmeleri gerekir. Bu noktada “siyasal otorite görevini ne derece yerine getiriyor?” sorusu önem arz etmektedir. Sağlıkta Dönüşüm Programının, çağdaş standartlarda, toplumun tüm bireylerinin eşit yararlanabileceği ve kolay ulaşabileceği sağlık hizmetini sağlamak gibi insani bir hedefi gözettiği, politika uygulayıcıları tarafından ifade edilmektedir. Sağlık hizmetlerinin önemine ilişkin beyanlarda sosyal devlet vurgusu sıkça yapılmaktadır. Hükümetin bu noktada vatandaş nazarında yüksek bir güven oluşturduğunu da kabul etmek gerekir. Ancak, vatandaşa sunulan sağlık hizmetinin kalitesinde, fiziksel koşulların ve teknolojik donanımın sağlanmasının yanında, yeterli istihdam, mesleki doyum düzeyi yüksek emek gibi unsurlar da önemsenmelidir. Ancak, siyasi otoritenin bu konuya gereken ilgiyi gösterdiğini söylemek pek mümkün değildir. Oysa, sağlık çalışanlarının, çalışma sağlığını ve iş motivasyonlarını olumsuz yönde etkileyen birçok sorunun direkt olarak hasta-sağlık çalışanı ilişkisini ve hasta güvenliğini de etkileyeceği açıktır. Sağlık çalışanlarına yönelik son yıllarda artan şiddet olayları bu noktada üzerinde düşünülmesi gereken bir sorun olarak öne çıkmaktadır.

Sağlık çalışanı ile sağlık hizmeti alan birey arasındaki ilişki, bilinen anlamıyla bir iş ilişkisi değil, güven ilişkisidir. Güven bireyin sağlığını emanet ettiği hekim veya diğer sağlık çalışanı ile arasında kuracağı en sağlıklı köprüdür. Çünkü sağlık çalışanı ile hasta arasında bir çıkar ilişkisi yoktur. Buluştukları zeminde aynı kaygıyı ve hedefi paylaşırlar. Ancak yaşadığımız sürece baktığımızda sağlık çalışanları toplumsal şiddetin önde gelen mağdurları haline dönüşmektedirler. Toplumda yaşanan şiddet olaylarının dörtte biri sağlıkta yaşanmaktadır.

Hepimizin bildiği gibi, şiddet olayları, en yoğun birimler olan acil servisler, yataklı servisler ve poliklinik-

lerde daha sık yaşanmaktadır. Aslında yoğunluk kelimesi, yetersizlik gerçeğine de karşılık gelmektedir. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile artan iş yüküne karşı yeterli istihdam sağlanamamıştır. Sağlık Bakanlığı'nın verilerine göre sağlık hizmeti talebinde Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte beş katlık bir artış yaşanmıştır. Yine Sağlık Bakanlığı'nın Sağlıkta İnsan Gücü Durum Raporu sağlık çalışanlarının var olan talebi karşılamada ne denli yoğun bir çalışma temposu içinde olduklarını ortaya koymaktadır. Böylesine bir yoğunluk içinde, sağlık çalışanlarının muhatap oldukları hasta ve yakınları ile ilişkilerinde, sağlıklı bir iletişim kurmaları mümkün olmamaktadır.

Hasta ve yakınları, hakları konusunda hastanelere asılan bildirgelerle aydınlatılırken, sağlık çalışanları, hasta ve yakınları ile ilişkilerinde profesyonel bir iletişim dili kullanabilmeleri noktasında eğitim alacak zamanı bulmakta zorlanmaktadır.

Yukarıda sıraladığımız nedenler ve çözüme kavuşturulamamış kurumsal yetersizliklere bağlı olarak yaşanan sorunlardan mağdur olan hasta ve yakınları, karşısında muhatap olarak buldukları sağlık çalışanına karşı şiddetli bir hak olarak algılamaya başlamışlardır.

Bir çok yerde hasta hakları birimleri, adeta şikayet merkezleri haline dönüşmüş, sağlık çalışanları; özveriyle yaptığı hizmet ve fedakarlığa rağmen, yersiz şikayetlere ve soruşturmalara maruz bırakılarak adeta cezalandırılmaktadırlar. Hasta hakları birimleri; hasta-çalışan ilişkisi ve iletişimine zarar veren yapılar olmamalıdır. Bu nedenle isminden başlayarak bu birimler, fonksiyonel açıdan yeniden tasarlanmalı, şikayet merkezi hüviyetinden kurtarılarak, hasta iletişim merkezleri haline dönüştürülmelidir.

Siyasal otorite, sağlıkta haklar konusunu bir bütün olarak ele almalı ve sağlık çalışanlarını çalışma güvenliğini tehdit eden risklere karşı korumalıdır. Yaşamak hakkı kadar, güvenli ve sağlıklı çalışma hakkının da temel bir insan hakkı olduğu gerçeği unutulmamalıdır.

“Hukuk devletin toplumsal düzenidir.” diyen Aristo'nun işaret ettiği gibi, sağlık kurumlarında da çalışanlar, mesleki saygınlıklarının korunduğu, haklarının ve güvenliklerinin sağlandığı, huzurlu çalışma ortamlarında görev ve sorumluluklarını yerine getirmelidirler.

# Sorunlar Büyük "Torba" Küçük



**Kamuoyunda  
"Mini Torba  
Yasa" olarak  
nitelendirilen  
6225 sayılı  
Kanun, 26 Nisan  
2011 tarihli ve  
27916 sayılı  
Resmi Gazete'de  
yayımlanarak  
yürürlüğe girdi.**



**Kanun, genel itibari ile sağlık kurum ve kuruluşlarının yaşadığı bürokratik tıkanıklığı aşmayı hedeflerken, gerek lojistik gerekse teorik anlamda sağlık hizmetlerinde ciddi açılımları da beraberinde getiriyor. Ancak hali hazırda görev tanımları yapılmış meslek gruplarında dahi sorunların devam ettiği gerçeğinden hareketle, yapılan bu çalışmanın aceleyle getirildiğini görüyoruz.**

Kamuoyunda "Mini Torba Yasa" olarak nitelendirilen 6225 sayılı Kanun, 26 Nisan 2011 tarihli ve 27916 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe girdi.

Hükümetin, genel seçimler öncesi yaptığı diğer birçok düzenleme gibi söz konusu kanunun içeriğini de icracı, rahatlatıcı ve cesaretli bir hüviyette sunduğunu söylemek yanlış olmaz.

22 maddeden oluşan 6225 sayılı Kanun, Gümrük Müsteşarlığına 2 bin personelin temini ile Spor Toto

Teşkilatının Kredi Yurtlar Kurumu Genel Müdürlüğüne olan tüm borçlarının terkin edilmesi konuları dışında tamamen sağlık hizmetlerinin hızlandırılması gerekçesi ile hazırlanmış. Bu bağlamda, sebebi ne olursa olsun bugüne kadar sağlık hizmetlerinin istenilen hızda seyretmediğinin gizli bir itirafı ile karşılaştığımızı da göz ardı etmemek gerekir.

Kanun, genel itibari ile sağlık kurum ve kuruluşlarının yaşadığı bürokratik tıkanıklığı aşmayı hedeflerken, gerek lojistik gerekse teorik

anlamda sağlık hizmetlerinde ciddi açılımları da beraberinde getiriyor. Ancak hali hazırda görev tanımları yapılmış meslek gruplarında dahi sorunların devam ettiği gerçeğinden hareketle, yapılan bu çalışmanın aceleyle getirildiğini görüyoruz.

Sağlık hizmetlerinde gerek hastalar, gerekse sağlık çalışanları açısından ideal bir düzeyin yakalanması konusunda daha geniş kapsamlı düzenlemelere ihtiyaç duyulduğunu vurguladıktan sonra mini Torba Kanununun getirdiği yenilikleri inceleyelim.

### Klinik Araştırmalar Düzenleniyor

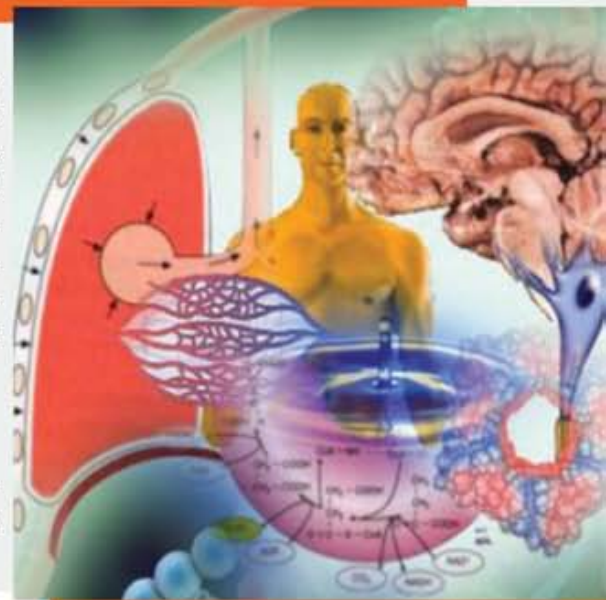
6225 sayılı Kanunla birlikte nihayet ülkemizde insanlar üzerinde gerçekleştirilecek klinik araştırmalara katılacak gönüllülerin hakları ve insanlar üzerindeki bilimsel araştırmaların usul ve esasları düzenleniyor. Bu işin, sözüm ona emre itaat dayatmacasından veya farklı taahhütlerle vatandaşlarımızı sömüren gayri meşru diğer alanlardan kurtarılması önemli bir gelişme.

Düzenleme ile birlikte klinik araştırmaları etik yönden değerlendirilerek

amacıyla, etik kurullar ve klinik araştırmalarla ilgili konularda Sağlık Bakanlığına görüş bildirmek üzere Klinik Araştırmalar Danışma Kurulu oluşturulacak. Tedavi yöntemi ve ilacın ilmi araştırma amacıyla insanlar üzerinde kullanılabilmesi için Sağlık Bakanlığından izin alınması mecburiyeti söz konusu.

#### Araştırmanın;

- Öncelikle insan dışı deney ortamında veya yeterli sayıda hayvan üzerinde yapılmış olması,





- Ulaşılan ilmi verilerin, varılmak istenen hedefe ulaşmak açısından bunların insan üzerinde de yapılmasını gerekli kılması,
- İnsan sağlığı üzerinde öngörülebilir zararlı ve kalıcı bir etki bırakmaması,
- İnsan onuruyla bağdaşmayacak ölçüde acı verici yöntemlerle uygulanmaması,
- Varılmak istenen amaç doğrul-

tusunda kişiye yüklediği külfete ve kişinin sağlığı üzerindeki tehlikeye göre daha ağır basması,

- Mahiyet ve sonuçlar hakkında ilgili kişi için yeterli bilgilendirmeye dayalı olarak yazılı rızasının olması ve bu rızanın herhangi bir menfaat teminine bağlı bulunmaması şartı ile çerçeveselendirilmesi gerekiyor.

Konuya ilişkin 'Klinik Araştırmalar Danışma Kurulu' oluşturulacak. Kurul, Sağlık Bakanlığı Müsteşarı

veya uygun göreceği bir müsteşar yardımcısının başkanlığında, tıbbın cerrahi, dahili ve temel bilimlerinden Bakanlıkça seçilen uzmanlığımı almış veya doktorasını yapmış üçer kişi, birer klinik psikolog ve ilahiyatçı ile Bakanlık 1. Hukuk Müşaviri veya görevlendireceği bir hukuk müşavirinden oluşacak. 'Klinik Araştırmalar Danışma Kurulu' yapısından da anlaşılacağı üzere bu konunun dini, hukuki ve sosyal hassasiyetlerin de dikkate alınarak değerlendirilmesi son derece önemli.

### Tedavi Alacaklarına Terkin

Üç-beş yılda bir karşılaşılan kamu sağlık hizmetleri alacaklarının terkinini, alışlagelmiş bir durum olarak biliniyor. Öyle ki kimi sağlık kurum ve kuruluşu yöneticilerinin bu tür olası durumlara göre bütçe yönetimini planladığını da biliyoruz. Bu kanunla da sağlık kurum ve kuruluşlarının 250 TL altındaki henüz tahsil edemediği alacakları doğrudan terkin edilirken, borcunu ödeme ciddiyetinde olan vatandaşımıza ise deyim yerinde ise yüzde 50 iskonto yapılacak. Alacak tutarının yarısının 250 Türk Lirasının altında olması halinde ise 250 Türk Lirası terkin edilerek bakiye kısmı tahsil edilecek. Vakıf üniversiteleri hariç, üniversiteler ile Sağlık Bakanlığı ve diğer kamu idarelerine bağlı sağlık kurum ve kuruluşlarında vefat eden ve tedavi giderleri sosyal güvenlik

kurumunca karşılanmayanlardan ödeme gücü bulunmadığı tespit edilenlerin borçları da silinecek. Bu tutum, sosyal devlet anlayışı çerçevesinde kamu sağlık hizmetlerinin tamamen ücretsiz olması fikrinin belki de kerhen beslenmesi anlamına geliyor.

Daha önceleri izin keyfiyetinin Başhekimlik veya Sağlık Müdürlüğünde, elde edilen kira gelirinin ise "Milli Emlak" uhdesinde olduğu sosyal alanların kiralanma usulünde değişikliğe gidildi. Kafeterya, büfe, otopark ve benzeri sosyal tesislerin kira geliri bundan sonra doğrudan sağlık kurum ve kuruluşlarının döner sermaye gelirleri kapsamında olacak. Bu sayede daha şeffaf ve rekabete açık bir durumun ortaya çıkacağını umuyoruz. Ayrıca

Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun kapsamında kiralanılan sağlık merkezleri ve kullanmış oldukları demirbaşların kira gelirleri, uzmanlık belgesi sertifikasyon ve sınav hizmetlerinden elde edilecek gelirler, döner sermaye gelirleri kapsamına alınacak.

Sağlık tesislerinin yapılması için başka kamu kurum ve kuruluşlarının mülkiyetinde olan taşınmazların tahsisi konusunda TOKİ ile işbirliği yapabilecek olması, sağlık hizmetinde kullanılan binalardan yıkımının uygun olduğuna karar verilenlerin yıkılabilmesi ve gerçek ve tüzel kişilerden hava ve deniz aracı kiralanmasında 3 yıl olan sürenin 7 yıla çıkarılması da dikkat çeken konular arasında yer alıyor.

**Sağlık tesislerinin yapılması için başka kamu kurum ve kuruluşlarının mülkiyetinde olan taşınmazların tahsisi konusunda TOKİ ile işbirliği yapabilecek olması, sağlık hizmetinde kullanılan binalardan yıkımının uygun olduğuna karar verilenlerin yıkılabilmesi dikkat çeken konular arasında yer alıyor.**





## Hazine Avukatları Yerine Hastane Avukatları

Sağlık kurum ve kuruluşları ile Muhakemat Müdürlükleri arasında krize neden olan tedavi alacaklarının takibi konusunda da değişikliğe gidiliyor. Yıllardır takip masrafının, tahsil edilen alacak tutarından fazla olması nedeni ile trajikomik bir durum yaşıyordu. Hazine avukatları tarafından takip edilen yüz binlerce dava ve icra dosyası Sağlık Bakanlığı ve Maliye Bakanlığı tarafından belirlenecek usul ve esaslar çerçevesinde döner sermayeli işletmelere devredilecek. Dosya devirleri gerçekleştirilinceye kadar söz konusu işlemlere ilişkin olarak Hazine avukatları tarafından yapılan işlemler döner sermayeli işletmeler adına yapılmış sayılacak.

Sağlık Bakanlığının, dava ve icra takiplerinde ihtiyaç duyması halinde

avukatlık hizmeti alımı yapabilecek olması ise çekince duyulan konular arasında. Kurumların döner sermaye bütçesinden karşılanacak olan ayrıca diğer 200 avukat kadrosunun yeterli olmadığı görülüyor. Kanunun yayımından iki gün sonra gerçekleştirilen Kurum İdari Kurulunda da gündeme gelen bu konu, yetkili sendika olarak Sağlık Bakanlığı ile masaya oturan Sağlık-Sen tarafından dile getirildi. Sağlık-Sen, hizmet alımı yerine halen merkez ve taşra teşkilatında görev yapan tüm hukuk fakültesi mezunu Sağlık Bakanlığı çalışanlarına avukat olarak kadro tahsisi sağlanmasının daha doğru olacağı görüşünde. Kamuda başka unvanlarda görev yapan hukuk fakültesi mezunlarının memuriyetten istifa ederek avukatlık stajını yapma gerekliliği ise genel bir sorun olarak

karşımıza çıkıyor. Öyle görülüyor ki söz konusu sorun, tartışılmak üzere toplu sözleşmelerde de gündeme getirilecek.

Kanunla ön görülen 9 bin uzman hekim, bin 250 pratisyen hekim, 100 perfüzyonist, 100 ergoterapist, 150 dil ve konuşma terapisti ile toplam 10 bin 600 sağlık personelinin istihdamı da ayrıca sevindirici bir durum.



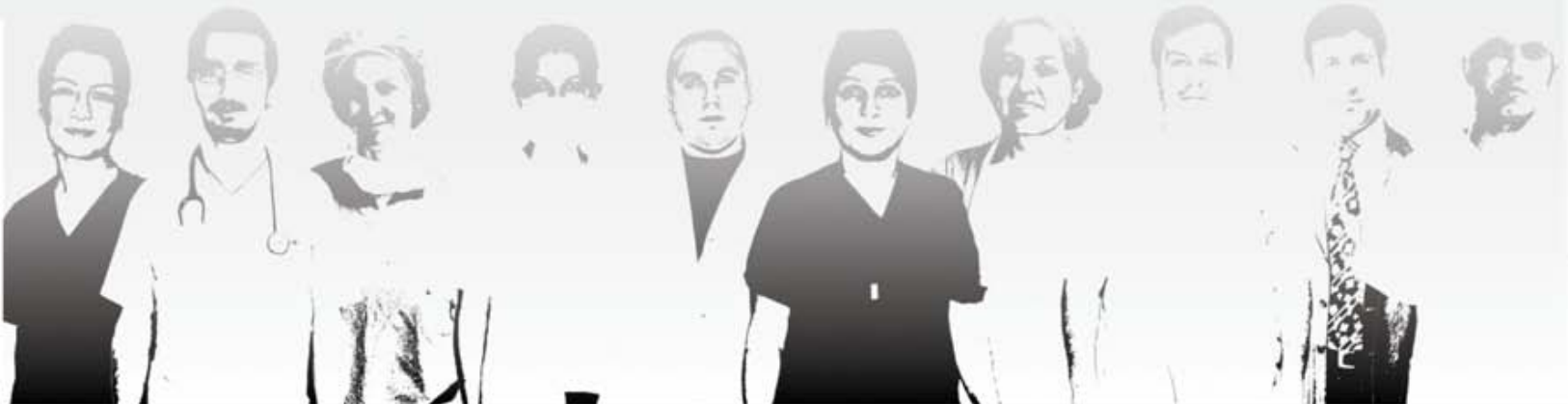
## Meslek Tanımları Yeniden Düzenlendi

80 yılı aşkın süredir eklemelerle ayakta tuttuğumuz 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanuna 25 yeni meslek tanımı daha sıkıştırılıyor. Osmanlıca ve Latince'nin bu denli kaynaştığı bir kanunu baştan yazmak daha doğru olurdu. Yine de yeni meslek tanımlarının sağlık hizmetlerinin niteliği açısından bizleri oldukça mutlu ettiğini gö-

rüyoruz. Gelişmiş ülkelerde sağlık çalışanları olabildiğince uzmanlaşp daha spesifik alanlarda daha nitelikli hizmetler ortaya koyarken, bizde ise yıllardır hemşire, sağlık memuru, ebe, ATİ, laborant, biyolog gibi farklı unvanlardaki sağlık çalışanlarının re'sen verilen emirlerle birbirlerinin işini yüklediğini biliyoruz. Nihayet, meslek tanımları sayesinde diplomalı ve sertifikalı sağlık çalı-

şanlarının iş parçalanmışlığına da son verilebilecek.

19 Nisan 2011 tarihli ve 27910 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren "Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik" ile hemşirelerin de yoğun bakım, acil servis, pediatri, diyabet, onkoloji, ameliyathane hemşiresi gibi hemen her alan-







da branşlaşması da çok önemli bir gelişme. Diğer taraftan ağır çalışma koşulları ile mücadeleyi sürdüren ve yurdumuzda 168 yıllık geçmişi ile köklü bir mesleği icra eden ebelerimiz ise unutulmuş gözüküyor. Ebelerimiz, sağlık sistemimizin vazgeçilmez unsurlarından olmalarına rağmen ne yazık ki halen hak ettikleri değerden yoksun bırakılıyor. Öyle ki üzerinde durduğumuz bu yeni kanunun veya bu aralar çıkmış başkaca bir yönetmeliğin ebelerin mesleki saygınlığını konu almadığını ve ebelik mesleğinin tanımını ve yetkilerini güncellemediğini görüyo-

ruz. Belki de bu sebeple ebelerimiz, hemşirelik başta olmak üzere öğretmenlik, avukatlık veya mühendislik gibi başka mesleklere geçmenin yollarını aramaya devam ediyor. Sağlık-Sen tarafından da müteaddit defalar çıkartılması gerekliliğinin altı çizilen "Ebelik Yasası" Sağlık Bakanlığının önümüzdeki süreçte en önemli konularından biri olmalıdır.

Klinik psikolog, dil ve konuşma terapisti, perfüzyonist, mamografi teknikeri gibi mesleki tanımlara yer verilen kanun, diploması veya meslek belgesi olmadan meslek mensup-

larının yetkisinde olan bir işi yapan veya bu unvanı takınanlara ise ciddi cezaları içeriyor. Bu tür suçlar için 1 yıldan 3 yıla kadar hapis ve 200 günden 500 güne kadar adli para cezası verilebilecek. Yardımcı personel, çalıştığı alanla ilgili 1 yıl içerisinde eğitim alırken, eğitimin ardından açılacak sınavda başarılı olan yardımcı personelin işlerine devam etmeleri sağlanacak. Eğitimde geçecek 1 yıl süresince ise herhangi bir cezai yaptırım uygulanmayacak.

Kanunla acil tıp uzmanlık eğitiminin süresi 5 yıldan 4 yıla indirildi. "Genetik hastalıklar" da yeni uzmanlık dalı olarak oluşturuldu. Bu uzmanlık dalının eğitim süresi ise 4 yıl olarak belirlendi. Tıp eğitiminde ayrıca eğitim süresi 3 yıl olan "gelişimsel pediatri" adıyla yeni yan dal oluşturuldu. Yasayla diş hekimliğinde de yeni uzmanlık alanları oluşturuldu. Eğitim süresi 4 yıl olan ağız, diş ve çene cerrahisi, eğitim süresi 3 yıl olan ağız, diş ve çene radyolojisi, eğitim süresi 3 yıl olan çocuk diş hekimliği ile eğitim süresi 3 yıl olan restoratif diş tedavisi yeni uzmanlık dalları oldu. Öte yandan, Sağlık Bakanlığı, Tıpta Uzmanlık Kurulunun kararı üzerine tıpta uzmanlık sürelerini üçte bir oranında arttırabilecek.

### Yönetici Sorumluluğu Var, Karşılığı Yok!



4924 sayılı kanuna tabi olan sözleşmeli personel, 657 sayılı Devlet Memurları Kanunundaki hükümler çerçevesinde başhekim, başhekim yardımcısı ve başhemşire olarak görevlendirilebilecek. Ancak ne yazık ki bu görevleri yürüttükleri sürece kendilerine bu görevlerinden dolayı başkaca bir ücret ödenmeyecek. Sorumluluk,

iş yükü ve yetki verdiğiniz personele ısrarla maddi olarak emsali karşılığını vermemek bu kanunun ruhuna ne kadar da ters düşmüş. Bu arada, söz konusu personel için hastane müdürlüğü ve hastane müdür yardımcılığı görevlendirmesinin neden eksik kaldığını da anlayabilmış değiliz.



### Asistan Hekimlerin Ağır İş Yüküne El Konuldu

7 gün 24 saat kesintisiz sağlık hizmeti veren tüm sağlık çalışanlarının çalışma şartlarının iyileştirilmesi için verilen sendikal mücadelenin her alanda olumlu sonuçları ile kendini hissettirdiğini söyleyebiliriz.

Sağlık çalışanlarının çalışma şartlarını normalleştirmek amacıyla mini torba yasa dışında yayımlanan yönetmelik ve genelgelerinde görmezden gelmemek gerekir. Bu bağlamda Sağlık Bakanlığı ta-

rafından 15 Nisan 2011 tarihinde yayımlanan 2011/33 sayılı genelge ile asistan hekimler için uzun süredir dile getirilen fazla nöbet ve aşırı iş yükü gibi sorunların da artık yaşanmayacağını düşünüyoruz. Söz konusu genelgede "Zaman zaman asistanlara blok olarak, günün ya da fazla sayıda nöbet tutturulduğu görülmektedir. Bu kabil uygulamalar hasta ve çalışan güvenliği açısından kabul edilemez" ifadelerine yer veriliyor.

Asistanların eğitimleri için ilgili eğitim kurumunun bütün kaynaklarının en iyi şekilde kullanılması- nın önemine ve sağlık hizmetlerine önemli katkı sağlayan asistanların eğitimlerinin daha etkili ve verimli yürütülebilmesinin sağlanmasına dikkat çekilen genelgede hasta ve çalışan güvenliğinin korunması amacıyla birtakım hususlara riayet edilmesi gerekliliğine vurgu yapılıyor.





# Türkiye

## Sağlık ve Sağlık Hizmetleri Açısından Ne Kadar Avrupalı?

**Yrd. Doç. Dr. Hasan Hüseyin YILDIRIM**

Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sağlık İdaresi Bölümü Öğretim Üyesi ve ABSAM Başkanı

**Dr. Türkan YILDIRIM**

Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Kurumları Yöneticiliği Bölümü Öğretim Elemanı

Bu makale, yazarların "Avrupa Birliği Sağlık Politikaları ve Türkiye" adlı kitabının 8. bölümüne dayalı olarak hazırlanmıştır (Yıldırım ve Yıldırım 2011).



**50 yılı aşkın bir zaman zarfında Türkiye-AB ilişkileri genellikle inişli çıkışlı ve çetrefilli bir süreç izlemiştir. Bu zorlu süreçte, Türkiye'nin "Avrupalılığı" farklı boyutları ile hep sorgulanagelmiştir. Bu boyutlardan birisi de Türkiye'nin sağlık, sağlık hizmetleri ve sağlık sistemi açısından ne kadar Avrupalı olduğu ile ilgilidir.**

## 1. Giriş



Uluslararası bir organizasyon olan AB projesi nevi şahsına münhasır bir oluşum olarak ele alınabi-

lir. Bu özgün projenin içinde yer alabilmek için 1950'lerin sonunda harekete geçen Türkiye, AB ile 1963 yılında tam üyeliği öngören Ortaklık Antlaşması'nı (Ankara Antlaşması) imzalamıştır.

Türkiye - AB ilişkilerindeki dönüm noktalarını; 1987'de tam üyelik başvurusu, 1995'te Gümrük Birliği'ne üyelik, 1999'da adaylık statüsünün

verilmesi ve 3 Ekim 2005 tarihinde de müzakere sürecinin başlaması oluşturmaktadır. 50 yılı aşkın bir zaman zarfında Türkiye-AB ilişkileri genellikle inişli çıkışlı ve çetrefilli bir süreç izlemiştir. Bu zorlu süreçte, Türkiye'nin "Avrupalılığı" farklı boyutları ile hep sorgulanagelmiştir. Bu boyutlardan birisi de Türkiye'nin sağlık, sağlık hizmetleri ve sağlık sistemi açısından ne kadar Avrupalı olduğu ile ilgilidir. Bu çalışmanın amacı, Türkiye'nin sağlık ve sağlık hizmetleri, başka bir ifade ile sağlık sisteminin bileşenleri açısından ne kadar Avrupalı olduğunu ortaya koymaktır.

## 2. Sağlık ve Sağlık Hizmetleri Alanında Türkiye'nin Avrupalılığını Sorgulama Yaklaşımları

Bilindiği üzere uluslararası düzeyde sağlık sistemleri karşılaştırılırken veya ülkelerin yıllar itibarıyla sağlık sistemleri karşılaştırılırken geleneksel olarak sağlık sistemlerinin performansları, girdi ve çıktı bileşenleri bağlamında karşılaştırılmaktadır. Bunun temel nedeni de bu göstergelerin kolay ölçülebilir ve bulunabilir göstergeler olması ve

bu göstergelerin aynı zamanda kalınmanın göstergeleri arasında yer almasıdır. Bu yöntem "geleneksel yaklaşım" olarak ele alınmaktadır. İkinci yaklaşım ise "çağdaş yaklaşım" olarak adlandırılan bir yaklaşımdır. Bu yaklaşım Türkiye'nin AB ile olan adaylık ve müzakere sürecindeki resmi ilişkilerini gözetken ve böylece Türkiye'nin sağlık alanında

Avrupalılaştırma sürecini dikkate alan bir yaklaşımdır. Çağdaş yaklaşım bağlamında mekanik ve organik olmak üzere iki anlamda bir Avrupalılaştırma süreci ortaya konulmaya çalışılmıştır (Yıldırım 2010; Yıldırım ve Yıldırım 2010). Bu iki ana yaklaşım kapsamındaki çözümlere aşağıda yer verilmektedir.



**Yüz bin kişiye düşen hekim sayısı AB27'de 323,71 iken, Türkiye'de 158,22'dir. Yüz bin kişiye düşen hemşire sayısı AB27'de 775,24, Türkiye'de 139,7'dir. Ayrıca Türkiye'de sağlık çalışanlarının dağılımında gerek bölgeler arasında gerekse de profesyonel denge açısından bir çarpıklık söz konusudur. Türkiye'deki sağlık çalışanlarının eksikliği/fazlalığı tartışmalarında AB ortalaması sıklıkla kullanılan bir göstergedir. Nitekim Sağlık Bakanı bir değerlendirmesinde AB ortalaması ile karşılaştırıldığında Türkiye'de en az 100.000 hekime ve 300.000 hemşireye daha ihtiyaç olduğunu belirtmiştir (Akdağ 2009). Sağlık-Sen ise 2010 yılı verilerine dayalı olarak yaptığı değerlendirmesinde Türkiye'nin AB ortalamasını yakalayabilmesi için ek olarak 122.000 hekim ve 424.000 hemşire istihdamına ihtiyaç duyulduğunu belirtmiştir (Sağlık-Sen 2010).**

Tablo 1: Sağlık Sistemleri Üretim Sistemi Açısından Türkiye-AB27 Sağlık Sistemleri Performans Karşılaştırması (2008 yılı) Kaynak: Sağlık Bakanlığı (2010); WHO HFA-DB (2010) ve YÖK/SB/DPT (2010) (2010 yılı verisi)

Sağlık Üretim Sistemi (Göstergeler)		Ülkeler	
		Türkiye	AB27
Çevresel ortam (demografi ve ekonomi)	Yıl ortası nüfus	71.517.000	496.306.256
	Reel kişi başı GSYİH (US\$ PPP)	13.958	30.963
	İşsizliğin toplam nüfusa oranı (%)	11	7,23
	Toplam doğurganlık hızı	2,16	1,54
	İnsani gelişme indeksi (İGE)	0,798 <sup>a</sup>	0,94 <sup>a</sup>
Sağlık Sistemi Girdileri	Toplam sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranı	5	9
	Kişi başı sağlık harcaması (DSÖ hesaplaması, PPP \$)	695	2.877
	Hastane yatak sayısı (100.000 kişiye düşen)	240,73	530,53
	Hekim (100.000 kişiye düşen)	158,22 (153)	323,71
	Diş hekimi (100.000 kişiye düşen)	27,91 (27)	62,62
	Eczacı (100.000 kişiye düşen)	34,65 (35)	71,18
	Hemşire (100.000 kişiye düşen)	139,7 (141)	775,24
	Alkol tüketimi (15+, kişi başı litre)	1,38 <sup>a</sup>	11,05 <sup>a</sup>
	Sigara tüketimi (günlük düzenli olarak sigara içenlerin 15 yaş üstü nüfus içindeki oranı, %)	27,4	27,3
	Okuryazarlık oranı (15 yaş üstü nüfus içindeki oran, %)	88,66 <sup>b</sup>	98,72 <sup>b</sup>
Sağlık Sistemi Çıktıları / Sonuçları	BÖH (1000 canlı doğumda)	27	4,35
	Doğuşta beklenen yaşam süresi (yıl)	71,9	79,43
	Anne ölüm hızı (100.000)	19,42	4,09
	Sağlık güvencesi kapsamı (%)	80 <sup>b</sup>	98 <sup>b</sup>

Not: Üs olarak yazılan rakamlar verinin ait olduğu yılın son rakamını göstermektedir. Örneğin söz konusu veri 2006 yılına ait ise o verinin üstünde "6" rakamı yer almaktadır. Türkiye için parantez içinde verilen değerler 2010 yılı verileridir.

## 2.1. Geleneksel Yaklaşım: Sağlık Sistemleri Üretim Sistemi Bağlamında Bir Değerlendirme

Geleneksel yaklaşım çerçevesinde sağlık sistemleri "sistem bakış açısı" ile ele alınmakta ve sağlık üretim sistemi bağlamında değerlendirilmektedir. Bu çerçevede ele alındığında bir sağlık sisteminin içinde faaliyet gösterdiği çevresel ortam, girdi ve çıktı değişkenleri ve geri bildirim söz konusudur.

Geleneksel yaklaşım çerçevesinde ülkelerin sağlık sistemi performansları karşılaştırılırken genellikle bir ülkenin veya toplumun seçilen belli başlı sağlık göstergeleri, benzer sosyo-ekonomik yapıya sahip ülkelerin göstergeleriyle veya ülke

gruplarının (OECD veya AB gibi) sağlık göstergesi ortalamaları ile bir karşılaştırma yoluna gidilmektedir. Türkiye ile ilgili karşılaştırmalar da genellikle OECD veya AB ortalamaları baz alınarak yapılmaktadır. Bu çalışmada AB ortalamaları göz önünde bulundurularak bir karşılaştırma yapılmıştır (Tablo 1). Türkiye sağlık sistemi ile AB27 karşılaştırmasında geleneksel bakış açısı dikkate alınarak aşağıdaki değerlendirmeleri yapmak mümkündür.

Bir sağlık sisteminin varlığını sürdürdüğü çevresel ortam faktörleri o sağlık sisteminin şekillenmesinde ve performansında önemli bir etki ve role sahiptir. Başka bir ifade ile, bir sağlık sistemi içinde bulunduğu çevresel ortamın bir fonksiyonudur. Bu bağlamda seçilmiş belli başlı çevre-



sel ortam göstergeleri açısından ele alındığında doğurganlık hızı hariç, Türkiye göreceli olarak AB27 ortalamasının oldukça gerisindedir. AB27 ortalama kişi başı GSYİH'si yaklaşık olarak Türkiye'nin üç katıdır. İşsizlik oranı Türkiye'de daha fazladır. İGE açısından da Türkiye AB27 ile karşılaştırıldığında oldukça düşük düzeydedir. Seçilmiş çevresel ortam göstergeleri ele alındığında Türkiye sadece doğurganlık hızı açısından AB27 ortalamasından göreceli olarak daha iyi durumdadır. Bu da Türkiye'nin AB'ye nazaran daha genç bir nüfus yapısına sahip olduğunun bir göstergesidir. Ancak şunu da belirtmek gerekir ki, Türkiye'de doğurganlık hızı nüfus ikame eşik değeri olan 2,1'e yaklaşmıştır. Eğer doğurganlık çağındaki kadın başına doğurganlık hızı 2,1'in altına düşerse, Türkiye'de nüfus artış hızı negatife dönecek ve nüfus gittikçe yaşlanacaktır. Doğurganlık artış hızının eşik değerinin altına düşmesi ve bunun sonucu olarak nüfusun yaşlanması birçok sosyo-ekonomik problemi de beraberinde getirebilmektedir. Artan sağlık ihtiyaçları ve harcamaları bu problemlerden sadece bir kaçıdır. Bu bağlamda ele alındığında, başbakan sayın Erdoğan'ın "her aile en az üç çocuk sahibi olmalı" söyleminin de bilimsel olarak haklı bir temele oturduğu görülebilecektir.

Bir sağlık sisteminin belli başlı girdi değişkenleri bağlamında ele alındığında, DSÖ verilerine göre Türkiye'nin AB27 ortalamasının gerisinde olduğu görülmektedir. AB27 ortalama olarak GSYİH'den sağlığa %9 oranında pay ayırırken, Türkiye'de bu pay %5'tir. Hastane yatağı açısından ele alındığında



AB27'de yüz bin kişiye düşen yatak sayısı 530,53 iken, Türkiye için 240,73'tür. Yüz bin kişiye düşen hekim sayısı AB27'de 323,71 iken, Türkiye'de 158,22'dir. Yüz bin kişiye düşen hemşire sayısı AB27'de 775,24, Türkiye'de 139,7'dir. Ayrıca Türkiye'de sağlık çalışanlarının dağılımında gerek bölgeler arasında gerekse de profesyonel denge açısından bir çarpıklık söz konusudur. Türkiye'deki sağlık çalışanlarının eksikliği/fazlalığı tartışmalarında AB ortalaması sıklıkla kullanılan bir göstergedir. Nitekim Sağlık Bakanı bir değerlendirmesinde AB ortalaması ile karşılaştırıldığında Türkiye'de en az 100.000 hekime ve 300.000 hemşireye daha ihtiyaç olduğunu belirtmiştir (Akdağ 2009). Sağlık-Sen ise 2010 yılı verilerine dayalı olarak yaptığı değerlendirmesinde Türkiye'nin AB ortalamasını yakalayabilmesi için ek olarak 122.000 hekim ve 424.000 hemşire istihdamına ihtiyaç duyulduğunu belirtmiştir (Sağlık-Sen 2010).

Sağlık sisteminin belli başlı çıktıları/sonuçları açısından ele alındığında bin kişide bebek ölüm hızı AB27'de 4.35, Türkiye'de ise 27'dir. Anne ölümlerinde Türkiye son yıllarda ciddi bir iyileşme göstermesine karşın, hala AB ortalamasının oldukça gerisinde yer almaktadır.

Doğumda beklenen yaşam süresine bakıldığında, yaklaşık bir 8 yıllık farkın olduğu görülmektedir. Yani AB vatandaşları Türkiye insanından ortalama 8 yıl daha fazla yaşamaktadır.

Sağlık ve sağlıkla ilgili olan göstergeler AB üyesi ülkelerle karşılaştırıldığında, "Türkiye'nin henüz kısa ve orta vadede AB'ye üye olmaya hazır olmadığı" tespiti yer yer yapılabilmektedir. Bu noktada şu hususu belirtmek gerekir ki; bir aday ülke ile AB ülkeleri arasında sağlık göstergeleri açısından var olan "açık", aday ülkenin AB'ye üye olmasına katı bir engel teşkil etmemektedir. Ancak şunu da eklemek gerekir ki söz konusu açık üye ülkeler nezdinde aday ülke imajının olumsuz şekillenmesine katkı yapabilmektedir. Bu noktada bir hususun altını çizmek gerekirse, AB'ye dahil olabilmenin temel koşulu AB müktesebatına uyum sağlamaktır. Aşağıda da ele alındığı üzere Türkiye cephesinde, sağlık alanında mevzuat uyumlaştırma/aktarma çalışmalarında ilerlemelerin kaydedildiği belirtilebilir. Ancak mevzuat uyumu Kopenhag kriterlerinden sadece birisidir ve önemli olan husus, AB ile Türkiye arasındaki sağlık açığını kapatabilecek kurumsal uygulama kapasitesine erişebilmektir.





## 2.2. Çağdaş Yaklaşım: Türkiye'nin Avrupalılaşma Süreci Bağlamında

Yukarıda da ifade edildiği üzere, çağdaş yaklaşım çerçevesinde Türkiye'nin sağlık ve sağlık hizmet-

leri açısından ne kadar Avrupalı olduğu iki yaklaşım kullanılarak değerlendirilmeye tabi tutulmaktadır: (1) Mekanik yaklaşım ve (2) Organik yaklaşım (Yıldırım 2010; Yıldırım ve Yıldırım 2010).

**Tüketicinin ve Sağlıkın Korunması:** Bu alandaki AB müktesebatı genel olarak, tüketicilerin ekonomik çıkarlarının korunması ile halk sağlığının korunması ve geliştirilmesi konularını kapsamaktadır. Bu başlık altında SB'nin yürüttüğü mevzuat uyum çalışmaları kapsamında, halk sağlığı alanındaki çalışmalar yer almakta ve halk sağlığının geliştirilmesi hedeflenmektedir. Bu kapsamda; bulaşıcı hastalıkların kontrolü ile ilgili yönetmelik yayımlanmış ve bu hastalıkların izlenmesi ile ilgili AB projeleri başarı ile devam ettirilmiştir. AB'nin önemle üzerinde durduğu Bulaşıcı Hastalıklar Stratejik Planı (2008-2012), SB'nin olası salgınların araştırılması ve yönetimine ilişkin kurumsal kapasitesini güçlendirmesi bakımından AB tarafından övgüyle

karşılanmıştır (Sağlık Bakanlığı Avrupa Birliği Koordinasyon Dairesi Başkanlığı 2010).

Tütün ve alkol konularında Tütün ve Alkol Piyasası Düzenleme Kurulu (TAPDK) ile işbirliği başarı ile sürdürülmekte, AIDS, diğer bulaşıcı hastalıklar, kan ve kan ürünleri, kanser, doku ve hücre, ruh sağlığı ve sağlığın geliştirilmesi gibi konularda uyum çalışmaları devam ettirilmekte ve mevcut AB programlarına katılım ve uyum öngörülmektedir (Sağlık Bakanlığı Avrupa Birliği Koordinasyon Dairesi Başkanlığı 2010).

**Malların Serbest Dolaşımı:** Malların serbest dolaşımı ilkesi genel olarak, Birliğin bütününde ürün ticaretinin serbestçe yapılabilmesi anla-

### 2.2.1. Mekanik Yaklaşım

“Mekanik yaklaşım”, “mekanik Avrupalılaşma” veya “mekanik Avrupalılık” ile sağlık alanındaki AB mevzuatının ne ölçüde Türkiye tarafından uyumlaştırıldığı ve/veya içselleştirildiği kastedilmektedir. AB sağlık mevzuatının ne düzeyde/kapsamda Türkiye iç mevzuatına dahil edildiği veya aktarıldığı bu yaklaşımın özünü oluşturmaktadır (Yıldırım 2010).

