



SAĞLIKTA ŐİDDEŦİ ÖNLEME PÖLİTİKASININ MEDİKO-SOSYAL VE YASAL DİNAMIĞİ

MUHARREM KILIÇ

**SAĞLIKTA ŐİDDEŦİ
ÖNLEME POLİTİKASININ
MEDİKO-SOSYAL VE YASAL DİNAMİĞİ**

COPYRIGHT © 2020

Bu yayının tüm hakları SETA Siyaset, Ekonomi ve Toplum Araştırmaları Vakfı'na aittir. SETA'nın izni olmaksızın yayının tümünün veya bir kısmının elektronik veya mekanik (fotokopi, kayıt ve bilgi depolama vd.) yollarla basımı, yayımı, çoğaltılması veya dağıtımını yapılamaz. Kaynak göstermek suretiyle alıntı yapılabilir.

SETA Yayınları 161
I. Baskı: 2020
ISBN: 978-625-7040-40-2

Baskı: Turkuvaz Haberleşme ve Yayıncılık A.Ş., İstanbul

SETA | SİYASET, EKONOMİ VE TOPLUM ARAŞTIRMALARI VAKFI

Nenehatun Cd. No: 66 GOP Çankaya 06700 Ankara TÜRKİYE
Tel: +90 312 551 21 00 | Faks: +90 312 551 21 90
www.setav.org | info@setav.org | @setavakfi

SETA | İstanbul

Defterdar Mh. Savaklar Cd. Ayvansaray Kavşağı No: 41-43
Eyüpsultan İstanbul TÜRKİYE
Tel: +90 212 395 11 00 | Faks: +90 212 395 11 11

SETA | Washington D.C.

1025 Connecticut Avenue, N.W., Suite 1106
Washington D.C., 20036 USA
Tel: 202-223-9885 | Faks: 202-223-6099
www.setadc.org | info@setadc.org | @setadc

SETA | Kahire

21 Fahmi Street Bab al Luq Abdeen Flat No: 19 Cairo EGYPT
Tel: 00202 279 56866 | 00202 279 56985 | @setakahire

SETA | Berlin

Französische Straße 12, 10117 Berlin Germany
Tel: +49 30 20188466

SETA | Brüksel

Avenue des Arts 27, 1000 Bruxelles, Belgique
Tel: +3226520486

SAĞLIKTA ŞİDDETİ ÖNLEME POLİTİKASININ MEDİKO-SOSYAL VE YASAL DİNAMİĞİ

Muharrem Kılıç

Katkıda Bulunan
Hayriye Çolak



SETA

SIYASET, EKONOMİ VE TOPLUM ARAŞTIRMALARI VAKFI
FOUNDATION FOR POLITICAL, ECONOMIC AND SOCIAL RESEARCH
مركز الدراسات السياسية والاقتصادية والاجتماعية

İÇİNDEKİLER

TAKDİM | 7

GİRİŞ | 9

SAĞLIK HAKKI VE HİZMETİ ÇERÇEVESİNDE SAĞLIK POLİTİKASI | 13

SAĞLIK HİZMETLERİNDE İNSAN KAYNAĞI | 25

SAĞLIKTA ŞİDDET OLGUSU | 31

DÜNYADA SAĞLIKTA ŞİDDET OLGUSU | 35

SAĞLIK ÇALIŞANLARINA YÖNELİK ŞİDDETİ ÖNLEME STRATEJİSİ | 39

SAĞLIK ÇALIŞANLARINA YÖNELİK ŞİDDET İLE
MÜCADELEDE EĞİTİM | 43

YASAL ÇERÇEVEDEN ŞİDDETİ ÖNLEME STRATEJİSİ | 47

SONUÇ VE ÖNERİLER | 53

KAYNAKÇA | 57

TAKDİM

Uzun yıllar boyunca Türkiye geçirdiği ekonomik bunalımlar, finansman krizleri ve yönetim sisteminden kaynaklanan istikrarsızlıklardan dolayı birçok farklı alanda olduğu gibi sağlık hizmeti alanında da birtakım altyapı yetersizlikleri yaşamıştır. Hem yatırım hem de yönetim kapasitesi açısından yaşanan yetersizlikler sağlık hakkı kapsamında vatandaşa bir kamu hizmeti olarak sunulması beklenen sağlık hizmetlerinin belirli bir standartta sunulmasını imkansız hale getirmiştir. Siyasi ve sosyoekonomik açmazlar vatandaş memnuniyetinden uzak sorunlu bir sağlık yatırım ve harcama politikasına yol açmıştır. Söz konusu politika ise kamunun sağlık harcamaları için tahsis etmiş olduğu payın yetersizliği, yatırım bütçelerinin kısıtlanması ve mali açıdan sürekli açık veren sosyal güvenlik sistemini doğurmuştur. Bu durum vatandaşın etkin erişilebilir ve nitelikli bir sağlık hizmeti alabilmesini imkansız hale getirmiştir. Nitekim altyapısı yetersiz hastanelerde gerekli sağlık hizmetini alabilmek adına gece yarılarında uzun kuyruklar oluşturan insan manzaraları ilgili dönemleri bu açıdan karakterize eden kara tablolar olmuştur.

Bir hak konusu olarak vatandaşın temel sağlık hizmetine erişimini kısıtlayan bütün bu karamsar tablonun ortadan kaldırılabilmesi adına yaklaşık son yirmi yıllık süreçte Türkiye'nin sağlık politikasında köklü bir değişim yaşanmıştır. Öncelikle doğrudan kamu sağlığını ilgilendiren kanayan bir yara olarak bu mesele toplumsal sorunlara duyarlılık anlayışı çerçevesinde bir politik vizyon olarak kabul edilmiştir. Pozitif statü hakkı olarak vatandaşın sağlık hizmetlerine erişimini temin edecek altyapıyı oluşturma yükümlülüğü altında olan devletin bu kamusal sorumluluğunu algılayan ve üstlenen bir siyasi anlayış benimsenmiştir. Söz konusu kamusal sorumluluğu üstlenen siyasi taahhütleri içeren politik adımlar birer birer gerçekleştirilme yoluna gidilmiştir. Bu doğrultuda atılan adımların neticesinde oluşan toplumsal memnuniyet her bir seçim döneminde vatandaşların teveccühü ile onaylanmıştır.

Türkiye son yıllarda kamu sektörü alanında sürdürülebilir nitelikte bir sağlık hizmeti üretebilmek adına sağlam bir finansal altyapı oluşturabilmenin politik

araçlarını geliştirmiştir. Bu doğrultuda yatırım hacmini artırmak suretiyle kapasite artırımını gerçekleştirebilmek için farklı finansal modeller geliştirmiştir. Diğer bazı stratejik sektörel alanlarda olduğu gibi sağlık sektörüne yapılan yatırımın sürdürülebilir finansmanı için bütünlüklü olarak kamu ve özel alanları birlikte geliştirme yoluna gitmiştir. Türkiye'nin öncelikli alan olarak belirlediği bu sektörel alana yapmış olduğu yatırımların kıymeti dünyayı tehdit eden küresel salgın döneminde bariz biçimde anlaşılmıştır. Dünya ekonomisinin güçlü ülkelerini sağlık altyapısı açısından ciddi anlamda zor duruma düşüren koronavirüs (Covid-19) pandemisi sağlık sektörünün stratejik önemini bir kez daha göz önüne sermiştir. Salgın öncesi dönemde dünyanın asli gündemini oluşturan göç, terör ve savaş gibi bütün kritik meseleler yerini yakıcı gündem olan pandemiye bırakmıştır.