Daha önce de ifade edildiği üzere, sağlık alanındaki mevzuat uyumu çok geniş alana yayılan bir konu olması dolayısıyla müzakere başlıklarının birçoğunu ilgilendiren bir konudur. Müzakere sürecinde sağlık ve sağlık hizmetleri ağırlıklı olarak; sağlık ve tüketicinin korunması, çevre, sosyal politika ve istihdam, fikri mülkiyet hukuku, istatistik, malların serbest dolaşımı ve rekabet politikası başta olmak üzere

mına gelmektedir. Bu başlık altında SB; tıbbi ürünler, kozmetikler, deterjanlar, tıbbi cihazlar ve oyuncaklarla ilgili mevzuat uyum çalışmaları yürütmektedir. Bu alana ilişkin mevzuatın benimsenerek AB mevzuatına tam uyumu öngörülmektedir (Sağlık Bakanlığı Avrupa Birliği Koordinasyon Dairesi Başkanlığı 2010).

**İş Kurma (Yerleşme) Hakkı ve Hizmet Sunum Serbestisi:** Genel olarak bu başlık altında, AB'nin her yerinde iş kurma hakkı ve hizmet sunum serbestisinin ulusal mevzuat tarafından engellenmemesinin sağlanması amaçlanmaktadır. Bu çerçevede, belli mesleklerin icra edilmesini kolaylaştırmak amacıyla, mesleki niteliklerin ve diplomaların karşılıklı tanınmasına ilişkin özel kurullar getiril-



birçok fasıl kapsamında müzakere edilen bir alandır. Diğer birçok başlık da sağlığı dolaylı olarak ilgilendiren hükümler veya düzenlemeler içermektedir. Dolayısıyla çok sayıda müzakere başlığı altında sağlığı doğrudan veya dolaylı olarak ilgilendiren mevzuatın mekanik olarak Türkiye iç mevzuatına aktarılması gerekmektedir. Bu bağlamda ele alındığında, adaylık statüsünün verildiği 1999 yılından bugüne değin sağlık alanında mevzuatın önemli ölçüde uyumlaştırıldığını ve bu sürecin iyi bir şekilde işlediğini belirtiriz. Ancak uygulamada sorunlar yaşanmaktadır. Gerek sağlık sektörü olsun gerekse de başka sektörler olsun, AB'ye uyumda ilgili AB mevzuatının ulusal mevzuata aktarılması (mevzuat uyumu) birincil ve öncelikli konu olmakla birlikte, uyumlaştırılan mevzuatın da bir an önce uygulamaya girmesi de AB'ye uyum süreci açısından oldukça

önemli bir adımdır. Ancak mevzuatın uygulanması noktasında çok yavaş hareket edildiği belirtilebilir.

Sağlık Bakanlığı Avrupa Birliği Koordinasyon Dairesi Başkanlığı (2010) tarafından yeni yayınlanan "Avrupa Birliği ve Sağlık Bakanlığı Uyum Çalışmaları" adlı dokümanda AB üyelik perspektifinde, AB müktesebatı özelinde SB tarafından yürütülen uyum çalışmaları ele alınmaktadır. Bakanlığın bu çalışmasında aşağıdaki çerçeve alanda değerlendirilmelere yer verilmektedir.

### 2.2.2. Organik Yaklaşım

"Organik anlamda Avrupalılığa", mevzuat uyumunun da ötesinde, Türkiye'nin sağlık alanındaki Avrupalı ortak değerleri (AOD) benimseyebilmesi ve içselleştirebilmesi, yani sağlığa ilişkin "Avrupa Paradigması"nın benimsenmesi

anlamını yüklemektedir. Üye ülkelerde sağlık sistemlerinin kurulanmasında hakkaniyeti, dayanışmayı, herkesi kapsamayı ve kaliteyi ön plana çıkaran politika stratejileri benimsenip uygulanmaktadır (Yıldırım 2010).

AB düzeyindeki sağlık alanına ilişkin ortak değerlerin içselleştirilmesinin, AB açısından arzulan bir durum olarak ortaya çıktığı belirtilebilir. Bu ortak değerleri veri olarak aldığımızda Türkiye sağlık sektörünün yapısının, mevcut durumunun



mektedir. Belli meslekler bakımından, söz konusu mesleki niteliğin AB üyesi bir devlette otomatik tanınması için uyumlaştırılmış bir müfredatın izlenmesi gerekmektedir (Sağlık Bakanlığı Avrupa Birliği Koordinasyon Dairesi Başkanlığı 2010). Bu başlık altında SB'nin yürüttüğü mevzuat uyum çalışmaları; sağlık mesleklerinden öncelikle beş meslek grubunun eğitimleri ve serbest dolaşımlarıyla ilgili yeni düzenlemelerin oluşturulması kapsamında yürütülen çalışmalardır. Bu mesleklerin başlıcaları; tıp doktorları, diş hekimleri, eczacılar, hemşire ve ebelerdir. Ülkemizde bu mesleklerin eğitim müfredatı ve icrası bakımından AB'ye uyumsuzluk gösteren herhangi bir durum bulunmamaktadır. Hemşirelik mesleğindeki "bayan olma" şartı 25 Nisan 2007 tarihinde yayımlanan

Hemşirelik Kanunu ile birlikte ortadan kaldırılmış ve eğitim süresi ile eğitim müfredatı AB'ye uyumlu hale getirilmiştir. Diğer taraftan AB'nin özel mevzuatla düzenlemediği ve üye ülkelerin inisiyatifine bıraktığı sağlık meslekleri ile ilgili çalışmalar da Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü koordinasyonunda sürdürülmektedir (Sağlık Bakanlığı Avrupa Birliği Koordinasyon Dairesi Başkanlığı 2010).

**Çevre:** Topluluğun çevre politikasının amacı, mevcut ve gelecekteki nesiller için çevrenin korunması ve bu çerçevede sürdürülebilir kalkınmanın geliştirilmesidir. Bu alandaki AB müktesebatı; su ve hava kirliliği, atık ve kimyasalların yönetimi, biyoteknoloji, doğa koruma, endüstriyel kirlilik ve risk yönetimi, gürültü ve radyas-

yondan korunma gibi birçok hukuki düzenlemeyi kapsamaktadır (Sağlık Bakanlığı Avrupa Birliği Koordinasyon Dairesi Başkanlığı 2010).

Bu başlık altında yer alan çalışmalar asıl olarak Çevre Bakanlığı'nın sorumluluğunda olmasına rağmen, bazı konularda SB'nin de sorumlulukları ve uyumlaştırmak zorunda olduğu düzenlemeler mevcuttur. Hava kalitesi, su kalitesi ve biosidal ürünler ile ilgili mevzuat uyum çalışmaları Sağlık Bakanlığı'nın sorumluluğundadır. Bu alandaki AB mevzuatına uyum çalışmaları önemli ölçüde tamamlanmış olup önümüzdeki dönem Çevre ve Orman Bakanlığı ile işbirliği içinde çalışmalar sürdürülecektir (Sağlık Bakanlığı Avrupa Birliği Koordinasyon Dairesi Başkanlığı 2010).



ve izlenen politikaların bu değerleri yakalamada yetersiz kaldığı belirtilebilir. Örneğin, Avrupa'da nüfusun ortalama %98'i sağlık güvencesi kapsamında iken, Türkiye'de nüfusun yaklaşık %80'i güvencededir. Fakat bunun da çok sağlıklı olduğunu söylemek mümkün değildir. Sistemde sigortasız kesimin olması ve sistem içerisinde kullanıcı katkılarının (eksik sigortalılık) yaygın bir şekilde kullanılıyor olması gibi gerekçelerden dolayı tüm ülke/toplum düzeyinde yaygın bir dayanışmadan bahsetmek mümkün görülmemektedir. Benzer şekilde, finansmanda ve hizmetlere erişimde hakkaniyetsizliklerin olduğu belirtilebilir. Bu çerçevede Türkiye sağlık sisteminin iyi bir performans ortaya koyduğunu belirtmek olanaklı değildir. Sürdürülebilirlik ve kalite açısından da benzer yargıyı ileri sürmek de herhalde yanlış olmasa gerek. Şunu da eklemek gerekir ki, hizmetlere erişmiş olmak, o hizmetin ihtiyaç duyulan

nitelik ve nicelikte kullanılacağı garantisini de beraberinde getirmektedir (Yıldırım 2010).

Bilindiği üzere Avrupa felsefesinde ve pratiğinde "sağlık doğuştan kazanılmış bir hak" ve "sağlık hizmetlerinin nevi şahsına münhasır özellikleri diğer mal ve hizmetler gibi sağlığın piyasa koşullarında alınıp satılmasını sektöre uğratar", dolayısıyla "finansör, hizmet sunucu veya düzenleyici olarak devlet müdahalesi kaçınılmazdır" bakış açısı hakimdir. Yani Avrupa cephesinde sağlık, sosyal devlet anlayışının uygulama alanlarından birisi olarak görülmektedir. Bu bakış açılarının veya dünya görüşlerinin şekillendirdiği üst/yüksek siyaset, alt/düşük bağlamda sağlık politikalarının ve alt uygulamalarının da şekillenmesinde yegane belirleyici olmaktadır. Yani siyaset sağlık alanını bütün unsurları ile şekillendirmektedir (Yıldırım 2010).

Türkiye sağlık politikalarını belirlerken ve sağlık sistemini şekillendirirken; AB üyesi tüm ülkelerde ve AB düzeyinde geçerli olan, sağlığın ve sağlık hizmetlerinin de doğasına uygun olan ve sağlık hizmetleri doğasının beraberinde getirdiği piyasa başarısızlıklarına bir cevap niteliği taşıyan ve herkesi kapsama, dayanışma, hakkaniyet ve kalite değerlerini içeren Avrupa Sosyal Modeli felsefi bakış açısını içselleştirmeli ve uygulamaya koymalıdır (Yıldırım 2010).

Diğer birçok sosyal politika alanında olduğu gibi Türkiye cephesinde, AB sağlık politikası da minimalist (dar) çerçevede yorumlanmaktadır (yani AB sağlık politikası sadece emredici düzenlemeler - Antlaşmalar, Tüzükler, Direktifler vs- ve bu düzenlemelerin lafzı ile yorumlanmaktadır). Başka bir ifade ile konuların ele alınış biçimi

#### Kaynaklar

- Akdağ R. (2009). 100 bin Doktor, 300 bin Hemşireye İhtiyaç Var ([www.tumgazeteler.com?a=4277381](http://www.tumgazeteler.com?a=4277381), erişim: 25 Şubat 2009).
- Sağlık Bakanlığı Avrupa Birliği Koordinasyon Dairesi Başkanlığı. (2010). Avrupa Birliği ve Sağlık Bakanlığı Uyum Çalışmaları. Sağlık Bakanlığı Avrupa Birliği Koordinasyon Dairesi Başkanlığı, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı. (2010). Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2008, Sağlık Bakanlığı, Ankara.
- Sağlık-Sen. (2010). Yayınlanmamış Bilgi Notu, Sağlık-Sen, Ankara.
- WHO HFA-DB. (2010). European Health For All Database 2010, WHO.
- Yıldırım T. (2004). Avrupa Birliği Genişlemesi ve Sağlık: Avrupa Birliği'ne Uyum Sürecinde Türk Sağlık Sisteminin Karşılaşabileceği Sorunlar Hakkında





“mekanik yaklaşım” çerçevesi ile sınırlı kalmaktadır. Sağlık politikası alanında Türkiye’nin AB’ye uyum sorunsalının bütün parametreleri ile net ve de sağlıklı bir biçimde ortaya konulmasının, maksimalist (geniş) bir bakış açısını gerektirdiğine inanılmaktadır. Bundan dolayı da AB’ye uyum sürecinde ve ötesinde Türkiye sağlık ortamı için “organik yaklaşım”ın gerekli ve de kaçınılmaz olduğu belirtilebilir (Yıldırım 2010).

Yıldırım (2004), AB’ye uyum sürecinde Türkiye sağlık sisteminin karşılaştığı/karşılaşabileceği temel sorunların/güçlüklerin neler olabileceğini ortaya koymayı amaçlayan araştırmasında özet olarak aşağıda-

ki bulgulara ulaşmıştır. Bu bulgular da göstermektedir ki Avrupa yolunda “maksimalist bakış açısı” şarttır.

1. Mevzuat uyumu ve uygulanması sorunu,
2. Beyin göçü sorunu,
3. Eğitim, yetişmiş insangücü sorunu,
4. Kurumsal/ıdari kapasite geliştirme sorunu,
5. Kaynak (finansman yetersizliği) sorunu,
6. AB programlarına ve ajanslarına etkili bir şekilde katılmama (kaynak yetersizliği vs) sorunu,

7. Piyasa gözetimi ve denetiminin iyi bir şekilde yürütülememesi sorunu,

8. Siyasi irade eksikliği ve isteksizliği sorunu,

9. Toplumsal bilinçsizlik ve eksik toplum desteği sorunu,

10. STK’ların yetersizliği ve etkin olamayışları sorunu,

11. Bürokratik sabotaj/bürokrasinin kırmızı çizgileri sorunu,

12. AB tarafının Türkiye’ye yönelik olan olumsuz genel bakış açısının bir yansıması sağlığa da olmaktadır.

### 3. Sonuç Yerine

Mevcut durumda Türkiye’nin sağlık ve sağlık hizmetleri açısından tam anlamı ile bir “Avrupalı” kimliği sergilememesine rağmen, bir

geçiş dönemi yaşadığı ve “Avrupalı” olma yolunda hızla ilerlediği belirtilebilir. SDP kapsamında öngörülen reformların istendik bir biçim-

de neticelenmesi, sağlık alanında Türkiye’nin Avrupalı olmasına önemli katkıda bulunabilecektir.

Değerlendirmeler: Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

• Yıldırım HH ve Yıldırım T. (2010). Europeanization of the Turkish Health Policy: A Historical Exploration (yayınlanmamış araştırma), Ankara.

• Yıldırım HH. (2010). AB ve Sağlık Yazıları (yayınlanmamış kitap çalışması), Ankara.

• Yıldırım HH ve Yıldırım T. (2011). Avrupa Birliği Sağlık Politikaları ve Türkiye. Sağlık-Sen Yayınları, Birinci Baskı, Nisan 2011, Ankara

• YÖK/SB/DPT. (2010). Türkiye’de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsangücü Mevcut Durum Raporu, YÖK Yayın No: 2010/1, Ankara.





# "Önce 'Kendine' Zarar Verme"



**Dr. İbrahim ERSOY**

Medimagazin Genel Yayın Yönetmeni



**Sağlık çalışanları ve özelde hekimler olmak üzere hastaların, basın, şimdi de mahkemelerin baskısıyla artık “Önce zarar verme” ilkesi bir hekim için “Önce ‘kendine’ zarar verme” şekline dönüşmeye başlamıştır.**

### I. Genel Olarak

Hekimlerin tıp fakültelerindeki öğrencilik dönemlerinde ve daha sonraki hayatlarında, hekimlik mesleğinin ilkeleri kabul edilen birkaç söz vardır. Tıbbi teknoloji veya sağlık politikalarının değişmesiyle birlikte belki bu cümlelerin anlamlarını kaybetmeleri, politika yapıcılarının veya sağlık sektöründeki karar vericilerin tekrar sorgulaması gereken ilkelerdir.

Tababet hayatımızda en çok duyduğumuz veya hissettiğimiz birinci cümle “Hastalık yoktur, hasta vardır” ilkesidir. Bu ilkenin günümüz sağlık hizmetlerinin karmaşıklığında anlamını yitirmesi, hatta “sadece hastalık vardır, hasta yoktur” şekline dönüşmesi, hastanın ismi bile öğrenilmeden tedavi edilmeye çalışılması, modern tıbbın büyük çikmazlarındandır.

Yine tıp fakültesinde her zaman söylenen ve bir diğer kulağımıza küpe olan ilke ise “Primum Nil Nocere” yani “Önce Zarar Verme” ilkesidir. Peki bu ilke günümüzde nasıl bir değişime uğradı?

Bilindiği gibi tıbbi hatalar yıllardan beri yazılı ve görsel basını-

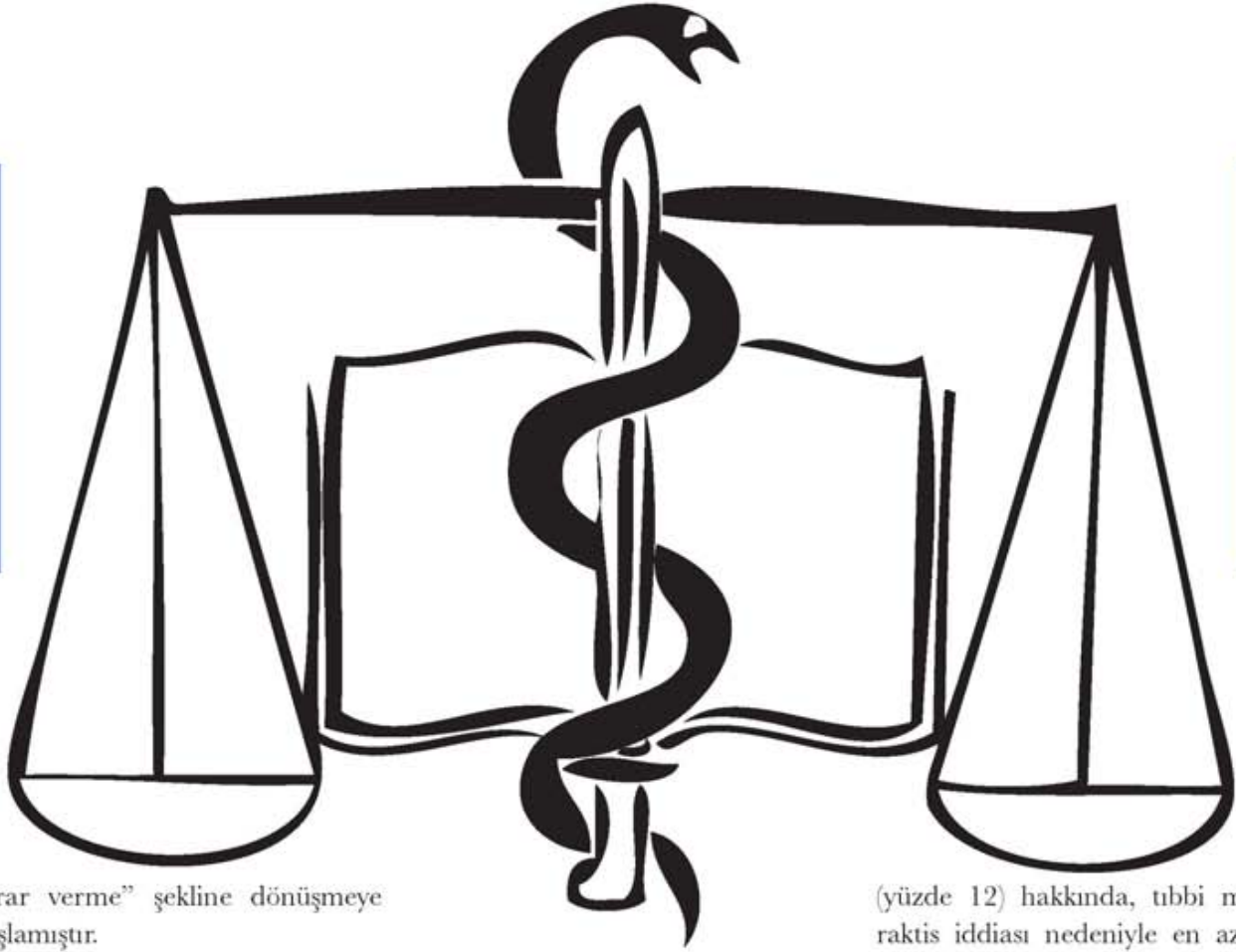
mızın sürekli ilgisini çekmiş, hastasına “zarar” veren doktorlar sürekli hedef tahtasına oturtulmuş, çoğu zaman sistemin yetersizlikleri sorgulanmadan hekimler dar ağacında sallandırılmıştır. Basında tıbbi haberler hazırlayanlardaki yetersizlikler de bunun üzerine eklenince, komplikasyonlar da “tıbbi hata” mahiyetinde değerlendirilmiş, amaç “üzüm yemek değil bağcıyı dövmek” olduğundan, başta hekimler olmak üzere sağlık çalışanları sürekli “basın şiddeti”ne maruz kalmıştır. Günümüzde de bu durum değişmiş değil. Hatta olanca hızıyla yaygınlaşarak sürmektedir. Her hafta “tıbbi hata” adı altında haberler sürekli basında çıkarken, şimdi de bunun üzerine binlerce liralık hatta milyon liralık tazminat istemleri oturmuştur.

Amacım hekimlerin veya diğer sağlık çalışanlarının “hiç hatası yok” demek değil, sadece yapılan tıbbi hataların (komplikasyonların değil) bir sistem içinde değerlendirilmesi, ceza verilecekse bunun da belli kriterler çerçevesinde belirlenmesidir. Hastalık çeşitliliğinin arttığı, hekimlerin neredeyse hastalık düzeyinde branşlaştığı, tıbbi bilgi yarılanma süresinin iyice azaldığı, tıptaki gelişmelere rağmen hastalık tedavilerinde gri alanların arttığı günümüzde, sağlık hukukunun geliştirilmesi ve hatta sağlıkla ilgili ihtisas mahkemelerinin kurulması kaçınılmazdır.

Sağlık çalışanları ve özelde hekimler olmak üzere hastaların, basın, şimdi de mahkemelerin baskısıyla artık “Önce zarar verme” ilkesi bir hekim için “Önce ‘kendine’







zarar verme" şekline dönüşmeye başlamıştır.

Son günlerde sağlık kamuoyunda "defansif tıp" teriminin giderek yaygınlaşması, hekimlerin üzerlerinde hissettikleri baskıdan dolayı kompleks hastaları veya zor vakaları değil, rutin hastaları tedaviye yönelmeleri daha çok gündem olmaya başlamıştır.

Defansif tıpla hekimler arasında yaygınlaşan "Önce hastaya zarar verme" değil, "Önce kendine zarar verme" düşüncesi de bilimsel araştırmalarla da ortaya konmuştur.

Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalında Araştırma Görevlisi olan Dr. Yusuf Aynacı tarafından yazılan uzmanlık tezinde, hekimlerde defansif tıp uygulamaları araştırıldı. 2008'de Konya'da yapılan araştırmanın sonuçlarına göre, hekimlerin yüzde

79'u yeni TCK sonrası hekimlik uygulamalarında tedirginlik hissettiklerini belirtirken, üç hekimden biri kompleks medikal problemleri olan hastalardan kaçındıklarını belirtiyorlar.

Araştırma sonucuna göre, Sağlık Bakanlığı bünyesindeki kamu hastanesi hekimlerinin, cerrahi branş hekimlerinin, acil servislerde çalışan pratisyen hekimlerin, haklarında malpraktis davası açılanların, malpraktis sigorta poliçesi yaptıranların, yeni TCK'nın yürürlüğe girmesinden sonra hekimlik uygulamalarında tedirginlik hissedenlerin ve her an bir malpraktis davası ile karşılaşma riskini yüksek görenlerin defansif tıp uygulamalarını daha fazla uyguladıkları belirlendi.

Araştırma kapsamında ankette yanıt veren 760 hekimden 94'ü

(yüzde 12) hakkında, tıbbi malpraktis iddiası nedeniyle en az bir defa dava açıldığı tespit edildi. Tüm dava edilenler içindeki en yüksek dava edilme oranları ortopedi ile kadın hastalıkları ve doğum (yüzde 16) branşlarında gerçekleşti. Bunu pratisyen acil servis hekimliği (yüzde 15), genel cerrahi (yüzde 7), dahiliye (yüzde 7), çocuk hastalıkları (yüzde 6) izledi.

Anket sonuçlarına göre, tıbbi malpraktis davası açılan hekimler, tıbbi performanslarının daha fazla azalacağını, dava ile karşılaşma risklerinin daha fazla olduğunu belirtti. Bu hekimler ayrıca, yeni TCK'dan daha fazla tedirgin olduklarını, defansif tıp uygulamaları gerçekleştirdiklerini, daha fazla tetkik istediklerini, daha fazla ilaç yazdıklarını, daha fazla konsültasyon istediklerini, daha fazla endikasyonsuz hasta yatırdıklarını, kayıtları daha detaylı tuttuklarını ve görüntüleme tetkik-



**Sağlık Bakanlığının son yıllarda yoğun bir şekilde gündemde tuttuğu “Hasta hakları” uygulaması da, ne hasta ne de hekim tarafından “birleştirici” bir kavram olarak algılanmamış, hekimle hastanın “arasını” açmıştır. Hasta haklarına karşı bu kez hekim kamuoyu “hekim haklarını” gündeme taşımaya başlamış, sonuç olarak “hak” yerine “düşmanlık” başlamıştır. Bu uygulamanın da sağlıkta politika yapıcılar tarafından tekrar değerlendirilmesi, sorumlulukların gündeme getirilmesi ve belki de “sağlık hakkı” kavramının birleştirici etkisinden yararlanılması gerekmektedir.**

lerini daha sık istediklerini ifade ettiler.

Hekimlerin yüzde 79’u, hekimleri de ilgilendiren yasal düzenlemelerle yürürlüğe giren yeni TCK’dan sonra hekimlik uygulamalarında tedirginlik hissettiğini kaydetti. Hekimlerin yüzde 40’ı tıbbi malpraktis davası ile karşılaşma riskini son derece yüksek görürken, yaklaşık dört hekimden sadece biri (yüzde 27) bu riskin kendisi için yüksek olmadığını söyledi. Haklarında açılacak tıbbi malpraktis davasının hekimlik performanslarını azaltacağını belirtenlerin oranı yüzde 84 olarak tespit edildi. Acil tıp uzmanlarının tamamı, acil servis pratisyen hekimlerin yüzde 90’ı dava sonrası performanslarının azalacağını belirtenken, dahili tıp bilimlerinden yüzde 96’lık en yüksek yüzde ile yanıt veren kardiyojoloji uzmanları oldu.

Yine ankete katılan hekimler, “Tıbbi malpraktis sigortası yaptırmanız hekimlik uygulamalarınızı daha rahat yapmanızı sağlar mı?” sorusuna yüzde 34 oranında “kesinlikle evet” ve “evet” derken, yüzde 38 oranında “kesinlikle hayır” ve “hayır”, yüzde 27 oranında “karar-

sızım” yanıtını verdi. Her beş hekimden üçü, sigortanın yeteri kadar korumadığını sözlü olarak belirtti.

Hekimlerin yaklaşık üçte biri dava etme olasılığı yüksek hastalardan ve kompleks medikal problemleri olan hastalardan kaçındıklarını bildirdi. Hekimlerin yüzde 37’si komplikasyonları yüksek tedavilerden uzak durduklarını, yüzde 24’ü tedavi olanakları bulunduğu halde riskli hastaları her zaman ve çoğu zaman sevk ettiklerini söyledi.

Bu araştırmadan çıkan sonuçlar iyi değerlendirildiğinde görülecektir ki, tıbbi hataların ve komplikasyonların hem basın, hem hasta, hem de mahkemelerce bu şekilde yorumlanmaya devam ettiği sürece, defansif tıp giderek daha da yaygınlaşacak, hekim hastayı karşısına aldığı anda “Önce nasıl kendime zarar vermem” düşüncesi iyiden iyiye hekimlerin zihninde yerleşecektir.

Tüm bunların dışında sağlık politika yapıcılarının 2 konuya daha dikkat etmesi gerekiyor: Hasta hakları ve performansla yönelik ücret ödemesi.

Hekimlere performansla yönelik ücret ödemesi her ne kadar daha sonra hizmet kalite standartlarının geliştirilmesine yönelmiş olsa da temel algı “nitelik” değil “nicelik”tir. Özellikle daha çok komplike hastaların başvurduğu üniversite ve eğitim hastanelerinde de bu sistemin uygulanması, ilerde bu hastaların “ortada” kalma riskini doğurabilir. Bu nedenle eğitim ve araştırmanın olduğu bu hastanelerde, farklı bir ücretlendirme sisteminin uygulanması gerekmektedir.

Sağlık Bakanlığının son yıllarda yoğun bir şekilde gündemde tuttuğu “Hasta hakları” uygulaması da, ne hasta ne de hekim tarafından “birleştirici” bir kavram olarak algılanmamış, hekimle hastanın “arasını” açmıştır. Hasta haklarına karşı bu kez hekim kamuoyu “hekim haklarını” gündeme taşımaya başlamış, sonuç olarak “hak” yerine “düşmanlık” başlamıştır. Bu uygulamanın da sağlıkta politika yapıcılar tarafından tekrar değerlendirilmesi, sorumlulukların gündeme getirilmesi ve belki de “sağlık hakkı” kavramının birleştirici etkisinden yararlanılması gerekmektedir.



# Medyada **G** **Z** Ardı Edilen Haklar



**Murat KALEM**

Sağlık İletişimi Uzmanı - Sağlık-Sen Genel Başkan Danışmanı



**Türkiye’de medya; sağlık politikaları, sağlık sisteminin sorunları, çalışan ve hasta hakları, toplum sağlığının korunması ve geliştirilmesi gibi konulara uzaktır. Sağlıkla ilgili sorunları yalın haliyle ele almak, kamu adına savunuculuk stratejileri geliştirmek medyanın hemen hiç tercih etmediği bir tarzdır. Çünkü medyanın sağlık alanına ilişkin haber değer ölçütü ilgi çekiciliktir.**

Kitle iletişim araçları, sağlık alanında kolay ve ucuz erişim kaynağı olması nedeniyle, toplumun bilgi ihtiyacının karşılanmasında ilk tercih edilen araçlardır. Sağlık enformasyon ihtiyacının karşılanmasında medyanın öncü rolü ve gücünü; bilgilendirme sorumluluğu, kamu yararı hedefi, diğer bir ifadeyle kamuya zarar vermeme hassasiyetini gözeterek ve doğruluk ilkesine bağlı bir şekilde sürdürmesi hayati bir önem taşımaktadır.

Medya; sağlığın korunması ve geliştirilmesi sürecinde toplumsal bilinci artırmak, karmaşık olmayan bilgi ve mesaj iletimini sağlamak, kamu yararı gözetilen kampanyalar veya sağlık konularını kamuoyunun gündemi haline dönüştürmek gibi amaçlar doğrultusunda önemli bir işlev görebilir. Ancak birey ve toplum sağlığının korunması ve geliştirilmesi politikaları çerçevesinde sağlıkla ilgili medyadan beklentiler ile medyanın öncelikleri arasında paralellik kurmak oldukça güçtür.

Sağlığın sosyalleşmesi adı verilen sağlık iletişim süreci içinde; sağlık bilincinin gelişmesi ve yerleşmesi gibi hedeflere ulaşmak için medyanın vazgeçilemez bir önemi vardır. Ancak sağlık konularına yaklaşımında önceliklerini belirleyen güç

ilişkileri nedeniyle medya meşruiyeti ve güvenilirliği açısından tartışılmaktadır.

Medyaya yöneltilen eleştirilerin temelinde haber içeriklerinde ve haberlerin veriliş tarzında belirleyici rolü ticari etmenlerin oynadığı şüphelenmektedir. Medya kuruluşları üzerinde sahiplik yapısından kaynaklanan ve giderek artan finansal baskı ve ticari koşullar, içerik üzerinde açık bir etki yaratmaktadır.

Türkiye’de medya; sağlık politikaları, sağlık sisteminin sorunları, çalışan ve hasta hakları, toplum sağlığının korunması ve geliştirilmesi gibi konulara uzaktır. Sağlıkla ilgili sorunları yalın haliyle ele almak, kamu adına savunuculuk stratejile-

ri geliştirmek medyanın hemen hiç tercih etmediği bir tarzdır. Çünkü medyanın sağlık alanına ilişkin haber değer ölçütü ilgi çekiciliktir. Medyaya göre her türlü sağlık enformasyonu, ancak magazinselleştirilerek, sansasyon veya abartı gibi tekniklerle talep edilebilir hale gelmiş olacaktır.

Toplumun sağlık alanındaki enformasyon tüketimi, sağlık endüstrisi - medya ortaklığının kontrolünde yönlendirilen ve yeniden üretilen ihtiyaçlar haline dönüşmektedir. Sağlık endüstrisi ile ilişkisi çerçevesinde bireye ve topluma ihtiyaç üretilmekte, enformasyon adı altında medya; topluma ticari ürün pazarlamaktadır. Medya tarafından işle-





nerek servis edilen şey, sağlık enformasyonu niteliğini yitirmiş olsa da, önemli olan, sunulan ürünü bol alıcılı hale getirmektir. Medyanın bu yaklaşımı, sağlık alanında doğruları uygulama mücadelesini olumsuz etkilemektedir. Niteliksiz ve yanlış sağlık enformasyonu ile beslenen bir toplum, her zaman, sağlık profesyonellerinin görev ve sorumluluklarını

yerine getirmelerini zorlaştıracak gibi, başa çıkmaları gereken yeni sorunlar üretebilecektir.

Medyanın sağlık enformasyon sürecinde haber kaynağı olarak en çok başvurduğu kesim sağlık çalışanları ve bu grubun içindeki hekimlerdir. Ancak, başta hekimler olmak üzere sağlık çalışanları genel

olarak, medyanın sağlık yayın ve haberlerini sorunlu, topluma zararlı, çalışanların çalışma koşulları ve haklarına zarar veren nitelikte bulunmaktadır. Sağlık haber ve yayınlarında sunulan enformasyonun, arka alanında gizlenen reklam hedefi ve ticari beklentiler nedeniyle medya, sağlık çalışanları tarafından güvenilirdir bulunmamaktadır.

### Sağlık Çalışanlarının Medya Algısı

Sağlık çalışanlarının sağlık haber ve yayınları ile ilgili tutumlarını ölçen bir araştırma gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmada, sağlık çalışanlarının medyaya güven düzeyleri, medyanın sağlık alanındaki rolüne ilişkin kanaatleri, medyanın haber ve yayınlarında gördükleri sorunlara ilişkin görüşleri ölçülmeye çalışılmıştır.

Sağlık çalışanları ağırlıklı olarak; medyanın sağlık alanına ilgisini; sağlık sisteminin sorunlarıyla mücadele

hedefinin değil; ticari kaygıların şekillendirdiği düşüncesini ortaya koymuşlardır. Hekim, hemşire, ebe, sağlık memuru başta olmak üzere bütün sağlık meslek gruplarından 400 katılımcı üzerinden gerçekleştirilen çalışmada, katılımcıların sadece yüzde 10'u sağlıkla ilgili haber üretim sürecini gazetecilik mesleğinin gerekleri ve etik ilkelerin belirlediğine inandıklarını belirtmişlerdir. Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının yüzde 60'ı; medyanın; sağlık enformasyonu sağlama, doğru sağlık bilgisi aktarma, kitlelere tutum kazandırma, kitleleri sağlık riskleri konusunda uyarma, toplum sağlığı adına savunuculuk stratejileri geliştirme ve bu çerçevede sosyal pazarlama projelerine destek verme gibi konularda önemli bir rolü olduğuna inanmaktadır. Buna karşın yüzde 90'lık kesim kurumsal çıkarların haber üretim sürecine yön verdiğini, medyanın sağlık alanına ilgisini reklam verenler, holdingler, piar ve ilaç şirketleri ile kurduğu ilişkilerin biçimlendirdiğini düşünmektedir.<sup>1</sup>

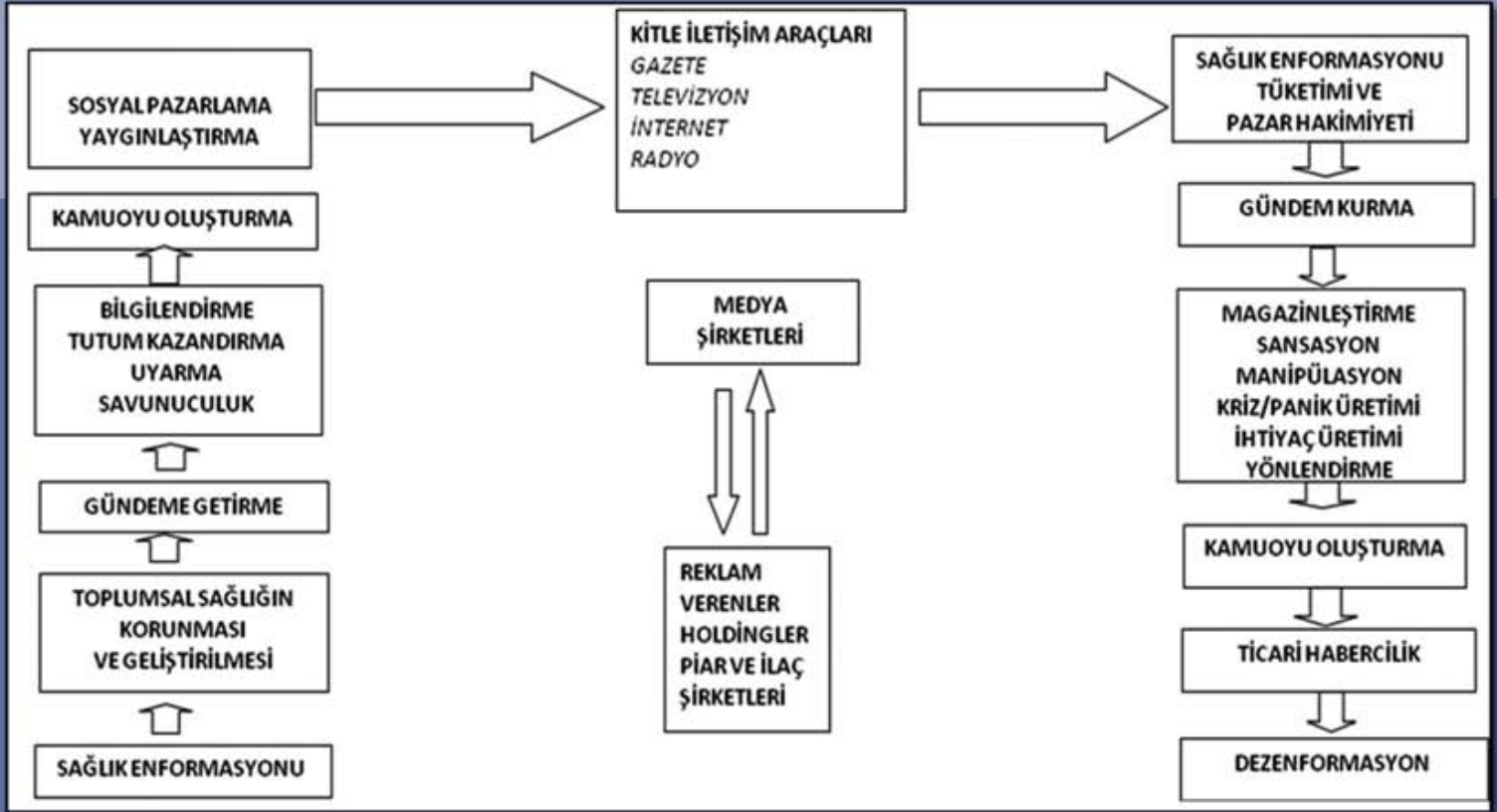
açıklarken, teknelci eğilimlerine dikkat çekmektedir. Medya kuruluşlarının çoğu, medya endüstrisi ile birlikte başka alanlarda da faaliyet gösteren, büyük cirolara ve istihdam kapasitelerine sahip çok uluslu dev holdinglerdir.

Bu kurumlar ürünün kaynağını, üretim ve dağıtım araçlarını ve ürünleri için gereken pazarı mümkün olduğunca kontrol altında tutmaya çalışırlar. Nerede, ne zaman, neyi göreceğimize karar vermede egemen konumdalar. Kurumsal değerler konusunda tartışılır bir konumdadırlar. Kâr değer veriyorlar. Birçoğu ticari oldukları ve hissedarlarına karşı sorumlu oldukları için kâr amacının öncelik taşıması kaçınılmazdır. Bu kuruluşlar tamamen kapitalist bir toplumsal sisteme ve ideolojiye değer verir. Medyanın arkasına aldığı güç merkezleri, medya kanalıyla yayılan ürünü; hedeflediği değer veya fikirleri en güçlü iletebilecek düzeyde şekillendirir. Böylece izleyicinin görüşleri de şekillenmiş olur.<sup>2</sup>

Frankfurt okulunun önde gelen düşünürlerinden Adorno da, kitle iletişim araçlarının gerçekliği çar-



1-Kalem, M.: Sağlık Çalışanlarının Medyadaki Sağlık Haberlerine Karşı Tutum ve Davranışları, Yayınlanmamış Master Tezi, Gazi Üniversitesi 2010  
2-Burton, G.: Görünenden Fazlası Medya Analizlerine Giriş, çev. Nefin Dinç, İstanbul, Alan Yayıncılık, 1995 S. 49-72



Şekil 1: Sağlık çalışanlarına göre, Türkiye'deki medyaya yön veren piyasa gücünün sağlık enformasyon sürecine etkileri

ılarak verebildiğinden, kitlelerin hayatları üzerinde etkide bulunarak, onları pasifize edebileceğinden

bahseder.<sup>3</sup> Halbuki Tıbbın içsel ve temel amacının sağlık olması gibi, önemli güncel olaylar hakkında

gerçeği anlatmak da gazeteciliğin içsel ve temel amacı olmalıdır.<sup>4</sup>

### Sağlık Çalışanlarına Göre Medyadaki Sağlık Haber ve Yayınlarının Sorunları

Kitle iletişim araçları ile yayılan sağlık enformasyonunun güvenilirliği her zaman tartışılan bir konu olmuştur. Burton, haberin doğruların ve gerçeklerin toplamı olduğu düşüncesinin yalan olduğunu söyler. Çünkü haberin toplanması, seçimi ve işlenmesi sürecinde belirleyici olan bir kısım aktörler vardır. Bu nedenle haber üretim süreci aynı zamanda bir taraf tutma faaliyetidir. Yazı işleri müdürünün belirlediği gündem, neyin önemli olduğu konusunda verilen karardır. Haber makinesi genel olarak kötü haberlerin dramatik etkisine değer verir.

Kötü haber iyi haberdir. (Hastane enfeksiyonu nedeniyle toplu bebek ölümleri, domuz gribi aşısına bağlı ölüm vakaları v.s.)<sup>5</sup> Örneğin bir sağlık skandalı mağdurunun öyküsü, olaya ilişkin karmaşık bağlar araştırılmadan, dramatize edilerek haberleştirilir. Bir muhabir için hasta veya yakınına saldıran doktor önemli haber konusudur, ancak hasta yakını tarafından darp edilen doktor genellikle haber değildir. Haberin değerini besleyen olumsuzluk, dramatik sahnelerle geliştirilebilecektir. Hastalığının üstüne bir de saldırıya uğramış vatandaş profiliyle izleyi-

ciyi cezp etme şartları oluşmuştur. Ne muhabirin gerçeklerle ilgilenme niyeti ne de editörün böyle bir beklentisi vardır. Hasta veya yakını tarafından darp edilen doktor olayı üzerine yapılan haberler ise, çoğu zaman okurlarda "dayak yediyse vardır bir nedeni" şeklinde bir yaklaşımla karşılanmaktadır.

Başka bir tartışma konusu ise, medyanın halkın sağlıkla ilgili kaygılarını istismar edip etmediği üzerine yapılmaktadır. Sağlık kurumlarında yaşanan tıbbi hatalarla ilgili çok sayıda olaya haber ve yayınlarında

3- Karaboğa, T., Medya ve Toplum İlişkileri, Ankara, Karınca Yayınları, 2010, S.22

4- O'Neil, J., "Piyasada Gazetecilik Yapmak", Medya ve Gazetecilikte Etik Sorunlar, der. Andrew Belsey ve Ruth Chadwick, çev. Nurçay Türkoğlu, İstanbul, Ayrıntı Yayınları, 1998, S. 36

5- Burton, G., Görünenden Fazlası Medya Analizlerine Giriş, çev. Nefin Dinç, İstanbul, Alan Yayıncılık, 1995 S. 136-137

6- Çınarlı, İ., Sağlık İletişimi ve Medya, İstanbul, Nobel Yayın Dağıtım, 2008, S. 103



yer veren medya, özensiz hazırlanmış, kalitesiz sağlık bilgilerini kitlelere aktarırken, kamu sağlığı üzerinde oluşturacağı zararlar konusunda aynı hassasiyeti göstermemektedir.

Tıp ve sağlıkla ilgili haberler; bilimsellikten, haberciliğin bilgilendirme, tarafsızlık ve nesnellik ilkelerinden uzaktır. Ülkemizdeki sağlık haberciliği medya kurumsallaşması içinde, temel bir uzmanlık alanı olarak benimsenmemiştir. Yazılı ve görsel basının genelinde sağlık alanında görevlendirilen muhabirler aynı zamanda eğitim, adalet gibi başka alanlarda da görevlendirilmektedirler. Bu durum sağlık haberciliğinde uzmanlaşmama sorununu doğurmuştur.

Türkiye’de sağlık haberciliği konusu, sağlık profesyonelleri, bilim adamları ve medya temsilcilerinin katılımıyla gerçekleştirilen “Sağlık Bilinci ve Medya Toplantısı’nda

tartılmıştır. Bu toplantının çıktıları, Türkiye’deki sağlık haberciliğinin niteliği ve yaşadığı sorunları açısından önemli tespitler içermektedir.

Toplantıya ilişkin bildirgenin başında; sağlık haberciliği alanında, haber oluşturma kararı, haber kaynağı, medyada yer alması ve halkın haberden yararlanması gibi açılardan sorunlar bulunduğu vurgulanmıştır. Söz konusu bildirmede, yaşanan sorunların çözümünde, sağlıkta uzmanlaşmanın desteklenmesi, editörlerin sağlık alanında ilgili meslek kuruluşları tarafından bilgilendi-

rilmesi, sağlık habercisinin haber yapma özgürlüğüne ve bağımsızlığına yönelik baskılara izin verilmemesi, gerek sağlık habercisinin, gerekse haber kaynağının sürekli eğitime tabii tutulması gibi öneriler sıralanmıştır.<sup>7</sup>

Sağlık çalışanları medya pazarındaki sağlık enformasyonunun halk sağlığına olduğu kadar, halk ile sağlık çalışanı arasındaki ilişkiye de zarar verdiğini düşünmektedir. Sağlık-Sen’in 2010 yılında gerçekleştirdiği Sağlıkta Vizyon Sempozyumunda sağlıkta şiddetin boyutları değerlendirilmiş, sempozyumun sonuç bildirgesinde medyada sağlık çalışanlarına yönelik artan şiddet olaylarına katkı sağlayan haber ve yayınlara sıkça rastlandığı belirtilerek, medyaya vatandaşlar ile sağlık çalışanları arasında kutuplaşmayı ve şiddeti körükleyen yayınlar konusunda sorumluluğu hatırlatılmıştır.<sup>8</sup>

Sağlık-Sen’in 12 bölgede 1100 sağlık çalışanı ile gerçekleştirdi-

**Sağlık çalışanlarına, medya açısından sağlık çalışanlarının mesleki saygınlığının ne önem ifade ettiği sorulmuştur. Sağlık çalışanlarının yüzde 84’ü medyanın sağlıkla ve sağlık çalışanları ile ilgili haberlerde, çalışanların mesleki saygınlığına önem vermediği görüşünü taşımaktadır.**

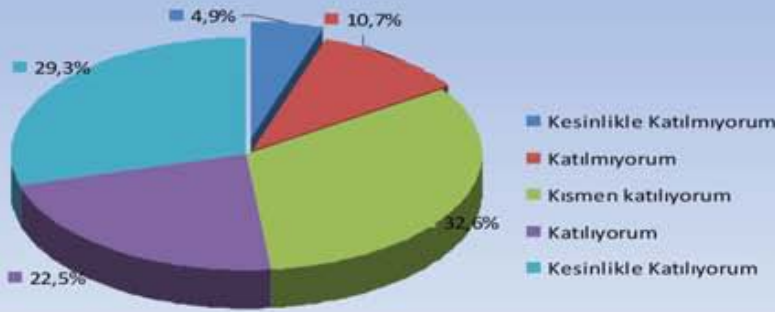


7- www.esamder.org.tr

8- "Sağlıkta Vizyon Sempozyumu Çözüm Önerileri" Sağlık-Sen, Ankara, 2010 S. 31



Hemşire ve ebelerin şiddete maruz kalmasında medyada çıkan haber/yayınların rolü vardır..



**Sağlık-Sen'in 12 bölgede 1100 sağlık çalışanı ile gerçekleştirdiği ankette çalışanların yüzde 84'ü medyanın haber dilinin yaşadıkları şiddette önemli bir payı olduğu görüşünü belirtmişlerdir.**

ği ankette çalışanların yüzde 84'ü medyanın haber dilinin yaşadıkları şiddette önemli bir payı olduğu görüşünü belirtmişlerdir. Aynı araştırmada her an hasta ve hasta yakınları ile yüz yüze olan sağlık çalışanlarının yüzde 71'i, yaptıkları görevin gerektirdiği mesleki saygınlığa toplumun hak ettiği değeri göstermediğine inandıklarını ifade etmektedirler. Sağlık çalışanlarının medya algısını ölçen 2010 yılı araş-

tırma sonuçları da sağlık çalışanlarının toplum nazarındaki mesleki yıpranmışlıklarında medyanın payı olduğu inancını ortaya koymaktadır.

Sağlık çalışanlarına, medya açısından sağlık çalışanlarının mesleki saygınlığının ne önem ifade ettiği sorulmuştur. Sağlık çalışanlarının yüzde 84'ü medyanın sağlıkla ve sağlık çalışanları ile ilgili haberler-

de, çalışanların mesleki saygınlığına önem vermediği görüşünü taşımaktadır. Araştırma verilerine göre, hekimlerin yüzde 62'si, hemşirelerin 48'i, medyanın mesleki saygınlığa hiç önem vermediğini düşünmektedir. Araştırmaya katılan erkeklerin yüzde 87,4'ü, kadınların yüzde 84,5'i sağlık çalışanı-halk iletişimini medya yayınlarının olumsuz etkilediğine inanmaktadır.

## Sonuç

Ülkemizde, medya, kendisinden beklenen işlevin sınırlarının dışına sıkça çıkmaktadır. Kimi zaman manipülatif bir haberle, sağlık çalışanlarına karşı kitlelere negatif yargılar yükleyebileceği gibi, kimi zaman da titiz ve doğruluğundan emin bir şekilde hazırlanmamış haberleri ile birey ve toplum sağlığına zarar verebilmektedir.<sup>9</sup>

Tıp etiğindeki bireysel zarar vermeme ilkesi, medyanın kitleler üzerindeki gücü ve etkisi düşünüldüğünde kamuya iletilen tıp ve sağlıkla ilgili haberlerin de bireysel ve hatta toplumsal zarara yol açabilme

olasılığının da göz önünde bulundurulması gerekliliğini hatırlatmalıdır.

Guth ve Marsh hem tıp etiğinin, hem de gazetecilik etiğinin kurallarının pasif değil, aktif bir özelliğe sahip olduğunu, bu kapsamda var olan etik değerlerin, yalnızca düşüncelerde kalmaması ve eylemlere de yansması gerektiğini ifade etmektedir.<sup>10</sup>

Tıptaki "öncelikle zarar verme" ilkesinin, hedef kitleye ulaştırılan sağlıkla ilgili mesajların birey ve toplum sağlığını etkileyecek nitelikte olduğu gerçeğinden hareket-

le, medya için de bağlayıcı olması gerekmektedir. Çünkü hekimin yapacağı hatanın bireysel sonuçları olurken, medya yoluyla sunulacak yanlış bir mesajın olumsuz etkisinin kitlesel düzeyde gerçekleşme ihtimali söz konusudur. Medyada haberin sunumu içinde yapılan bir eleştiri, kişinin şeref ve haysiyetine, özel hayatına, gizlilik alanına, mesleki itibarına zarar vermemelidir. Sağlık kurumlarında yaşanan birtakım kazaları sağlık skandalı olarak yansıtan medya, çalışanların yaşadığı iş kazalarının yüzde 60'ından fazlasının rapor edilmediği gerçeğini de önemsemelidir.<sup>11</sup>

9- Çınarlı, İ.; Sağlık İletişimi ve Medya, İstanbul, Nobel Yayın Dağıtım, 2008, S. 145

10- a.g.e S.146

11- Karahocagil, M.; Sağlık Çalışanlarının Sorunları ve Çözüm Yolları Sempozyumu" Sağlık-Sen Yayınları, Ankara, 2010 S. 41



# Hasta ile Sağlık Çalışanları Arasındaki Haklar



*Yrd. Doç. Dr. Hayrunnisa ÖZDEMİR*

Erzincan Üniversitesi Hukuk Fakültesi Medeni Hukuk Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

**Hasta ve sağlık çalışanlarının hakları temelde birbirinden farklı kavramlar değildir. Hasta haklarının amacı, sağlık çalışanlarının faaliyetlerini daha iyi yerine getirmesini sağlamaktır. Hastaların ise, hekimlere şikâyetlerini daha kolay ve çekinmeden anlatabilmeleridir. Bundan dolayıdır ki, hasta ve sağlık çalışanlarının haklarının temelinde, hastanın sağlığına kavuşması yer alır.**

### I. Genel Olarak

Hasta ve sağlık çalışanlarının hakları temelde birbirinden farklı kavramlar değildir. Hasta haklarının amacı, sağlık çalışanlarının faaliyetlerini daha iyi yerine getirmesini sağlamaktır. Hastaların ise, hekimlere şikâyetlerini daha kolay ve çekinmeden anlatabilmeleridir. Bundan dolayıdır ki, hasta ve sağlık çalışanlarının haklarının temelinde, hastanın sağlığına kavuşması yer alır.

Hastanın sağlığına kavuşmasında sağlık çalışanları bir bütün

halinde yer alırlar. Acil bir hasta hastaneye getirilirken, ilk olarak bir sağlık çalışanı olan Acil Tıp teknisyeni ile karşılaşır. Bu ilişki hastanede hekim, hemşire, laborant, röntgen teknisyeni vb. bütün sağlık çalışanları ile şekillenir. Bütün bu sağlık çalışanlarının başında onları sevk ve idare eden hekim bulunmaktadır. Hekim, sağlık çalışanlarının sevk ve idare edilmesinde büyük bir önem ve yere sahiptir.

### II. Tarihi Gelişim

Hasta haklarını ilk düzenleyen metin Hipokrat yemini<sup>1</sup> Hipokrat, hekimlik mesleği uygulamalarını etik bir zemine oturtmuş, hekim ve hasta ilişkisinde bugün gelinen noktanın temellerini atmıştır.<sup>2</sup> Hipokrat, hekim hasta ilişkisinde hekime görev yüklemiş ve hastanın yararını ön plana çıkarmıştır. Dünyada hasta haklarının gelişimi, 1946 yılında hazırlanan Nürnberg Kodu'na dayanmaktadır. Kodlar, Nazi rejiminin toplama kampla-

rındaki insanlar üzerinde yaptığı deneyler nedeniyle düzenlenmiştir.<sup>3</sup> Nürnberg Kodlarında kişiler üzerinde deney yapılabilmesi için özgür ve aydınlatılmış rızalarının alınması, rıza ehliyetinin olması, toplumsal yararın ön planda olması, gereksiz bedensel ya da ruhsal acı verilmemesi, kalıcı bedensel zararların ya da ölüm sonucunun doğmaması ve

*Hekimlik mesleği üyeleri arasına katıldığım şu anda hayatımı insanlık yolunda adayacağımı açıkça bildiriyor ve söz veriyorum, hocalarıma, saygı ve gönül borcumu her zaman koruyacağıma, sanatımı vicdanımın buyrukları doğrultusunda dikkat ve özenle yerine getireceğime, hasta ve toplumun sağlığını baş görev sayacağıma, benden hizmet bekleyen kimselerin sırlarına saygılı olacağıma ve onları saklayacağıma, hekimlik mesleğinin onurunu ve temiz töresini sürdüreceğime, meslektaşlarımı kardeş bileceğime, din, milliyet, ırk, siyasi eğitim ya da toplumsal sınıf ayırmalarının görevimle hastam arasına girmesine izin vermeyeceğime, insan hayatına, kesinlikle saygı göstereceğime, baskı altında kalsam bile, up bilgilerimi insanlık değer ve yasalarına karşı kullanmayacağıma, açıkça, özgürce ve namusum üzerine and içerim.*

Hipokrat Yeminin Günümüzdeki Hali



deneğin her an sona erdirilmesini isteme hakkı düzenlenmiştir. Kod, 1954 yılında ve 1964 yılında WHO<sup>4</sup> tarafından genişletilmiştir. 1981 yılındaki Lizbon Hasta Hakları Bildirgesi'nden sonra 1994 yılında WHO tarafından Avrupa'da Hasta Haklarının Geliştirilmesi Bildirgesi hazırlanmıştır. 1997 yılında ise Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması

Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi (İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi) imzalanmıştır.<sup>5</sup> Türkiye'de bu sözleşme, 2003 yılında yürürlüğe girmiştir. Sözleşmede, hasta hekim ilişkisi çerçevesinde hastanın bilgilendirilmesi, aydınlatılmış rızasının alınması, özel yaşamın gizliliği, hastaların kendileri

hakkında karar verme hakları, tıbbi araştırmalarda zarara uğramaktan korunma hakları düzenlenmiştir.<sup>6</sup> Ülkemizde konuyla ilgili diğer düzenlemeler ise, Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun, Organ ve Doku Alınması, Saklanması ve Nakli Hakkında Kanun, Tıbbi Deontoloji Tüzüğü ve Hasta Hakları Yönetmeliği'dir.

### III. Temel Kavramlar

Hasta ve sağlık çalışanları arasındaki hak kavramını tam olarak ortaya koyabilmek için ilgili bazı kavramların tanınması gerekmektedir. Bu amaçla aşağıda hasta, hekim, teşhis ve tedavi gibi kavramlara yer verilmiştir.

#### A. Hasta

Hasta hakları yönetmeliği hastayı, sağlık hizmetlerinden faydalanan ihtiyacı olan kişiler olarak tanımlamaktadır (HHY. m. 4/I). Hasta, sağlık ve iyilik halinde olmayıp sağlık hizmetlerinden yararlanma ve sağlık personelinin tıbbi yardımına ihtiyaç duyan kişidir.<sup>7</sup>

#### B. Sağlık Personeli

Sağlık hizmetinin nerede yerine getirildiğine bakılmaksızın, resmi veya özel sağlık kurumlarında ve kuruluşlarında veya serbest olarak sunulmasına bakılmaksızın, sağlık hizmetinin verilmesine iştirak eden bütün sağlık meslekleri mensuplarını ve sağlık meslekleri mensubu olmasa bile sağlık hizmetinin verilmesine sorumlu olarak iştirak eden kişileri kapsar (HHY. m. 4/c).



Sağlık personeli tanımı geniş tutulmuştur. Buradaki sağlık personeline hekimler başta olmak üzere sağlık hizmetlerinin verilmesine doğrudan veya dolaylı olarak katılan herkes sağlık personeli sıfatına tabidir.

#### C. Sağlık Kurum ve Kuruluşu:

Milli Savunma Bakanlığı'na ait olanlar hariç olmak üzere, sağlık hizmeti verilen resmi veya özel bütün kurum ve kuruluşlar ile tababet icra edilen bütün yerleri ifade eder (HHY. m. 4/d). Milli Savunma Bakanlığı bünyesinde yer alan hastanelerin yönetim ve işleyiş açısından farklı rejime sahip olmasından dolayı ilgili yönetmelik, Sağlık

Bakanlığına bağlı ve idare hukuku kurallarına göre işletilen sağlık kurumlarından sözü edilen hastaneleri ayrı tutmuştur.

#### D. Hasta Hakları

Sağlık hizmetlerinden faydalanma ihtiyacı bulunan fertleri, sırf insan olmaları sebebiyle sahip buldukları ve TC. Anayasası, milletlerarası anlaşmalar, kanunlar ve diğer mevzuat ile teminat altına alınmış bulunan haklarını ifade eder (HHY. m. 4/e). Hasta hakları, insan hakları kuramında "sağlık hakkı" olarak ifade edilen temel hakka dayandırılır.<sup>8</sup>

4- WHO (Dünya Sağlık Örgütü)

5- Erdoğan, 11.

6- Özü, Tevfik; "Biyo-Hukuk Sözleşmesi İlkeleri Bağlamında Hekim-Hasta İlişkisi", Joseph H. King, the Law of Medical Malpractice in a Nutshell, St. Paul, Minn., 2nd ed. 1986, p. 130, Kluwer, www.akader.info, s. 167-168.

7- İpekyüz, Filiz; Türk Hukukunda Hekimlik Sözleşmesi, İstanbul 2001, 20; Hatırmaz, Gültezer, Özel Hastanelerin Hukuki Sorumluluğu ve Hasta Hakları, Ankara 2007, 41; Erdoğan, Ersoy, Hekim Hekim (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul 2007, 6vd.

8- Hatemi, Hüseyin; "Özel Hasta Gruplarının Hakları", Sağlık Hakkı Dergisi, Sayı: 1, Ankara 2006, 42-44.



## E. Teşhis

Sözlük anlamına göre, teşhis "hastalığın, bulgularına bakarak ne olduğunun tespitidir".<sup>9</sup> Teşhis bir başka anlamda ise, bir hastalığın diğer bir hastalıktan ayırt edilmesidir. Teşhis birçok fiili kapsayan bir özelliğe sahiptir.<sup>10</sup> Hastaya, ailesine soru sorulması, göğsünün dinlenmesi, hastanın vücudunun elle yoklan-

ması, görüş alışverişi yapılması, özel aletlerin kullanılması, laboratuvar incelemelerinin yapılması teşhis fiilini oluşturmaktadır.<sup>11</sup>

Hekimin doğru teşhisi koyabilmesi için hastayı hekimlik mesleğinin kurallarına ve tıp biliminin o andaki seviyesine göre esaslı surette muayene etmek zorundadır.<sup>12</sup>

## F. Tedavi

Tedavi, bir hastalığı tıbbi metotlarla teşhis ettikten sonra ona göre iyi olması için vasıtalar tatbik veya tavsiye etmektir. Tedavi fiili de tıpkı teşhis gibi geniş bir kapsama sahip bulunmakta ve bir hastalığın veya rahatsızlığın iyileştirilmesi veya hafifletilmesine yönelik bütün fiilleri kapsamına alır.<sup>13</sup>

## IV. Hekim/Sağlık Çalışanlarının Hakları

Sağlık hizmetinin sunumu bir ekip işidir. Geçmişte, geleneksel sağlık hizmeti sunumunda hekim etkin bir kişi idi. Ancak günümüzde çağdaş hizmet anlayışında ise, hekimin tek başına yeterli olmamasından dolayı sağlığı ilgilendiren değişik konularda eğitim almış kişilerle birlikte bu hizmetlerin verilmesi gerekliliği benimsenmiştir. Bu ekibin birer halkası olan her bir sağlık çalışanı hastalar gibi aşağıda sıralayacağımız bazı haklara sahiptirler. Bu haklar aşağıda sıralanmaktadır.

### A. Hekimlerin/ Sağlık Çalışanlarının Nitelikli Bir Eğitim Görme ve Kendini Yenileme Hakkı

Tıp biliminin hızlı gelişmesi, hizmet alanının hayati önem taşıması ve yüksek risk içermesi nedeniyle etkin, kaliteli ve sürekli kendini yenileyen bir eğitim anlayışı ile eğitilmelidirler. Ayrıca eğitimlerini tamamladıktan sonra da güncel gelişmeleri takip edip, hizmet içi eğitimlerle, konferanslar ve seminerlerle bilgilerin tazelenip geliştirilmesi sağlanmalıdır. Bu onların en temel haklarından birisidir. Ayrıca hekimler mesleki eğitimleri sona erdiğinde de kendilerini yenilemeli, çağdaş tıp



**Sağlık hizmetinin sunumu bir ekip işidir. Geçmişte, geleneksel sağlık hizmeti sunumunda hekim etkin bir kişi idi. Ancak günümüzde çağdaş hizmet anlayışında ise, hekimin tek başına yeterli olmamasından dolayı sağlığı ilgilendiren değişik konularda eğitim almış kişilerle birlikte bu hizmetlerin verilmesi gerekliliği benimsenmiştir.**

dıktan sonra da güncel gelişmeleri takip edip, hizmet içi eğitimlerle, konferanslar ve seminerlerle bilgilerin tazelenip geliştirilmesi sağlanmalıdır. Bu onların en temel haklarından birisidir. Ayrıca hekimler mesleki eğitimleri sona erdiğinde de kendilerini yenilemeli, çağdaş tıp

biliminin gereklerini yerine getirmelidirler.

### B. Hekimlerin Çağdaş Bilimsel Tıp Olanaklarını Uygulama Hakkı

Artık hekimlik mesleği de gelişen teknoloji ile paralel olarak iletişim ve bilgisayar teknolojilerine ihtiyaç duymaktadır. Tıp eğitiminde yüksek teknolojinin tıptaki uygulama alanları ile tanışan bir hekimin iş yaşamında tanı ve tedavide söz konusu gelişmeleri yaşamayı istemesi hakkıdır. Burada amaç her toplumun ve ülkenin kendi imkânları doğrultusunda basamaklı sağlık hizmeti kurarak ve sevk işlemini işleterek güncel gelişmelere uygun hizmeti sunabilmektir.

### C. Hekimlerin/Sağlık Çalışanlarının Mesleğini Uygularken Etik İlkelerle Bağlı Olma Hakkı

Gerek hekimlik mesleğinin gerekse diğer sağlık personelinin gö-

9- Türkçe Sözlük, 1464. TDK, Ankara 1998.

10- Özdemir, Hayrunnisa: Teşhis ve Tedavi Sözleşmesi, 2004 Ankara, 41 vd.

11- Bayraktar, 230.

12- Belgesay, M. Reşit, Doktorun Hukuki Borçları, İÜHF, 1945 C. 11, S. 3-4, 110; Ertaş, Şeref, Alman Hukukunda Hekimin Mesleki Kusurdan Sorumluluğu, EÜHF 1980, S. 1, 187.

13- Bayraktar, 232; Özdemir, 42 vd.





**Sağlık hizmetleri yapısı itibarı ile çok fazla risk barındırmaktadır. Sağlık çalışanları görevlerini yerine getirirken birçok hastalığa ya da iş kazasına maruz kalmaktadır. Bunların kimisi ölümcül olabilmekte ya da sakatlıklara sebebiyet vermektedir. Bu nedenle sağlık çalışanının bu risklerin en aza indirileceği koşullarda çalışmayı isteme hakkı mevcuttur.**

revlerini yerine getirirken mesleklerinin gerektirdiği duyarlılık ve ciddiyetle, etik ilkelere bağlı kalarak hizmet sunmakla yükümlüdürler. Mesleklerini icra ederken birçok etik ikilemlerle karşılaşmaktadırlar. Bunlar politik, kültürel, toplumsal ve ekonomik değerler olabilir. O nedenle mesleklerinin gerektirdiği sorumluluk bilinci ile hiçbir şeyden etkilenmeden, etik kurallara bağlı

kalarak hizmet sunma hakları vardır.

#### **D. Hekimlerin ve Sağlık Çalışanlarının Baskı Altında Olmadan Mesleklerini Uygulama Hakkı**

Meslek icra edilirken oluşabilecek her türlü baskı girişimi ya da özgürlük sınırlaması mesleğin doğasıyla çelişmektedir. Oysa hekimler/sağlık çalışanları mesleğe başlamadan önce tüm insanlara ayırt etmeden eşit şekilde hizmet edeceğine dair yemin ederek başlar. Bu nedenle yapılacak politik, sosyal ve fiziksel baskılar asla kabul edilemez. Mesleki sorumlulukları çerçevesinde hiçbir şeyden etkilenmeden baskı altında bırakılmadan hizmet vermeye hakları vardır.

#### **E. Hekimlerin/Sağlık Çalışanlarının Kendi Değerlerine Ters Düşen Durumlardan Kaçınma Hakkı**

Sağlık hizmetleri belirli ilke ve prensipler çerçevesinde sunulan hizmetlerdir. Hasta-hekim/sağlık çalışanı ilişkisi belirli değerlere saygı duyulması ilkesinde şekillenir. Bir

sağlık çalışanından kendi değerlerine ters düşen bir hizmet talep edilemez. Sağlık çalışanı görevi açısından olumsuzluk yaratmayacak şekilde kendi değerlerini savunabilir.

#### **F. Hekimlerin/Sağlık Çalışanlarının Kendi ve Ailelerinin Sağlıkını Koruma Hakkı**

Sağlık hizmetleri yapısı itibarı ile çok fazla risk barındırmaktadır. Sağlık çalışanları görevlerini yerine getirirken birçok hastalığa ya da iş kazasına maruz kalmaktadır. Bunların kimisi ölümcül olabilmekte ya da sakatlıklara sebebiyet vermektedir. Bu nedenle sağlık çalışanının bu risklerin en aza indirileceği koşullarda çalışmayı isteme hakkı mevcuttur.

#### **G. Hekimlerin/Sağlık Çalışanlarının Yeterli Bir Gelir Düzeyi Talep Etme Hakkı**

Hekimlik meleğinin uzun ve meşakkatli oluşunun yanı sıra, sağlık hizmetlerinin barındırdığı riskleri göz önüne alacak olursak, hizmetlerinin karşılığı da adalet ve hakkaniyetle ödenmelidir. Hekimler ve sağlık çalışanları toplum içerisinde gördükleri eğitime ve işgal ettikleri yere uygun olarak yaşam sürme ve kendilerini geliştirme hakları söz konusudur. Bu düzeyi sağlayacak gelir sağlık çalışanlarına sağlanmalıdır.

#### **H. Tanıklıktan Çekilme Hakkı**

Hekimler meslek sırrı nedeniyle hastayla ilgili öğrendiği bilgileri nedeniyle tanıklık etmekten kaçınabilir (CMK. m. 46).<sup>14</sup> Hekimler bu sırları (bilgileri) izinsiz olarak açık-

ladığında meslek sırrını ifşa suçunu işlemiş olurlar. Eğer hekim bu hakkı kullanacaksa duruşmadan önce dilekçesini verir, durumu mahkemeye bildirir. Ancak ceza davalarında duruşmaya gitmek ve bu hakkı kullanacağını belirtmek zorundadır.

### K. Acil Hizmetlerin Hızır Ambulans Sistemi İle Gerçekleştirilmesi

Acil durumlarda hekim hastaya gitmezse taksirle ölüme sebebiyet vermekten suçlu bulunur. Teknolojide ve ulaşımdaki olanakların hızla gelişmesiyle birlikte acil ambulans/taşıma sistemleri oluşturulması, böyle durumlarda ilgili yerlere (evlere, işyerlerine vb.) ulaşabilmesi gereklidir. Böylece hekimler gereksiz yere hizmet verdiği kurumdandan ayrılmaz ve hizmetin devamı sağlanmış olur.

### L. Hekimin Hastayı Reddetme Hakkı

Kamuda ve diğer tüzel kuruluşlarda hekim hastayı reddetme hakkına sahip değildir. Özelde bile çalışsa hekim tek hekimse hastayı

kabul etmek zorundadır. Deprem, savaş, sel gibi felaket durumlarda tüm hastalara bakmak zorundadır. Ancak hekimin resmi ya da insani görevini yerine getirmesi hariç olmak üzere mesleki ve kişisel sebeplerle hastaya bakmayabilir (Tıbbi Deontoloji Tüzüğü 18.m).<sup>15</sup>

### M. İyileşme Garantisi Vermeme Hakkı

Tedaviye gelen hasta ile hekim arasında bir sözleşme yapılmış olur. Bundan dolayı hekim başladığı tedaviyi sonuçlandırır, eksiklikleri tamamlar ve hastayı iyileşinceye kadar izler. Hekimin bu sözleşmede tamamen iyileşme garantisi verme zorunluluğu yoktur (diş, estetik cerrahisi ve ortopedi protezleri hariç). Bilimsel gereklere uygun olarak tanıyı koyar ve gerekli tedaviyi uygular. Sonucun kesinlikle şifa ile sonuçlanmamasından dolayı tenkit edilemez (Tıbbi Deontoloji Tüzüğü 13/I. m).<sup>16</sup>

### N. Hastalara Yeterli Zaman Ayırma Hakkı

Hekimden hastasına gerekli özeni göstermesi, bilgi ve belgele-

ri iyi kaydetmesi, hastaya hastalığı ile ilgili bilgi vermesi beklenmektedir. Hekimin hastasına bunları verebilmesi için ayrıntılı zamana ihtiyacı vardır. Tababet Uzmanlık Yönetmeliğinin 10. maddesine göre " her servis normal polikliniğinde günde bir uzman 20 hastadan fazla hastaya bakamaz, ancak fazla hasta başvurursa başka bir hekim görevlendirilir". Bir hekimin hastasına en az 20 dakika ayırması genel bir kabuldür. Çünkü hekim hastasına yararlı olabilmek için ayrıntılı inceleme yapmak ister ve bu da onun en doğal hakkıdır.

### O. Tedavi Yöntemini Seçme Hakkı

Hastalıkların tedavisinde birden fazla yöntem varsa hekim istediğini seçmekte özgürdür (TDT 6.m).<sup>17</sup> Fakat en çok bilinen ve güvenilirliği kanıtlanmış seçmelidir. Ayrıca hekimler tedavi için hastaya önerdikleri ilaç ve tavsiyelere uyulmasını isteme hakkına sahiptirler.

## Sonuç

Hastalar, sağlık kurumlarına şifa bulmak veya ızdıraplarını en aza indirmek amacıyla giderler. Hastanelerde hastalarla muhatap olacak kişiler ise, sağlık personelidir. Sağlık personelinin arasında hastaların iyileştirilmeleri konusunda bir grup çalışması söz konusudur. Genellikle bu grubun başında da

sağlık personelinden olan hekim bulunmaktadır. Hastalar sağlık personelinin karşısında yardıma muhtaç durumdadırlar. Bundan dolayıdır ki sağlık personeli hastalara karşı saygılı ve uluslar arası alanda da kabul edilmiş olan ve Türkiye'nin de onaylamış olduğu hasta haklarına uygun davranmalıdırlar. Sağlık per-

sonelinin bu haklara uygun davranıp davranmadığını tespit amacıyla Sağlık Bakanlığı her bir sağlık kurum veya kuruluşunda teşkilatlandıracağı hasta hakları konusunda uzman birimlere ağırlık vermelidir. Ancak bu şekilde ülkemizde çağdaş olan ülkelerin hastalarının sahip olduğu haklara sahip olabilir.

14- "Meslekleri ve sürekli uğraşları sebebiyle tanıklıktan çekinebilecekler ile çekirme konu ve koşulları şunlardır: ...B) Hekimler, diş hekimleri, eczacılar, ebeiler ve bunların yardımcıları ve diğer bütün tıp meslek veya sanatları mensuplarının, bu sıfatları dolayısıyla hastaları ve bunların yakınları öğrendikleri bilgilerdir".

15- Madde 18: " Tabip ve dış tabibi, acil yardım, resmi veya insani vazifelerin ifası halleri hariç olmak üzere, mesleki veya şahsi sebeplerle hastayı reddedebilir".

16- Madde, 13/1: " Tabip ve dış tabibi, ilmi icaplara uygun olarak teşhis koyar ve gereken tedaviyi tatbik eder. Bu faaliyetlerinin mutlak surette şifa ile neticelenmesinden dolayı, deontoloji bakımından muaheze edilemez.

17- Madde, 6: "Tabip ve dış tabibi, sanat ve mesleğini icra ederken, hiçbir tesir ve nüfuzla kapılmaksızın, vicdani ve mesleki kanaatine göre hareket eder. Tabip ve dış tabibi tatbik edeceği tedaviyi tayinde serbesttir".





# **Sağlık Çalışanlarına Yönelik Haksız Şikâyet Olgularında Manevi Tazminat Hakkı**

*Prof. Dr. Mehmet Demir*

Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Medeni Hukuk A.B.D. Öğretim Üyesi

**Bilindiği üzere, sağlık hizmetleri sektöründe yaşanan güncel hukuk sorunları arasında önemli bir kesiti, sağlık sorumluluk hukuku alanındaki hukuksal korunma süreci ile ilgili olarak hasta / hastanın yakınları tarafından müracaat, şikâyet ve dava yollarına gidilmesi olguları oluşturmaktadır.**

### I. Genel Olarak

Bilindiği üzere, sağlık hizmetleri sektöründe yaşanan güncel hukuk sorunları arasında önemli bir kesiti, sağlık sorumluluk hukuku alanındaki hukuksal korunma süreci ile ilgili olarak hasta / hastanın yakınları tarafından müracaat, şikâyet ve dava yollarına gidilmesi olguları oluşturmaktadır. Özellikle de, sağlık hizmetlerinden faydalanmak isteyen hasta ve/veya hasta yakınları ile sağlık hizmet sağlayıcıları arasındaki yoğun ve sürekli bir etkileşime dayanan sağlık bakım hizmetleri ve tıbbi tedavi ilişkileri nedeniyle, çok yönlü ve değişik boyutlarda karşılıklı somut hak ihlallerinin gittikçe arttığı ilgili kesimlerce gözlenmektedir. Yine, bu süreçte, sorumluluk ve tazminat hukuku ile uğraşan hukukçular da bir yandan, temel hasta haklarını ihlâl edici uygulamalar; diğer yandan, sağlık profesyonellerine yönelik hukuka aykırı davranış, eylem ve özellikle de haksız şikâyetler biçimindeki sorumluluk olguları ile ilgili olarak, mevcut durum saptaması sonucu belirlenebilecek olan belli bazı uyuşmazlıklara, objektif ve tutarlı hukuksal çözümler bulabilme çabasına yönelmişlerdir. İşte, bu yöndeki hukuksal çabalara konu



oluşturan ciddi bir sorun kümesi de, çoğu kez hasta hakları ile sağlık çalışanı (profesyoneli) haklarını karşı karşıya getirmek suretiyle, sorumluluk ve hukuksal korunma yollarına başvuru sürecinde kaçınılmaz biçimde yaşanan haksız ve asılsız şikâyet olguları nedeniyle ortaya çıkan kişilik hakkı ihlaline bağlı manevi zararlar için tazminat yaptırımını uygulanması ile ilgilidir.

Bu bağlamda olmak üzere, aşağıda, sorumluluk hukukuna özgü temel bir kural olan “Yararların Tartılması” ilkesine dayandırıl-

mak suretiyle, öncelikle, hukuken koruma altında bulunan iki temel hukuksal değer arasındaki yoğun etkileşime dayalı ilişkinin içeriği ve kapsamı üzerinde durulmakta; daha sonra da, bu iki temel haktan şikâyet hakkının hukuka aykırı yollara başvuru olarak kötüye kullanımı sonucu bireysel ve/veya meslekî kişilik değerlerinin zedelenerek zarar gören sağlık çalışanları lehine tanınan manevi tazminat yaptırımının uygulanma alanının sınırları genel hatlarıyla açıklanmaya çalışılmaktadır.



## II. Kişilik Hakları - Şikayet Hakkı İlişkisi

Kişiler hukuku ve kişiliğin korunması alanında değişik açılardan ele alınabilen kişilik hakkı kavramı, hukuken korunan kişisel varlık ve değerlerle ilgili olup; en başta yaşam, sağlık ve vücut bütünlüğü değerleri olmak üzere, özgürlükler, onur ve saygınlık (haysiyet ve şeref), özel yaşam, ad, resim, duygusal yaşam gibi tüm kişisel değerleri kapsar. Bu bakımdan, kişilik hakkının konusunu oluşturan kişisel varlık ve değerlere yönelik her türlü saldırı bir kişilik hakkı ihlali olarak hukuka aykırılık oluşturur. Nitekim, Türk özel hukukunun temel kaynaklarından olan 4721 sayılı Türk Medeni Kanunu (TMK. m. 24-25) ve Borçlar Kanunu'nun (BK. m.49) ilgili hükümleri çerçevesinde, kişinin kişisel varlık ve değerlerinin oluşturduğu ruhsal, fiziksel ve sosyal kişilik alanları, sağlam ve güvenceli bir pozitif hukuk koruması altındadır.

Kişiyi mutlak surette bağlı haklardan olarak kişilik hakları, belli bir zamanaşımı süresine bağlı olmayıp; bir başkasına devredilemeyeceği

gibi, kendilerinden vazgeçilemez. Keza, herhangi bir borç için teminat aracı olarak gösterilmez ve iflas masası oluşturulurken bir hakkın konusu da yapılmaz. Bu nedenle, kişilik hakları, malvarlıksal hak ve değerlerden tamamen ayrı bir biçimde ele alınmakta; kişisel varlığa dahil hak ve değerlere yönelik yapılan bir haksız saldırı durumunda ise, kişiliğine saldırılan hak sahibine, bu saldırı nedeniyle uğradığı manevî ve/veya maddi zararlara karşılık bir tazminat isteminde bulunma yetkisi tanınmaktadır.

Öte yandan, pozitif hukuk düzeni tarafından, kişilere, genel anlamda tüm temel hak ihlallerinde söz konusu olan anayasal hak arama özgürlüğü ve şikâyet hakkı (1982 tarihli T.C. Anayasası m. 36) ; özel anlamda ise, hasta ve hasta ile ilgili bulunanlara (hasta yakınlarına) sağlık ve hasta hakları ihlali durumunda ilgili mevzuat hükümleri çerçevesinde her türlü başvuru, şikâyet ve dava açma hakları (Hasta Hakları Yönetmeliği m. 42-

43) tanınmıştır. Bu hükümler çerçevesinde, kişiler, anayasal temelde kendilerine tanınan hak arama özgürlüğüne dayanarak, meşru vasıta ve yollardan faydalanmak suretiyle yargı mercileri önünde davacı veya davalı olarak iddia ve savunma hakkına sahip kılınmakla, kişinin hak arama özgürlüğü hukuken güvence altına alınmıştır. Bu nedenle, kişi, gerek yargı mercileri önünde gerekse yetkili idari kurum ve kuruluşlara başvurmak suretiyle, kendisine zarar veren kişilere karşı, haklarının korunmasını ve bunun sonucu olarak, zarar veren(ler) hakkında gerekli yasal işlemlerin yapılarak haklarında hukuksal yaptırımların uygulanmasını (disiplin, ceza ve tazminat gibi) isteme hak ve yetkisine sahiptir.

Anayasanın güvence altına aldığı hak arama özgürlüğünün yanında, yine Anayasa'nın 'Temel Haklar ve Hürriyetlerin Niteliği' başlığını taşıyan 12. maddesinde de herkesin kişiliğine bağlı dokunulmaz, devredilmez, vazgeçilmez temel

**Kişiler hukuku ve kişiliğin korunması alanında değişik açılardan ele alınabilen kişilik hakkı kavramı, hukuken korunan kişisel varlık ve değerlerle ilgili olup; en başta yaşam, sağlık ve vücut bütünlüğü değerleri olmak üzere, özgürlükler, onur ve saygınlık (haysiyet ve şeref), özel yaşam, ad, resim, duygusal yaşam gibi tüm kişisel değerleri kapsar. Bu bakımdan, kişilik hakkının konusunu oluşturan kişisel varlık ve değerlere yönelik her türlü saldırı bir kişilik hakkı ihlali olarak hukuka aykırılık oluşturur.**





hak ve özgürlüklere sahip olduğu belirtildikten başka, 17. maddesinde de, herkesin yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahip bulunduğu da düzenleme altına alınmış bulunmaktadır. Türk Medeni Kanununun 24. maddesinde, kişilik haklarına yapılan saldırının unsurları belirtilmiş ve hukuka aykırılığı açıklanmıştır. 25. maddesinde ise, kişilik haklarına karşı yapılan saldırının dava yolu ile korunacağı belirtilmiş; Borçlar Kanunu'nun 49. maddesinde de (6098 sayılı yeni Türk Borçlar Kanunu, m. 58) haksız saldırının yaptırımını düzenleme altına alınmıştır.

Anayasa'da (Any. m.12, 17 ve 36) ve ilgili yasalarda (TMK, m.24-25; BK, m. 49) kişinin hak arama özgürlüğü ile kişilik değerleri hukukun güvence altına alınmıştır. Tam bu noktada, hak arama özgürlüğü ile kişilik haklarının karşı karşıya gelme olasılığı her zaman söz konusu olabilir. Bu hukuksal değer çatışmasının yarattığı sorun bu değerlerden hangisine üstünlük tanınacağı noktasında toplanmaktadır. Zira, bir yandan, kişinin hak arama özgürlüğü güvence altına alınmışken; diğer yandan, kişilik hakları da Anayasal ve yasal kurallarla koruma ve güvence altına alınmıştır. İşte, bir kişi (örneğin, muayenehane, poliklinik, tıp merkezi veya hastane gibi bir sağlık kurum ve kuruluşu ya da işletmesine sağlık hizmeti için hasta ve/veya hastanın yakını), hukuksal başvuru, şikâyet ve dava etme haklarını kullanmak isterken, karşı tarafın (yani, muhatap konumundaki sağlık profesyonelinin ve/veya tüzel kişilik sahibi sağlık hizmeti iş-



letmesinin) kişilik değerlerine haksız saldırıda bulunabileceği gibi, yine hukuka aykırı bir eylemle ve tamamen soyut iddialarla onları suçlayabilir.