Türkiye yaşam hakkını tehdit eden bu yıkıcı sürece karşı mücadelenin en stratejik silahı olan sağlık hizmetleri altyapısında en hazırlıklı ülkelerden biri olmuştur. Böylelikle bu kritik süreçte Türkiye'nin en güçlü yanının son yıllarda sürdürülen güçlü sağlık politikası olduğu görülmüştür. Ancak bundan da önemlisi pandemi ile mücadele döneminin en önemli gücü olarak sağlık sektöründeki nitelikli insan kaynağı potansiyelimizin olduğunu söyleyebiliriz. Yalnızca yaygın bir insani kriz olan salgın döneminde değil diğer zamanlarda da yüksek bir özveri ile çalışan sağlık personelimizin adanmışlık duygusu da Türkiye'nin mücadelede manevi gücü olarak kendisini göstermiştir. Sağlık çalışanlarının evrensel etik davranış kodları ve deontolojik duyarlılık ile icra etmiş oldukları bu kamusal hizmetin bu adanmışlık duygusu ve mesleki tatmin düzeyinde sürdürülebilmesi adına hem maddi hem de manevi kurumsal desteğin sağlanması büyük önem arz etmektedir. Bu amaç doğrultusunda sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin önlenmesi gayesi ile bütün partilerin ortak önergesi olarak Türkiye Büyük Millet Meclisinin (TBMM) gündemine gelerek kabul edilen yasal değişiklik 17 Nisan 2020'de *Resmî Gazete*'de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. 7 Mayıs 1987 tarihli ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nda değişiklik öngören bu yasa bu süreçte anlamlı bir adım olmuştur.

Bu rapor sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin önlenmesi amacıyla kabul edilen yasal düzenlemeyi hem hukuk politikası hem de sağlık politikası açısından irdelemektedir. Bu noktada farklı saikleri ve biçimleriyle karmaşık bir olgu olan şiddet eylemleri ile mücadelenin kapsamlı çerçevesine dikkat çekmektedir. Meselenin yalnızca mevzuat ve ceza adaleti boyutuna değil aynı zamanda eğitim ve farkındalık boyutlarına da dikkat çekilmektedir. Rapor bütün boyutları itibarıyla sağlık çalışanlarına yönelen şiddetin öncesi ve sonrası ile genel sağlık politikasıyla ilişkisini ortaya koymaya çalışmaktadır.

Prof. Dr. Burhanettin Duran
SETA Genel Koordinatörü

GİRİŞ

Sağlık hizmetleri alanında Türkiye uzun yıllar hem insan kaynağı hem de altyapı yetersizliklerinden ötürü devasa bir kamu sağlığı sorunu ile yüzleşmiştir. Ülkenin genel sosyoekonomik ve politik açmazları ile koşutluk arz eder biçimde toplumsal beklentileri karşılamanın çok uzağında kalan bir sağlık hizmeti politikası yürütülmüştür. Bu politika genel bütçeden sağlık sektörüne ayrılan payın yetersizliğinden yatırım bütçelerinin kısıtlılığına, sosyal güvenlik mekanizmasının sürekli açık veren mali bilançosundan insan kaynağı eksikliğine varıncaya kadar birçok açıdan yetersizliklerle malul kalmıştır. Genel esaslar çerçevesinde Anayasa'mızda yer alan "sosyal devlet" (Anayasa, md. 2) ilkesi sağlık hizmetinin belirli bir standartta kamusal bir hizmet olarak sunumunu gerekli kılmaktadır. Ancak ilgili dönemlerin yetersiz sağlık politikaları ne bu anayasal ilkenin ruhuna ve sosyal adalet ilkesine uygunluk arz etmiş ne de toplumsal taleplere karşılık vermiştir.

Sözü edilen bu devasa sorunun çözümü adına sistematik ve sürdürülebilir bir sağlık hizmetleri politikasının özellikle son on beş yıllık süreçte geliştirilmeye çalışıldığı görülmektedir. Sağlık sektörünün güçlendirilmesi bütünlüklü biçimde kamu ve özel alanları ile birlikte geliştirilmesi gereken öncelikli politik alanlardan biri olarak belirlenmiştir. Kamu sektörü alanında etkin ve erişilebilir bir sağlık hizmeti üretebilmenin kurumsal ve finansal altyapısını oluşturabilmek adına yoğun bir yatırım politikasına gidilmiştir. Öyle ki bu politik tercih ve anlayış doğrultusunda kapasite artırımını gerçekleştirebilmenin farklı finansal ve kurumsal modellemeleri geliştirilmiştir.