Hukukun, karşı karşıya gelen bu iki değeri aynı konuda ve zamanda koruma altına aldığı düşünülemez. Aksi halde, hukukun kendisi kendi kuralları ile çatışmış olur. Aslında konu biraz yakından incelendiğinde her iki değer aynı anda birbirine karşı korunmadığı, çatışma durumunda somut olaydaki özelliğe göre birinin diğerine üstün tutulması gerektiği anlaşılmaktadır. Bu durum, hukuka uygunluk nedenleri ve hukuka aykırılık bağının araştırıldığı ve birbiriyle çatışan üstün nitelikteki özel ve/veya kamusal yararların tartılması ilkesinin uygulandığı diğer tüm durumlarda olduğu gibidir.

Bu uygulamada, öncelikle, çatışan yararlar nitelik ve nicelik ölçülerinde tartılarak, sonuçta hangi yararın ilgili taraflardan hangisine daha yakın olmasına göre, hukuka ve hakkaniyete uygun bir çözüme gidilecektir. Dolayısıyla, sağlık sorumluluk ve tazminat hukuku yarılması yapılırken, davaya bakan mahkeme, şikâyet hakkına konu



olgular ile koruma altındaki kişilik haklarına özgü yararların tartılmasında, somut olay adaleti (hakkaniyet) yönünde yargısal takdir yetkisini (TMK, m.4) kullanmalıdır. Bu nedenle, yararların tartılması ilkesi doğrultusunda peşinen "kamusal yarar, birey yararından önce gelir" ya da tam tersi bir uygulama, her zaman ve bütün durumlar için hukuka uygun, hakkaniyetli ve doğru bir çözüm yolu olmaktan uzaktır.

O halde, sağlık çalışanı ile hasta / hastanın yakını arasında hukuksal



korunma yoluna başvuru nedeniyle ortaya çıkan bir uyuşmazlığın çözümünde, hak arama özgürlüğünün, diğer tüm temel hak ve özgürlüklerde olduğu gibi sınırsız olmayıp; başvuru, şikâyet veya dava hakkını kullanan hasta / hastanın yakınları, kendi başlarına buyruk istedikleri her bir biçim ve koşulda ve salt

sağlık çalışanına zarar vermek için bu hakkı kullanamayacaktır. Aksi durumlarda, müracaat, şikâyet ve dava haklarını kötüye kullanmış sayılacak ve yukarıda belirtilen ilgili mevzuat hükümleri ile getirilen hukuksal güvenceden yararlanamayacaklardır.

### III. Sağlık Çalışanının Haksız Şikâyet Nedeniyle Manevi Tazminat Hakkı

Hukuk düzeni, kişilere sahip oldukları hakları kullanırken ve yüklendikleri borçlarını yerine getirirken dürüst davranma ilkesine uygun davranmalarını emretmekte (TMK. m.2); bu yasal buyruğa rağmen, bir hakkın açıkça kötüye kullanılması durumunda ise, hakkını kullandığını ileri süren kişi, hukuken korunmamaktadır (Hakkın kötüye kullanımı yasağı: TMK. m. 2 / f.2). Söz konusu edilen bu temel ilkenin, özellikle hakların kullanımı bağlamında, hem kanundan kaynaklanan bazı ayrıcalıklarının kullanılmasındaki yarar ile ölçülmesinde hem de karşılıklı yarar veya çıkar çatışmalarının tartılmasında önemli etkileri bulunmaktadır. Bu noktada, hâkim, dürüstlük (doğruluk ve güven) kurallarını göz önünde tutarak çatışan hakların (hasta hakları

– sağlık çalışanı hakları örneğinde) kullanılmasının bir arada gerçekleştiği durumlarda hangisinin üstün tutulacağına her iki haktan kaynaklanan karşılıklı yarar veya çıkarları tartmakla yükümlüdür.

Örneğin, hastanın ve hasta ile ilgili bulunanların, öncelik hakkı sırasının belirlenmediği iddiasıyla müracaat, şikâyet veya dava etme hakkını kullanması durumunda, ilgili müdavi hekimin tıbbî kriterlere dayalı ve objektif olarak belirleme hususunda kendisine tanınan hekimlik takdir yetkisini kullanma serbestisini (Tıbbî Deontoloji Nizamnamesi m.6 hükmü) de göz önünde tutmak gerekir. Ancak, sağlık ve tıp personeli, özellikle acil ve adli vakalar ile yaşlılar ve özürülüler hakkında öncelik sırasını belirlerken

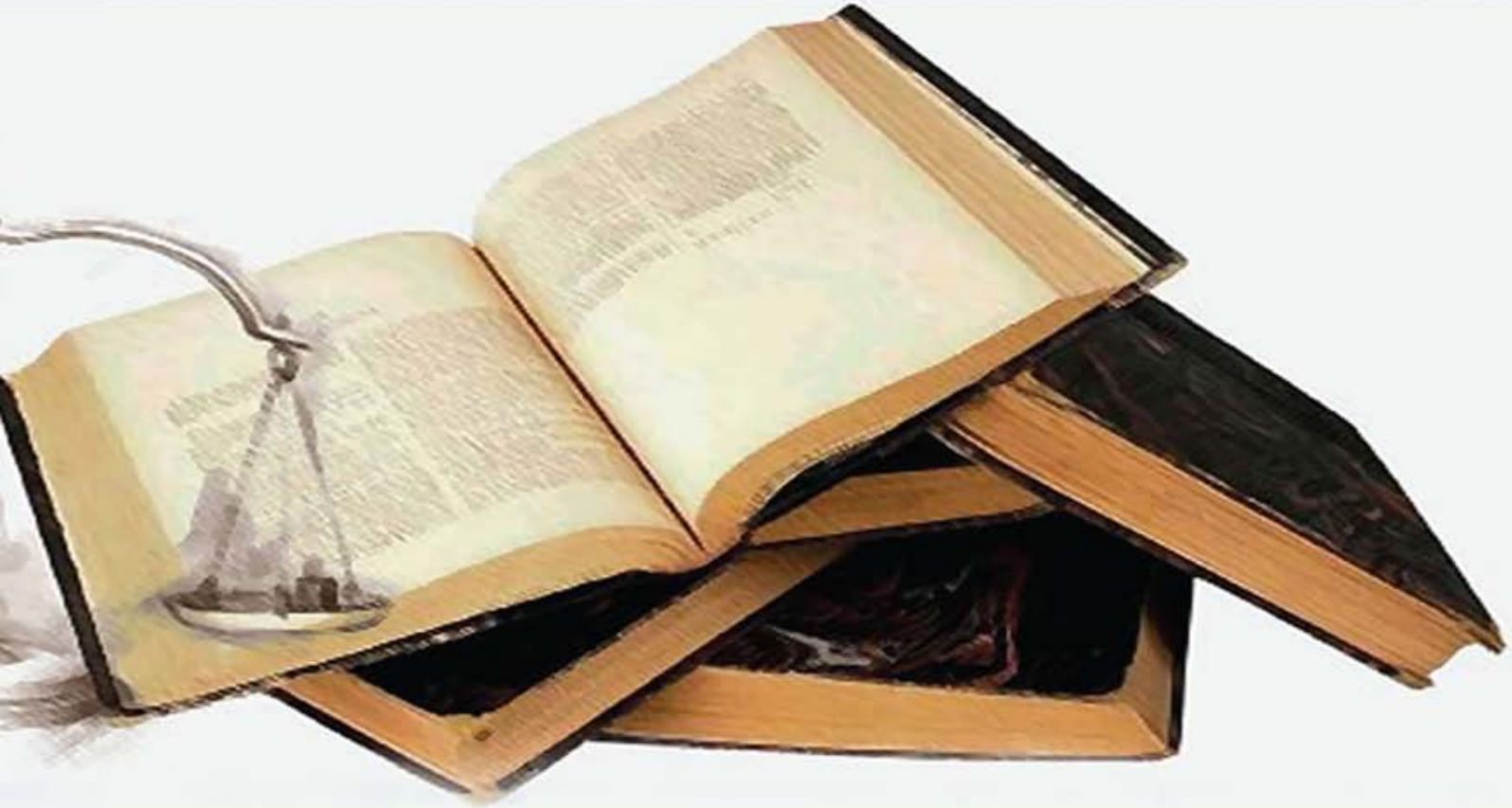


ilgili mevzuat hükümlerini uygulamakla yükümlüdür. Bununla birlikte, bu gibi durumlarda, hastanın salt öncelikli tedavi sırasına uyulmadığı iddiasını haklı kılabilecek somut bir belirti ya da olgu bulunmaksızın, tamamen asılsız gerekçelerle ve kendi soyut iddiasını delil etmek suretiyle hizmette öncelik sırası elde etme saikiyle sağlık çalışanı aleyhine müracaat, şikâyet veya dava açma yoluna gitmiş olabilir. İşte, böyle bir durumda, çatışan yararların tartılması ilkesinden hareketle, her bir somut olaydaki özel durum ve koşullar içerisinde müracaat, şikâyet veya dava etme olgusunun haklı olup olmadığı hakkında bir karar verilecektir.

Sonuç olarak belirtilmelidir ki; hasta hakları bağlamında tanınan bir başvuru veya şikâyet hakkının hukuken korunabilmesi ve bunun yerinde kullanıldığının kabul edi-

**Hukuk düzeni, kişilere sahip oldukları hakları kullanırken ve yüklendikleri borçlarını yerine getirirken dürüst davranma ilkesine uygun davranmalarını emretmekte; bu yasal buyruğa rağmen, bir hakkın açıkça kötüye kullanılması durumunda ise, hakkını kullandığını ileri süren kişi, hukuken korunmamaktadır.**





**Hasta hakları bağlamında tanınan bir başvuru veya şikâyet hakkının hukuken korunabilmesi ve bunun yerinde kullanıldığının kabul edilebilmesi için, mutlaka, aleyhine şikâyet edilen sağlık çalışanının cezalandırılmasını veya sorumlu tutulmasını gerektirecek güçte yeterli kanıtların bulunması zorunlu değildir. Bu bakımdan, yapılan her bir başvuru veya şikâyeti haklı gösterecek bazı somut emare (belirti) ve olguların zayıf ve dolaylı (tevilli) olsa da mevcudiyeti yeterlidir.**

lebilmesi için, mutlaka, aleyhine şikâyet edilen sağlık çalışanının cezalandırılmasını veya sorumlu tutulmasını gerektirecek güçte yeterli kanıtların bulunması zorunlu değildir. Bu bakımdan, yapılan her bir başvuru veya şikâyeti haklı gösterecek bazı somut emare (belirti) ve olguların zayıf ve dolaylı (tevilli) olsa da mevcudiyeti yeterlidir.

Bu bağlamda olmak üzere, hasta veya hasta yakınlarının şikâyetine konu her bir hak ihlâli iddiasının

somut olaydaki gibi bir olgu veya emareye dayanılarak, başkalarının da bu veya buna benzer bir olay karşısında, yine şikâyetçi gibi hareket etmesinin uygun görülebileceği; diğer bir anlatımla, ortalama düzeydeki makûl bir hasta ve/veya hasta yakını tipine özgü kişilerin de somut olaydaki gibi davranacağı ve bu çerçevenin sınırları içinde kalındığı ölçüde, yapılan şikâyet hakkının hukuka uygun ve yerinde kullanıldığı sonucuna varılacaktır. Aksi durumlarda ise, sağlık çalışanı

aleyhine yapılan müracaat, şikâyet veya davanın hak arama özgürlüğü sınırları aşarak tamamen soyut iddialar biçiminde kullanıldığı ve dolayısıyla şikâyet edilen sağlık çalışanının kişilik (duruma göre bireysel, sosyal ve/veya meslekî) değerlerine haksız saldırı oluşturduğu kabul edilecek; sonuçta ise, sağlık çalışanı, aleyhine yapılan bu gibi soyut, haksız ve asılsız isnatlar nedeniyle kişilik haklarına saldırı sonucu uğradığı manevî zararlar için tazminat hakkı elde etmiş olacaktır.





# Hekim Dışı Sağlık Personelinin Mesleki Sorumluluk Sigortası

**Erkin GÖÇMEN**

Tıp Doktoru-Hukukçu

**30.01.2010 tarih ve 27478 Sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan 5947 sayılı Kanunun 8. maddesi ile 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanuna Ek 12. madde eklenmiştir. Bu yeni hükme göre, hem özel hem de kamu sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışan tabipler, diş tabipleri ve tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanların, tıbbi kötü uygulama nedeniyle kendilerinden talep edilebilecek zararlar ile kurumlarınca kendilerine yapılacak rüculara karşı sigorta yaptırması zorunluluğu öngörülmüştür.**

## Giriş

Mali sorumluluk sigortaları, sigorta himayesinden yararlanan kişinin diğer şahıslara verebileceği zararlar karşılığında güvence sağlayan bir sigorta türüdür. Mali sorumluluk sigortaları ihtiyari sigorta biçiminde düzenlenebileceği gibi bu tür sigortaların zorunlu sigorta şeklinde yaptırılması da öngörülebilmektedir.

30.01.2010 tarih ve 27478 Sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan 5947 sayılı Kanunun 8. maddesi ile 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanuna Ek 12. madde eklenmiştir. Bu yeni hükme göre, hem özel hem de kamu sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışan tabipler, diş tabipleri ve tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanların, tıbbi kötü uygulama nedeniyle kendilerinden talep edilebilecek zararlar ile kurumlarınca kendilerine yapılacak rüculara karşı sigorta yaptırması zorunluluğu öngörülmüştür. Bu zorunlu sigortayı yaptırmayanlara, sigortası yaptırılmayan her bir kişi için 5.000 TL idari para cezası verilmektedir.

Yine bu maddede ifade edilen kurala göre, kamu kurumlarında çalışanların sigorta priminin yarısı ilgili personel tarafından diğer yarısı ise döner sermayesi bulunan kurumlarda döner sermayeden, döner sermayesi bulunmayan kurumlarda kurum bütçesinden ödenmektedir. Özel sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışanların sigortası ise özel sağlık kurum ve kuruluşu tarafından yaptırılacaktır. Özel sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışanların sigorta primlerinin de yarısı kendileri tarafından diğer yarısı ise istihdam edenlerce ödenmektedir.

Bu düzenleme ülkemizde yaygın olarak malpraktis sigortası şeklinde ifade edilen yeni bir hukuki durum

meydana getirmiştir. Bu yeni durumda sadece hekimler, diş hekimleri ve tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanlar gerek kendilerinden doğrudan gerekse rucü yoluyla talep edilebilecek zararlar karşılığında sigorta yaptırmaktadırlar. Yeni düzenlemede hekim dışı sağlık görevlileri için herhangi bir zorunlu sigorta uygulaması ön görülmemiştir. Oysa bu kişiler de hekimlerle benzer riskler taşımaktadır ve bu durum çeşitli yönleriyle hakkaniyete ve eşitliğe aykırıdır. Bu sebeple yeniden yapılacak kanuni düzenlemede bütün sağlık görevlilerini kapsayacak şekilde bir genel zorunlu mali sorumluluk sigortası sisteminin kurulması gerekmektedir.





## Mali Sorumluluk Sigortasının Amacı

**Zorunlu mesleki mali sorumluluk sigortalarının getiriliş amacını iki yönlü değerlendirmek gerekmektedir. Bunlardan birincisi, mesleki uygulama ile zarar görebilme potansiyeli bulunan şahısların hukukunun himaye edilmesi ikincisi ise doğrudan mesleki risk altında bulunan kişinin korunmasıdır.**



Zorunlu mesleki mali sorumluluk sigortalarının getiriliş amacını iki yönlü değerlendirmek gerekmektedir. Bunlardan birincisi, mesleki uygulama ile zarar görebilme potansiyeli bulunan şahısların hukukunun himaye edilmesidir. Konumuz bağlamında bu şahıslar hastalardır. Ancak burada hasta deyimini geniş anlamda yorumlamamız gerekmektedir. Nitekim Hasta Hakları Yönetmeliğinin 4. maddesinde “hasta” deyimini, sağlık hizmetlerinden faydalanma ihtiyacı bulunan kimse olarak tanımlanmıştır. Bu hüküm karşısında sadece asli anlamıyla “hasta” olanlar değil, sözcüğü gebeler, sağlam çocuklar

ve koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlananlar da geniş anlamda “hasta” tanımının içine dahil olmaktadır.

Bu husus Anayasa Mahkemesi'nin 4 Aralık 2010 tarih ve 27775 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan E.2010/29, K.2010/90 sayılı ve 16.07.2010 tarihli kararında da ele alınmıştır. Bu konuda karar gerekçesinde yer alan ifade şöyledir:

İptali istenen ibarelerin yer aldığı Ek Madde 12 ile kamu sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışan tabiplere, diş tabiplerine ve tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman

olanlara, tıbbi kötü uygulama nedeniyle kendilerinden talep edilebilecek zararlar ile kurumlarınca kendilerine yapılacak rüculara karşı sigorta yaptırma zorunluluğu getirilmektedir. Bu düzenleme ile tıpta kötü uygulamalar neticesinde, sağlık durumu kötüleşen veya sakat kalan veya ölen hasta ve hasta yakınlarının zararlarının karşılanması amaçlanmaktadır. Görüldüğü üzere Yüksek Mahkeme sigortanın getiriliş amacını tıpta kötü uygulamalar neticesinde, sağlık durumu kötüleşen veya sakat kalan veya ölen hasta ve hasta yakınlarının zararlarının karşılanması olarak belirlemiştir.

Ancak Kanunun getiriliş amacını tek başına bununla sınırlamak isabetli olmamıştır. Kuşkusuz Yüksek Mahkeme kararı esas olarak bu amacı tespiti yönelik bir nitelik taşımamaktadır. Burada gerekçenin genel çerçevesi oluşturulurken bu hususa da değinilmiştir.

Mesleki sorumluluk sigortalarının getiriliş amaçlarından ikincisi ise doğrudan mesleki risk altında bulunan kişinin korunmasıdır. Gerçekten de günümüz şartlarında bazı meslekler nitelikleri sebebiyle riskli meslek olarak adlandırılabilir. Bu mesleklerin icrası ile ilgili olarak failin herhangi bir kastı olmasa bile her zaman zarar doğabilir. Bu durumda hukukun genel ilkeleri gereği zarar verenin zararı tazmin etmesi gerekir. Bu yüzden meslek mensupları ağır ekonomik yükümlülükler altına girebilir. Bu durumda ilgili kişilerin gerektiğinde basiretsiz davranışları karşısında kendilerine karşı da korunmaları gerekir.



### Hekim Dışı Sağlık Personelinin Sorumluluğu

Sorumluluk kavramını bir kişinin işlediği fiilin neticelerine katlanması şeklinde tanımlayabiliriz. Gerçekten de hukuk düzeni içinde kişilerin bazı fiilleri, diğer kişilerin hukukunu ihlal edebilir. Bu durumda kanunda aranan diğer şartlar da meydana gelmiş ise failin sorumluluğu ortaya çıkaracaktır. Fail, hukuka aykırı davranışı karşısında tek bir şekilde sorumlu tutulmaz. Bu yönüyle hukuk düzeni içinde tek bir sorumluluk türü yoktur. Ancak genel anlamda kişiler bakımından kabaca ceza ve tazminat sorumluluğundan bahsetmek yanlış olmayacaktır. Ceza sorumluluğunda bir kişinin kanunda gösterilen

tipik fiili işlemesi ve neticede suç adı verilen yaptırma tutulması söz konusu olur. Ceza sorumluluğu şahsidir ve kural olarak bu sorumluluğun sigorta ettirilmesi mümkün değildir.

Buna karşılık tazminat sorumluluğunda bir kişinin hukuka aykırı fiili neticesinde diğer bir şahsın maddi veya manevi varlığının zarara uğratılmış olması söz konusudur. Bu durumda fail verdiği zararın tazmin yükümlülüğü altındadır. Hukukumuzda kasten verilmediği müddetçe bu zararlara karşı sigorta yaptırılması mümkündür.

Uygulamada sağlık hizmeti sunan hekim dışı sağlık personelinin de tıpkı hekimler gibi mali sorumluluğu bulunmaktadır. Bu bakımdan bu kişiler de karşılaşacakları mesleki riskleri sigorta himayesi kapsamına alabilir. Bu durum bir hukuki olanaktan öte artan tazminat davaları karşısında bir gerekliliğe dönüşme eğilimi sergilemektedir. Anayasa Mahkemesinin yukarıda belirtilen kararında diğer ülkelerde sadece hekimler bakımından değil, ağır sonuçlar doğurma ihtimali bulunan diğer meslekler için de mesleki mali sorumluluk sigortası uygulaması bulunduğunun altı çizilmiştir.

### Zorunlu Sigorta, Eşitlik, Hakkaniyet

**Aynı durumda bulunan kişilerin aynı hukuki olanaklara kavuşturulması Anayasal eşitliğin bir gereği olarak kabul edilmelidir. Oysa 5947 sayılı Kanunla sadece tabipler, diştabipleri ve tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanlar için zorunlu sigorta sistemi getirilmiştir. Buna karşılık sağlık hizmeti sunumuna katılan başka birçok sağlık mesleği daha bulunmaktadır. Bu kişilerin de hekimlerle benzer riskler taşıdığı konusunda bir tartışma bulunmamaktadır.**

Eşitlik, Türk anayasasında benimsenmiş en temel ilkelerden birisidir. Anayasa'nın 10. maddesinde ifade edilen bu ilke Anayasa Mahkemesi'nin çeşitli kararlarında

yorumlanmıştır. Nitekim Anayasa Mahkemesi'nin 28 Mart 2009 tarih ve 27183 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan E. 2006/53, K. 2009/21 sayılı ve T. 05/02/2009 tarihli ka-

rarında şu ifadelere yer verilmektedir: "birbirinin aynı durumunda olanlara ayrı kuralların uygulanmasını, ayrıcalıklı kişi ve toplulukların yaratılmasını engellemektedir."



Aynı durumda olanlar için farklı düzenleme eşitliğe aykırılık oluşturur. Anayasa'nın amaçladığı eşitlik, mutlak ve eylemlilik değil hukuksal eşitliklerdir. Aynı hukuksal durumlar aynı, aynı hukuksal durumlar aynı kurallara bağlı tutulursa Anayasa'nın öngördüğü eşitlik ilkesi ihlal edilmiş olmaz. Kişisel nitelikleri ve durumları özdeş olanlar arasında, yasalara konulan kurallarla değişik uygulamalar yapılamaz." Bu belirleme ışığında aynı durumda bulunan kişilerin aynı hukuki olanaklara kavuşturulması Anayasal eşitliğin bir gereği olarak kabul edilmelidir. Oysa 5947 sayılı Kanunla sadece tabipler, diştabipleri ve tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanlar için zorunlu sigorta sistemi getirilmiştir. Buna karşılık sağlık hizmeti sunumuna katılan başka birçok sağlık mesleği daha bulunmaktadır. Bu kişilerin de hekimlerle benzer riskler taşıdığı konusunda bir tartışma bulunmamaktadır. Hatta farmakoloji veya anatomi uzmanı bir tıp doktorunun taşıdığı mesleki risk bir hemşire veya fizyoterapistten daha azdır. Kısaca ifade etmemiz gerekirse hekim dışı sağlık personelinin zorunlu sigorta sistemi dışında

birakılması birkaç yönden Anayasal eşitliğe aykırıdır. Bu durumları kabaca şu başlıklar altında toplamamız mümkündür.

### **Hasta Hakları Bakımından Eşitsizlik**

Hasta Hakları Yönetmeliğinin 44. maddesinin birinci fıkrası uyarınca; hasta haklarının fiilen kullanılmasına mani olan veya bu hakları başka şekilde ihlal eden personelin mali sorumluluğu doğabilir. Bu hükümde sadece hekimler için değil bütün sağlık personeli için bir sorumluluk ihtimalinden söz edilmiştir. Zira adı geçen Yönetmeliğin 4. maddesinin birinci fıkrasının (b) bendine göre, personel deyimi, hizmetin, resmi veya özel sağlık kurumlarında ve kuruluşlarında veya serbest olarak sunulmasına bakılmaksızın, sağlık hizmetinin verilmesine iştirak eden bütün sağlık meslekleri mensuplarını ve sağlık meslekleri mensubu olmasa bile sağlık hizmetinin verilmesine sorumlu olarak iştirak eden kimseleri içerir anlamda kullanılmaktadır. Bu yönüyle mali sorumluluk sadece hekimlere münhasır olacak şekilde öngörülmemiş,

bütün personel için getirilmiştir.

Bu durumda bir hasta açısından baktığımızda, sağlık hizmeti aldığı hekimin fiilinden dolayı bir zarar meydana geldiğinde bunu hekimin sigorta şirketinden tazmin ettirme imkanına sahip olacak buna karşılık bir hemşire, ebe veya fizyoterapistin eyleminden doğan zararları sigorta güvencesi ile tazmin etme imkanından yoksun kalacaktır. Bu bakımdan zorunlu sigorta uygulaması öncelikle hastalar veya hizmetten yararlananlar bakımından adaletli değildir.

### **Benzer Risk Taşıyan Grupların Himaye Edilmesinde Ayrımcılık Yapılması Bakımından Eşitsizlik**

Hukuki düzenlemelere göre sadece bir kısım sağlık görevlisi doğrudan insan üzerinde müdahalede bulunma yetkisini haizdir. Hekimler dışında, fizyoterapistler, hemşireler ve ebeler bu kümenin başında sayılması gereken meslek gruplarıdır. Bu kişilerin de mesleklerini icra ederken, hizmet sundukları kişiler üze-



rinde zarar doğurucu etkilere yol açacak neticeler meydana gelebilir. Bu durumda bu meslek grubundaki kişilerin de doğacak risklere karşı himaye edilmesi önem taşımaktadır. Hatta hekim dışı sağlık personelinin göreceli olarak hekimlerden daha az gelir elde ettikleri bilinen bir gerçektir. Bu durumda hekim dışı sağlık çalışanlarının bir tazminat davası karşısında uğrayacakları ekonomik yıkımın boyutları daha da ağır olabilecektir. Bu sebeple herhangi bir ayırım gözetmeksizin bütün sağlık personelinin zorunlu sigorta ile himaye edilmesi hakkaniyete uygun düşecektir.

#### **Kamu Hastanelerinde Döner Sermaye Gelirlerinin Hakkaniyetli Dağıtılması Bakımından Eşitsizlik**

5947 sayılı Kanuna göre, kamu sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışan tabipler, diş tabipleri ve tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanların sigorta priminin yarısı döner sermayesi bulunan kurumlarda döner sermayeden ödenmektedir.

Sağlık Bakanlığına Bağlı

Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmeliğin 5. maddesine göre, sağlık kurum ve kuruluşlarının, sağlık hizmetlerinden elde edilen gelirlerinin tamamı döner sermayeye gelir kaydedilmektedir. İlgili kurum ve kuruluşun o dönemde elde ettiği gayrisafi hasılatın öncelikle Hazine payı, Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu payı ve Bakanlık Merkez payı ayrıldıktan sonra kalan miktarın kurumlarda asgari %50'si, kuruluşlarda ise %35'i, kurum ve kuruluşların ihtiyaçlarının karşılanması ve vadesi gelen borçların ödenmesi için ayrılmakta, kalan kısım personele ek ödeme olarak dağıtılabilmektedir. Döner sermaye gelirleri, sadece sağlık hizmetlerinden elde edilen gelirlerdir. Bağış, faiz geliri gibi personelin katkısına dayanmayan döner sermaye gelirleri hiçbir şekilde personele ek ödeme olarak dağıtılmamaktadır.

Sonuç olarak hastanenin sağlık hizmetlerinden elde ettiği gelirler bütün personelin katkısıyla kolektif

olarak elde edilmekte, ancak bu gelirden sadece bir kısım personel için sigorta yaptırılmakta, aynı veya benzer riski taşıyan personel için böyle bir imkan sağlanmamaktadır. Bu durum açık bir eşitsiz uygulamadır. Kaldı ki sadece bir kısım personel için döner sermayeden harcama yapılması döner sermayeden dağıtılacak toplam meblağı da azaltacağından eşitsizlik daha da derinleşmektedir.



**Hastanenin sağlık hizmetlerinden elde ettiği gelirler bütün personelin katkısıyla kolektif olarak elde edilmekte, ancak bu gelirden sadece bir kısım personel için sigorta yaptırılmakta, aynı veya benzer riski taşıyan personel için böyle bir imkan sağlanmamaktadır. Bu durum açık bir eşitsiz uygulamadır. Kaldı ki sadece bir kısım personel için döner sermayeden harcama yapılması döner sermayeden dağıtılacak toplam meblağı da azaltacağından eşitsizlik daha da derinleşmektedir.**



## Kamu Sağlık Kurumlarında Bir Ara Çözüm Önerisi

Halen kamu sağlık kurumlarında çalışan hekim dışı sağlık personelinin zorunlu sigorta kapsamında bulunmuyor olmaları bu kişiler için ihtiyari sigorta yapılmasına engel teşkil etmemektedir. Bu konuda verili hukukun olanaklarını kullanmak mümkündür. Burada eşitliğin sağlanması amacıyla, hastane döner sermayelerinin bütçesinden hekim dışı sağlık personeli için de yine kanuna paralel bir biçimde primin yarısı personelce ödenmek üzere mesleki sorumluluk sigortası yaptırılmasını önermekteyiz. Her ne kadar zorunlu sigorta için kanuni bir dayanak gerekse de ihtiyari sigorta için böyle bir durum da söz konusu değildir.

Döner sermayeden karşılanacak giderlerin neler olduğu, Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları ile Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkındaki 209 Sayılı Kanun Gereğince İşletme, İdare ve Muhasebe İşlerine Dair Yönetmelikte gösterilmiştir. Bu kalemler arasında personele sigorta yaptırılması yer almamaktadır. Ancak bunun için ayrıca bir özel düzenlemenin şart olmadığı inancındayız. Zira Yönetmeliğin 7 nci maddesinin birinci fıkrasının (c) bendinde “satın alınacak her türlü mal ve hizmet bedelleri” döner sermaye giderleri arasında sayılmıştır. Ayrıca Yönetmeliğin 22. maddesin-

de Döner Sermaye kıymetlerinden lüzum görülenlerin sigorta ettirilmesi Sağlık Bakanlığının onayı ile yapılır hükmü yer almaktadır.

Döner sermaye kıymetlerinin sigortalanmasının mümkün olduğu yerde hastane çalışanlarının mesleki sorumluluk sigortalarının yaptırılması da pek ala mümkün olmalıdır. Kaldı ki bu yönetmelik Sağlık Bakanlığınca çıkarılmıştır. Yapılacak bir değişiklikle bu hususun da Yönetmelikte düzenlenmesi olanaklıdır. Bu konuda sağlık çalışanlarının talepte bulunması sürecin hızlanması bakımından faydalı olacaktır.

## Sonuç ve Tartışma

Ülkemizde 5947 sayılı Kanunla hekimler, dişhekimleri ve diğer tıp uzmanları için zorunlu meslek sigortası uygulaması sistemine geçilmiştir. Başka ülkelerde de benzer uygulamalara rastlanmaktadır. Biz gittikçe artan tazminat davaları ve bunun yol açtığı/açacağı sosyal sonuçlar bakımından zorunlu hekim mesleki sorumluluk sigortası uygulamasını isabetli bulmaktayız. Uygulamanın aksayan ve eleştirilecek yönleri bulunmakla birlikte bunlar bir başka yazının konusunu teşkil edecektir.

Diğer yandan ülkemizde hekim dışı sağlık çalışanları aleyhinde de, gittikçe artan bir eğilimde, tazminat taleplerinin yoğunlaştığını gözlem-

lemekteyiz. Bu konuda elimizde sağlıklı istatistik veriler bulunmamaktadır. Ancak hukuk pratiği içinde bu gözlemi yapmak çok zor değildir. Bu yoğun dava baskısı altında hekim dışı sağlık personelinin sigorta himayesinden yoksun bırakılması hakkaniyet ve eşitlik ilkelere aykırıdır. Ayrıca sağlık hizmeti alan kişiler açısından da hekim dışı sağlık personelinin sigorta güvencesi altında bulunmaması dezavantajlı bir durumdur.

Bu sebeplerle hekim dışı sağlık personelinin de zorunlu mesleki sorumluluk sigortası kapsamına alınması yönünde kanun değişikliğinin gerekli olduğu inancındayız. Ancak kanun değişikliği gerçekleştiril-

şene kadar, özellikle kamu hastanelerinde ve diğer döner sermayeli kuruluşlarda, hekim dışı sağlık personeline primlerin yarısının döner sermaye bütçesinden karşılandığı ihtiyari mesleki mali sorumluluk sigortası yaptırılmasının hukuki olanakları da mevcuttur. Hastane idareleri bu hukuki olanağı sağlık çalışanları lehine kullanmalıdır. Bu konuda ilgili Yönetmelikte değişiklik yapılmasına dahi gerek bulunmamaktadır. Ancak bu hususta gerekiyorsa Döner Sermaye İşletme Yönetmeliğinde gerekli değişiklik yapılmalıdır. Ancak az önce ifade ettiğimiz gibi gerçek çözüm bu konunun kanuni alt yapıya kavuşturulmasıdır.

Hekim dışı sağlık personelinin de zorunlu mesleki sorumluluk sigortası kapsamına alınması yönünde kanun değişikliğinin gerekli olduğu inancındayız. Ancak kanun değişikliği gerçekleşene kadar, özellikle kamu hastanelerinde ve diğer döner sermayeli kuruluşlarda, hekim dışı sağlık personeline primlerin yarısının döner sermaye bütçesinden karşılandığı ihtiyari mesleki mali sorumluluk sigortası yaptırılmasının hukuki olanakları da mevcuttur. Hastane idareleri bu hukuki olanağı sağlık çalışanları lehine kullanmalıdır. Bu konuda ilgili Yönetmelikte değişiklik yapılmasına dahi gerek bulunmamaktadır.

# Hekim Dışı Sağlık Personeli

## Mesleki Sorumluluk

# Sigortası

## Kapsamına Alınmalıdır







# **Tıp Etiği Açısından; “Çalışma Yaşamında Toplumsal Cinsiyet Ayrımcılığı, Mobbing, ve Cinsel Taciz”**

*Doç. Dr. Nesrin ÇOBANOĞLU*

Gazi Üniversitesi Tıp Fakóltesi Tıp Etiği ve Tıp Tarihi AD Başkanı

**Günümüzde toplumsal ilişkiler bağlamında birey olarak değerimizi belirleyen en hakkaniyetli yaklaşım; ürettiğimiz iş ve çalışma yaşamımızdaki etkinliğimiz olarak biçimlenmelidir. Bununla birlikte çalışma yaşamında ilişkiler her zaman hakkaniyete dayalı sürdürülmemektedir. İşyerinde doğrudan hukuk kuralları dışına çıkmamakla birlikte, etik dışı davranışlarla, aktif ya da pasif yöntemlerle psikolojik şiddet ve taciz uygulanmasına mobbing diyoruz.**

Sağlık alanı öteki sektörlerle göre kadın çalışan sayısı en fazla alanlardan birisidir. Nitelikli ve çok özel bir hizmet sunumu gerektiren bu iş kolunda, kadın hekimler ve hemşirelerin nerdeyse tamamının kadın olması nedeniyle öteki alanlara göre kadın çalışan sayısı en fazla sektördür. Çalışma koşulları öteki sektörlerdeki (eğitim sektöründen öğretmenler vb.) kadın personelden oldukça farklı ve hizmet sunumu oldukça özel koşullarda, özel bilgilerle donanmış olmayı gerektirmektedir. Sağlık sektörü; acil servisler, ambulans hizmeti, ücra sağlık ocakları, kadın doğum, yoğun bakımlar gibi yerlerde günün her saatinde çalışmayı içeren bir alandır. Bu kritik ortamlarda ve gecenin olmadık bir saatinde toplumun tüm kesimleri ile karşılaşma olasılığı ile çalışılan bir ortam, mobbing uygulamasına çok açık olmanın yanı sıra, şiddet ve taciz olaylarını artırmaktadır. Bu yazıyı yazarken acil serviste bir kadın doktorun kaymakam tarafından dövüldüğü haberi geldi. Tokat'ta milletvekili tarafından tokatlanan kadın doktor... Başhekimin döverecek odasından attığı hemşire... Dahiliye

servisinde hekim tarafından tokatlanan hemşirenin polis eşinin vurduğu doktor (şiddet içinde şiddet)!.. Sağlıkta şiddet giderek artıyor ve bu şiddetin hedefinde de genellikle hemşireler, özellikle kadın (ama her iki cinse de şiddet var) acil doktorları, pratisyen kadın hekimler, kadın asistanlar... biçiminde sıralanıyor. Bu nedenle sağlık iş kolunda toplumsal cinsiyet ayrımcılığı, mobbing ve cinsel taciz kendi içinde önemli bir sorun olarak belirleniyor. Ayrıca, bu sorunların belirlenmesinde sorumluluk taşıyan bir işkolu olarak bu konu bizi iki kere fazla ve her boyutuyla ilgilendiriyor. Bu konularda hele kadın açısından sorunu tanımlamaya kalktığınızda ise ciddi engellerle karşılaşmanız çok normal! Genellikle kadına karşı şiddet, mobbing ve cinsel taciz görmezden geliniyor.

Günümüzde toplumsal ilişkiler bağlamında birey olarak değerimizi belirleyen en hakkaniyetli yaklaşım; ürettiğimiz iş ve çalışma yaşamımızdaki etkinliğimiz olarak biçimlenmelidir. Bununla birlikte çalışma yaşamında ilişkiler her zaman hak-



kaniyete dayalı sürdürülmemektedir. İşyerinde doğrudan hukuk kuralları dışına çıkmamakla birlikte, etik dışı davranışlarla, aktif ya da pasif yöntemlerle psikolojik şiddet ve taciz uygulanmasına mobbing diyoruz. İşyerinde psikolojik taciz (mobbing) her yaş ve konumdaki insana uygulanabilmekle birlikte, kadınlara karşı daha fazla uygulandığı ama toplumsal cinsiyet eşitsizliği





nedeniyle daha "normal" algılandığı gözlenmektedir. Bu durum sorunun saptanması ve çözümlenmesini güçleştirmektedir.

Çalışan kadınların işyerlerinde psikolojik şiddet ve tacize maruz kalması ayrımcılık olarak kabul edilmektedir. Eşitsizlik ve ayrımcılık kavramının her biçiminin etik

bir yönü vardır. Bundan dolayı da konu etik açısından incelenmelidir. Çalışma yaşamında psikolojik şiddet ve taciz önemli sağlık sorunlarına yol açmaktadır. Bu nedenle sağlık profesyonellerinin konuya yaklaşımı ve sorumluluklarının meslek (tıp) etiği ilkeleri açısından değerlendirilmesi gereklidir.

Mobbing, psikolojik şiddet ve cinsel tacizden en çok etkilenen kesimlerin ise kadınlar olduğu görülmektedir. BM tarafından 24-25 Mart 2011 tarihinde İstanbul'da Başbakan'ın açılışını yaptığı

"Uluslararası Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliği Sempozyumu" düzenlenmiştir. Başbakanlık tarafından 19 Mart 2011 tarihinde "İşyerlerinde Psikolojik Tacizin (Mobbing) Önlenmesi" konulu bir genelge yayımlandı. Genelgeye göre; "Genel olarak "bir veya birkaç kişi tarafından diğer bir kişiye yönelik olarak, düşmanca ve ahlak dışı yöntemlerle sistematik bir biçimde uygulanan psikolojik terör" şeklinde tanımlanan mobbingin sağlık işkolunda önlenmesinde ve toplumdaki mobbing mağdurlarının tedavisinde sağlık çalışanlarına önemli sorumluluk düşmektedir. Türkiye'de son hafta içinde yaşanan bu sıcak gelişmeler ışığında; toplumsal cinsiyet ayrımcılığı bağlamında mobbing, psikolojik şiddet ve cinsel taciz konularının birlikte değerlendirilmesi ve bu bağlamda konunun etik açısından incelenmesi önemlidir.

### Toplumsal Cinsiyet Ayrımcılığı Açısından İşyerinde Psikolojik Şiddet ve Taciz

Şiddet tüm insanlığı ilgilendirmektedir. Uzun yıllardır yasalar, uygulamalar ve eğitimle çözülmek için uğraşılan ama bir türlü baş edilemeyen bir konudur. Bireyin en temel hakkı fiziksel ve biyolojik çevresinin yanı sıra sosyal çevresinin de sağlıklı olmasıdır. Ancak sağlıklı bir sosyal çevrenin oluşması ve devamındaki en büyük engel; bireysel ve toplumsal şiddettir. Şiddet ve taciz konusu en fazla kadın ve çocuklar üzerinde yoğunlaşmaktadır. Kadına yönelik şiddet ve tacize, yaşamın her alanında, işyerinde, okulda, ailede, savaşta, rastlanılmaktadır. Şiddet ve taciz, zaman, kültür ve topluma göre değişkenlik göstermektedir. Günümüzde çalışan ve eğitimli ka-

dınlar bile işyerlerinde psikolojik şiddet ve tacize maruz kalmaktadır. Çalışanların temel hakkı sağlıklı koşullarda ve güvenli ortamlarda çalışmak; din, dil, etnik köken ve cinsiyete dayalı olarak bir ayrıma tabi tutulmamaktır. İşyerinde psikolojik taciz de bu ayrımcılıklardan birisi olarak kabul edilmektedir. Bu durumun yaygın olması eşitsizlik ve ayrımcılık ruhunu göstermektedir. Eşitsizlik ve ayrımcılık kavramının her biçiminin ahlaki ve etik bir

yönü vardır. Bundan dolayı da konu etik sorun kümesi oluşturmaktadır. Kişileri gruplamak ve farklılaştırmak için kullanılan ölçütlerden biri, cinsiyettir. İnsanların eşit doğduğuna inanılmasına ve kanun karşısın-





da eşit olmalarının savunulmasına rağmen toplumsal cinsiyet ayrımı hep yapılmıştır.

Toplumsal cinsiyet, sosyal, politik ve tarihsel olarak içselleştirilmiştir. Günümüzde biyolojik farklılıktan öte kendini toplumsal, ruhsal ve kültürel yapılanmaya bağlı olarak göstermektedir. Toplumlar da kadın-erkek farklılığı boyutlarını değiştirmiştir; özellikle mesleki açıdan farklılık kendini göstermektedir. Birçok meslekte kadınların yer alması istenmez. Bu tür mesleklerde yer alan kadınlar da toplumsal cinsiyet koşullanmasıyla, erkekçe değerlerle bezenerken görev üstlenirler. Böylece, son zamanlarda artan sayıda kadınlar erkek egemen mesleklerde de yer almaya başlasa da, bu durum genel olarak değişmemektedir. Hemşirelik, öğretmenlik gibi meslekler genel olarak kadınlara uygun görülürken yönetim kademelerinde genellikle erkekler vardır. Her yıl yayınlanan dünyanın en önemli ilk 500 yöneticisi arasında son yıllarda da ilk kez kadın girmiştir. Toplumsal cinsiyet ayrımcılığı kendini toplumun her alanında hissettiren bu tip alanında ne du-

rumdadır? Kadınlara özellikle belli uzmanlık dalları uygun görülmektedir. Kadınlar, erkeklerin dominant olduğu uzmanlık alanlarında desteklenmemektedirler. Böylece toplumda toplumsal cinsiyete bağlı olarak uzmanlık dalları arasında mesleki ayrışma olmaktadır. 1970'lerde toplumsal cinsiyetin varlığını, erkekler ile kadınlar arasındaki farklılıklar ve ayrımların biyolojik farklılıkla açıklanamayacağını, erkeklik ve kadınlıkla ilgili kültürel açıdan egemen olan fikirlerin gerçekliğe ancak kabaca denk düşen stereotipleri temsil ettiklerini kanıtlamaya yönelik sosyolojik ve psikolojik çabalar olmuştur. Bunlar, toplumsal cinsiyetle ilgili düşünceler ve erkeklerle kadınların rolleri söz konusu olduğunda çeşitli kültürler arasında büyük değişiklikler bulunduğunu ortaya koymuştur. Bununla birlikte, kız ve erkek çocukların, yetiştirilme biçimi, gençlik kültürü, istihdam kılıpları ve aile ideolojisi alanlarındaki toplumsallaşma süreciyle yetişkin kadın ve erkeklere dönüşmelerini kapsayan araştırmalar yapılmıştır. Yapısal düzeydeki araştırmalar ise, ev içindeki eşitsiz işbölümüne, ayrıca iş türleri ile terfi olanaklarının

belirlenmesinde cinsiyetin büyük rol oynadığı işe alma kalıbındaki ayrımcılıklara eğilmekteydi.

Günümüzde yapılan araştırmalarda, doğumlarından itibaren kız ve erkek çocuklara davranışları için hala baskı yapıldığı görülmektedir. Biyolojik etken ile toplumsal etken arasında ikilemler bulunmaktadır. Sosyoloji, toplumsal öğeyi, toplumsal bilinç ve eylem üretmek amacıyla bedensiz bir şey olarak görmeye eğilimlidir. Bununla eleştiriler almaktadır.

Son yıllarda sosyologlar, bedeni tartışmadan kabul edilen olgu saymaya daha gönülsüz oldukları gibi, toplumsal anlamının tarih içinde değiştiğini kabul ettikleri için, bedeni toplumsal analizin bir nesnesi olarak görmeye daha az eğilimlidirler. Bu bir bakıma biyolojinin devre dışı bırakılmasına neden olabilir.

Cinsiyet-toplumsal cinsiyet ayrımına yönelik eleştirilerden birincisi, toplumsal düzeyin dışındaki anlamalarda biyolojik bir farklılık bulunduğunu reddeden, eleştirel yaklaşımdır (Foucault'cu). Öte yandan biyolojik farklılığın toplumsal-ötesi bir olgu olduğunu savunan ve beden gerçek anlamını sakladığını ileri süren bir toplumsal cinsiyet görüşüne karşı çıkan eleştiriler de vardır. Bu ayrımın; adet, gebelikten korunma, üreme teknolojileri, kürtaj ya da çocuk doğurmakla ilgili biyolojik politikayla birlikte diğer feminist ilgi konularına fırsat bırakmayan özel türden bir feminist politikayla bağlantılı olduğu söylenmektedir. İkinci türdeki bir eleştiri, toplumsal cinsiyet kavramının kadınlar ile er-

**Toplumsal cinsiyet, sosyal, politik ve tarihsel olarak içselleştirilmiştir. Günümüzde biyolojik farklılıktan öte kendini toplumsal, ruhsal ve kültürel yapılanmaya bağlı olarak göstermektedir. Toplumlar da kadın-erkek farklılığı boyutlarını değiştirmiştir; özellikle mesleki açıdan farklılık kendini göstermektedir. Birçok meslekte kadınların yer alması istenmez.**





**Belirgin göstergelerin ve ölçülebilir verilerin bulunduğu ortamlarda, cinsiyetler arasında önemli farklılıklar olduğu gözlenir. Birleşmiş Milletler Kalkınma Kurumu'nun (UNDP) geliştirdiği indekse göre tüm dünya üzerinde genel olarak insani gelişme yönünden kadın ve erkekler arasında bir eşitsizliğin olduğu söylenebilmektedir. Bu eşitsizlik az gelişmiş ülkelerde çok daha belirgindir.**

kekler arasındaki, gücün (iktidarın) ve tahakkümün aleyhine işleyen farklılıklarda odaklanmasıyla bağlantılıdır.

Bazı yazarlar, güç (iktidar) sorununu hem analitik hem de siyasal bakımdan ön planda tutma çabasında başlıca düzenleyici kavram olarak ataerkillik terimini kullanmayı tercih ederler. Ataerkilliğin çıkardığı bir sürü problem vardır; yalnız burada dikkat çekilmesi gereken nokta, biyolojik bir kategoriye toplumsal bir kategori gibi değerlendirilerek cinsiyet ile toplumsal cinsiyetin aynı kefeye konulmasıdır. Kadınlara ve erkeklere ataerkilliğin açıklanmasında yardımcı olan önceden oluşturulmuş gruplar gözüyle bakılmaktadır. Toplumsal cinsiyet, cinsiyet sözcüğünü kullanmak-

tan kaçınmanın ahlakçı bir yolu olduğu gerekçesiyle eleştirilmiştir. Sosyolojide, bu terim, doğru anlamda kullanılınca sorun çıkmamaktadır ancak gündelik anlamda "karşı cins"ten bahsedilirken problemler oluşmaktadır. Toplumsal cinsiyet eşitliği üzerine odaklanmama dünya üzerindeki insani gelişmenin de geride kalmasına yol açar. Bununla birlikte cinsler arasındaki eşitsizlik özellikle yoksul ülkelerde kendini göstermektedir.

Belirgin göstergelerin ve ölçülebilir verilerin bulunduğu ortamlarda, cinsiyetler arasında önemli farklılıklar olduğu gözlenir. Birleşmiş Milletler Kalkınma Kurumu'nun (UNDP) geliştirdiği indekse göre tüm dünya üzerinde genel olarak insani gelişme yönünden kadın ve

erkekler arasında bir eşitsizliğin olduğu söylenebilmektedir. Bu eşitsizlik az gelişmiş ülkelerde çok daha belirgindir. Gelişmiş ülkelerde ise kadın ve erkekler arasında insani gelişme yönünden eşitsizlik var olmakla birlikte, bu eşitsizlik çok ileri boyutlarda değildir. Bunun yanında kadınların siyasal ve ekonomik yaşama ne kadar katıldıklarına bakıldığında, özellikle yönetici konumundaki kadın oranı ve mesleki ve teknik işgücü içerisinde kadınların oranı açısından birçok ülkede eşitsizlik açık bir şekilde kendini göstermektedir. UNDP'nin geliştirdiği GEM (Gender Empowerment Measure) adlı indekslerden bakıldığında mesleki ve teknik personel içerisinde yer alma Norveç'te % 58,5, Türkiye'de % 33,9, Nijer'de % 8'dir.

### Etik Bir Sorun Kümesi Olarak Mobbing ve Cinsel Taciz

Etik kavramı, Yunanca ethos sözcüğünden türetilen "davranış biçimini ifade eden karakter" anlamına gelir ve "ahlaki değerler statüsü" olarak tanımlanır. Yunanca ethos kavramının Latince karşılığı mos sözcüğüdür, karakter, töre anlamına gelmektedir. Etik, insan eylemlerini konu alır. Etik ilişkinin yapısını ve sorunlarını araştırmada tek ipucu insan eylemleridir. Etik, bir eylemi,

iyi bir eylem yapan niteliksel durumu sorar .

Herhangi bir eylemin, hangi etik yaklaşımla bakılırsa bakılırsın, "iyi"liğine ilişkin değerlendirme bir takım etik ilkeler (kodlar) temel alınarak yapılmaktadır. Böylelikle, etik ilkeler uygulamalı etikte, yapılan eylemlere ilişkin soruşturma yetkisi sağlamaktadır. Konumuzla

ilgili etik ilkeler, mahremiyete saygı, gizlilik, zarar vermemek, yararlılık, aydınlatılmış onam, özerkliğe saygı, adalet ve eşitlik olarak sayılmaktadır.

Etik, insan eylemleri ile uğraştığı, hekimlik mesleği de insan odaklı olduğu için tıp etiğini meslek etiklerinin başlangıcı sayabiliriz. En yüksek uzmanlık gerektiren mesleklerin





bilimler değil, uygulamalı bilimler, dolayısı ile sanatlar olduğu söylenmektedir. Hekimlik mesleği özel olarak sanattır çünkü onun yöneldiği “şey” hasta olarak insan, genel

olmayan, standartlaştırmayan eylem nesnesidir. Bundan dolayı meslek etikleri hareketinin tıp etiği ile başlaması ve daha sonra diğer mesleklere doğru uzanması akla yatkındır. Tıp, insanla varolan bir meslektir. Tarihin her evresinde ayrıcalıklı bir yere sahip olan hekimlerin davranış biçimleri de meslekleri kadar önemli olmuştur. Ayrıca bugün tıp etiğinden beklenen, bir bilim adamının, ilgili alanda araştırma yaparken veya mesleğini icra ederken genel olarak neleri yapması ve neleri yapmaması gerektiği sorusunu ve bir bilim adamının belirli bir durumda

karşılaştığı bir sorunu nasıl çözmesi gerektiği sorusunu yanıtlamasıdır.

Bu bağlamda, mobbing, psikolojik şiddet ve cinsel taciz bir etik sorun kümesidir. Mobbing, iş yaşamında etik dışı yöntemlerle bireylere psikolojik taciz uygulanması anlamındadır. Mağdurların yaşadıkları travma sonucu edindikleri farklı hastalıklarla (hipertansiyon, depresyon, uyku bozukluğu..) geldikleri sağlık çalışanları açısından ise tıp etiği ilkeleri doğrultusunda kökündeki soruna ilişkin tanı koymak ve tedavi sürecinde sosyal hizmet uzmanları, psikologlar ile birlikte çözümler üzerinde çalışmak gibi sorumluluklar doğurmaktadır.

### Şiddet, Kadına Yönelik Şiddet ve Nedenleri

Şiddet, insanlığın geçmişten günümüze çözmeye çalıştığı ama her dönem farklı biçimlerde karşılaştığı önemli bir insanlık sorunudur. Şiddetin uygulanma biçimleri topluma, zamana ve kültüre göre değişse de özellikle kadın ve çocuklar üzerinde yoğunlaşmaktadır.

Sağlıklı fiziksel, biyolojik ve sosyal çevreye sahip olmak bireyin en temel insanı hakkıdır. Fakat bireysel ve toplumsal şiddet, sağlıklı bir toplumsal çevrenin oluşması ve sürdürülmesinde en büyük engeldir.

Şiddet, sahip olunan güç veya kudretin, yaralanma ve kayıpla sonuçlanan veya sonuçlanma olasılığı yüksek bir biçimde bir başka insana, kendine, bir gruba veya bir topluma karşı tehdit yoluyla veya bizzat uygulanmasıdır. WHO (Dünya Sağlık Örgütü), Bir varlığa bedensel ve

ruhsal olarak zarar veren her edimi şiddet olarak tanımlamaktadır. Psikolojik şiddet ve taciz ise oldukça yaygın ama saptanması zor olan bir şiddet türüdür. İşyerinde psikolojik şiddet ve taciz ise kısaca mobbing tanımıyla uluslararası literatürde yerini almıştır.

Şiddetin nedenleri şöyle sıralanabilir. Biyolojik Faktörler: Nörotransmitterler; serotonin metabolizması, intihar yanında şiddet davranışının ortaya çıkışında da benzer yollardan etkili olmak-

tadır. Örneğin alışılmadık zali mane şekilde cinayet işleyen suçluların beyin omurilik sıvılarında 5-hidroksiindolasetikasit düzeylerinin uygulanmayanlara göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Limbik sistem; saldırganlık ile bu bölgedeki yapılardan kaynaklanan nöbetlerin ilişkisi ile ilgili tam bir fikir birliği bulunmamaktadır. Endokrin bozukluklar; çoğu şiddet içeren davranışların erkeklerde ortaya çıkması, şiddetin oluşmasında androjenlerin rolü olduğunu düşündürmektedir. Premenstrual sendrom, kadınlarda







**Şiddet açısından en fazla risk altında olan gruplar; her yaşta kadınlar; çocuklar; yaşlılar; evsizler, özürlü ve göçmenler, mülteciler; etnik azınlık mensupları olarak sayılabilir.**

saldırgan davranışları artırmaktadır. Ancak nedensel ilişkiyi doğrulayacak bir kanıt henüz bulunamamıştır. Alkol ve uyuşturucular, alkol dürtü kontrolünde inhibisyon ve muhakeme yeteneğinde azalmaya neden olmaktadır. Alkol intoksikasyonu ve şiddet davranışı arasında açık bir ilişki vardır. Psikososyal Faktörler: Gelişimsel faktörler; çocukluğunda şiddet gören bir kişi şiddet uygulayan bir yetişkin olma açısından artmış risk taşımaktadır. Çocuklukta şiddete tanık olmak da artmış şiddet davranışı ile ilişkilidir. Annesine veya diğer aile üyelerine şiddet uyguladığına tanık olan çocuk şiddet kendisine yönelme bile çocuğun gelecekteki davranışlarını etkileyebilmektedir. Silahlar; ateşli silahlara bağlı yaralanma ve ölümler artmaya devam etmektedir. Çevre; kalabalık, şiddet açısından artmış potansiyel taşımaktadır. Hava durumu da şiddet üzerinde etkilidir. Rahatsızlık yaratacak derecede artan ortam sıcaklığı saldırı-

ganlığı artırıcı etki yapabilmektedir. Sosyo-ekonomik Faktörler: Irk ve şiddet ilişkisine yönelik olarak yapılan çalışmalar birbirine zıt sonuçlar vermektedir. Çalışmalar ırk ve ekonomik eşitsizliklerden bağımsız olarak ağır yoksulluk ve evlilikte yaşanan sorunların şiddet ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Şiddetle ilgili psikiyatrik bozukluklar; psikotik bozukluklardan manik tip bipolar bozuklukta, şizofrenide, paranoid bozukluklarda çevreye ve/veya kendine yönelik saldırı davranışları görülebilmektedir. Nonpsikotik bozukluklardan post travmatik stres bozukluğu olan kişilerde, borderline, antisosyal ve paranoid kişilik bozukluklarında şiddet içeren davranışlar görülmektedir.

Şiddet açısından en fazla risk altında olan gruplar; her yaşta kadınlar; çocuklar; yaşlılar; evsizler, özürlü ve göçmenler, mülteciler; etnik azınlık mensupları olarak sayılabilir. Kadına yönelik şiddet; cin-

siyete dayanan, kadını inciten, ona zarar veren, fiziksel, cinsel, ruhsal hasarla sonuçlanma olasılığı bulunan, toplum içerisinde veya özel yaşamında ona baskı uygulanması ve özgürlüklerinin keyfi olarak kısıtlanmasına neden olan her türlü davranıştır.

Kadınlar eğitimden yoksun bırakılarak yasal ve geleneksel engellerle eve mahkum edilmektedir. Bir insanın var olan potansiyelini kullanarak kendini ifade etmesinin engellenmesi de şiddettir. Şiddet, hangi alanda olursa olsun kadının fiziksel, duygusal, cinsel ve ekonomik açıdan zarar görmesine ve acı çekmesine yol açarak kadının temel hak ve özgürlüklerinin zedelenmesi sonucunu doğuran bir eylemdir.

Türkiye’de kayıtlı verilere göre kadınların yüzde 58’i dayatma maruz kalmaktadır. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu’nun yaptığı araştırma sonuçlarına göre aile içi şiddet ülkemizde yaygındır. Fiziksel şiddete ailelerin % 34’ünde, sözlü şiddete ise % 53’ünde rastlanmaktadır. Çocuklara yönelik fiziksel şiddete rastlanma oranı da % 46’dır. Ailelerde cinsel şiddet ve tacize rastlanma oranı % 9’dur. Şiddete maruz kalanların % 80’i yapacak fazla bir şey olmadığına inanmaktadırlar. Bu durum çaresizliğin kabulü anlamına gelmekte ve şiddete maruz kalanın pasif tutumuna yol açmaktadır.

Bunun yanında 2003 yılında yapılan Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması’nda kadınların ekonomik ve cinsel nedenlere dayalı olarak eşin fiziksel şiddet uygulaması-





**İrk, etnik köken, din, cinsel tercih, cinsiyet ve kişisel özelliklere yönelik, kişi ya da kişileri küçük düşürücü, güç kullanımı içeren veya içermeyen her türlü görsel, sözel veya fiziksel davranışlar taciz tanımına girer.**

nın haklı olup olmadığı sorulmuştur. Araştırma kapsamında bulunan 15-49 yaş gruplarında kadınların %39'u belirtilen nedenlerden en az birinin eşinin kendisine fiziksel şiddet uygulaması için haklı bir neden olduğunu belirtmiştir. Kadınların şiddeti kabullenme durumunun yaş, eğitim durumu, yaşadığı bölge ve çalışma durumuna göre oldukça büyük farklılıklar gösterdiği görülmüştür. 15-19 yaş grubunda bulunan kadınların %63'ü, 45-49 yaş grubunda bulunanların ise %39'u belirtilen nedenlerden birini haklı bulmuştur. Eğitimi olmayan ya da ilkökul bitirmemiş kadınların %62'si, lise ve üzeri eğitim almış kadınların % 8,8'i fiziksel şiddet için belirtilen nedenlerden birini haklı bulurken batı bölgelerinde yaşayan kadınların %32,5'i, doğu bölgelerinde yaşayan kadınların da %49'u uygulanan şiddetin nedenlerinden birini haklı bulmuştur. Ancak tö-

reler ve geleneksel nedenlerle gerçek rakamlara ulaşamamaktadır. Bununla birlikte WHO tarafından yapılan uluslararası araştırmalar kadına yönelik şiddetin tahmin edildiğinden daha ciddi ve yaygın olduğunu göstermektedir.

Kadına yönelik şiddete sağlık çalışanlarının yaklaşımı önemlidir. Sağlık personeli mezuniyet öncesi dönemde şiddet ve ilgili konular ile ilgili yeterince eğitim almamaktadır. Şiddete yapılan müdahalenin başarısız olma sebeplerinden biri de budur. Birinci basamak sağlık kuruluşları ile üreme sağlığı ile ilgilenen merkezler şiddetin erken tanısının konabileceği kuruluşlar olarak önemli görülmektedir.

İrk, etnik köken, din, cinsel tercih, cinsiyet ve kişisel özelliklere yönelik, kişi ya da kişileri küçük düşürücü, güç kullanımı içeren veya

içermeyen her türlü görsel, sözel veya fiziksel davranışlar taciz tanımına girer. Tacizi belirleyen unsur niyet değil, diğer kişinin üstünde bıraktığı etkidir. Tacizin her türlü karşılıklı saygının eksikliğine işaret etmektedir. Konuşma özgürlüğü hiçbir şekilde taciz için kılıf olarak kullanılmamalıdır. Kadına yönelik şiddet, yaşam döngüsü içinde ele alındığında, daha konsepsiyon öncesi dönemde başlamaktadır. Aile içinde sahip olunacak çocuğun cinsiyetinin kız çocuklar aleyhinde belirlenmesi, kız bebeklerin öldürülmesi, kız çocuklarının cinsel istismarı, dövülmesi, çeyiz, başlık parası, namus cinayetleri, flörtte şiddet, evlilikte hırpalanma, dayak, tecavüz, ekonomik ve psikolojik baskı, işyerinde ve diğer kurumlarda cinsel ve psikolojik şiddet, kadın ticareti, yaşlılıkta fiziksel, cinsel ve psikolojik saldırıya uğrama, cinayete kurban gitme şeklinde gerçekleşmektedir.

### **Çalışma Yaşamında Mobbing, Psikolojik Şiddet ve Cinsel Taciz**

Günümüzün farklılaşan toplum biçiminde kadının çalışma hayatında etkinlik kazanması temel gerçeklerden birisi haline gelmiştir. Artık kadınlar hem nicelik hem de nitelik olarak büyük bir artışla çalışma hayatının da etken unsurlarından birisi haline gelmiştir. Çalışma yaşamında artan kadınlar işyerlerinde çeşitli problemler ile karşılaşmaktadırlar. Toplumsal cinsiyet ayrımcılığı ze-

mininde mobbing bu problemlerin başında gelmektedir. İşyerindekiler tarafından, tekrar edilen ve istenmeyen, sözlü, vücut hareketleriyle veya jestlerle gerçekleştirilen her yaklaşım, cinsel bakımdan küçümseyici her beyan, cinsel ayırım güden her söz bu kapsama girmektedir.

Psikolojik şiddet ve taciz, tüm ülkelerde olduğu gibi Türkiye'de

de son derece yaygın ve ciddi bir sorundur. Mağdurları genellikle kadınlardır. Bu durumun, mağdurların psikolojik ve fiziksel sağlığı, toplumsal ve ekonomik yaşamı, işteki verimliliği, yükselmesi üzerinde son derece yıkıcı etkileri bulunmaktadır. Hukuksal olarak mağdurların kişilik haklarının, elverişli koşullarda ve elverişli bir ortamda çalışma haklarının ihlalidir.



## İşyerinde Cinsel Taciz

Toplumsal cinsiyet ayrımcılığı zemininde mobbing, çalışma yaşamında cinsel taciz biçiminde de yansımaktadır. "İşyerinde cinsel taciz (sexual harassment)" kavramını ilk kullanan Amerikalı hukukçu Catherine Mc Kinnon'dur. İşyerlerindeki hiyerarşiden çok, iki cins arasındaki hiyerarşinin cinsel tacize yol açtığını söylemektedir. Kinnon'a göre cinsel ayrımcılığın kendisinde bir hiyerarşi söz konusudur ve bu işyerindeki hiyerarşiyile daha da güçlenmektedir. Akademik ya da iş yaşamında cinsel taciz biçimleri; cinsel içerikli teklife uymadığı takdirde kişinin akademik ya da iş hayatıyla ilgili bedeller ödeyeceği, uyduğu takdirde ise hak etmediği kazançlar sağlayacağını açık olarak söylendiği veya ima yoluyla belirtildiği durumlar; kişinin korkutulduğu, sindirildiği ve düşmanca bir ortam yaratılması sonucu akademik ya da iş performansının etkilendiği durumlar olarak sınıflanabilmektedir.

İşyerinde cinsel tacizin, kültürel yaklaşımlara ve hukuksal geleneklere bağlı olarak farklı hukuksal temellere oturtulduğu görülmektedir.

Tacizi açıklamaktan caydırıcı faktörler; tartışma olasılığı, tacizin

artma olasılığı, çevre tarafından dışlanma, mimlenme olasılığı, iş veya fırsat kaybı, psikolojik terör, maddi zarar, iş ve işlevsellik kaybı, fiziksel zarar olarak sıralanmaktadır.

Eşit statüde olmayan bireyler arasında gönüllü ilişkilerle ilgili etik sorunlar bulunmaktadır. Burada gönüllü ilişkilerde esas sorumluluk hiyerarşik sıralamada daha üst konumda olan kişinin üzerindedir. Ancak bu tür ilişkiler kabul edilemez. Bu tür ilişkilerde çıkar çatışması, istismar, kayırma olasılığı yüksek olup, bundan özgür ve liyakata dayalı çalışma ortamı zarar görmektedir. Tacizin değerlendirilmesinde üç kategori kullanılmaktadır.

**1. Basit Taciz:** Tehdit unsuru taşımayan, ancak rahatsız edici, istenilmeyen ortamları yaratan hareketlerdir. Örneğin, laf atmak, cinsel içerikli şakalar, iltifatlar ya da argo sözcükler kullanmak, flört etmek için ısrarcı davranışlar, pornografik materyal ile rahatsız etmek, kişinin cinsel yaşamıyla ilgili sorular sormak veya dedikodu üretmek v.b.

**2. Orta Düzeyde Taciz:** Yukarıda belirtilen basit cinsel taciz hareket-



lerinin, rahatsız ediciliği yönündeki uyarılara karşın sıklaştıkça sürdürülmesi ile oluşmaktadır.

**3. Ağır Taciz:** Tehdit unsuru içeren ve kişinin davranışlarını kontrol etmeye yönelik, süreklilik ya da şiddet içeren hareketlerdir (örneğin takip etme, tehdit etme, telefonda ya da elektronik ortamda sıklıkla rahatsız etme, vb.) Cinsel içerikli teklife uymadığı durumlarda kişinin akademik ya da iş hayatıyla ilgili bedeller ödeyeceği, uyduğu takdirde ise hak etmediği kazançlar sağlayacağını açık olarak söylendiği veya ima yoluyla belirtildiği durumlar bunları oluşturmaktadır.

Cinsel tacizin uygulamada teşhisi oldukça zordur. Çünkü algılama farklılıkları nedeni ile bir davranış bir kişi tarafından cinsel taciz olarak nitelenirken başka birisine göre normal karşılanabilir. Algılamadaki bu farklılıklar kültür, yaş ve eğitim düzeyinden kaynaklanmaktadır.

## İşyerinde Mobbing, Psikolojik Şiddet ve Cinsel Taciz Konusunda Neler Yapılmalıdır?

**Rahatsızlık yarattığını anlayan ama gerçekte bunu istemeyen kişi neler yapabilir?**

Davranışının uygun düşmediğini fark eder etmez özür dileyebilir.

Benzer davranışlardan bilinçli olarak kaçınmalıdır. Olayı görmezlikten gelmemeli veya önemini küçümsememelidir.

Başkalarının olayı görmezlikten

gelen veya önemini küçümseyen tavsiyelerine uymamalıdır. Söz konusu ilişki hiyerarşik bir ilişki ise, üst konumda olan kişi diğer kişiyle ilgili sorumluluklarını, eğer mümkünse, uygun başka birine devretmelidir.

**Sendika Temsilcisi; çalışanı, tacizin her bir ayrıntısını bildirmeye teşvik etmeli ve tacizcinin çalışma tarzında veya tutumundaki her değişikliği izlemeli; başka işçilerin de benzer sorunlar yaşayıp yaşamadığını bulmalı ve onlardan ayrıntıları sormalı; ilgili işçiyle nasıl bir tavır izlenmesi gerektiğini tartışmalı; öteki işçilerden kurbanı destek sağlamalıdır.**

### **Mobbing, psikolojik şiddet ve cinsel tacize maruz kaldığını düşünen kişi neler yapabilir?**

Mobbing, psikolojik şiddet ve cinsel tacize maruz kaldığını hissedenen kişi, bu durumda yalnız olmadığını ve yalnız bırakılmayacağını bilmelidir. Doğrudan konuşma yolu tercih edilirse, bu konuşmanın açık, net ve tutarlı bir mesaj içermesine özen gösterilmelidir. Olayı güvenilen biriyle paylaşmak, olayın doğru

yorumlanması ve uygun adımların atılması açısından önemlidir. Sorunu kaçamak ya da başka bir etkisiz yolla savuşturmak yerine, doğrudan bir tepki verilmesi daha uygundur.

### **Sendika Temsilcisi Ne Yapmalıdır?**

Çalışanı, tacizin her bir ayrıntısını bildirmeye teşvik etmeli ve

tacizcinin çalışma tarzında veya tutumundaki her değişikliği izlemeli; başka işçilerin de benzer sorunlar yaşayıp yaşamadığını bulmalı ve onlardan ayrıntıları sormalı; ilgili işçiyle nasıl bir tavır izlenmesi gerektiğini tartışmalı; öteki işçilerden kurbanı destek sağlamalıdır.

### **İşyeri özelinde yönetimin sorumluluğu nelerdir?**

Adalet ve eşitlik ilkesi, mahremiyetin korunması ve gizlilik ilkesinin yasal düzenlemelerle güveneye alınması yönetim için etik bir sorumluluktur. İşyerinde mobbing, psikolojik şiddet ve cinsel tacizi açıkça yasaklayan ve yaptırıma bağlayan, kanıt yükünü kolaylaştıran, mağdurlara iş güvencesi sağlayan, bu durumların ortaya çıkmasını önlemeye yönelik düzenlemelere gereksinim vardır. Yöneticilerin olumsuz durumları ortadan kaldırarak, her tür ayrımcılığı dışlayan bir ortam yaratması temel etik sorumluluklarındandır.

### **Toplumsal Sorumluluklar Nelerdir?**

Toplumsal cinsiyet ayrımcılığı zemininde mobbing, psikolojik şiddet ve tacizin toplumsal boyutları da bulunmaktadır.

Vurgulanması gereken önemli bir nokta, yapılacak bütün çalışmaların, öncelikle mobbing uygulanmasının önlenmesine yönelik olması gerekliliğidir. Çünkü mobbing mağdurlarının bütün istedikleri, psikolojik şiddet ve tacizin meydana gelmesi veya meydana geldikten sonra derhal sona erdirilmesidir. Çalışma

yaşamında mobbing uygulanmasının önüne geçecek politikalar geliştirilmeli, yasal düzenlemeler yapılmalı ve uygulamaya sokulmalıdır.

Bununla birlikte genel olarak yapılması gerekenler bulunmaktadır. Yasal bir düzenleme, sorunun varlığını kabul etme, toplumda bu konuya ilişkin bir duyarlılığın oluşturulması ve bu konudaki tabuların yıkılması, bireyin haklarını öğrenmesi, işverenin bu konudaki sorumluluklarını açıkça düzenlemesi açısından

çok önemlidir. Bu konuda geçtiğimiz günlerde yayımlanan mobbing genelgesini çok önemli ve anlamlı buluyorum. Ancak vurgulamak gerekir ki, yasal düzenlemeler şart olmakla beraber, bu da tek başına yeterli bir çözüm değildir. Asıl çözüm toplumsal zihniyet değişikliğinin sağlanması, dolayısıyla eğitimidir.

İşyerinde mobbinge ilişkin önlemler, her tür ayrımcılığı ortadan kaldırmaya yönelik önlemlerle birlikte yürütülmelidir.



## Etik Değerlendirme Süreci

Eşitsizlik kavramının her biçiminin ahlaki ve etik bir yönü vardır. Bu nedenle işyerinde toplumsal cinsiyet ayrımcılığı ve mobbing önemli bir etik sorunsalı oluşturmaktadır. Ayrıca bir tıp etiği sorun kümesidir.

Konunun değerlendirme süreçleri; ivedi, adil ve özenli bir değerlendirmenin gerekliliği yanı sıra, gizliliğin gözetilmesi ve misillemeye karşı korumayı da içermelidir.

Sağlık çalışanları, mobbing, psikolojik şiddet ve cinsel tacize uğrayan kadınlara “yaklaşım” konusunda eğitilmelidir. Özellikle acil servis, adli tıp, psikiyatri, kadın doğum gibi uzmanlık alanlarında eğitimin bu konuyu da içerir şekilde yeniden biçimlenmesi gerekmektedir.

Sağlık çalışanlarının mobbing, psikolojik şiddet ve cinsel taciz konusunda eğitimi oldukça önemlidir. Bu konu hakkında duyarlılık ve bilgilendirme eğitimleri yapılmalı ve bu bağlamda, sağlık çalışanlarının bireysel ön yargılarını sorgulamaları



**Sağlık çalışanlarının mobbing, psikolojik şiddet ve cinsel taciz konusunda eğitimi oldukça önemlidir. Bu konu hakkında duyarlılık ve bilgilendirme eğitimleri yapılmalı ve bu bağlamda, sağlık çalışanlarının bireysel ön yargılarını sorgulamaları sağlanmalı ve mobbing, psikolojik şiddet ve cinsel tacize uğrayan kadının tanısını koymaya yönelik eğitilmelidir.**

sağlanmalı ve mobbing, psikolojik şiddet ve cinsel tacize uğrayan kadının tanısını koymaya yönelik eğitilmelidir.

Özellikle işyeri hekimi olarak çalışan doktorlar mobbing, psikolojik şiddet ve cinsel tacize uğrayan hastalarının tüm bulgularını kayıtlara geçirmelerine yönelik eğitilmelidir. Mobbing, psikolojik şiddet ve cinsel tacizde tüm delillerinin korunması ve belgelendirilmesinin önemi konusunda eğitilmeli buna yönelik bir

protokol hazırlanmalıdır. Bu bağlamda sağlık personeli; mobbing, psikolojik şiddet ve cinsel taciz olgularını tanıyabilmeli; başvuran kişide varlığını ortaya çıkarıp, tanısını koymalıdır. Bu durumu irdeleyebilecek soruları uygun dille, güven vererek ve mahremiyete özen gösterip, kişinin güvenliğini de sağlayarak sorabilmelidir. Gerekirse psikolojik danışmanlık için sevk etmekten çekinmemelidir. Mümkünse mobbing, psikolojik şiddet ve cinsel tacizin temelinde var olan risk faktörlerinin ve sosyal nedenlerinin incelenmediği bir mekanizmayı harekete geçirebilmelidir. İzlem ve müdahale programları düzenleyebilmelidir.

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde, Kadın Sorunları Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürlüğü yaptığım dönemde “Kadına Yönelik Şiddete Karşı Destek Sağlama Birimi” kurduk ve bu birim etkinliklerini tıbbi destek dışında, toplumsal dayanışma ve konuyla ilgili film gösterimi, paneller... gibi etkinliklerle sürdürmektedir.

## Sonuç ve Öneriler

WHO (Dünya Sağlık Örgütü) raporlarındaki tahminlere göre tüm dünyada üç kadından biri yaşamlarının bir döneminde dövülmekte, cinsel ilişkiye zorlanmakta ve diğer

yollarla taciz edilmektedir. Bu durum iş yaşamında da farklı biçimlerde sürdürülmektedir. Tüm dünyada ve ülkemizde toplumsal cinsiyet ayrımcılığı ekseninde, işyerinde

mobbing, psikolojik şiddet ve cinsel tacize uğrama konusunda kadınlar daha çok mağdur olmaktadır.

Mobbing, psikolojik şiddet ve



**Sağlık iş kolunda çalışan kadınlar, çalışma koşullarının olağanüstülüğü nedeniyle bu konuda en riskli grubu oluşturmaktadır. Bu nedenle bu konudaki sorunlar ve yasal düzenlemeler en çok bizleri etkilemektedir.**

cinsel taciz nedeniyle işyerinde bedensel ve ruhsal bir travmaya maruz kalmış kadının, topluma mağdur olduğunu ispat etmesi yükümlülüğü bulunmaktadır. İş yaşamında kadın mobbing, psikolojik şiddet ve cinsel taciz nedeniyle "mağdur" olduğunu kanıtlayabilse bile, toplumsal cinsiyet ayrımcılığının etkisiyle işyerindeki insanların, toplumun, hatta ailesinin gözünde kötü şekilde algılanma korkusu yaşamaktadır. İşyerinde cinsel tacize uğrayanlar, dışlanma, işten atılma ve mimlenme endişesiyle bu durumu saklamayı uygun bulmaktadır. Bununla birlikte kadınlar arasında, işini kaybetme korkusuyla ya da işe kabul edilebilmek için mobbing, psikolojik şiddet ve cinsel tacize boyun eğmek zorunda kalmak daha sık gözlenmektedir. Ayrıca, işyerinde utanç ve düşmanlığa yol açan aşağılayıcı bir ortam yaratılmak yoluyla mobbing uygulanmak suretiyle işinde çalışması engelleniyorsa bu tür davranışlar ayrımcılık olarak kabul edilmelidir.

İşyerinde dil, din, cinsiyet, etnik köken açısından yapılan her türlü ayrımcılıktan kaçınılması gerekmektedir. İşyerinde, özgürlük, bireysel haklar ve fırsat eşitliği tanınmış olsa da, bunlara aykırı davranışlar olabilmektedir. Bu ayrımcılığın kadınlar üzerinde daha yoğun olarak uygulandığı görülmektedir. Daha önce de sözü edildiği gibi iş yaşamında her tür eşitsiz davranış ve ayrımcılığın etik bir yönü bulun-

maktadır. Bu bağlamda mobbing, psikolojik şiddet ve cinsel taciz, etik açıdan ele alınması gereken bir sorun kümesidir.

Mobbing uygulamalarının yanı sıra toplumsal cinsiyet ayrımcılığının daha çok yansıdığı psikolojik şiddet ve cinsel tacizi önlemeye yönelik yeni yasal düzenlemeler yapılmalı ve toplumda bu konuya ilişkin bir duyarlılık oluşturulmalıdır. Sağlık profesyonellerine mobbing, psikolojik şiddet ve cinsel taciz sorunlarına yer veren örnek olaylarla zenginleştirilmiş hizmet içi eğitim programları verilmelidir. Bununla birlikte, çalışanların, yöneticilerin, sendika temsilcilerinin, sağlık çalışanlarının özel olarak yapması gerekenler ve etik sorumlulukları bulunmaktadır. İşyerlerinde iş ve meslek etiği vurgulanmalı, toplumsal cinsiyet eşitsizliğini gidermeye yönelik uygulamalar konusunda özenli olunmalıdır.

Sağlık işkolunda çalışan kadınlar, çalışma koşullarının olağanüstülüğü nedeniyle bu konuda en riskli grubu oluşturmaktadır. Bu nedenle bu konudaki sorunlar ve yasal düzenlemeler en çok bizleri etkilemektedir. Ayrıca, toplumun bu konuda her sektörde yaşadığı sorunları saptama konusunda da hekimi, hemşiresi, psikoloğu, sosyal hizmet uzmanı ile sorumluluk taşıyoruz. Çalışanların, yöneticilerin ve toplumun bu konuda eğitilmesi sağlanmalıdır.

#### Kaynaklar

- Ankara Tabip Odası, Kadına Yönelik Şiddet ve Hekimlik Sempozyumu, Ankara Tabip Odası Yayınları, 2002.
- Aydın P İ, Yönetmelik Mesleki ve Örgütsel Etik, Pegem A Yayınları, Ankara, 2002.
- Baypınar B, İşyerinde Cinsel Taciz, [http://www.isguc.org/?avc=arc\\_view.php&ex=137&hit=zend&pg=m](http://www.isguc.org/?avc=arc_view.php&ex=137&hit=zend&pg=m).
- Çobanoğlu N, Kuramsal ve Uygulamalı Tıp Etiği, Eflatun yayınevi, Ankara, 2009
- Çobanoğlu N, Aydoğdu İ, "Tıp Alanında Toplumsal Cinsiyet Kavramının Tıbbi Etik Boyutları", Yeditepe Üniversitesi, Kadın Çalışmalarında disiplinlerarası Buluşma,
- Kadın ve Tıp, 1-4 Mart 2004.
- Eroğlu Ş, "Kadına Karşı Şiddet", Avrupa Birliğinde Cinsiyet Eşitliği ve Ülkemizde Yansımaları Semineri, Elazığ, 2005.
- Fidan F, İsci Ö, "Çalışan Kadın Aslında Çalışmak İstemiyor mu? Zorunluluk mu? Gereklilik mi?", Kadın Çalışmalarında Disiplinlerarası Buluşma, Sempozyum Bildiri Metinleri, Yeditepe Üniversitesi Güzel Sanatlar Fakültesi, İstanbul, 2004.
- Kuçuradi İ, "Felsefi Etik ve Meslek Etikleri", Yay Haz. Harun Tepe, Etik ve Meslek Etikleri, Türkiye Felsefe Kurumu, 1. Baskı, Ankara, 2000.
- Kuçuradi İ, Etik, Türkiye Felsefe Kurumu, Ankara, 1999.
- Koslowski P, "Etik ve Hekimlik Sanatı", Yay Haz. Harun Tepe, Etik ve Meslek Etikleri, Türkiye Felsefe Kurumu, 1. Baskı, Ankara, 2000.
- Pantaleón L, Sexual Harassment in the Export Processing Zones of the Dominican Republic, International Labor Rights Fund Rights for Working Women Campaign, 2003.
- Pieper A, Etiğe Giriş, Ayrıntı Yayınları, İstanbul, 1999.
- Subaşı N, Akın A, Kadına Yönelik Şiddet, Nedenleri ve Sonuçları, [www.huksam.hacettepe.edu.tr/ilgiliyayinlar/pdf/kadina\\_yon\\_siddet.pdf](http://www.huksam.hacettepe.edu.tr/ilgiliyayinlar/pdf/kadina_yon_siddet.pdf).
- Şimşek B, "Yöneticilerin Çalışanlara Karşı Etik Sorumlulukları", Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 1999, 1 (3): 69-86.
- <http://dosyalar.hurriyet.com.tr/aileici/aileicisiddet2.asp>.
- <http://www.kssgm.gov.tr/siddet.html>.
- <http://virtual.clemson.edu/caah/women/ws301/sexharchro.html>.
- Tengilimoğlu D, Tahtasakal M, "Büro Etik Kuralları ve Bürolarda Yaşanan Cinsel Taciz Olaylarının Cinsiyete Göre Algılanma Biçimi: Bir Alan Çalışması", Gazi Üniversitesi Endüstriyel Sanatlar Eğitim Fakültesi Dergisi, 2004, 15: 30-44.
- Violence Against Women, WHO Consultation, Geneva, FRH/WHO/96.27, 5-7 February, 1996.
- WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence: Summary Report, Geneva, WA 309, 2005.
- [www.boun.edu.tr/government/etik/tacizden\\_koruma\\_korunma\\_klavuzu.html-25k](http://www.boun.edu.tr/government/etik/tacizden_koruma_korunma_klavuzu.html-25k).