Türkiye'nin bu sektörel alana yapmış olduğu kamusal yatırımlarının ve geliştirmiş olduğu öncelikler politikasının değeri bugün dünyayı esir alan pandemi döneminde daha bariz biçimde anlaşılır olmuştur. Küresel sosyoekonomik ve siyasal düzenin başat aktörü olan Amerika Birleşik Devletleri (ABD) başta olmak üzere dünya ekonomisinin önemli merkezleri olan İngiltere, Fransa, İspanya ve İtalya gibi Avrupa ülkelerinin bu pandemik tehdit ile mücadelede içine düştükleri durum kamu sağlığının ne kadar stratejik bir tehdit ve öncelik alanı olduğunu gözler önüne sermiştir. Devasa ekonomik ve siyasal güçleri çaresiz bırakan bir pandemiye dönüşen bu viral tehdit, göç, terör ve savaş gibi bütün diğer gerçekliği olan ya da kurgusal tehdit algılarını bertaraf etmiştir. Artık dramatik can kayıplarının her gün istatistiksel veri olarak ekranlarda paylaşıldığı bu acı gerçeklik bütün dünya ülkeleri açısından politik önceliklerin belirlenmesi noktasında yeniden düşünmenin bir miladı olmuştur. Kuşkusuz toplumsal anlamda yaşadığımız bu travmatik sürecin yetkinlikle yönetilebilmesi noktasında ülkelerin en önemli silahını sağlık sektörünün yapısal imkan ve organizasyonel kabiliyeti oluşturmaktadır. Tam da bu noktada Türkiye bu zorlu süreçle mücadele eden birçok ülke ile kıyaslandığında sektörel olarak görece biçimde altyapısal bir hazırlık ve donanımına sahiptir.

Kuşkusuz bütün bu sektörel yatırım, kurumsal donanım, teknolojik altyapı ve imkanlar ise nitelikli insan kaynağı yani bütün fertleri ile sağlık çalışanları olmaksızın pek bir anlam ifade etmemektedir. 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nda öngörülen esaslar (md. 3)¹ doğrultusunda planlanıp yürütülecek olan bu kamusal hizmetin baş aktörleri ya da kahramanları sağlık çalışanlarıdır. İlgili Kanun'da yapılan tanımlamaya uygun biçimde sağlık ve yardımcı sağlık personelinin diğer kamu personelinden farklı biçimde istihdamına ilişkin sınırlayıcı-düzenleyici politikalar yasal bir çerçeveye oturtulmuştur. Nitekim Kanun'un 3. maddesinin c fıkrası bütün sağlık kurum ve kuruluşları ile birlikte sağlık personelinin de "ülke sathında dengeli dağılımı ve yaygınlaştırılmasını" temel esas olarak belirlemiştir.

Hekimler başta olmak üzere tüm sağlık çalışanları kamusal yükümlülük, mesleki sorumluluk ve sosyal tutum anlamında oldukça sınırlandırıcı-düzenleyici bir yasal düzene² bağlı olmanın yanı sıra evrensel düzeyde etik yükümlü-

1. Bkz. "Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu", TC Cumhurbaşkanlığı Mevzuat Bilgi Sistemi, 7 Mayıs 1987, <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.3359.pdf>, (Erişim tarihi: 4 Mayıs 2020).

2. İlgili düzenlemeler için bkz. "1219 sayılı ve 11/4/1928 tarihli Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun", TC Cumhurbaşkanlığı Mevzuat Bilgi Sistemi, 11 Nisan 1928, <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.3.1219.pdf>, (Erişim tarihi: 4 Mayıs 2020).