# Yeni Hukuk Muhakemeleri Kanununun Kamu Sağlık Çalışanlarına Etkileri

**Erkin GÖÇMEN**

Tıp Doktoru-Hukukçu

**6100 sayılı Hukuk Muhakemeleri Kanunu (HMK) ile 1086 sayılı Hukuk Usulü Muhakemeleri Kanunu (HUMK) ek ve değişiklikleri ile birlikte tümüyle yürürlükten kaldırılmıştır. Yeni Kanun 1 Ekim 2011 tarihinde yürürlüğe girecektir (HMK m.451). Yeni düzenlemeye göre bu tarihten itibaren, idarenin sorumlu olduğu sebeplerin yol açtığı vücut bütünlüğünün kısmen veya tamamen yitirilmesine yahut kişinin ölümüne bağlı maddi ve manevi zararların tazminine ilişkin davalara bundan böyle idare mahkemeleri değil asliye hukuk mahkemeleri bakacaktır (HMK m.3).**

## Giriş

6100 sayılı Hukuk Muhakemeleri Kanunu<sup>1</sup> (HMK) ile 1086 sayılı Hukuk Usulü Muhakemeleri Kanunu (HUMK) ek ve değişiklikleri ile birlikte tümüyle yürürlükten kaldırılmıştır. Yeni Kanun 1 Ekim 2011 tarihinde yürürlüğe girecektir (HMK m.451). Yeni düzenlemeye göre bu tarihten itibaren, idarenin sorumlu olduğu sebeplerin yol açtığı vücut bütünlüğünün kısmen veya tamamen yitirilmesine yahut kişinin ölümüne bağlı maddi ve manevi zararların tazminine ilişkin davalara bundan böyle idare mahkemeleri değil asliye hukuk mahkemeleri bakacaktır (HMK m.3).

Diğer yandan, 6098 sayılı Türk

Borçlar Kanunu ile de 818 sayılı Borçlar Kanunu ilga edilmiştir. Bu Kanun da 1 Temmuz 2012 tarihinde yürürlüğe girecektir. Yeni Borçlar Kanununun 55 inci maddesinin son fıkrası ile Türk Borçlar Kanunu hükümlerinin, her türlü idari eylem ve işlemler ile idarenin sorumlu olduğu diğer sebeplerin yol açtığı vücut bütünlüğünün kısmen veya tamamen yitirilmesine ya da kişinin ölümüne bağlı zararlarla ilişkin istem ve davalarda da uygulanacağı hükme bağlanmıştır.

Gerek Hukuk Muhakemeleri Kanunu gerekse Türk Borçlar Kanunu ile getirilen bu düzenlemeler, kamu sağlık hizmetlerinin kötü

ifasından kaynaklanan zararlarla ilişkili tazminat davalarında yerleşik uygulamayı tamamen ortadan kaldıran bir nitelik göstermektedir. Bu kurullarla sağlık hizmetlerinin sunumu ile ilişkili tazminat taleplerinde, hizmetin kamu veya özel hastanede verilmiş olmasının pratik bir önemi kalmamaktadır. Bu yeni durum kamu sağlık çalışanlarının hukuki durumunu da derinden etkileyecektir. Bu yazıda özellikle Hukuk Muhakemeleri Kanununun 3 üncü maddesi bağlamında, kamu sağlık kurumlarında çalışan sağlık personelinin mesleklerini icrasıyla ilişkili tazminat davalarında özel durumlarını dikkate alan genel bir değerlendirme yapılacaktır.

1- 04.02.2011 tarih ve 27836 sayılı Resmî Gazete



Genel Olarak İdarenin Sorumluluğu<sup>2</sup>

## Genel Olarak

Bir hukuk devletinde, hukuka aykırı davranarak diğer kişilere zarar veren kişi, verdiği zararı tazmin etme yükümlülüğü altındadır. Bu

zarar kim tarafından gerçekleştirilirse gerçekleştirilsin fail davranışının sonuçlarına katlanmalıdır. Hukuka aykırı davranan kişi devlet de olsa bu değişmez bir ilke olarak uygulanacaktır.

Devlet veya idare, sağlık hizmeti sunarken istihdam ettiği personelin kusurlu davranışlarından kaynaklanan zararları gidermekle yükümlüdür. Diğer yandan devlet veya idare, personelin kişisel kusurundan kaynaklanmayan, ancak sağlık hizmetinin kuruluşu, örgütlenişi, planlanması süreçlerinin kötü işlemesi veya hiç işlememesinden kaynaklanan zararları da giderme yükümlülüğü altındadır.

Nitekim Anayasa'nın 125'inci maddesinde "İdare kendi eylem ve işlemlerinden doğan zararı ödemekle yükümlüdür." hükmü yer almaktadır. Bu kurala idarenin sorumluluğunun genel çerçevesi çizilmiştir. Bu genel ilkeye göre idare, eylem ve işlemlerinden kaynaklanan zararları tazmin etme yükümlülüğü taşır. Ancak idare gerçekte soyut bir hukuki varlıktır. Gerçek hayatta idare adli bir maddi varlık bulunmamaktadır. İdare, faaliyetlerini kamu görevlileri eliyle yürütmektedir. İdarenin yürüttüğü faaliyet sebebi ile kişilere verdiği zarar da aslında idarenin bir görevlisinin davranışı neticesinde doğmuştur. Bu nedenle Anayasa'da, kamu görevli-

lerinin yetkilerini kullanırken ve görevlerini ifa ederken meydana gelen zararlara ilişkin özel bir düzenleme daha getirilmiştir. Bu düzenleme Anayasa'nın 129'uncu maddesinde yer almaktadır. Bu kurala göre; "Memurlar ve diğer kamu görevlilerinin yetkilerini kullanırken işledikleri kusurlardan doğan tazminat davaları, kendilerine rücu edilmek kaydıyla ve kanunun gösterdiği şekil ve şartlara uygun olarak, ancak idare aleyhine açılabilir." Bu hükme göre ister devlet memuru ister başka bir statüde çalışan kamu görevlisi olsun, kamu çalışanlarının işledikleri kusurlardan dolayı açılacak tazminat davalarının öncelikle idare aleyhine açılması zorunludur.

Anayasa'nın 129'uncu maddesindeki düzenlemeye paralel bir düzenleme 657 sayılı Devlet Memurları Kanununda da yapılmıştır. Bu düzenleme Kanununun 13'üncü maddesinde yer almaktadır. Adı geçen maddeye göre; "Kişiler kamu hukukuna tabi görevlerle ilgili olarak uğradıkları zararlardan dolayı bu görevleri yerine getiren personel aleyhine değil, ilgili kurum aleyhine dava açarlar."

### Kamu Görevlisi Sağlık Personeline Karşı Doğrudan Tazminat Davası Açılması

Anayasa'da ve Devlet Memurları Kanununda yer alan düzenlemelere karşın uygulamada çoğunlukla doğrudan kamu görevlilerine karşı idari yargı alanının dışında, adli yargıda, tazminat davası açılabilmesine olanak tanınmaktadır. Diğer bir ifade ile adli yargı mercileri, doğrudan



Anayasa'nın 129'uncu maddesindeki düzenlemeye paralel bir düzenleme 657 sayılı Devlet Memurları Kanununda da yapılmıştır. Bu düzenleme Kanununun 13'üncü maddesinde yer almaktadır. Adı geçen maddeye göre; "Kişiler kamu hukukuna tabi görevlerle ilgili olarak uğradıkları zararlardan dolayı bu görevleri yerine getiren personel aleyhine değil, ilgili kurum aleyhine dava açarlar."

2- Yazının bu bölümden Yeni Hukuk Muhakemeleri Kanununun Getirdiği Yenilikler başlıklı bölümüne kadar olan kısmı, yazarın Ahmet Yesevî Üniversitesi Sağlık Kurumları İşletmedeği Yüksek Lisans Programı öğrencileri için yazdığı elektronik kitabın ilgili kısmından yararlanılarak hazırlanmıştır.





**Eğer bir kişi, gerek idari işlem gerekse idari eylem neticesinde hakkının ihlal edildiğini düşünüyorsa, idareye karşı tam yargı (tazminat) davası açma hakkını haizdir. Ayrıca geçerli kanunlara aykırı olmakla beraber kamu çalışanı sağlık görevlisine karşı adli yargıda doğrudan tazminat davası açılabileceğini de belirtmiştik. Bu durumda zarar gören isterse idareye karşı da tam yargı davası açabilir.**

kamu görevlisine karşı açılmış tazminat davalarını görev yönünden reddetmeden karara bağlayabilmektedir. Ancak hangi tür olaylarda adli yargı yerlerinde doğrudan personele karşı dava açılabileceği kesin kurullarla belirlenmemiştir.

Bu noktada Uyuşmazlık Mahkemesi ikili bir ayrıma gitmektedir. Buna göre, eğer sağlık görevlisinin eylemi bir "görev kusuru" niteliğinde ise, personele karşı adli yargı yerinde dava açılmayacağından, önce idareye karşı idari yargı yerlerinde davanın açılması gerekir. Kişisel kusur var ise dava ilgili personele karşı da açılabilecektir.

### **İdari Yargı Alanında Açılan Tazminat Yargı Davaları**

Eğer bir kişi, gerek idari işlem gerekse idari eylem neticesinde hakkının ihlal edildiğini düşünüyorsa, idareye karşı tam yargı (tazminat) davası açma hakkını haizdir. Ayrıca geçerli kanunlara aykırı olmakla beraber kamu çalışanı sağlık görevlisine karşı adli yargıda doğrudan tazminat davası açılabileceğini de belirtmiştik. Bu durumda zarar gören isterse idareye karşı da tam yargı davası açabilir. Hatta hem özel hukuk davası hem de idareye karşı

tam yargı davası aynı anda açılabilir. Ancak nitelikleri gereği bu davalar ayrı mahkemelerde görülmek zorundadır.

### **İdareye Karşı Açılacak Tazminat Davalarında Kimi Özellikli Durumlar**

#### **Davalı**

Bu tür davalarda davalı idaredir. Sağlık hizmeti hangi kamu kurumu tarafından sunulmuş ise dava, davalı sıfatı ile o kuruma karşı yöneltilmelidir. Sağlık görevlisi, kendi eyleminden dolayı kurumuna karşı açılmış tazminat davasında sadece davalı kurum yanında ferî müdahil olarak katılabilir. Müdahil olan sağlık görevlisinin amacı, davacının davayı kaybetmesini sağlamaktır. Sağlık görevlisinin böyle davranmakla hukuki menfaati bulunmaktadır keza kurum davayı kaybederse personele rücu davası açacak ve tazminatı kusurun oranında ödemesini talep edecektir.

#### **Görev**

Sağlık görevlilerinin eylemlerinden dolayı idareye karşı açılacak tazminat davalarında görevli mahkeme idare mahkemesidir. Ancak

asker kişilerin, askeri sağlık kurumlarında meydana gelen hizmet kusurlarından dolayı açtıkları tazminat davaları Askeri Yüksek İdare Mahkemesinde görülmektedir. Askeri hastanelerde asker olmayan kişilerin karşılaştığı hizmet kusuruna ilişkin tazminat davaları ise idare mahkemelerinde görülür.

#### **Süre**

Sağlık hizmeti alan bir hasta, hakkının ihlal edildiğini diğer bir anlatımla zarar gördüğünü öğrendiği andan itibaren bir yıl içinde tazminat davası açmak üzere ön karar aldırmak için idareye başvurmalıdır. Aksi takdirde bu hakkı düşecek yani dava açma hakkını kaybedecektir.

Özel hukuk sorumluluğunda; zamanaşımı bir defa olarak ileri sürülebilir. Bu durumda davalı taraf sessiz kalırsa, mahkeme kendiliğinden davayı zamanaşımından reddedemez. Oysa idari yargıda mahkeme süre aşımını resen dikkate alır. İdarenin zamanaşımı itirazında bulunup bulunmamasının bir önemi yoktur. Süre aşımı söz konusu ise mahkeme tarafların istemi ya da ileri sürüp sürmediğine bakmaksızın davayı reddedecektir. Bu yönüyle



idari yargı alanında süre konusu daha katı ve keskin bir uygulama özelliği göstermektedir.

### Ön Karar

İdari Yargılama Usulü Kanununa göre kişiler doğrudan doğruya idareye karşı tazminat davası açamaz. İdari Yargılama Usulü Kanununun 13'üncü maddesine göre, idari eylemden (hizmet kusuru veya kişisel kusur) zarar gören kişilerin zararı öğrendikleri tarihten itibaren bir yıl içinde idareye başvurarak gördüğü zararın tazmin edilmesini istemesi gerekir. Buna ön karar alma zorunluluğu denilmektedir. Başvurulacak merci zararın meydana geldiği sağlık kuruluşunun bağlı olduğu tüzel kişidir.

Ön karar, idari davalara özgü bir kurumdur. Ön karar almadan dava açılması halinde mahkemeler bunu bir idari merci tecavüzü olarak kabul edip dilekçeyi idareye göndermektedir. Ön karar alma zorunlu-

luğu işlevsiz kalmış bir kurumdur. Davaların gereksiz yere uzamasından başka bir işe yaramamaktadır. Uygulamada idare hemen her zaman, hastaların zararın tazminine ilişkin taleplerini olumsuz cevaplamakta ya da hiç cevaplamamaktadır.

### Tam Yargı Davalarının Kısmi Dava Biçiminde Açılmaması Sorunu

Kısmi dava davacının dava açarken alacağı bir kısmını istemesi sonra da kalanını talep etmesidir. Özel hukukta sadece maddi tazminat talepleri kısmi dava biçiminde açılabilir. Manevi tazminat taleplerinde ise talebin tamamı dava dilekçesinde gösterilmelidir. Manevi tazminat talebinin daha sonra ıslah yoluyla arttırılması mümkün değildir. Ancak, idari yargıda hem maddi hem de manevi tazminat taleplerinin tamamının dava dilekçesinde gösterilmesi gerekmektedir. Keza idari yargıda fazlaya ilişkin hakla-

rın saklı tutularak daha sonra ıslah yoluyla arttırılması müessesesi yoktur. Bu sebeple idari yargı alanında tazminat davası açmak adli yargıya nazaran daha risklidir.

### İdarenin Ağır Kusurlu Olması

Gerek sağlık hizmetlerinin gerekse diğer kamu hizmetlerinin sunumundan kaynaklanan tazminat davalarında idarenin kusurlu olması zorunludur. Danıştay uygulamasında da esas olarak kusurlu sorumluluk (hizmet kusuru) ilkesi benimsenmiştir. Uygulamada sağlık hizmetleriyle ilgili tazminat davalarında ağır kusur aranmaktadır. Danıştay, idarenin ağır kusurlu olmadığı durumlarda tazminat taleplerini reddetmektedir. Yargıtay uygulamasında durum bunun tersidir. Özel hukuk sorumluluğunda taraflar karşılıklı sözleşme yapmış olduğundan, hekimin veya hastanenin en hafif kusurunda dahi tazminata hükmedilebilmektedir.

## Yeni Hukuk Muhakemeleri Kanununun Getirdiği Yenilikler

### Genel Olarak

Daha önce ifade ettiğimiz üzere, Hukuk Muhakemeleri Kanununun 3 üncü maddesinde "her türlü idari eylem ve işlemler ile idarenin sorumlu olduğu diğer sebeplerin yol açtığı vücut bütünlüğünün kısmen veya tamamen yitirilmesine yahut kişinin ölümüne bağlı maddi ve manevi zararların tazminine ilişkin davalara asliye hukuk mahkemeleri bakar," kuralı getirilmiştir.

Bu kural hukuk sağlık uygulamaları alanında çok sarsıcı ve derin etkiler bırakacak bir nitelik göster-

mektedir. Bu hükümle adeta kamu sağlık hizmetleri alanında tazminat konusunun yeniden düzenlendiğini, gerek öz gerekse usul bakımından ciddi sonuçlar doğuracak yeni bir durumun ortaya çıktığının altını çizmemiz gerekmektedir.

Yine bu düzenlemeyle aynı paralelde bir düzenleme de Türk Borçlar Kanununda gerçekleştirilmiştir. Anılan Kanunun 55 inci maddesinde getirilen, "Bu Kanun hükümleri, her türlü idari eylem ve işlemler ile idarenin sorumlu olduğu diğer sebeplerin yol açtığı vücut bütünlüğünün kısmen veya tama-

men yitirilmesine ya da kişinin ölümüne bağlı zararlara ilişkin istem ve davalarda da uygulanır." hükmü ile idari işlem ve eylemlerden kaynaklanan bedensel zararlar veya ölüm olaylarında bundan böyle Borçlar Hukuku kurallarının uygulanacağı belirtilmiştir. Her iki hükmün de oldukça önemli sonuçları ortaya çıkacaktır. Bunları başlıklar halinde aşağıda belirtmek istiyoruz.

### Görevli Mahkeme

Yeni düzenlemeye göre idari işlem ve eylemlerle ilişkili olarak, vücut bütünlüğünün kısmen veya



tamamen yitirilmesine yahut kişinin ölümüne bağlı maddi ve manevi zararların tazminine ilişkin davalara asliye hukuk mahkemeleri bakacaktır. Kamu sağlık hizmetleri alanında sunulan hizmet sırasında, hizmet alan kişinin vücut bütünlüğünde bir zarar meydana gelir veya ölüm gerçekleşirse, bundan böyle bu tür davalara idari yargı yolunda bakılamayacaktır.

Buna göre, bir kamu üniversitesi, Sağlık Bakanlığı veya Milli Savunma Bakanlığı hastanesinde meydana gelen ve hastaların vücut bütünlüklerinin bozulması veya ölüm zararının doğması hallerinde, artık idare mahkemelerine veya Askeri Yüksek İdare Mahkemesi'ne müracaat edilemeyecektir.

### **Kamu Sağlık Görevlisine Doğrudan Tazminat Davası Açılması**

Her ne kadar Anayasamızın 129 uncu ve Devlet Memurları Kanunu'nun 13 üncü maddesinde kamu görevlilerine karşı doğrudan tazminat davası açılması yasaklanmış ise de; gerek Uyuşmazlık Mahkemesi gerekse Yargıtay Hukuk Genel Kurulu ve Yargıtay hukuk dairelerinin içtihatları ile özellikle hekimler ve aynı zamanda diğer kamu sağlık görevlilerine karşı adliye mahkemelerinde doğrudan taz-

minat davası açılması olanaklı kılınmıştır.

Bu durum, Anayasaya aykırı olsa da, özellikle Yargıtay Hukuk Genel Kurulunun bu konuda getirdiği yerleşik içtihat karşısında yukarıda belirttiğimiz düzenlemelerin fiilen bertaraf olduğunu ve yürürlükten kaldırıldığını söylemek dahi mümkündür. Anayasaya aykırılığı tartışmalı bu hukuki durum, çok önemli sonuçlar doğurmaktaydı. Gerçekten de kamuda çalışan hekimler ve diğer sağlık görevlilerinin fiillerinden kaynaklanan zararlara karşı bir tazminat talebinde bulunulmak istendiğinde, idari yargı yolunda tazminat davası açmanın birçok dezavantajlı tarafından kaçınmak amacıyla, davalar daha çok adli yargı alanında doğrudan ilgili sağlık personeline yöneltilmek istenmekteydi. Hatta uygulamada pek rastlanılmasa dahi, kamu sağlık görevlisinin eyleminden dolayı; hem kamu idaresine karşı idari yargı alanında idare mahkemelerinde, hem de doğrudan personelin kendisine karşı adliye mahkemelerinde dava açılabilmesi pratikte mümkündür.

Hukuk Muhakemeleri Kanunu'nda getirilen değişikliklerle, aslında bu hususta bir uygulama birliğine gidilmiş oldu. Bu durumda davalar doğrudan asliye hukuk mahkemelerinde açılacak ve zaten yerleşik Yargıtay İçtihadı ile Anayasanın 129 ve Devlet Memurları Kanunu'nun 13 üncü maddesi de fiilen yürürlükten kalktığına göre, upki özel bir hastanede çalışan sağlık görevlisi gibi kamu hastanesinde çalışan sağlık görevlilerine karşı, doğrudan çalıştıkları kurumla birlikte dava açılması mümkün olacaktır.

Sözgelimi, Sağlık Bakanlığına bağlı bir hastanede bir hemşirenin hatalı ilaç uygulaması olayında, hasta tazminat davasını, hem Sağlık Bakanlığına hem de hemşireye kar-



**Sözgelimi; Sağlık Bakanlığına bağlı bir hastanede bir hemşirenin hatalı ilaç uygulaması olayında, hasta tazminat davasını, hem Sağlık Bakanlığına hem de hemşireye karşı aynı dava içinde olmak kaydıyla asliye hukuk mahkemesinde yöneltebilecektir. Bu, yeni bir durumdur. Zira eski durumda, idareye karşı açılacak davalar sadece idari yargı alanında açılabilmekteydi ve idari yargı alanında kişiler doğrudan davalı konumunda bulunamamaktaydı.**





şı aynı dava içinde olmak kaydıyla asliye hukuk mahkemesinde yöneltebilecektir. Bu, yeni bir durumdur. Zira eski durumda, idareye karşı açılacak davalar sadece idari yargı alanında açılabilirdi ve idari yargı alanında kişiler doğrudan davalı konumunda bulunamamaktaydı. Bu durumda, sağlık görevlileri kendi hukuki durumunu sadece ferî müdahil sıfatıyla koruyabilme olanağına sahiptiler. Oysa, yargılama usulünde, ferî müdahilin elindeki hukuki olanaklar kısıtlıydı.

Yeni durumda sağlık görevlisi şayet davalı idare ile aynı dava içinde davalı konumunda gösterilir ise; bu

durumda zaten davadaki konumu müdahil değil asil olacak ve davada bütün hukuki imkanları kullanabilecektir.

Sonuç olarak; Cumhuriyet tarihi boyunca ilk kez kamu sağlık görevlileriyle kamu idaresi aynı dava içinde, aynı davanın tarafı sıfatıyla bir tazminat talebine muhatap kalacaktır ki, bu oldukça önemli ve yeni bir durumdur.

#### **Kısmi Dava Açılması Yönünde Getirilen Yenilikler**

Kısmi dava, bir davada talep edilebilir alacağın yada konumuz bağlamında tazminat öncelikle bir kısmını, daha sonra da diğer kısımlarının talep edilmesiydi. Burada davacılar, talep etmek istedikleri tazminatın tamamını

daha davanın başında istememekte ve böylece davayı kaybetmenin risklerini bir ölçüde bertaraf edebilmek olanağına kavuşabilmekteydi.

Kısmi dava; gerek adli dava gerekse idari dava sistemi içinde, sadece maddi tazminat talepleri için uygulanabilir bir usuldü. Ancak yerleşik Danıştay uygulamasında, idari yargı alanında açılan maddi tazminat davaları da kısmi dava biçiminde açılmamaktaydı. Zaten manevi tazminatlarda, gerek Yargıtay gerekse Danıştay, kısmi dava açılmasına cevaz vermemekteydi.

Yeni durumda, artık hastalar adli yargı sistemi içinde idareye karşı da tazminat talebinde bulunacağından, maddi tazminat istemli davalarını, kısmi dava biçiminde açabilecekler ve davanın seyri içinde taleplerini ıslah yoluyla arttırabileceklerdir. Bu da, yeni düzenlemenin getirdiği bir diğer önemli sonuçtur.

#### **Zamanaşımı Uygulamasında Getirilen Değişiklikler**

İdari yargı alanında açılan tazminat davalarında, kural olarak İdari Yargılama Usulü Kanunu'nun süreye ilişkin kuralları uygulanmaktaydı. Buna göre, öncelikle hastalar tazminat taleplerine karşı açılacak davalar için zararı ve zarar vereni öğrendikleri andan itibaren en geç bir yıl içinde davalı idareye müracaat ederek bir ön karar aldırarak ve 60 gün içinde tazminat davasını açmak zorundaydılar ve bu durumda her halükarda beş yıllık üst sınırlı bulunmaktaydı.

Yeni uygulamada, adli yargı sistemi içinde dava açılmasına olanak sağlandıktan sonra, bu tür sağlık hizmetlerinin sunumundan kaynaklanan tazminat davalarına İdari Uygulama Usulü Kanunu değil; genel olarak Borçlar Kanunu hükümleri uygulanacaktır. Bu durumda, yerleşik Yargıtay uygulamasında sağlık hizmeti sunan ile sağlık hizmeti alan kişi arasındaki ilişki, vekalet ilişkisi olarak nitelendirildiğinden, burada zamanaşımı bakımından da Borçlar Kanununun vekalet sözleşmesine ilişkin kuralı uygulanacak ve beş yıllık zamanaşımı durumu geçerli olacaktır.

## Sonuç ve Tartışma



1927 yılından beri uygulanan Hukuk Usulü Muhakemeleri Kanunu, 1 Ekim 2011 tarihinde yürürlükten kalkacak ve yerine Yeni Hukuk Muhakemeleri Kanunu yürürlüğe girecektir. Yeni kanunla ihdas edilen 3 üncü madde ile her

**Yeni uygulamada, özellikle kamu personeli ile çalıştıkları kurumun aynı davada davalı konumunda yer almaları önemli bir hukuki durum olacaktır. Ayrıca, idari yargı sistemi içinde zamanaşımı kurumunun daha katı ve keskin uygulaması, yine davaların kısmi dava biçiminde açılmıyor olması ve adli yargı sistemi içinde hafif kusurların dahi sorumluluğu teşkil edecek şekilde değerlendirilmesi, çok önemli yeni hukuki sonuçlar doğuracaktır.**

türlü idari işlem ve eylem neticesinde, kişilerin vücut bütünlüğünün kısmen veya tamamen yitirilmesi yada kişinin ölümüne bağlı maddi ve manevi zararların tazminine ilişkin davalar, bundan böyle asliye hukuk mahkemelerinde görülecektir. Oysa, Cumhuriyetin kuruluşundan bu yana kamu sağlık hizmetleri alanında idareye karşı açılan tazminat davaları, idari yargı sistemi içinde görülmüştür. Bu tür davalarda, idari ve adli yargı arasında içtihat farkını kaldırmak amacıyla getirilen bu düzenlemenin, önemli sonuçları olacağı muhakkaktır.

Yeni düzenleme ile artık kamu sağlık hizmetleri ile ilişkili yaralanma ve ölüme dair davalar, adli yargı sistemi içinde açılacak ve bu davaların temyiz mercii de doğal

olarak Yargıtay olacaktır. Yine Yeni Borçlar Kanunu'na göre; bu tür davalara özel hukuk hükümleri, bir diğer anlatımla Medeni Kanun ve Borçlar Kanunu kuralları uygulanacaktır. Yeni uygulamada, özellikle kamu personeli ile çalıştıkları kurumun aynı davada davalı konumunda yer almaları önemli bir hukuki durum olacaktır. Ayrıca, idari yargı sistemi içinde zamanaşımı kurumunun daha katı ve keskin uygulaması, yine davaların kısmi dava biçiminde açılmıyor olması ve adli yargı sistemi içinde hafif kusurların dahi sorumluluğu teşkil edecek şekilde değerlendirilmesi, çok önemli yeni hukuki sonuçlar doğuracaktır. Bu yazıda, bu durumlar genel hatlarıyla ele alınmıştır. Konu, daha uzun ve geniş bir incelemede ele alınmaya değerdir.





# İLETİŞİM SİZLİK KÜLTÜRÜ

**İ**letişimin yaşamsal önemini, en trajik biçimde anlatan öykülerden biridir Pepu Keko: "Üvey annelerince kenger toplamaya gönderilmiş de iki kardeş, ellerinde bıçakla dağ bayır dolaşmış, kenger torbasını doldurmuşlardı. Bir zaman sonra yorulup, acıkıp, bir kengeri paylaşıp yemişlerdi. Yollarına devam etmişler, kardeşlerden biri, torbadaki kengerlerin azaldığını görmüş de diğerini suçlamıştı "Sen yedin," diye. Küçük kardeş her ne kadar yemediğini söylese de büyüğü ikna olmamış, "yiyip yemediğini karnını yarıp göreceğim," demiş, elindeki bıçağı kardeşinin karnına batırıp, deştiği karnında küçük bir parça kenger görmüş; ardından çuvala bakıp, çuvalın delik olduğunu, kengerlerin döküldüğünü anlamış ve ellerini havaya açıp yakarmıştı Allah'a: "Ben bir kuş olayım, dağ bayır dolanıp ağıt yakayım, öteyim, öttüğümü her duyan acımı ve pişmanlığımı bilsin!" Allah onu oracıkta pepuk kuşu yapıp da ölü kardeşinin tepesinden havalandırıp göğe salmıştı. Kim duysa bu turunculu kırmızılı kuşu, iki kardeşin hüznü öyküsünü anlatırdı: pepu keko! Kim öldürdü, ben öldürdüm; kim yıkadı?, ben yıkadım; kim gömdü?, ben gömdüm! Ah, ah, ah, pepu keko!"<sup>1</sup>

**Alaattin ŞAHİN**

Eğitim Danışmanı- Aktivist



Ne yazık ki kardeş cinayetleri, mitolojik bir öykü olarak kalmamıştır. Bütün milletlerin tarihinde baba, oğul, kardeş cinayetlerine rastlanır. Cinayetlerin izini takip ettiğimizde de grup kültürü karşımıza çıkar. İnsanlar varlık nedeni olarak kabul ettikleri, bu nedenle de ihtiyaçlarını karşılamada ve zevk standartlarını belirlemede kullandıkları, sürdürmeye ve geliştirmeye çalıştıkları bir anlamlar, normlar ve değerler sistemine bağlı olarak yaşıyorlarsa, orada toplumsal kültürden söz edilir. Bireyler, bu toplumsal kültür üzerinden şahsiyet kazanırlar; hak ve görevler bu sistem üzerinden belirlenir. Adil, katılımcı bir kültür inşa edemeyen, etkin bir iletişim yolu geliştiremeyen gruplarda, ne yazık ki şiddet, hep bir yöntem olarak kullanılmaktadır.

Orta Asya siyasal geleneğinde, hangi bey ailesi mensubunun beyliğe geçeceği saptanmamış olması biraz garip sayılabilir. Step devletlerinde, hakan öldükten sonra mirasçılarının hesaplaşması sonucu en değerli, en cesur, beyliğe en layık olanı ortaya çıkmış oluyordu diye savunulabilir, bu belirsizlik. Fakat, beylik adaylarının çekişmesi, düello gibi sadece kendi aralarında kalmıyor, iç savaşa bile dönüşebiliyordu.

Osmanlı siyaset anlayışı diğer Anadolu beyliklerinden farklı değildi. Memleket sadece beyin değil, beylik üyelerinin ortak hâkimiyetinde sayılıyordu. Bu hâkimiyet anlayışının gereği olarak ilk zamanlar ülke toprağı sadece bey ailesi üyelerine, şehzadelere veriliyordu. Şehzade küçük yaşta olsa bile yanına bir lala katılıp san-

cak beyliğine gönderiliyor, küçük yaşta beyliğe alışması, bey olarak yetişmesi amaçlanıyordu. Hangi şehzadenin bey olacağını saptayan bir kural yoktu. 17. yüzyılda Osmanlıların yeni bir tahta geçiş usulü benimsemesiyle, şehzade çekişmeleri sona erebildi.

Ancak, aradan geçen zaman diliminde -yaklaşık iki yüzyıl- taht kavgaları hep yaşanmıştır. Bunun için de, öfkeden kendi oğlunu nurı basıradan meçhur (görme ışığından yoksun) bırakan, bununla da yetinmeyip boğduran; boyun eğceği yere hakana dik baktığından dolayı yine gözlerine mil çekilen, sonra idam edilen sadrazam... Örnekler, bugün aklımızın alamayacağı biçimde ve sayıda çoğaltılabilir. Amacım, elbette, muhteşem bir imparatorluk kurmuş padişahların



**Bilme ve inanma ihtiyacını, hayatta kalmayla da ilişkilendirdiğimizde, “kültür” dediğimiz, tarihsel süreç içinde geliştirilen bütün maddi ve manevi değerlerin toplamına ulaşabiliriz. Kültür, insanın varlık evreninde; anlam, üretim, tüketim, paylaşım, yönetim ve organizasyon gibi zorunlu gelişmelere öncülük ederken, aynı zamanda kurumsallaşma ve haklılaştırmaları bir takım formlar da inşa eder. Benim iletişimsizlik ve şiddet sarmalında, kök nedenlerden en önemlisinin kültür olduğuna inanıyorum. Çünkü bireyler, toplumun kültür havuzunda şahsiyet kazanırlar, yine kültürün yaşayan, etkin uyarcılarına bakarak hareket ederler.**

hatıralarını incitmek değil. “Bir insanı öldürmek, bütün insanlığı öldürmek gibidir; bir insanı diriltmek bütün insanlığı diriltmek gibidir.” diyen bir dinin mensuplarına, başka bir açıdan bakmaya çalışmaktır. En azından, gelecek için projeksiyon üretmektir.

Burada anılması gereken başka olaylar da var: İmparatorluk döneminde- 1910 yılına kadar - yaklaşık

kırk üç, Kurtuluş Savaşı sırasında yirmi beş, Cumhuriyetin ilanından sonra da yirmiye yakın ayaklanma yaşanmıştır. Ayrıca son elli yıl içinde ordu içindeki isyancı gruplar, en az iki kanlı darbe ve muhtıra gerçekleştirerek, iletişimsizliğin uç sapmalarını adlarına tescil ettirmişlerdir. Bunlardan bir kısmı, toplumun önemli kesimlerinin kendilik algısının bir parçası, bölgesel çatışmanın bir aracı olarak varlığını sürdürmektedir. Çatışmanın pek çok türünü de besleyen bu şiddetin hayaleti, aynı zamanda sağlıklı bir iletişim için olması gereken kanalları da sabote etmeye devam ediyor. O zaman bize düşen görev; olabildiğince problemin kök nedenlerine ulaşmak, problemin asıl sahiplerini görüp, sonra bunlarla ilgili karşı önlem geliştirmeye çalışmak olmalıdır. Başka bir yaklaşım tarzı, problemi bir yere itmekten başka bir işe yaramaz.

Bilme ve inanma ihtiyacını, hayatta kalmayla da ilişkilendirdiğimizde, “kültür” dediğimiz, tarihsel süreç içinde geliştirilen bütün maddi ve manevi değerlerin toplamına ulaşabiliriz. Kültür, insanın varlık evreninde; anlam, üretim, tüketim, paylaşım, yönetim ve organizasyon gibi zorunlu gelişmelere öncülük ederken, aynı zamanda kurumsallaşma ve haklılaştırmaları bir takım formlar da inşa eder. Beni iletişimsizlik ve şiddet sarmalında, kök nedenlerden en önemlisinin kültür olduğuna inanıyorum. Çünkü bireyler, toplumun kültür havuzunda şahsiyet kazanırlar, yine kültürün yaşayan, etkin uyarcılarına bakarak hareket ederler.

Bu bağlamda, dünya tarihine



şöyle bir göz attığımızda, insanlığın önce avcı ve toplayıcı, daha sonra da çoban ve çiftçi olarak karnını doyurduğunu, toplumların tamamına yakınının kıt kanaat ve doğal olayların sürekli etkisinde yaşadığını görüyoruz. Kültür olarak, kendilerini geliştirdikleri oranda, saldırganlık içgüdülerine o kadar çok egemen olabilmişlerdir. Bu gerçeği, geniş kitleleri kapsayan refah ve bu refahın getirdiği uygar yaşam biçimlerini, 18. yüzyılın ortalarında İngiltere’de meydana gelen sanayi devrimiyle başlamasında görebiliriz.

Ancak her çözüm, problemleri de beraberinde getirmiştir. Yaygın anlamıyla feodalizm, sosyo-ekonomik bir yapıdır. Feodaller ve serfler, bu toplumun başlıca sınıflarıdır. Sömürülen serfler, her türlü siyasi haktan yoksundu. Sonraki





**Avrupa'da kendi dinamiklerinden ortaya çıkan ve beslenen ekonomik, siyasal, toplumsal gelişmeler, Osmanlı'yı dışarıdan, ani ve hızlı bir değişime zorlar. Gücünün zirvesinde olduğu dönemde, Osmanlı siyasi-idari yapısı, korunması gereken mükemmel(nizam-ı âlem) yönetim biçimidir. Batı karşısında yaşanan yenilgiler sonrasında devlet ricalinin ilk tavrı, mevcudu restore ederek muhafaza etmek biçiminde olmuştur. Kimi tarihçilere göre 1839 Gülhane Fermanı'yla başlatılan bu modernleşme süreci, imparatorluk coğrafyasını baştan sona dalgalandırır. Yerleşik kültür kalıplarını ve kurumlarını yerle bir eder. Batı'nın askeri, iktisadi ve siyasi baskısının yarattığı geç kalmışlık sendromu ve bundan beslenen gelişmeler, Cumhuriyet Türkiye'siyle somut projelere dönüşür.**

yüzyıllarda, serflik statüsü içinde karınları doymayan insanlar, yasalara karşı, tüccarların yeni bir dünya kurmaya başladığı kentlere akın etti. Çünkü, buralarda kaderlerini değiştirecek bir dünyanın onları beklediğini keşfetmişlerdi. Kuşkusuz, kentlerdeki yeni yaşam olanakları, hepsine yeni bir hayat sağlamaya yetmiyordu. Hırsızlar, suçlular ve kentler arasındaki soygunlarla yaşamlarını sürdüren haydutlar bunların arasından çıktı.

Fransız Devrimi, insanın yolculuğunda dramatik ve çelişkili bir kopmanın da yolunu açtı; töreleri ve yürekleri değiştirmeyi, yeniden biçimlendirilmiş zaman ve mekân içinde dışarıdan içeriye doğru yönelen görünüşü, dili ve duygularıyla yeni bir insan inşa etmeyi hedefler. Kamusal ve özel alan kavramını öne çıkarır. Aileye değer kazandırır,

siyasetçi erkeklerle ev kadınlarını karşı karşıya koyarak, cinsiyetlerin rollerini farklılaştırır. Devrim bu ataerkilliğine karşı, birçok konuda babanın erklerini sınırlar ve boşanma hakkını kabul eder. Aynı zamanda bireyin haklarını, bugün Fransa'da çok az güvencede olan habeas corpus'un<sup>2</sup> utangaç bir dille ifade edildiği yaşam güvenliği hakkını savunur; onun ilk meşru zeminini yaratır: mesken dokunulmazlığı. Bu yeni ideal, varlığını; kendine gerçek bir kimlik bulan orta sınıfa borçludur.<sup>3</sup>

Avrupa'da kendi dinamiklerinden ortaya çıkan ve beslenen ekonomik, siyasal, toplumsal gelişmeler, Osmanlı'yı dışarıdan, ani ve hızlı bir değişime zorlar. Gücünün zirvesinde olduğu dönemde, Osmanlı siyasi-idari yapısı, korunması gereken mükemmel (nizam-ı

âlem) yönetim biçimidir. Batı karşısında yaşanan yenilgiler sonrasında devlet ricalinin ilk tavrı, mevcudu restore ederek muhafaza etmek biçiminde olmuştur. Kimi tarihçilere göre 1839 Gülhane Fermanı'yla başlatılan bu modernleşme süreci, imparatorluk coğrafyasını baştan sona dalgalandırır. Yerleşik kültür kalıplarını ve kurumlarını yerle bir eder. Batı'nın askeri, iktisadi ve siyasi baskısının yarattığı geç kalmışlık sendromu ve bundan beslenen gelişmeler, Cumhuriyet Türkiye'siyle somut projelere dönüşür.

Dönemin ruhuna uygun olarak kurucu seçkinler modernleşmeye, eski medeniyetle bütün bağlarını koparak başladılar. Klasik sekülerleşme tezine göre, toplumlar modernleştikçe dinin toplumsal otoritesi zayıflamakta, başka bir ifadeyle sekülerleşme artmaktadır.

2- Habeas corpus. Anglo Sakson hukukunun kişi hürriyetini korumak amacıyla geliştirdiği bir kurumdur.  
3- Özel Hayatın Tarihi 4, Hazırlayanlar: Philippe Ariès, Georges Duby, YKY yayınları, İstanbul, 2008, s.17





**Toplumsal güçler, gerçekte birer değişim aracıdır, ancak bu niteliğinden soyutlanarak bir tehdit aracı olarak etiketlenirken, devlette devamlılığın temsilcisi olarak geriye asker-sivil bürokrasisi işaret edilmiştir. Kurucu ideoloji kendi tekelinde gören bu sınıf, kendini diğer bütün kurumların üstünde görme hakkını da kendinde bulmuştur. Bu ortak yaşam alanına katılmasına izin verilmeyen kitleler, ulaşılması, iletişim kurulması zor alanlara itilmişlerdir. Bu konuda olası itirazları da darbeler, muhtıralar, post modern darbelerle bastırmıştır.**

Oysa bizdeki modernleşme projesinde, bu ilişki tersinden kurulmuş ve geçmişe ait olanın payandası paralel olarak modernleşmenin gerçekleşeceği düşünülmüştür. Bu bağlamda, geleneğin taşıyıcısı olan kişiler ve kurumların etkinliklerinin azaltılması yoluna gidilmiştir. Dinin sembolik görünümünü ortadan kaldırmak ve kişiyi değişim fikrine alıştırmak için din ve gelenek bağlamında şekillenmiş olan bütün bir geçmişi unutturmak yetmemektedir. Yeni bir birey ve toplum yaratmak için yaşam şekline, davranış biçimlerine ve gündelik alışkanlıklara kadar hayatın bütün alanlarına nüfuz etmek istemiştir. Bu yöndeki en somut adım, 1931 yılında CHF (Cumhuriyet Halk Fırkası) Üçüncü Kongresi'nde atılmıştır. Zira, seçkinlerin sahip oldukları laik akılcı kültürü ve batılı yaşam tarzını Anadolu içlerine kadar ulaştırma ve halkı daha yakından denetleme kararı, bu kongrede alınmıştır. Toplumda zaman zaman ortaya çıkan gelişmelerden seçkinlere; halkla aralarındaki uçurumun derinliğine bağlı olarak halkın daha yakından

denetlenmesi ve eğitilmesi sonucunu çıkardı.<sup>4</sup>

Ulusal kimliğin ve yurttaşlar topluluğunun inşasının nihai hedefi olan "biz" bilincinin, yurttaşlar tarafından içselleştirilmesi, söz konusu bilincin besleneceği bir "öteki" olmadan gerçekleşemezdi. Ders kitaplarında yer alan "öteki"nin tarif ve işaretlenmesine dayalı gerçek ya da kurgusal tehdit teması, ulusal dayanışma ve bütünlüğün pekiştirilmesi yolunda, işlevsel bir önem kazanmıştır. Halkın ve ulusal bağımsızlığın düşmanı olarak tanımlanan padişah ve ailesi, bu aile ile ilişkisi bulunan ya da onlardan çıkar sağlamış bulunanlar, saltanatın iadesini amaçlayan kesimler olarak "baş düşman"dır. Dolayısıyla onlardan "Cumhuriyet hükümetlerinde halkın ve milli istiklalini bu düşmanlarına halk nefretle bakmalıdır."<sup>5</sup>

Yeni bir ulus, yeni bir toplum inşa edilirken, girişilen bu ötekileştirme ve sınıflandırma, aynı zamanda yeni güç paylaşımını da beraberinde getirmiştir. Toplumu oluşturan gruplar arasında yapı-

lan bu tercihler, insanları birbirine bağlayan derin dokuyu tahrip etmiş, onların arasındaki güveni yok etmiş, iletişim kanallarını dinamitlemiştir. Toplumsal güçler, gerçekte birer değişim aracıdır, ancak bu niteliğinden soyutlanarak bir tehdit aracı olarak etiketlenirken, devlette devamlılığın temsilcisi olarak geriye asker-sivil bürokrasisi işaret edilmiştir. Kurucu ideoloji kendi tekelinde gören bu sınıf, kendini diğer bütün kurumların üstünde görme hakkını da kendinde bulmuştur. Bu ortak yaşam alanına katılmasına izin verilmeyen kitleler, ulaşılması, iletişim kurulması zor alanlara itilmişlerdir.<sup>6</sup> Bu konuda olası itirazları da darbeler, muhtıralar, post modern darbelerle bastırmıştır.

Toplum, her darbe döneminde, boyutları ölçülemeyecek travmalar yaşamıştır. Toplumun canlı belleği, kitaplar, medya araçları bu anıları diri tutmaya devam etmektedir. Darbelerin her yıldönümünde toplumsal hafıza yeniden canlandırılır, "27 Mayıs, 12 Mart (muhtırası), 12 Eylül, 28 Şubat (post modern darbe), 27 Nisan (e- muhtıra)", böylesi

4- Bkz. Yrd.Doç.Dr. İlyas Söğütü, Muhafazakar Düşünce, Yıl:6,Sayı:24, Nisan-Mayıs-Haziran 2010

5- Bkz. Füsün Üstel, MAKBUL VATANDAŞIN PEŞİNDE II. Mesrutiyet'ten Bugüne Vatandaşlık Eğitimi, İletişim Yayınları, 3. Baskı, İstanbul,2008 s. 209

6- Prof. Dr. Ünsal Oskey, İletişimin ABC'si, Der Yayınları, İstanbul, 2011,s.20-21



olağandışı eylemlerin, gruplar üzerindeki yansıması da doğal olarak farklıdır. Dolayısıyla, toplumsal deneyim akışı, yani başkalarıyla çatışmaların ve görüşmelerin sürdürüldüğü bir iletişim ve etkileşim ortamında, Başbakanla ilgili çıkmış bir haber: "Başbakan'ı ağlatan fotoğraf, 27 Mayıs darbesinden sonra cuntacılar tarafından idam edilen Adnan Menderes'e ilgisi bilinen Erdoğan, bir fotoğrafa ne zaman baksa ağladığını söyledi... İdam sehpa-sına götürülen Adnan Menderes'in Hayat Mecmuası'ndaki fotoğrafını yıllarca aklından çıkaramadığını vurguladı."<sup>7</sup>

Nerdeyse her iki seçmenden birinin oyunu almış bulunan, geniş kitleler tarafından sevilen bir liderin taraftarlarının, sempatizanlarının bu idam sahnesini tıpkı liderleri gibi çerçeveleme olasılıkları yüksektir. Başka bir haber, "Tarik Akan'dan 28 Şubat'a övgü, Sanatçı Tarık Akan, Aydınlik Gazetesine yaptığı açıklamada, 27 Mayıs da, 28 Şubat da darbe değildir. Birincisi önümüzü açtı, yeni düşüncelerle

tanışmamızı sağladı."<sup>8</sup> Yine toplumun bir kesimi tarafından sevilen bir sanatçının, yaşananları çerçeveleyiş biçimi karşılıksız kalmayacaktır.

Kimilerine göre toplumsal dokuyu tahrip eden, kurumların hafızalarını silen, milletin tamamını -buna politikacılar ve tüccarlar dâhil- silahlı kuvvetleri kollama ve gözetleme, bir sonraki darbenin kâh korkusu kâh pususu içinde yaşamak gibi sağlıksız bir alışkanlık geliştirdi. Doğal olarak, insanlar arasında, sağlıklı bir iletişim de hiçbir zaman kurulamadı.

Özetle, toplum, yakın geçmişte yaşadıklarıyla ilgili tam bir yüzleşmeyi henüz yaşamadı. İnsanlar, aralarında ortaklığı sağlayan, onlara benzer yaşam deneyimleri kazandıran bir modelle yönetilmedi. Saray ve toplum arasındaki mesafe, Cumhuriyet sonrasında başka sınıflaşmalarla devam etti. Bu arada da toplumsal gruplar, inanç, kültür ve ideolojik farklılıklarına dayanarak kendilerini yeniden üretmeye, ken-

dilerinin dışındaki insanlarla ilgili olarak da kısıtlayıcı sabit çerçeveler, etiketler üretilmeye, daha çok korkulara dayalı savunma hatları kurmaya da devam ettiler. Mevcut iletişim araçları, miras aldıkları bölünmüş toplum algısına dayanan geçmiş, şimdi ve gelecek tasavvurlarını, onaylama ve karşı çıkmalarıyla birlikte, yeniden üretmeyi sürdürdü.

Büyük kentlerimiz, tıpkı sanayi devriminin yaşandığı zamanlarda olduğu gibi, insanların kaderlerini değiştirmeyi vaat ederken; bünyesine aldığı insanların önemli bir kısmına yeterli yaşam olanakları sağlayamıyor. Böyle bir yapıda, sağlıklı bir kentleşmenin; sağlıklı bir iletişimin kurulmasının, sağlıklı bir toplumun inşasının zor olacağını söyleyebiliriz. Dolayısıyla, şiddet aile içinde "Neden çok para harcadın"; sokakta "Neden yan baktın"; aşk ilişkilerinde "Seni başkasına yar etmem"; park yeri meselesinde, hekim-hasta ilişkisinde kolayca sonu cinayetle biten eylemlere dönüşebilmektedir.

## Öneriler

İnsanlar doğaları gereği, "iyiden yana olma ve doğru tutumlar" geliştirmeye yatkındırlar, fakat değişik sorunlar üzerinde düşünme ve siyasal ya da sosyal iletişimlerini değerlendirme yetenek ve isteklilikleri bakımından farklılık gösterirler. Ancak insanların, içinde yaşadıkları koşullar, egemen kültür onların kimliklerini, hangi olayları sorun kabul edeceklerini, sorun kabul ettikleri olgulara karşı nasıl bir tutum takınacaklarını da, büyük ölçüde

belirlemektedir. Bu durum, aynı zamanda "gerçeklik" dediğimiz olgunun da karakterini belirlemektedir. O zaman insan, içinde bulunduğu koşullardan bağımsız değerlendirilmemelidir.

Aynı toplumda farklı seçimler yapabilen bireylerin durumunu da, insan belleği ve eğitimle ilişkilendirebiliriz. Bellek, yalnızca edilgin bir bilgi alıcısı değildir; etkin bir biçimde dünyayı değiştirir ve kendisi-

ni ona uyarlar. Eğitim sürecinde sistematik düşünme becerisi kazananlar, değişik etmenlerin doğrusal olmayan biçimde etkileşebileceklerini, farklı değişkenler arasında karşılıklı ilişkilerin bulunabileceğini dikkate alırlar. Toplumun eğitim düzeyini yükselttiğimiz zaman, ondan daha tutarlı davranış beklenebilir.



7- Zaman, 18 Nisan 2011 Pazartesi  
8- <http://www.stargazete.com/politika/tarik-akan-dan-28-subat-a-ovgu-haber-345203.htm>



Düzen sahibi bir toplumun gelişebilmesi için, gücün, devletin elinde toplanması yerine, o toplumdaki vatandaşlar arasında dağılması temel bir öneme sahiptir. Bu durum, toplumun kendi davranışlarını idare eden kurallar ve geleneksel davranışlar üzerinde deneme yapmasına izin verir. Bu deneme-yanılma yöntemi, hem yapılan hataların etkilerini toplumun küçük bir kesimi ile sınırlandırır, hem de işe yarayan kuralların toplumun yapısına eklenmesine olanak tanır.<sup>9</sup>

Dilin gündelik-sözel olan olmayan-kullanımı, içinde yaşadığımız dünyayı, orada olup bitenleri nasıl algılıyorsak öyle kabullenmemizi amaçlar. Oysa, görünenin ardındaki gerçekliği kavrayabilmek için, dilin güncel anlamını yitirmeden, beraberinde sürüklediği diğer maddeler, göndermelerle birlikte ele alınmalıdır.<sup>10</sup>

İnsana gündelik yaşamda (dolayısıyla iletişimde de) "burada ve

şimdi"yi veren, bilincin gerçekliğidir. Ne var ki "burada ve şimdi", elimizin ulaşabildiği mesafeyle sınırlı değildir; aynı zamanda, "burada ve şimdi" de olmayan olayları ve yaşantıları, değerleri de içine alır, aracısız ulaşabilir. Başka bir deyişle insan, nerede olursa olsun, bilinci için zaman ve mekân sınırlaması yoktur. Dolayısıyla iletişimin muhatabı, aynı zamanda bu sınırsız kendilik alanı olduğu unutulmamalıdır.

Modern zamanlarda iletişim bombardımanının, "toplumsal sorunların birbirinden yalıtılmış ayrı adacık şeklinde yaşanıyor gibi" tutumlar takınmasına teslim olmamalıyız. Artık, "her şeyin her şeyle bağlantılı" olduğu bilinciyle hareket edilmelidir. Bunun için örgütlü yaşam artık insan yaşamının temel bir boyutu olmalıdır.

Televizyon kanallarından yayılan mesajların toplumsal ahengi sağlayacağı şeklindeki örtülü kanaatin, gerçeğe ilgisi yoktur. TV'lerin

kısa, anlık "imaj oluşturucu", rasyonel boyutu geri itilmiş; heyecanlı, dokunaklı boyutu abartılmış, daha çok izleyici çekmeye odaklanmış yapılarıyla böyle bir rol üstlenmesi mümkün değildir.

Alvin Toffler, 1965'li yıllarda, şaşırtıcı bir öngörüyle "yeni bir insan türünün" ortaya çıktığını belirtmiştir. Medyanın otakları arasına doymak bilmez bir biçimde dalan, oluşum halindeki bu insanüstü türün ayrıncı özelliği, "bunun kendi kendine işleyebilir" olmasıdır. Eski- nin göçebelik günlerine geri dönecektir, ancak bu kez yapay bozkırlarda ve ormanlarda avlanacaktır.<sup>11</sup> Siber uzayın, siber bozkırlarında göçebe kültürü yaşayan insanların, yaşanan dünya ve onun sorunlarına karşı yabancılaşması kaçınılmazdır. Dolayısıyla bu yeni göçebelik biçimi, yeni bir bilinçle aşılmalıdır.

Üçüncü sınıf basın yayın organları ya da televizyonlar aracılığıyla, halkın eğitilmesini, ruhunun yü-

**Daha çok empati: Kişinin kendisini başka bir bilincin yerine koyarak söz konusu bilincin duygularını, isteklerini ve düşüncelerini, denemeksizin anlayabilmesi becerisi olarak tanımlanan empati, sağlıklı bir iletişimin en önemli araçlarından biridir. Okuduğumuz roman ve öyküler, izlediğimiz tiyatro ve filmler, müzik, resim ve diğer sanat dallarının çoğunda, yaşanmamışlıktan doğan boşluk, empati ile doldurulur.**



9- Nigel Ashford, Özgür Toplumun İnkeleri, Liberte Yayınları, Ankara, 2009 s. 132

10- Oskay, Age, s.5

11- Bkz. Michel de Certeau, Gündelik Hayatın Keşfi-I, Dost Kitapevi, Ankara, 2008, s. 275



**“İnsan, epistemolojik bir ilkedir. Ona ilke olmayı sağlayan, tanrının bilinmesinde delil olarak görülmesidir. İbn’ül Arabî, insanı âlem hakkındaki fikirleri taşıyabilecek varlık olarak sadece insanı görür. Bu durumda da “görünen ve görünmeyen bilgisine ulaşmak” şeklinde dile getirebilecek bir kıyas yöntemiyle insandan ve onun inşa ettiği dünyadan hareketle Tanrıyı bilmek haline gelir.”<sup>14</sup> İnsan, salt bu niteliği ile görülebilse, bu niteliğine uygun davranılabilse pek çok sorun kendiliğinden çözülemez mi?**

**Ve unutmayalım, “İnsanlık, en çok zararı, bu dünyadaki kötülüklerin kökünü tamamen kazıyabileceğine inanan insanlardan görmüştür.”**

celtilmesini, toplumu oluşturan birey ve gruplar arasında sağlıklı bir iletişimin kurulmasını beklemek, ancak hayal düzleminde olabilir. Bütün bakanlıklar, özellikle eğitim ve kültür bakanlıkları, sivil toplum örgütleri değerlerimizin çağdaş bir dille anlatılmasında daha fazla sorumluluk almalıdır.

Mahcupyan, “Türkiye’de devleti ‘bilenler’, toplumu tanımayanlardır... Ama toplumu ‘bilenler’, devleti tanımışlardır.”<sup>12</sup> derken, toplumun geldiği aşamayı çarpıcı biçimde formüle eder. Özellikle Ergenekon dava süreci, bu tanımada önemli katkı sağlamıştır. Ancak dava sürecine odaklanırken, insanlar kendi doğalarına, yaşadığı coğrafyanın başkaca temel sorunlarına yabancılaşabilmektedir. Bu durum, sağlıklı bir demokrasi ve iletişim için yeterli bir ortam sağlamamaktadır.

Mevlana’nın yüzyıllar önce duyurduğu, “Kardeşim sen düşünceden ibaretsin/ Geriye kalan et kemiksin/ Gül düşünür gül olursun, diken düşünür dikenlik olursun.” ölümsüz gerçeği, bir hayat ilkesi

haline getirerek insanların düşüncelerine saygının, bizzat insanın özüne yapılmış bir saygı olduğunu; saldırının ya da aşağılamanın bizzat insanın kendilik algısına saldırı olacağını bilerek davranılmalıdır. Kişinin kendisini başka bir bilincin yerine koyarak söz konusu bilincin duygularını, isteklerini ve düşüncelerini, denemeksizin anlayabilmesi becerisi olarak tanımlanan empati, sağlıklı bir iletişimin en önemli araçlarından biridir. Okuduğumuz roman ve öyküler, izlediğimiz tiyatro ve filmler, müzik, resim ve diğer sanat dallarının çoğunda, yaşanmamışlıktan doğan boşluk, empati ile doldurulur. Oyuncuların, oynayacakları karaktere bürünebilmek için özel çalışmalar yaptıkları bilinir. İnsan, iyi yazılmış bir roman kahramanı üzerinden hiç bilmediğimiz insan yaşamlarına yakından tanıklık edebilir. İnsanın, karşısındakinin iç dünyasına en yakın mesafede durarak seslenmesi, dış dünyada yol almamıza benzer bir kolaylık sağlayacaktır.

İnsan, içinde doğduğu kültürel sözleşmeyi farkına varmadan imzalar. Davranışları, çoğu zaman

bu görünmeyen sözleşmeye bağlı olarak gerçekleşir. Eğer insan, bu koşullanmanın farkında değilse, birer “kültür robotu”<sup>13</sup> olarak yaşar. Bu durumdaki bir insanın, kendi grubunun dışında, iletişim kurması son derece zordur. Bunu için de insan, içinde yetiştiği kültür kodlarına eleştirel yaklaşabilecek bir düzeye çıkmalıdır.

“İnsan, epistemolojik bir ilkedir. Ona ilke olmayı sağlayan, tanrının bilinmesinde delil olarak görülmesidir. İbn’ül Arabî, âlem hakkındaki fikirleri taşıyabilecek varlık olarak sadece insanı görür. Bu durumda da “görünen ve görünmeyen bilgisine ulaşmak” şeklinde dile getirebilecek bir kıyas yöntemiyle, insandan ve onun inşa ettiği dünyadan hareketle Tanrıyı bilmek haline gelir.”<sup>14</sup> İnsan, salt bu niteliği ile görülebilse, bu niteliğine uygun davranılabilse, pek çok sorun kendiliğinden çözülemez mi?

Ve unutmayalım, “İnsanlık, en çok zararı, bu dünyadaki kötülüklerin kökünü tamamen kazıyabileceğine inanan insanlardan görmüştür.”

12- Etyen Mahcupyan, Zaman, 17 Nisan 2011, Pazartesi

13- Doğan Cüceloğlu, İletişim Donanımları, Remzi Kitabevi, İstanbul, 2003, 15. Basım, s. 32

14- Ekrem Demirli, Metafizik Düşüncede Tanrı ve İnsan, Kabalcı Yayınevi, İstanbul, 2009, s. 269-70



## Fatih Sultan Mehmet Döneminin Ünlü Cerrahi:



# SABUNCUOĞLU ŞEREFEDDİN

Sabuncuoğlu Şerefeddin, Fatih döneminin meşhur hekimleri arasında yer almaktadır. Dönemin hekimlerinin aksine özellikle cerrahi ile ilgilenen Sabuncuoğlu Şerefeddin, ilk Türkçe cerrahi eserin sahibidir.

Dönemin ünlü hekimlerinden Ali Çelebi'nin oğlu olan Sabuncuoğlu Şerefeddin, 1386 yılında Amasya'da doğdu. Temel eğitimini aldıktan sonra Burhaneddin Ahmed'den tıp dersleri alarak, eğitimini Amasya Darüşşifası'nda tamamlamıştır. 17 yaşında hekimliğe başlayan Sabuncuoğlu Şerefeddin, bundan sonra hayatını okumaya, araştırmaya ve denemeye vermiştir. Hekimliğin usta-çırak usulüyle dükkânlarda yapıldığı dönemde, bir darüşşifada çalışabilmek gerçekten çok güçlü ve böyle bir hizmet ancak liyakat sahibi üstatlara veriliyordu. Şerefeddin Sabuncuoğlu, diğer birçok hekimin aksine, özellikle cerrahi ile ilgilenmiştir. Genel olarak hekimler cerrahiye pek ilgi duymamışlar ve hatta cerrahi

tedavinin gerekli olduğu durumlarda bile, ilaçla tedaviyi tercih etmişlerdir. Bunun sebebi, cerrahi müdahalede hayatî tehlikenin çok yüksek olması ve bu tehlikeyi asgariye indirecek ve ameliyatı kolaylaştıracak bazı teknik imkânların bulunmamasıdır. Bu tip imkanların oluşması için, yani antibiyotik, analjezik, antiseptiklerin ve bunların yanı sıra anatomi bilgisinin yeterince gelişmesi için 19. yüzyılı beklemek gerekecektir.

Sabuncuoğlu'nun bilimalemine ilk defa tanıtılması, 1920 yılında İkdâm Gazetesi'nde Ruscuklu Doktor Hakkı Uzel tarafından yayınlanan bir makale ile yapılmıştır. Sabuncuoğlu'nun eserlerinde en dikkat çekilen temel unsur, tedavi metodlarının en ince

ayrıntlarına kadar anlatması ve cerrahi teknikleri çok açık bir dille, herkesin anlayacağı şekilde açıklaması ve kullanılan aletlerin şekillerini de resmetmesidir.

Sabuncuoğlu'na göre, tedavi başarısız olursa cerrahi yol denenmelidir ayrıca, ameliyat sonrası bakıma da çok önem verir. Denediği ilaçlarda, görülebilecek yan etkileri belirtmiştir.

Gerçekten iyi bir derleyici, öğretici ve aktarıcı olan, eser verebilecek nitelikte hekimler yetiştiren Şerafettin Sabuncuoğlu; doğunun bilim dilleri olan Arapça ve Farsça'yı iyi bildiği halde, Cerrahiyet Al-Haniyye'nin ön sözünde; "Bu kitabı Türkçe yazdım, Şu nedenle ki; Anadolu halkı Türkçe



konuşur, zamanımızın cerrahlarının çoğu okuma yazma bilmezler, bilenler de Türkçe yazılmış kitapları okuyabilirler." demektedir.

Şerefeddin Sabuncuoğlu'nun, bilindiği üzere 3 eseri bulunmaktadır. Bu eserlerden birincisi Akrahadin Tercümesi'dir: II. Bayezid, şehzadeliği zamanında, Amasya Valisi iken (1481-1512), Şerefeddin Sabuncuoğlu'ndan Zeyneddin el-Cürânî'nin (öl. 1136) Zahire-i Harzemşâhi diye bilinen eserini tercüme etmesini istemiş. Sabuncuoğlu da bu hacimli eserin, sadece farmakoloji kısmını çevirmiştir, ayrıca kendisi de eserin sonuna iki bölüm eklemiştir.

Eserde; ilaçların özellikleri, hazırlanması gargara, yağlar, merhemler anlatılmakta ayrıca kusturucular, müşhiller, ağız, dil ve damak, diş, göz ilaçlarına ve lavmanlara yer verilmektedir. Eserin sonunda yer alan Türkçe sözlükte önerdiği Türkçe tıp terimleri incelemeye değerdir.

Kitâbü'l-Cerrahiyyeti'l-İlhaniyye ise; Sabuncuoğlu'nun ikinci ve nispeten daha meşhur olan eseridir. Eser, bilindiği kadarıyla, Osmanlı İmparatorluğu'nda kaleme alınmış, yegâne resimli cerrahi eseridir. 11. yüzyılda Endülüs'te yaşamış olan Ebû'l-Kâsım Zehrâvî'nin Kitâbü'l-Tasrîf adlı eserinin cerrahi ile ilgili kısmının tercümesi olduğu ileri sürülmüştür. Ancak Sabuncuoğlu, her ne kadar büyük ölçüde söz konusu eserden yararlanmışsa da, eseri tam olarak tercüme ettiği söylenemez. Eserde, yer yer kendi gözlem ve deney sonuçları da yer almaktadır. Doğal olarak, Sabuncuoğlu kendinden önce



Hastanın erken dönemde sırt omurlarının eğilme ve kamburluğunun dağılması ile tedavi edilmesi. (Sabuncuoğlu, "Cerrâhiyyetü'l-hâniyye", İÜ Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Deontoloji ABD Sergi Salonu)



yaşamış belli başlı cerrahlardan olan Zehrâvî'den yararlanmak zorunda idi, ancak bir hekim, bir cerrah olarak kendi çalışmalarıyla mevcut bilgiyi kaynaştırmış ve bize bu terkihi sunmuştur. Hâlbuki Sabuncuoğlu'nda gerçekten önemli bir katkı daha vardır ki o da; aletlerin yanı sıra, ameliyatın nasıl yapıldığını gösteren temsili resimlerin mevcut olmasıdır. Bu resimlerde hasta ve doktorun pozisyonu ile aletlerin nasıl kullanıldığı da görülmektedir. Böylece, kullanılan

cerrahi tekniğini de açık ve seçik olarak görmek mümkün olmaktadır. Günümüzde de, zaman zaman yazılı açıklamalara yardımcı olmak üzere, bu tip şemalar verilmektedir. Bu eserin bilinen üç kopyası vardır: Bunlardan ikisi İstanbul'da birisi de Paris Bibliothque National'dedir İstanbul'da, bulunan Fatih Millet kopyası ile Paris kopyası yazarın kaleminden çıkmıştır. Fatih Sultan Mehmet'e takdim edilen ve içinde II. Beyazıt'ın mührü bulunan kopya eserin kapındaki kayda göre; Tanzimat Meclisi Üyesi Yasinci Zade

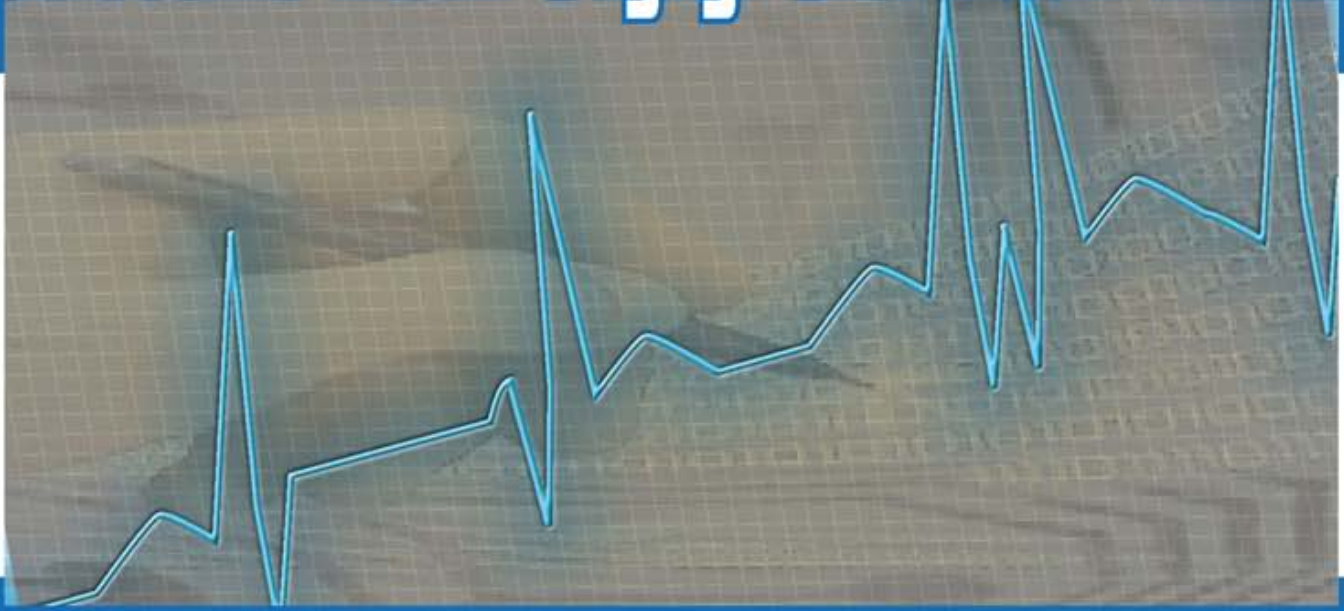
Mehmet İlmî Efendi tarafından 1860 yılında Fransız hekimi Burjuven'e armağan edilmiş. Böylece eser, 9 Haziran 1871'de Bibliothque Nationale girmiştir 409 sayfa olan 2. kopya itina ile hareketlenmiş, Türk neshi ile yazılmış olup, 138 resim ve 168 alet resmi içermektedir.

Sabuncuoğlu'nun en son ve en önemli eseri, Mücerrebname adını taşıyan eseridir. Bu eser, adından da anlaşılacağı gibi ilaçlarla ilgilidir. Şerefeddin Sabuncuoğlu, bu eserinde sadece muhtelif ilaçlar ve onların kullanılışlarıyla ilgili bilgiler vermemiştir. Bilindiği gibi kendisi uzun yıllar hekim olarak görev yapmıştır: Bu sırada kazandığı deneyimlerinin yanı sıra bizzat yaptığı bazı deneyleri de burada aktarmıştır. Onlardan biri de, bazı zehirlerle ilgili olarak yaptığı hayvan deneyleridir. Bu deneylerde, denek olarak horozları kullanmıştır. Bu eserde, kendi yaptığı deneyler sonucu önerdiği bazı ilaçlar anlatılmaktadır.

**Kaynaklar:**  
 • <http://www.arsh.gov.tr/haber/haberarsiv/sabuncuoğlu/sabuncuoğlu.html>  
 • [http://tr.wikipedia.org/wiki/Sabuncuo%C4%9Flu\\_%C5%9Eerefeddin](http://tr.wikipedia.org/wiki/Sabuncuo%C4%9Flu_%C5%9Eerefeddin)



# Bilimsel ve Teknolojik Gelişmelerin Gelecekte İnsan Sağlığı Üzerindeki Etkileri



**Aynı zaman diliminde daha çok ve verimli iş yapmamızı sağlayan, her geçen gün kaydedilen yeni gelişmelerle yaşamımızı kolaylaştıran son teknoloji ürünü aletler, sağlık sektöründe de insan hayatını kurtarıyor. Ama, yeri geldiğinde hayatımızı kurtaran “teknoloji”, aslında hastahklarımızın asıl kaynağı mı?**

Tanı ve tedavi yöntemlerindeki teknolojik gelişmeler tanı ve tedavi yöntemlerinin de gelişmesini sağlayan “ileri teknoloji”nin hiçbir zaman son noktası olmayacaktır. Daha hızlı çalışan, az enerji ihtiyacı duyan, daha az ısımp, boyut olarak daha küçülen mikro işlemcilerdeki gelişme ile bilgisayar bağımlı tanı cihazlarının gelişimi, birbirine paralel olarak ilerlemektedir. Daha hassas, daha çabuk, daha anlaşılabilir sonuçlar elde edilmektedir. Türkiye, sağlık sektöründeki bu teknolojik gelişmeleri yakından takip etmektedir. Son model cihazlar, çok kısa süreler içinde Türkiye’deki birçok sağlık kurumunda hizmete hazır hale

getirilmektedir. Deneyimli eller mi, son model cihazlar mı? Günümüzde “ileri teknoloji”, tanı ve tedavinin vazgeçilmezi olsa bile, cihazın kapasitesi doğrultusunda verdiği tanı amaçlı bilgileri yorumlayıp, değerlendirecek, bunları önceki deneyimleri ile birlikte sentezleyecek ve tedavi protokolünü, stratejilerini belirleyecek hekimdir.

Tedavi amaçlı kullanıldığında, hastaya minimum yan etki ile maksimum fayda sağlayacak olan, yine deneyimli eller olur. Küresel ısınma kansere davetiye çıkartıyor Teknoloji ve sanayinin birlikte gelişmesi, havayı kirliletmekle kalmıyor, çok yoğunlaştığı

zaman, asit yağmuru şeklinde top-rağı da etkiliyor. Hava kirliliğine yol açan gazların, insan sağlığını nasıl etkilediği yıllardır araştırılan bir konu. Hava kirliliğinde en çok açığa çıkan gazlardan biri olan sülfürdioksit, solunum yolu problemlerine yol açıyor; üstelik akciğer dokusunu da zedeliyor. Monoksit, sinir sisteminin çalışmasını etkiliyor. Kurşun; cıva, kadmiyum ise çocuklarda beyin ve sinir sistemi dokularında hasarlara yol açıyor. Yine bol miktarda bulunan nitrojendioksit, nefes almayı güçleştirirken astuma da neden oluyor. Atmosferde artan CO2 miktarı, küresel ısınmaya sebep olmak ile beraber, güneşin zararlı UV ışıkla-



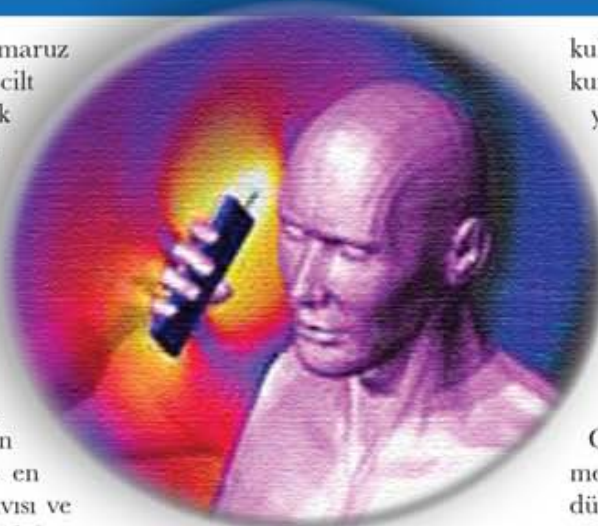


rına daha fazla ve uzun süreli maruz kalmamıza, dolayısıyla başta cilt kanserleri olmak üzere, birçok kansere türüne davetiye çıkarıyor. Artan enerji ihtiyacı, yüksek gerilim hatlarının kapımıza kadar yanasmasına, dolayısıyla elektro manyetik alanlarda yaşamamıza neden oluyor.

Çalışmalar gösteriyor ki, 0-300 Hz frekanslı alanlardan iletkenlik özellikleri nedeniyle en çok etkilenen dokular beyin sıvısı ve kan, ikincil derecede etkilenen dokular ise göz, göz sıvısı, tiroit, kas, gastrointestinal sistem, prostat ve testis dokularıdır.

### Lcd Ekran, Saç Kurutma Makinesi ve Dijital Saat Gibi Aletlere Dikkat!

Günlük hayatımızda kullanılan televizyon, bilgisayar ve cep telefonları başta olmak üzere MP3 çalarlar, LCD ekranlar, fotokopi makineleri, mikro dalga fırınlar, saç kurutma ve tıraş makineleri, dijital saatler gibi birçok elektronik cihaz, bir yandan hayatımızı kolaylaştırırken; diğer yandan sağlığımız için tehdit oluşturuyor. Olumsuz etkileri en aza indirmek için yapmamız gerekenler LCD ekrandan uzak durun! Bu cihazların kullanımı ile oluşan



elektromanyetik alanlara bazı kişiler daha hassastır. Ve yan etkiler bu kişilerde daha fazla görülür. Fotokopi makineleri, bilgisayar tarayıcılarından 50 cm, LCD monitörlerden 75 cm, mikrodalga fırınlardan 1 m, TV'lerin ön ve arka yüzlerinden 2 m, çamaşır - bulaşık makinesi ve buzdolabı gibi elektronik işlemcilerle donatılmış mutfak cihazlarından mümkün olduğunca uzakta bulunmak sağlığımız için doğru olandır. Şarj aletlerini elektrikte bırakmayın!

Ayrıca; şarj edilebilen cihazları elektrikle kullanmaktan kaçınmak, TV, monitör, uydu alıcıları kullanılmadığı zaman bekleme konumunda bırakmamak; bu cihazların oluşturduğu, baş ağrısı, uykusuzluk, göz ve

kulak problemleri, iştahsızlık, ağız kuruluğu gibi yan etkileri düşük seviyelerde tutmaktadır. Düşük radyasyonlu monitör kullanın Her gün hayatımızda daha çok yer alan ve olmazsa olmazlardan olan bilgisayarlar, sağlık sorunlarını da beraberinde getirmektedir. Sık görülen göz ve kas iskelet sistemi sorunları, önemli iş gücü kayıplarına, dolayısıyla ekonomik kayıplara yol açabilmektedir. Olumsuz etkileri minimuma indirmek için; ergonomik çalışma koltuğu, düşük radyasyonlu monitör kullanımı, süreli çalışma, doğru mekan aydınlatması yapılmalıdır.

### Kalp Ritmini Bozan, Hamilelikte Düşük Riskine Sebep Olan Büyük Tehlike: Cep Telefonu

Cep telefonları da son teknolojik gelişmelerin bir ürünüdür. Kullanıcı sayısının her geçen gün artması, zararlarının da aynı oranda olarak çoğalmasına sebep olmaktadır. Yayıldığı elektromanyetik dalgalar, radyo frekansları ve radyasyonun kısa vadede görüş ve işitme kayıplarına, kalp ritminde bozulmalara, uyku düzensizliklerine, konsantrasyon bozukluklarına, düşük ve erken doğum riskine sebep olmaktadır.

Kaynak: <http://www.main-board.eu>



صوره مدفع ايضاً

بضع منظيد لها اسنان على طرف الصنفه

# Osmanlıda

# Tıp Bilimi Anlayışı ve

# Tıp Biliminin Tarihî Seyri

**Prof. Dr. Sebahattin AYDIN**

Cerrah-Ürolog

Bu Yazı "Osmanlılarda Sağlık-1" Adlı Kitaptan Alınmıştır.

Osmanlılar  
döneminde tedavide  
kullanılan tıbbi  
aletler.

(Sabuncuoğlu,  
"Cerrâhyetü'l-hâniyye")



**Sanat ve bilim Avrupa Ortaçağı'na hakim olan skolastiğin teolojik ve metafizik açmazlarından kurtulmak için Rönesansı beklerken, Osmanlı'da bir çok bilim dalında olduğu gibi, tıp bilimi de hâkim olan dinî esaslardan hareket etmiş, ancak bu temel hareket noktasından sapmaksızın, tanı ve tedavi usullerinde ağırlıklı olarak gözlem ve tecrübeye dayanan biçimde gelişmiştir. Ortaçağ Avrupası'nın aksine Osmanlı tıbbı, mistik hurafelerden uzak akılcı bir seyir izlemiştir.**

İdrak etmekte olduğumuz gündün geriye doğru 700 yıllık geçmişimizi sorgulayarak gözden geçirdiğimizde, iyisiyle kötüsüyle yüzyılların birikimi karşımıza çıkar. Bu birikimi, geçmişinden bağımsız, sadece bir tarih kesiti olarak ele almak doğru bir yaklaşım olmayacaktır. Nasıl ki, bilimimizin ulaştığı düzeyle, gelenek görenekle ve yılların biriktirdiği tecrübelerle geçmişin derin izleri bu günkü uygarlığımızı belirlemekteyse; Osmanlı Uygarlığı da kendi geçmişinden bağımsız olarak değerlendirilemez.

Her şeyden önce Osmanlı tıbbında en etkili unsur olarak İslâm görülmektedir. Ancak Türklerde İslâmiyetten önce de bir hekimlik

müessesesi olduğu unutulmamalıdır. Uygurluların, Karahanlıların, Orta Asya ve Çin tıbbının mirası özellikle Selçuklular döneminde tıbb-ı nebevî ve takip eden yıllardaki İslâm kültürü potasında karışmış ve kendine özgü kişiliği olan bir tıbbî anlayış ortaya çıkmıştır.<sup>1</sup> Ebû Bekir er-Râzî'den İbn Sinâ'ya, Hacı Paşa'dan Sabuncuoğlu Şerefeddin'e giden oluşum çizgisinde olgunlaşan bu tıp anlayışı, asıl temeli meydana getirmektedir. Tıp ile İslâmî öğretiler ilişkilendirilmiş, Kur'an buyruğu ve İslâm peygamberinin ilkeleri dışına çıkmamaya özen gösterilerek, bilimsel araştırmalar ve pratik uygulamalar sürdürülmüştür.<sup>2</sup>

Sanat ve bilim, Avrupa

Ortaçağı'na hakim olan skolastiğin, teolojik ve metafizik açmazlarından kurtulmak için Rönesansı beklerken; Osmanlı'da bir çok bilim dalında olduğu gibi, tıp bilimi de hâkim olan dinî esaslardan hareket etmiş, ancak bu temel hareket noktasından sapmaksızın, tanı ve tedavi usullerinde ağırlıklı olarak gözlem ve tecrübeye dayanan biçimde gelişmiştir. Ortaçağ Avrupası'nın aksine Osmanlı tıbbı, mistik hurafelerden uzak, akılcı bir seyir izlemiştir.

Çağlar boyunca çok önemli bir hastalık olarak varlığını sürdüren ve insanların sosyal ilişkilerini bozan, dışlanmalarına yol açan cüzam (lepra) hastalığının teşhis ve tedavi seyri, bu durumu açıklamak





için yeterli bir örnektir. Osmanlı tabipleri bu hastalığın seyri konusunda dikkatli gözlem yapmışlardır. Hastalığın belirtilerini tedavi etmek için dağlama (koterizasyon) ve merhem gibi haricî tedavi yöntemlerinin yararsız olduğunu, ancak bazı perhizler yaptırılıp, güçlendirici gıdalar verilebileceğini, ama asıl önemlisi, hastalığın bulaşıcı olup anneden evlâdına geçebileceğini tespit etmişlerdir.<sup>3</sup>

Osmanlı hekimleri, konulara daha çok pragmatik açıdan yaklaşmışlardır. Teoriden, felsefeden ve mistisizmden çok araştırma ve gözlemleri ile tıptaki pratik uygulamalara önem verdikleri görülmektedir. Tıp biliminin gelişimi

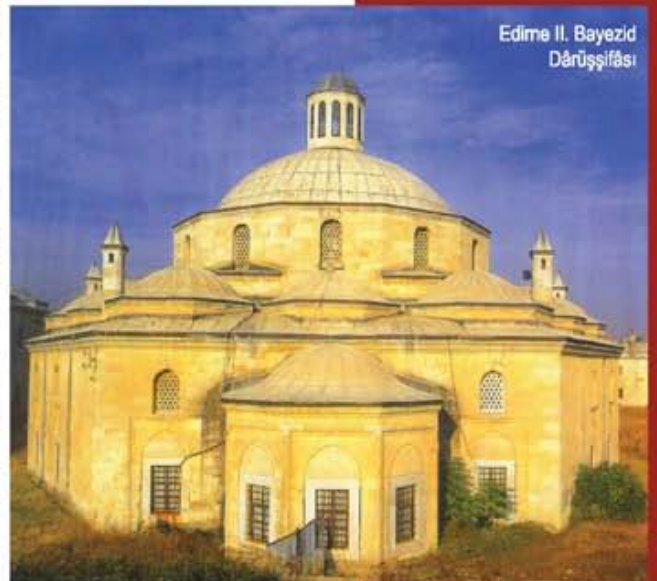
ve bu alandaki uygulamalar, daha çok hasta şikâyetlerinin ve hastalık belirtilerinin giderilmesine yöneliktir.

Pozitif bilim anlayışı öncesinde Osmanlı tabiplerinin klinik uygulamaların neden ve sonuçlarını, kısa da olsa, mevcut kuralların bütünlüğü içinde hıtlar teorisine dayanarak açıkladıkları ve bu teorik bilginin esasını oluşturan felsefenin dayandığı temel esaslar çerçevesinde, birbirlerine eleştiriler yönelttikleri görülmektedir. Ancak, yaygın tıp uygulamalarına dikkat edildiğinde, hıklar ve mizaçlar bilgisi çerçevesinde de olsa, edinilen kişisel gözlem ve tecrübelerin mantık yoluyla değerlendirilmesinin hâkim olduğunu fark ediyoruz.<sup>4</sup>

Osmanlı Türk tıbbı, genel hatlarıyla Anadolu Selçuklularının mirasçısı olmuştur. Geçmiş yüzyıllarda Selçuklular tarafından kurulan birçok sağlık ve sosyal yardım kuruluşlarının vakfiyeleri Osmanlı kadılarınca tam olarak geçerli sayılmış ve bu kuruluşlar sonraki yüzyıllarda da toplumsal görevlerini sürdürmüşlerdir.<sup>5</sup> XIX. yüzyıla kadar hizmetlerini kesintisiz sürdür-

ren çok sayıdaki medresenin, şifa yurtlarının ve diğer vakıf müesseselerinin tarih içindeki seyrine göz gezdirdiğimiz zaman, "Selçuklu-Beylikler-Osmanlı" kültür sürekliliği dikkatimizi çeker.