lükler³ çerçevesi ile de kayıtlıdır. İster bir kamu personeli isterse bir özel sektör çalışanı olsun tüm sağlık personeli kamusal yükümlülüklerin dışında birtakım deontolojik ilkelerle⁴ bağlıdır. Bu ilkeler bir etik özne olarak sağlık çalışanının ister hasmı isterse düşmanı olsun bütün insanlara karşı mesleğinin gereğini ayırmsız biçimde icra etmesi sorumluluğunu ifade eder. İnsanın biyolojik ve psikşik varlığının yaşamsal gerçekliği olan hastalıklar insan tekini yalnızca organik semptomları açısından değil psiko-travmatik sonuçları açısından da çaresiz kılmaktadır. Bu çaresizlik ve acizyet haline deva olacak bir el olarak sağlık çalışanı bütün bu sorumluluk dizgesi ve beklentisi ile muhataptır. Bu durum bir taraftan sağlık çalışanlarının mesleki yeterlilik, mesleki tutum ve davranışlarının yetkinliğinin kritik önemini ortaya koymaktadır. Öte yandan bu meslek mensuplarının üstlenmiş oldukları bu ağır sorumluluk ile koşutluk arz edecek ölçüde bir mesleki güvenceye sahip olmaları da gerekmektedir. Ayrıca çalışma koşullarının iyileştirilmesinden özlük haklarının geliştirilmesine varıncaya kadar bir mesleki güvenceye sahip olmaları gereklilik arz etmektedir. Bütün bunların öncesinde ise bu hayati hizmetin sunumu esnasında ilgili personelin, hizmet alanların olası şiddet türlerine karşı korunaklı güvenceye sahip olmaları icap etmektedir. Niteliği gereği sağlık hizmeti hizmet alanların bireysel reflekslerini doğrudan memnuniyet ya da memnuniyetsizlik biçiminde ortaya koyabilecekleri bir hizmet türüdür. Bu hizmet türü hizmet alanlar açısından erişilebilirlik temelinde bir kamusal güvenceyi gerekli kılmak kadar doğrudanlık ilkesine dayalı biçimde bu kamusal hizmeti sunanlar açısından güçlü bir güvence mekanizmasını da gerektirmektedir.

Türkiye'nin son yıllarda erişebilirlik ve etkinlik temelinde tüm ülke sathında yaygın biçimde altyapısıyla geliştirerek sunduğu sağlık hizmetleri bu hizmeti alan bazı vatandaşların sağlık çalışanlarına yönelen şiddet eylemleri ile gölgenlenmektedir. Kasten öldürme, yaralama, hakaret ve benzeri başkaca kriminal eylemlere maruz kalan sağlık çalışanlarının mesleğini icra ederken kamusal bir güvence talebi bir süredir kamuoyunda dillendirilmektedir. Uzunca bir zamandır sağlık kamusunun vicdanını yaralayan şiddet eylemlerini önleme amacına

3. Türk Tabipleri Birliği (TTB) Hekimlik Meslek Etiği Kuralları, madde 6- "Görevlerini yerine getirirken, hekimin uyması gereken evrensel tıbbi etik ilkeleri yararlılık, zarar vermeme ve özerklik ilkeleridir."

4. Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi, madde 2- "Tabip ve dış tabibinin başta gelen vazifesi, insan sağlığına, hayatına ve şahsiyetine ihtimam ve hürmet göstermektir. Tabip ve dış tabibi; hastanın cinsiyeti, ırkı, milliyeti, dini ve mezhebi, ahlaki düşünceleri, karakter ve şahsiyeti, içtimai seviyesi, mevkii ve siyasi kanaatı ne olursa olsun, muayene ve tedavi hususunda azami dikkat ve ihtimamı göstermekle mükelleftir."; Bkz. "Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi", TC Cumhurbaşkanlığı Mevzuat Bilgi Sistemi, 19 Şubat 1960, <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/2.3.412578.pdf>, (Erişim tarihi: 4 Mayıs 2020).

matuf olarak Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nda yapılan değişiklik yasalaşmıştır. İlgili maddenin gerekçesinde “kamu ve özel tüm sağlık kuruluşlarında görev yapan personele karşı görevleri sebebiyle işlenen suçlara ilişkin caydırıcılığın artırılması”⁵ amaç olarak kaydedilmiştir.

Bu rapor sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin önlenmesi amacıyla bütün partilerin ortak önergesi olarak Türkiye Büyük Millet Meclisinin (TBMM) gündemine gelerek kabul edilen ve 17 Nisan 2020'de *Resmi Gazete*'de yayımlanarak yürürlüğe giren, 7 Mayıs 1987 tarihli ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nda değişiklik öngören yasal düzenlemeyi konunun farklı bağlamsal çerçevelerini de dikkate alarak incelemektedir. Farklı türleri ve tezahür biçimiyle bir modern çağ vebası olarak şiddet olgusu ile mücadelenin kompleks yapısı konunun sadece ceza adaletine hasredilebilecek bir mesele olmadığını göstermektedir. Meselenin mevzuat boyutu kadar önemli olan eğitim ve farkındalık boyutlarının da dikkate alınması icap etmektedir. Sonuç olarak tüm boyutları ile meselenin genel sağlık politikası ile ilişkisi aşikardır. Bu düşünceden hareketle bu rapor konuyu salt yasa değişiklik teklifi üzerinden değil öncesi ve sonrası ile genel sağlık politikaları ile şiddet olgusu üzerinden ele almaktadır.