Osmanlı bilim hayatında, tıbbın her zaman özel bir yeri olmuştur. Astronomi, matematik, felsefe ve tıp genellikle birbiri ile yarışan, hatta iç içe geçmiş bilim dalları olarak karşımıza çıkmaktadır. Osmanlı döneminde yazılmış birçok ansiklopedik eserde, bu bilimlerin bir arada ele alındığı görüyoruz. İlk dönemlerde bu dallarda eser ortaya koyanlar, İslâmî bilimlerde de öne çıkmakta, hatta aynı zamanda birer din bilgini olmaktadır. XIV. yüzyıldan itibaren ise Edviyetü'l-müfrede yazarı İshak b. Murad gibi sadece tıpla ilgilenen hekimlerin eserleri ön plana çıkmaya başlamıştır.<sup>6</sup>



Edime II. Bayezid  
Darüşşifası



## Osmanlılarda Tıp Biliminin Tarihi Seyri

IX-XV. yüzyıllar arasında İslâm dünyası tıp alanında dünyada önemli bir yere sahipti. Beylikten dünya devletine giden Osmanlı yolculuğu da bu dönemde başlamış ve kendine has bir uygarlık halini bu süre içinde almıştır. Ancak Haçlı seferleri ve saldırıları, Moğol istilâsı ve Endülüs'ün düşüşü İslâm dünyasında sosyal hayatla birlikte bilimsel gelişmelerin de duraklamasına sebep olmuştur. Bu olayların olumsuz etkileri, Osmanlı Devleti döneminde kısmen bir duraklama devri olarak görülmüşse de, tam bir engelleme yapamamıştır. Özellikle Osmanlı tıbbının, genelde İslâm tıbbının, Avrupa'ya olan etkileri Rönesans'tan sonra da XVII. yüzyıla kadar sürmüştür.<sup>7</sup>

Tarih, Haçlı seferleri ile yıkılmaya çalışılan ve bu yolla da dünyaya duyurulan İslâm uygarlığının zirveye ulaştığı bir döneme şahitlik etmiştir. Osmanlı ülkesi, böyle bir mirasın üzerine inşa edilirken



yeşermeye hazır bir bilim ortamı bulmuştur. Bu uygarlık birikiminin yapı taşlarından olan İslâm dünyası tabiplerinin eserleri XIII., XIV., XV. ve XVI. yüzyıllarda başta Latince olmak üzere batı dillerine çevrilmiş, Batı'da tıbbın gelişmesine yol açmış ve Avrupa aydınlanma çağına başlamasına ön ayak olmuştur. İbn Sînâ'nın el-Kânûnfi't-tıbb'ı, Ali b. Abbas el-Ahvâzî'nin Kâmilü's-sına'ati't-tıbbiyye'si, Huneyn b. İshak'ın el-Mesâ'ilfi't-tıbb, Aşr makâlât fi'l-'ayn, Ki tâb fi'l-'ayn ve el-Mesâ'il fi'l-

'ayn'ı ile Ebû Bekir er-Râzî'nin ve psikofizyoloji biliminin kurucusu kabul edilen el-Kindî'nin bir çok eserleri, batı dünyasına kaynaklık yapan çalışmalar arasındadır.<sup>8</sup>

Osmanlı döneminde sağlık alanında karşımıza çıkan ilk bilimsel sağlık kuruluşu, Yıldırım Bayezid döneminde açılan Bursa Dârüşşifâsı'dır. Osmanlılar bir yandan fetihleri ve kurumsal yapılanmalarıyla dünya devleti olma yolunda ilerlerken, döneminde çağının bilgi düzeyini zorlamış ve



İbn-i Sina



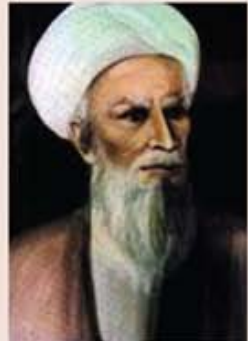
Huneyn bin İshak



Aksemseddin Hoca



Ali Bin Abbas



Ebubekir Er-Razi



Amasya Dârüşşifâsı



bugüne kadar ulaşmış olan eserleriyle, tıp tarihine önemli izler bırakmış olan çok sayıda bilim adamı yetiştirmekteydi. Fatih'e kadar olan dönemde tıp alanında Murad b. Ishak, Hacı Paşa adıyla meşhur Celâleddin Hızır, Şeyh Cemâleddin Aksarayî, Tâceddin İbrahim, Hüsâmeddin Tokadı ve Mehmed Kadı-i Manyas gibi tıp bilim adamları yetişmiştir.<sup>9</sup>

İstanbul'un fethiyle Osmanlılar, yeni kurumsal yapılanmalara da girmişlerdir.<sup>10</sup> Fatih devrinin (1451-1481) önemli hekim ve bilim adamları arasında, Amasya Dârüşşifâsı başhekimisi olup Cerrâhiyetü'l- hânîyye'nin yazarı Sabuncuoğlu Şerefeddin, idrar yolları hastalıkları uzmanı olan Altuncızâde, Kilâb-ı Tıp ve

Mâddetü'l-hayal adlı eserin yazarı ve dönemin ünlü şeyhlerinden Akşemsedin, Fatih'in hocası Molla Gürânî ile birlikte, Ahmed Kutbüddin Acemî, Şükrullah Şirvânî, Hoca Atâullah Acemî, Yâkub Hekim, Lâri-i Acemî ve Hekim Arap sayılabilir.<sup>11</sup>

Amasya Dârüşşifâsı'nda uzun yıllar hekimlik yapan Sabuncuoğlu Şerefeddin'in yazdığı Cerrâhiyetü'l-hânîyye ve Müceirebnâme adlı tıp kitaplarının ünü, günümüze kadar gelmiştir.<sup>12</sup> Tanımladığı ameliyat türleri, tedavi yöntemleri ve cerrahi aletler, bugünün gelişmiş tıp bilgisi ile bakıldığında dahi hayranlık uyandıracak seviyededir.

Fatih'ten sonraki dönemlerde matematik ve tıp alanında ihtisas yapmış Tokatlı Molla Lütfi, II. Bayezid'in güvenini kazanmış olan, böbrek ve mesane taşları hakkında Fâide-i Hasat adlı bir risalesi bulunan Ahi Çelebi önde gelen isimlerdendir.<sup>13</sup> Süleymaniye Külliyesi gibi önemli tıp eğitim kurumlarının açılması bu döneme rastlamaktadır.<sup>14</sup>

XVII. ve XVIII. yüzyıllar Osmanlı bilim dünyasının duraklama ve gerileme dönemi olmuştur.<sup>15</sup> XVII. yüzyılın sonuna doğru Osmanlı ordusunun Viyana önlerinde bozguna uğraması (1683), ardından batı sınır şehri olan Budin'in düşmesi, ülkeyi Avrupa

karşısında gittikçe zayıflatmıştır. Nihayet yüzyılın son senesinde (1110/1699) yapılan Karlofça Antlaşması'yla Osmanlı Devleti Batının üstünlüğünü kabul etmek zorunda kalmıştır.<sup>16</sup>

Siyasî olayların, ekonomik ve sosyal hayatın yanında bütün bilim dalları ile birlikte tıbbî gelişmeleri de etkilemesi kaçınılmaz olmuştur. Bu dönemde yürütülmekte olan bilimsel çalışmaların ve tıp uygulamalarının, Avrupa'dan etkilenmeye başladığı görülmektedir. Takip eden yüzyıl artık Osmanlı'da Avrupa etkisinin yoğun olarak görüldüğü bir dönemdir. Bu dönemde geçmiş yüzyılların aksine, batı dillerinden yapılan tercüme eserler, Osmanlı tıp dünyasını şekillendirmeye başlamıştır.<sup>17</sup> Ancak, Avrupa'da gelişmeye başlayan modern tıp anlayışının Osmanlı eğitim hayatında yer bulması için XIX. yüzyılın ikinci yarısını beklemek gerekecektir.

XVII. yüzyıldaki çok çeşitli tıbbî hareketler içinde Osmanlı tıbbını en çok etkileyen, Paracelsus (ö. 1551) akımı olmuştur. Bu dönemde neredeyse bütünü ile batı etkisinde olan tıp anlayışına "Tıbb-ı Cedîd" adı verilmiştir. Salih b. Nasrullah, Osmanlı ülkesindeki bu akımın öncüsü olarak bilinmektedir. II. Ahmed döneminin (1691-1695) ilk senelerinde, özellikle Avrupa'dan gelen bazı hekimler tarafından Tıbb-ı Cedîd



adıyla yapılan uygulamaların, hekimlerin yetersizliği ile iç içe girmesi, ayrı bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu dönemde bazı hekimlere yasaklamalar getirildiğini, çeşitli arşiv vesikalarında görmek mümkündür.<sup>18</sup>

Bir yandan bilim alanında çözülme olurken, diğer yandan sosyal hayat, tıp uygulamaları ve insanî ilişkiler de olumsuz etkileniyordu. Üsküdar Mahkemesi'nin 1140 (1728) yılına ait zabıtlarında yer alan İstanbul, Galata, Üsküdar ve Eyüp kazalarında müslüman ve müslüman olmayan tabiplerin dükkânları içinde fuhuş yaptıklarının tespit edildiğine dair kayıtları oldukça dikkat çekicidir.<sup>19</sup> Bu duruma çözüm getirme arayışı içinde, hekimler âdeta bir çeşit "devlet imtihanı"na tâbi tutulmak istenmişse de, bu düşünce söz konusu dönemlerde uygulamaya geçirilememiştir.<sup>20</sup>

Ülkenin içinde bulunduğu durumdan şikâyetçi olan aydınların gözle görülür çözüm arayışları dikkatimizi çekmektedir. Ne var ki, bu çabalar geçmişte tekrarlamaktan öte gidememiş ve fazla bir kazanım elde edememiştir. Yine de, XVII. yüzyılın ilk çeyreği ile XVIII. yüzyılın ilk çeyreğinde Osmanlı Devleti'nde dini ve din dışı bilimsel eserler yazan çok sayıda bilim adamının varlığı inkâr edilemez. Bu dönemde bir bakıma Kâtip Çelebi'nin de etkisiyle Osmanlı düşüncesinin bir uyanış dönemi çabası içinde olduğu ileri sürülmektedir.<sup>21</sup>



Şeyh Hamdullah hattı bir tıp yazması

#### KAYNAKLAR

1. Kazancıgil, Osmanlı Ansiklopedisi, VII, 25.
2. Ağırakça, s. 41.
3. Özbilgen, Osmanlı Ansiklopedisi, 11, 237.
4. Sarı, Osmanlı Devletinde Sağlık Hizmetleri Sempozyumu, s. 28.
5. Kazancıgil, Osmanlı Ansiklopedisi, VII, 25; Kahya, Osmanlı Devletinde Sağlık Hizmetleri Sempozyumu, s. 14.
6. Sayılı, XXXIV/174 (1960), s. 280.
7. Ağırakça, s. 360.
8. a.g.e., s. 354-356.
9. Yedyıldız, XII, 417.
10. Kahya, Osmanlı Devletinde Sağlık Hizmetleri Sempozyumu, s. 14.
11. Yedyıldız, XII, 418.
12. Kahya, Üroloji Tarihi, s. 82.
13. Yedyıldız, XII, 419.
14. Kahya, Osmanlı Devletinde Sağlık Hizmetleri Sempozyumu, s. 15.
15. Kazancıgil, Osmanlı Ansiklopedisi, VII, 223, Akdag, tür.yer.
16. Kazancıgil, Osmanlı Ansiklopedisi, VII, 225-227.
17. Kahya, Osmanlı Devletinde Sağlık Hizmetleri Sempozyumu, s. 16.
18. Kazancıgil, Osmanlı Ansiklopedisi, VII, 171.
19. Üsküdar Şer'iyye Sicilleri, nr. 378/90/6.
20. Kazancıgil, Osmanlı Ansiklopedisi, VII, 179.
21. a.g.e., VII, 227.

#### Arşiv Belgeleri;

- \* BOA, Ali Emiri-III. Osman, nr. 965, 1161.
- \* BOA, Bâb-ı Defteri Muhtelif Tıp Kalemî, nr. 37329.
- \* BOA, Cevdet-Sihhiye, nr. 77, 134, 304/1, 306, 324, 392, 484, 615/1-2, 1110, 1295, 1322.
- \* BOA, İstanbul Ahkâm, nr. 7/105/320.
- \* Manisa Şer'iyye Sicilleri, nr. 128/52-53-1, 110-242.
- \* Bursa Şer'iyye Sicilleri, nr. A 107/126, 147b, A 40/45, 21 la.
- \* Konya Şer'iyye Sicilleri, nr. 21-254, 21-255-1, 21-262.
- \* Üsküdar Şer'iyye Sicilleri, nr. 378/90/6.

#### Eserler:

- \* Ağırakça, Ahmet, İslâm Tıp Tarihi, İstanbul 2004.
- \* Ak, Bilal, "Osmanlılarda Sağlık ve Hastahane Yönetimi", Osmanlı Devletinde Sağlık Hizmetleri Sempozyumu, Ankara 2000, s. 135, 170.
- \* Akdag, Mustafa, Türk Halkının Dirlik ve Düzenlik Kavgası, Ankara 1965.
- \* Bayat, Ali Haydar, "Osmanlı Devletinde Hekimbaşılık", Osmanlı, Ankara 1999, VIII, 492.
- \* Kahya, Esin, Üroloji Tarihi, Ankara 1982.
- \* a.mif., "Bilimin Işığında Osmanlılardaki Tıp Çalışmalarının Değerlendirilmesi", Osmanlı Devletinde Sağlık Hizmetleri Sempozyumu, Ankara 2000, s. 13-20.

- \* Kazancıgil, Aykut, "Osmanlılarda Bilim ve Teknoloji", Osmanlı Ansiklopedisi, İstanbul 1996, VII, 7-231.
- \* a.mif., Güneş Koptagel (İlal), "Orta Doğu ve İslâm Dünyasında Bilimsel Düşünce ve Paikomatik Kavramın Tanımlanması Temel", İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Dergisi, XIII/4, İstanbul 1981.
- \* Kazıcı, Ziya, Osmanlılarda İhtisab Müessesesi, İstanbul 1987.
- \* Özbilgen, Erol, "Gündelik Hayat. Osmanlı Dünyası Nasıl Yönetti", Osmanlı Ansiklopedisi, İstanbul 1996, II, 147-267.
- \* Sarı (Akdeniz), Nil, Osmanlılarda Hekim ve Deontolojisi (doktora tezi, 1977), İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Tıp Tarihi Enstitüsü.
- \* a.mif., "Hekimbaşı", DİA, XVII, 160-164.
- \* a.mif., "Osmanlı Darülfıfalarında Meslek Ahlakı", Osmanlı, Ankara 1999, VIII, 494-517.
- \* a.mif., "Osmanlı Hekimliği ve Tıp Bilimi", Osmanlı Devletinde Sağlık Hizmetleri Sempozyumu, Ankara 2000, s. 21-87.
- \* Sayılı, Aydın, "The Emergency of the Prototypa of the Modern Hospital in Medieval Islam", Türk Tarih Kurumu Bülteni, XVI/174, Ankara 1980, s. 279-286.
- \* Terzioğlu, Arslan, "Bîmrîstan", DİA, VI, 173.
- \* Yedyıldız, Bahaeddin, "Osmanlılar'da Hakimiyet Anlayışı ve Devlet Teşkilatı", Doğuştan Günümüze Büyük İslâm Tarihi, İstanbul 1993, XII, 417-419, 433; XIV, 53.
- \* a.mif., "İslâm'da Vakıf", Doğuştan Günümüze Büyük İslâm Tarihi, İstanbul 1993, XIV, 53.





# Sağlık ve Sosyal Hizmetler Kolunda...

## (Ocak - Nisan 2011)

### Sendikamızın 4. Olağan Genel Kurulu Kızılçhamam'da Gerçekleştirildi

**9 Ocak 2011:** Birlik ve beraberlik mesajlarının verildiği Genel Kurul'a, Devlet Bakanı Sayın Selma Ali Kavaf, Konfederasyonumuz Genel Başkanı Ahmet Gündoğdu, milletvekilleri, siyasi parti temsilcileri Konfederasyonumuza bağlı sendikalarımızın başkan ve yöneticileride katıldı.

### Sendikamızdan Sözleşmeli Personel Çalıştırma Esaslarına Kapsamlı Dava

**17 Ocak 2011:** Sendikamız, Sözleşmeli Personel Çalıştırma Esasları Hakkındaki Bakanlar Kurulu kararı ve 2011 yılı hizmet sözleşmesinin iş güvencesini ortadan kaldıran, ekonomik ve özlük haklarda kısıtlamalar içeren hükümlerinin iptali için Danıştay'a dava açtı.

### Aile Hekimliği Yönetmeliği'ne Dava Açtık

**30 Ocak 2011:** 30 Aralık 2010 tarih ve 27801 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren Aile Hekimliği Uygulanması Kapsamında Sağlık Bakanlığı'nca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ile Sözleşme Usul ve Esasları Hakkında Yönetmeliğin bazı hükümlerinin iptali için Danıştay'a dava açtık.

### 4924'lülere Nöbet Ücreti Getiren

#### Toplu Görüşme Kazanımımız Yürürlükte

**03 Şubat 2011:** Sendikamızın, 2010 yılı toplu görüşmelerinde mutabakat metnine aldığımız 4924'lülere nöbet ücreti ödenmesi konusu ile ilgili Maliye Bakanlığı'ndan olumlu görüş geldi.

### Sendikamızın Açtığı Dava Sonucu, Laborant ve Veterinerlik Sağlık Önlisans Programı, Mezuniyet Tarihi veya Okula Kayıt Tarihine Bakılmaksızın, Tüm Sağlık Çalışanları İçin Yeniden Üst Öğrenim Sayılmaya Başlandı

**21 Şubat 2011:** Yükseköğretim Kurulu Başkanlığı, Sağlık-Sen'in açtığı davada Danıştay 8. Dairenin verdiği karar çerçevesinde Laborant ve Veteriner Sağlık Önlisans Programı'nın, mezuniyet tarihi veya okula kayıt tarihine bakılmaksızın, tüm sağlık çalışanları için üst öğrenim sayılacağını duyurdu.

### 4924 Kapsamındaki Sözleşmeli Personel Geriye Dönük Nöbet Ücreti Alacak

**22 Şubat 2011:** Sendikamız, Sağlık Bakanlığına 4924'lülerin Tam Gün Yasası'nın yürürlük tarihi olan 30 Ocak 2010'dan bugüne ödenmeyen nöbet ücretlerinin ödenmesini talebinde bulun-

muştu. Başvurumuza olumlu cevap veren Sağlık Bakanlığı, 81 il Valiliğine gönderdiği genelge ile 4924 kapsamında çalışan personelin 30 Ocak 2010 tarihinden itibaren alamadıkları tüm nöbet ücretlerinin başvuru şartı aranmaksızın 15 gün içinde ödenmesi talimatı gönderdi.

### Sendikal Kazanımlarımızın da Yer Aldığı Torba Yasa Cumhurbaşkanlığı Tarafından Onaylanarak Yürürlüğe Girdi

**25 Şubat 2011:** Ek ödemede aylık mahsuplaşma, izin ve rapor dönemlerinde 420 tl ek ödeme, vekil ebe ve hemşireler, Kızılay'dan geçen personel ve geçici işçilikten 4/b'ye geçen personele döner sermaye hakkı, sözleşmeli personelin damga vergisi ödememesi, sözleşmeli personele aile yardımı, sendikal kamu çalışanına 3 ayda bir 45 tl toplu sözleşme primi gibi kazanımlarımızın yer aldığı Torba Yasa, Cumhurbaşkanlığı onayından geçtikten sonra Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe girdi.

### Damga Vergilerinin İadesi İçin

#### Maliye Bakanlığına Başvuru

**01 Mart 2011:** Maliye Bakanlığı'na yaptığımız başvuru ile 2011 yılı hizmet sözleşmeleri nedeniyle damga vergisi kesilen sözleşmeli personele, Torba Yasasının yayımı tarihinden, sözleşmenin bitim tarihine kadar geçen süreye ait damga vergisi miktarının iadesini talep edildi.

### Üyelerimize Yüksek Lisans Hizmeti

**04 Mart 2011:** Sendikamız, üyelerimizin eğitim standartlarını yükseltmek amacıyla Atılım Üniversitesi ile örgün eğitimle 'Sağlık Kurumları İşletmeciliği Yüksek Lisans Programı' açılması konusunda anlaşma yaptı.

### Sözleşmelilerin İzin Hakları İçin Maliye Bakanlığı ve Devlet Personel Başkanlığı'na Başvuru

**08 Mart 2011:** Yürürlüğe giren Torba Kanun ile birlikte kamu çalışanlarının izin haklarında yapılan iyileştirmelerden, sözleşmeli çalışanların da yararlanması için Sağlık Bakanlığı, Maliye Bakanlığı ve Devlet Personel Başkanlığı'na başvuruda bulunduk.

### Üniversite Hastanesi Çalışanlarına da Aylık Mahsuplaşma Yürürlükte

**09 Mart 2011:** Maliye Müsteşarı Naci Ağbal ile görüşerek, üniversite hastanesi çalışanlarının da aylık mahsuplaşma hakkından yararlanması için düzenleme yapılması talebinde bulunan Sendikamızın girişimleri sonuç verdi. ÖSYM Yasası'nda yapılan



düzenleme ile binlerce üniversite hastanesi çalışmam da artık 375 sayılı Ek Ödeme Kararname'sinde belirtilen ve Ocak 2011 itibarıyla sağlık çalışmaları için 420 TL olan ek ödemeyi, her ay garanti gelir olarak alma hakkına kavuştu.

#### **Genel Merkez Yönetim Kurulu'nda Görev Değişimi**

**17 Mart 2011:** Milletvekili adaylığı nedeniyle görevinden ayrılan Mahmut Kaçar'ın yerine, Metin Memiş Genel Başkan oldu.

#### **Sendikamızın Düzenlemiş Olduğu Anı Yarışması Sonuçlandı**

**18 Mart 2011:** "İnsan ve Zaman" isimli eseriyle, Kahramanmaraş'tan Hasan Erbay, yarışmada birincilik ödülüne layık görüldü. Yarışmada ikinciliği Ali Yalçın, "Ah Elim Vah Elim" isimli eseriyle, üçüncülüğü ise "Unutmak Mümkün mü?" isimli eseriyle Hüseyin İşlek kazandı. Jüri Özel Ödülü'nü ise Bursa'dan Fatmagül Kader "Deprem" isimli eseriyle kazandı.

#### **Devlet Bakanı Selma Aliye Kavaf'ı Ziyaret**

**25 Mart 2011:** Memur-Sen Genel Başkanı Ahmet Gündoğdu ve Genel Başkanımız Metin Memiş'in birlikte gerçekleştirdiği ziyarette, SHÇEK Genel Müdürlüğü ve Özürlüler İdaresi Başkanlığı çalışanlarının sorunları gündeme getirildi.

#### **Toplu Görüşme Kazanmamız Olan Ek Ödemede Aylık Mahsuplaşmanın Uygulanmasına İlişkin Olarak Sağlık Bakanlığı Genelge Yayınlandı**

**30 Mart 2011:** Genelge ile ek ödemede aylık mahsuplaşma hakkından memurların ve 4/B kapsamındaki sözleşmeli personelin yararlanacağı belirtildi. Ek ödemede aylık mahsuplaşma ile sağlık hizmetleri sınıfı çalışanlarına yaklaşık 420 TL, genel idari hizmetler sınıfı çalışanları 380 tl, yardımcı hizmetler sınıfı çalışanlarına ise 370 TL ek ödeme garanti gelir olarak her ay verilecek.

#### **Sağlık Bakanlığı Müsteşarı**

##### **Prof. Dr. Nihat Tosun'u Ziyaret**

**30 Mart 2011:** Genel Başkanımız Metin Memiş'in gerçekleştirdiği ziyarette, görevde yükselme konusu görüşüldü. Daha önce Sağlık Bakanı Prof. Dr. Recep Akdağ ile yaptığımız görüşmede görevde yükselme sınavı açılması yönünde talebimizi iletmıştik. Bu talepler sonucunda, 2000'i veri hazırlama ve kontrol işletmenliği, 800'ü memur olmak üzere Sağlık Bakanlığı görevde yükselme sınavı için 2800 kadro ihdası gerçekleştirildi.

#### **4924'lüler ve Vekil Ebe - Hemşirelere**

##### **Aylık Mahsuplaşma Hakkı İçin Danıştay'a Dava Açtı**

**31 Mart 2011:** Sağlık Bakanlığının ek ödemede aylık mahsuplaşma genelgesinde, 4924 kapsamındaki yaklaşık 15 bin personel ile yaklaşık 5 bin vekil ebe-hemşire, "375 sayılı Kanun Hükmünde Kararname'de adı geçmiyor" denilerek aylık mahsuplaşma kapsamı dışında bırakılmıştı. Torba Kanundaki düzenlemeye göre, döner sermaye hakkı bulunan tüm personelin aylık mahsuplaşmadan yararlanabileceği hüküm altına alınmıştır. Bu gerekçelerle Sendikamız, 4924'lüler ve vekil ebe - hemşirelere aylık mahsuplaşma hakkı için Danıştay'a dava açtı.

#### **Görevde Yükselme Sınavı İçin 2800 Kadro İhdası**

**31 Mart 2011:** Sağlık Bakanlığı 2000 VHKİ, 800 memur olmak üzere 2800 kadro ihdası ile görevde yükselme sınavı açtı.

#### **Türkiye 2011 Teşkilat Buluşmalarını Gerçekleştirdik**

Tüm şube başkanlıklarımız, il, ilçe ve işyeri temsilcilerimiz ve

üyelerimizin katıldığı Teşkilat Buluşmaları'nı Balıkesir-Edremiş, Antalya-Alanya, Nevşehir-Kozaklı ve Erzurum-Paladöken olmak üzere 4 ayrı bölge de gerçekleştirdik. 15 Mayıs sürecinde, daha güçlü olabilmek için teşkilatlarımızla istişarelerde bulunduk.

#### **4/B'lilere Yurt Dışında Geçici Görevlendirilme Hakkı**

**02 Nisan 2011:** Sendikamızın 2010 yılı toplu görüşmelerinde sözleşmeli personel ile ilgili mutabakata aldığımız ve başta yurt dışında geçici görevlendirilebilme hakkının da olduğu hizmet sözleşmesi yeniden düzenlendi. Buna göre sözleşmeli personel, Hac görevinin yanı sıra, Pakistan, Sudan gibi yerlere geçici görevlendirilebilecek.

#### **Sağlık Bakanı Prof. Dr. Recep Akdağ'ı Ziyaret**

**02 Nisan 2011:** Genel Başkanımız Metin Memiş Sağlık Bakanı Prof. Dr. Recep Akdağ'ı ziyaret etti. Ziyarette; sağlık çalışanlarının mesai saatlerinde yaşadığı sorun, sözleşmeli personele nakil hakkı, lisans tamamlama ve ön lisans programları açılması, 4924'lüler ile vekil ebe-hemşirelerin aylık mahsuplaşmadan yararlandırılmaması gibi konular gündeme getirildi.

#### **Üniversite Hastanesi Çalışanları İçin de Görevde Yükselme Sınavı Talebi**

**06 Nisan 2011:** Sağlık-Sen, Yükseköğretim Kurulu Başkanlığı'na görevde yükselme ve unvan değişikliği sınavı açılabilmesi için gerekli yönetmelik düzenlemesinin yapılması talebiyle başvuruda bulundu.

#### **Danıştay'dan Sözleşmeli Sağlık Personeli İçin Üst Öğrenim Kararı**

**11 Nisan 2011:** Sendikamızın açtığı davada, Danıştay 11. Dairesi Sağlık Kurumları İşletmeciliği Önlisans Programının tüm sağlık hizmetleri sınıfı çalışanları için üst öğrenim olduğuna karar verdi.

#### **Memur-Sen 4. Olağan Genel Kurulu Yapıldı**

**17 Nisan 2011:** Genel Başkan Ahmet Gündoğdu'nun yeniden Genel Başkanlığa seçildiği Genel Kurul'da, Genel Başkanımız Metin Memiş Genel Teşkilatlanma Sekreterliği görevine seçildi.

#### **Asistan Hekimlerin Nöbet ve İş Yükü**

##### **İle İlgili Yeni Düzenleme**

**18 Nisan 2011:** Asistan hekimlerin dile getirdikleri, fazla nöbet ve aşırı iş yükü gibi sorunları artık yaşamamaları için Sağlık Bakanlığı tarafından düzenlemeye gidildi. Asistanlara blok şeklinde veya günün nöbet tutturulmayacak, nöbet programları, hasta ve çalışan güvenliğini sağlayacak şekilde düzenlendi.

#### **Hemşire Yönetmeliğinde Uzman Hemşirelerin Görev Tanımları ile İlgili Değişiklik**

**19 Nisan 2011:** 8 Mart 2010 tarihinde yayımlanarak yürürlüğe giren Hemşirelik Yönetmeliğinde uzman hemşirelerin görev, yetki ve sorumlulukları ile ilgili düzenlemeye gidildi. Yapılan düzenleme ile uzman hemşireliğin tanımı kapsamına 4 yeni madde eklendi.

#### **6225 Sayılı Mini Torba Kanun Resmi Gazete'de Yayımlanarak Yürürlüğe Girdi**

**26 Nisan 2011:** Mini torba yasa olarak kabul edilen 6225 sayılı kanun yasalararak Resmi Gazete'de yayımlandı. Sağlık kurumlarındaki görev tanımı yapılmayan mesleğe görev tanımı getirildi. 4924'lü olarak çalışan sözleşmeli personele, buldukları kurumlarda başhekim, başhekim yardımcısı ve başhemşire olabilmek hakkı tanındı.



# Sözleşmeli Damga Vergisi mahkemeli

Torba yasa ile sözleşmeli personele Damga Vergisi muafiyeti getirildi. Buna göre, 2011'den itibaren sözleşmeli personele, yıllık en az 150 liralık vergi kestilmeyecekti. Yasanın Meclis'te kabulü gecikirken ilgili maddenin yürürlük tarihi 1 Ocak'tan itibaren yapılmadı. Bu yüzden kesilen verginin iadesi için Sağlık-Sen, Danıştay'da dava açtı.



111 hizmetli çalışan memurlar, bir hizmetli için 300 TL maaşta çalışıyor. Sağlık-Sen, memurların maaşlarının %10 arttırılmasını istiyor.

Sözleşmeli memurların Damga Vergisi üzerindeki muafiyetleri düzenlenerek Torba yasa ile sözleşmeli personele Damga Vergisi muafiyeti getirildi. Buna göre, 2011'den itibaren sözleşmeli personele, yıllık en az 150 liralık vergi kestilmeyecekti. Yasanın Meclis'te kabulü gecikirken ilgili maddenin yürürlük tarihi 1 Ocak'tan itibaren yapılmadı. Bu yüzden kesilen verginin iadesi için Sağlık-Sen, Danıştay'da dava açtı.

## Sağlık-Sen'den Maliye'ye tepki:

# Gecikmenin faturası ÇALIŞANA KESİLİYOR

Sağlık-Sen Genel Başkanı Metin Memiş, Torba Yasa ile hizmet sözleşmelerinden damga vergisinin kalkacağı bildirildiği halde, 2011 hizmet sözleşmelerinden damga vergisi kesildiğini belirterek, "Yasanın gecikmesinin faturasını sözleşmeli personel ödüyor" dedi.

### ANKARA BÜROSU

Sağlık-Sen Genel Başkanı Metin Memiş, Torba Yasa ile hizmet sözleşmelerinden damga vergisinin kalkacağı bildirildiği halde, 2011 hizmet sözleşmelerinden damga vergisi kesildiğini belirterek, "Yasanın gecikmesinin faturasını sözleşmeli personel ödüyor" dedi.

Sağlık-Sen Hukuk Bürosu, Maliye'nin net yazısı üzerine Danıştay'a dava açtı. Davaya dilekçesinde, 488 sayılı Damga Vergisi Kanunu'nun 10. maddesine atıl yapılmak, hizmet sözleşmelerine uygulanan damga vergilerinin nisbi oranı vergi ödeydi, bu nedenle, ödenen verginin yasanın yürürlüğe girdiği 25.02.2011 tarihinden itibaren geri alınması istendi. Sağlık-Sen Genel Başkanı Metin Memiş, Torba Yasa ile hizmet sözleşmelerinden damga vergisinin kalkacağı bildirildiği halde, 2011 hizmet sözleşmelerinden damga vergisi kesildiğini belirterek, "Yasanın gecikmesinin faturasını sözleşmeli personel ödüyor" dedi.



Metin Memiş

## Sağlık-Sen'den Maliye'ye tepki

Sağlık-Sen Genel Başkanı Metin Memiş, Torba Yasa ile hizmet sözleşmelerinden damga vergisinin kalkacağı bildirildiği halde, 2011 hizmet sözleşmelerinden damga vergisi kesildiğini belirterek, "Yasanın gecikmesinin faturasını sözleşmeli personel ödüyor" dedi.

## 20 bin sağlık çalışanına iyi haber

ASLAN DEĞİRMENCI / ANKARA  
Sağlık-Sen, Sağlık Bakanlığı nezdinde yapılan görüşmeler sonucu, 4924'lüler ile vekil ebe-hemşirelerin e ödemedeki aylık mahsuplaşma sorunlarının çözümü için Sağlık-Sen'den 'nöbet' başvurusu!

## SHÇEK personeline ücretsiz yemek hakkı

SAĞLIK-Sen, Sosyal Hizmet ve Çocuk Esirgeme Kurumu'na bağlı yatılı kuruluşlarda çalışan personelin de ücretsiz yemek hakkından yararlanacağını ifade etti. Sağlık-Sen, SHÇEK Kurum İdari Kurul Toplantısında mutabakata vardıklarını söylediği konu çerçevesinde, Devlet Memurları Yıyemek Yardım Yönetmeliğinde değişiklikler yapıldığını bildirdi. Sağlık-Sen, Sosyal Hizmet ve Çocuk Esirgeme Kurumu'na bağlı yatılı kuruluşlarda çalışan personelin de ücretsiz yemek hakkından yararlanacağını ifade etti. Sağlık-Sen, SHÇEK Kurum İdari Kurul Toplantısında mutabakata vardıklarını söylediği konu çerçevesinde, Devlet Memurları Yıyemek Yardım Yönetmeliğinde değişiklikler yapıldığını bildirdi. Sağlık-Sen, Sosyal Hizmet ve Çocuk Esirgeme Kurumu'na bağlı yatılı kuruluşlarda çalışan personelin de ücretsiz yemek hakkından yararlanacağını ifade etti.

## Metin Memiş Genel Başkan "Torba Yasa" yorumu

Sağlık-Sen'de milletvekilliğine aday adaylığı nedeniyle görevinden ayrılan Mahmut Kaçar'dan boşalan Genel Başkanlığa sendikamızın Genel Sekreteri Metin Memiş seçildi. Kaçar'ın 2008'den bu yana yürüttüğü sendika başkanlığı görevinden istifa ederek, AK Parti'ye milletvekili adaylığını açıklamasının ardından Yönetim Kurulu üyeleri arasında yapılan seçim sonucu daha önce Genel Sekreterlik görevini yürüten Metin Memiş, başkanlık koltuğuna oturdu.



Sağlık-Sen Genel Başkanı Metin Memiş

Metin Memiş, Torba Kanun'la birlikte kamu görevlilerinin mali, özlük ve sosyal haklarına ilişkin büyük kazanımlar elde ettiğini belirtti. Palandöken Kayak Merkezi'ndeki Palan Oteli'de gerçekleştirilen toplantıda Sağlık-Sen Şube Başkanı Metin Memiş, Memur-Sen Şube Başkanı Mehmet Dindi, ile üyeler katıldı. Sağlık-Sen Genel Başkanı Metin Memiş, Konfederasyonun kuruluşunda...

## 150 BİN ÖYE HEDEFİ

Yeni Genel Başkan Metin Memiş, kamu çalışanları sendikalarının üye sayılarının belirlendiği 15 Mayıs'ta Sağlık-Sen'in son üç yıl içinde üyeleri tekrarlayarak, yine Türkiye'nin en çok üyeli sendikası olacağını söyledi. Memiş, "Sağlık-Sen teşkilatı, en az 150 bin üye gücüyle Sağlık-Sen'i toplu sözleşme masasına taşıma hedefi içinde gece gündüz çalışıyor. Kamu çalışanlarına toplu sözleşme hakkını getiren bir...

Yeni Genel Başkan Metin Memiş, kamu çalışanları sendikalarının üye sayılarının belirlendiği 15 Mayıs'ta Sağlık-Sen'in son üç yıl içinde üyeleri tekrarlayarak, yine Türkiye'nin en çok üyeli sendikası olacağını söyledi. Memiş, "Sağlık-Sen teşkilatı, en az 150 bin üye gücüyle Sağlık-Sen'i toplu sözleşme masasına taşıma hedefi içinde gece gündüz çalışıyor. Kamu çalışanlarına toplu sözleşme hakkını getiren bir...



## 270 TL ek gelir için görevde yükselme fırsatı

31.03.2011 - 10:53

Sağlık Bakanlığı'nda yardımcı hizmetler sınıfında görev yapan personele 270 TL ek gelir sağlayacak görevde yükselme fırsatı geliyor. Bakanlık tarafından hizmetler sınıfındaki çalışanlara 4924'lülerin aylık kontrol işletmenliği ve memur mahsuplaşma hakkı çözümlüyor.

Sağlık-Sen Genel Başkanı Metin Memiş, Nihat Tosun ile görüşmesi ardından yıl yükselme sınavı ile ilgili çalışmaların 2 Memiş, 2 bini Veri Hazırlama ve Kontrol olmak üzere Sağlık Bakanlığının görev, 800 kadro ihdasını gerçekleştirdiğini ve 1 günlerde duyuruyorum yapacağını söyledi.

Memiş, 2800 kadronun, mevcut talebi belirterek, "Yaklaşık 8 bin 400 kişi eğitim tarihinde görevde bulunan ortaokul müdürleri, öğretmenleri ve diğer personelin de yanında eğitimci...

Danıştay, Açıköğretim mezunu sözleşmeli personelin ücretinin artırılması gerektiği görüşünde...

# Sözleşmeli sağlıkçıya İYİ HABER

## Ebelik Yasası çıkarılmalı

Sağlık-Sen, Sağlık Bakanlığında çalışan yaklaşık 44 bin ebelinin görev tanımlarının, yetki ve sorumluluklarının belirlendiği bir yasaya sahip olduklarını için mağduriyet yaşadıklarını bildirdi.

Sağlık-Sen, Ebeler Haftası nedeniyle yaptığı açıklamada, anne ve bebek ölüm oranları, 5 yaş altı ölüm oranı, kızamık salgısı gibi kalıncımlık göstergelerinde Türkiye'nin elde ettiği başarıda ebelerin büyük payı olduğunu, ancak bu alanda elde edilen başarıda hizmetin aidi sahipleri olan ebelerin sorunlarına gereken dikkatliğin gösterilmediğini ifade etti. Açıklamada, "Sağlık Bakanlığının bünyesinde çalışan ebelerin en önemli sorun görev tanımlarının olmaması, sorumlu yetkilerinin kısıtlı olması, idari birimlerin talimatında görev alamamalarıdır. Ebeler halen fükte olan 1928 tarihli 1219 Sayılı Tababet ve A Sanatlarının Taziri İcrasına Dair Kanun'la yönetmeliklerle yönetilmektedir. Mevcut n. günümüz Türkiye şartlarına uymadığı gibi, ilan yönetmeliklerle ebeler hemşirelerin yarısı pozisyonlarına sokulmaktadır." denildi. İlevcut sorunlarının çözümüne yönelik adanılmaması nedeniyle ebelere önemli bir coğğunun, hemşirelik başta olmak üzere öğretilik, mühendislik, hukuk gibi yeni meslek alanı geçmeye çalıştıkları belirtilen Sağlık-Sen'in amasında, şöyle denildi: "İlahazında okulu bitirmiş ve bir fırsatta mesğıştirme hazırlığı içinde olan, ancak yeterli nia, kadrosuzluk vs. nedenlerle bu süreçten bir çok kişinin olduğu bilimsel çalışmaları. 2007 la çıkarılan Hemşirelik Yasası sonrasında şık 10 bin ebelinin "hemşirelik yetki belgesi" e üzere Sağlık Bakanlığında bulunması da bu lıkımızın büyüklüğüne işık tutmaktadır. Bu da var olan sorunlara, kalıcı çözüm üretilebil- için ebelik mesleğinin görev tanımlarının ya- sını, yetkilerinin yasaya dayandırılması, sosyal onomik statülerinin güçlendirilmesi gerek- tir."

## M. Nuri Şahin

Sağlık-Sen Genel Başkanı Metin Memiş, Torba Kanun'la birlikte kamu görevlilerinin mali, özlük ve sosyal haklarına ilişkin büyük kazanımlar elde ettiğini belirtti. Palandöken Kayak Merkezi'ndeki Palan Oteli'de gerçekleştirilen toplantıda Sağlık-Sen Şube Başkanı Metin Memiş, Memur-Sen Şube Başkanı Mehmet Dindi, ile üyeler katıldı. Sağlık-Sen Genel Başkanı Metin Memiş, Konfederasyonun kuruluşunda...

Sağlık-Sen Genel Başkanı Metin Memiş, Torba Kanun'la birlikte kamu görevlilerinin mali, özlük ve sosyal haklarına ilişkin büyük kazanımlar elde ettiğini belirtti. Palandöken Kayak Merkezi'ndeki Palan Oteli'de gerçekleştirilen toplantıda Sağlık-Sen Şube Başkanı Metin Memiş, Memur-Sen Şube Başkanı Mehmet Dindi, ile üyeler katıldı. Sağlık-Sen Genel Başkanı Metin Memiş, Konfederasyonun kuruluşunda...



# 20 11 MERKEZ

TIYATRO OYUNU



"Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası Sunar"

Proje Koordinatörü: Vural ARISOY • Yöneten: Murat YILANCI • Sahneye Uyarlayan: Murat YAYLA  
Dekor: Şaban KILIÇ • Işık-Ses: Koray ÇALIŞKAN • Yapım: Sağlık-Sen

Oyuncular:

Murat YILANCI - Abdullah BEAZTAŞ - Büşra Nur ÖZKUL - Aybüke GÜLŞEN - Bahadır BIYIKLI  
Aslı KOCAMAN - İbrahim BEKTAŞ - Vural ARISOY

**ASM**

ANTARES SANAT MERKEZİ

[www.antaressanatmerkezi.com](http://www.antaressanatmerkezi.com)

Sağlık-Sen 2010 Yılı Anı Yarışmasında Birinci Seçilen Hasan ERBAY'ın "İnsan ve Zaman" isimli anısından uyarlanmıştır.





*Her yeni ıglıkla glen, duran her yrekle lensin  
Ebe yada Hemşire kanatları saklı meleksin  
Ebeler, Hemşireler ve Anneler Gnnz  
Kutlu olsun*