5. “Sağlık Hizmetleri Temel Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Teklifi”, TBMM, 8 Nisan 2020, <https://www.tbmm.gov.tr/d27/2/2-2779.pdf>, (Erişim tarihi: 4 Mayıs 2020).

SAĞLIK HAKKI VE HİZMETİ ÇERÇEVESİNDE SAĞLIK POLİTİKASI

Sağlık hakkı anayasa sistematığı içerisinde sosyal haklar kapsamında değerlendirilen bir hak kategorisidir. Yaşamsal bir hak olarak sağlık hakkı devletin bireyleri koruyucu birtakım tedbirler almasını gerektiren pozitif statü hakları kapsamındadır. Bir insan hakları kategorisi olarak sosyal haklar devletin insan onurunu koruyucu maddi yükümlülüklerine işaret etmektedir. Devlet mali kaynaklarının yeterliliği ölçüsünde bu hakların gereğini yerine getirme sorumluluğu altındadır. Bu yönüyle sosyal haklar birincil temel hak kategorisi ile karşılaştırıldığında daha kırılgan bir hak alanı olarak anayasalarda yer almaktadır. Sağlık hakkını da içeren sosyal haklar devletlerin siyasal sistemlerine ve politik önceliklerine göre tanzim edilmiştir. Neredeyse tüm dünya ülkelerinde sağlık hakkı ya da sağlık hizmetleri ücretlendirilmekle birlikte bu hizmete katkı payı oranlarındaki değişiklik ise doğrudan ülkelerin sağlık politikaları ile ilgilidir.

Sağlık hizmetlerinin yerinde ve erişilebilir bir kamu hizmeti olarak sunulabilmesi güçlü bir altyapıyı ve etkin bir sağlık sistemini gerekli kılmaktadır. Söz konusu kamu hizmeti tekil anlamda bireylerin yurttaşlık hukuku çerçevesinde sağlık hizmeti alabileceği bir güvence mekanizmasını yani sosyal güvenlik hakkını gerektirmektedir. Bu güvence mekanizması ile hem sağlık hizmetinden yararlananların bireysel sağlıklarını koruma hem de devletin kamu sağlığını tehdit edecek bulaşıcı hastalıklar ve salgınları bertaraf etme sorumluluğu söz konusudur. Buna önleyici sağlık tedbirlerinin alınmasına ilişkin kurumsal sağlık hizmetleri de dahil edilmelidir. Bütün bu kamusal sorumluluğun devlet tarafından yeterli düzeyde ifa edilebilmesinin belirli bir bütçesel maliyet getirdiği aşikardır. Bu nedenle sağlık hizmetlerinin makuliyet ölçüsünde ücretlendirmesi doğaldır.

Bu noktada devletin sağlık hizmetinin sunulması ve sağlık yatırımlarının gerçekleştirilmesinde finansman meselesi gündeme gelmektedir. Bütün dünyada sektörel anlamda yüksek bir maliyet ya da harcama kalemi doğuran bu hizmetin farklı finansal modellerle karşılandığı görülmektedir. Sağlık hizmetlerinin yürütülebilmesi adına ortaya çıkan harcamaların finansmanında birinci kaynağı kamu sektörü oluşturmaktadır. Dünya ülkelerinin kendilerine özgü siyasal rejimleri ve ekonomik düzenlerine bağlı olarak kamu kaynaklarının yanı sıra özel sektör de bir finansman kaynağı olarak görülmektedir. Küresel ekonomik düzenin ortaya çıkardığı yeni dinamikler doğrultusunda dünyada farklı ülkeler kamu yatırımlarında farklı finansal modeller geliştirmiştir. Bu gerçeklik doğrultusunda karma finansal modellemelerin devreye sokulduğunu kaydedebiliriz. Kuşkusuz bu yöntemler sağlık harcamalarının finansmanı açısından da istihdam edilen finans araçları olarak kullanılmaktadır.

Türkiye özellikle son on beş yıllık süreçte değişim gösteren demografik dinamikler (nüfus artış hızı, genç ve yaşlı nüfus oranları gibi), artan refah düzeyi, giderek büyüyen kentleşme oranı ve benzeri birden çok etmene bağlı biçimde sağlık hizmetleri kapasitesinin artırılması ve sağlık yatırımlarının payının yükseltilmesi politikasını gütmüştür. Bu politik eğilim birçok unsuru açısından sağlık hizmetlerinin yetersizliğinden kaynaklanan yaygın toplumsal memnuniyetsizliği giderme amacına matuf yerinde bir siyasal öngörüye dayanmıştır. Türkiye (aşağıdaki tablolarda da görüleceği üzere) sağlık hizmetleri ve sağlık yatırımlarının finansmanında başat biçimde kamu kaynaklarını devreye sokarak sözünü ettiğimiz gerçekliğe uygun bir politik mecra yaratmıştır.

Nitekim Türkiye'nin son on yıllık merkezi yönetim bütçe yasaları⁶ dikkate alındığında ilgili bakanlık ve bağlı kuruluşların bütçe paylarındaki kümülatif artışın yukarıda sözünü etmiş olduğumuz politikayı yansıttığı görülecektir. Tablo 1'de yer aldığı üzere 2020 Merkezi Yönetim Bütçesi Kanunu'na göre "Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlar 2020 Yılı Bütçesi Merkezi Yönetim Bütçesi"nin kurumlara göre dağılımı şu şekilde planlanmıştır. Sağlık Bakanlığı 58.875.829.000 TL, Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü 152.450.000 TL, Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu 169.645.000 TL ve Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı 79.578.000 TL olmak üzere toplam 59.277.502.000 TL'dir.⁷

Daha özelde Sağlık Bakanlığına 2020 için tahsis edilmiş olan bütçenin harcama kalemleri ise şu şekilde bir dağılım göstermiştir: Sağlık Bakanlığı personeli

6. "2020 Yılı Merkezi Yönetim Bütçe Kanunu", Resmi Gazete, 31 Aralık 2019, <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2019/12/20191231M1-1.htm>, (Erişim tarihi: 4 Mayıs 2020).

7. "2020 Yılı Merkezi Yönetim Bütçe Kanunu", Resmi Gazete, 31 Aralık 2019, <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2019/12/20191231M1.pdf>, (Erişim tarihi: 4 Mayıs 2020).

giderleri için 30,41 milyar TL; diğer cari ödenekler için 18,14 milyar TL ve son olarak yatırım ödenekleri için de 10,73 milyar TL miktarında bir tahsisat öngörülmüştür.⁸ Bütçesel paydaki özellikle son üç yıldaki dramatik artışı da görebilmek adına on yıllık zaman dilimi içerisinde Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlara tahsis edile bütçe miktarları aşağıda tablo olarak verilmiştir.

TABLO 1. SAĞLIK BAKANLIĞI VE MERKEZİ YÖNETİM BÜTÇELERİ (2010-2020) ⁹		
	Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlar Bütçesi	Merkezi Yönetim Bütçesi Toplamı (Hazine Yardımları ve Gelirden Ayrılan Pay Hariç)
2010	14.049.294.000	286.981.303.810
2011	17.352.765.630	312.572.607.330
2012	14.479.341.000	350.948.317.871
2018	37.914.588.000	762.753.272.000
2019	48.733.252.000	960.975.683.000
2020	59.277.502.000	1.095.461.069.000

Sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi –seçmen memnuniyeti üzerinden geliştirilen bir hükümet politikası olmanın ötesinde– özellikle kamu sağlığı açısından stratejik bir alan olarak görülmüştür. Geliştirilen bu kamu politikasının sağlık harcamalarına yansımaları noktasında referansta bulunabileceğimiz bir diğer ölçektendirme de kamu sağlık harcamalarının yıllara göre gayrisafi yurt içi hasılaya (GSYH) oranı olarak kaydedilebilir. Bu parametre üzerinden bir okuma yapabilmek adına Sağlık Bakanlığının Sağlık İstatistikleri Yıllığı'nın 2018 verilerine dikkat çekebiliriz. Buna göre Türkiye'nin "Toplam Kamu Sağlık Harcaması"nın yıllara göre GSYH oranı çıkarıldığında şöyle bir grafikte karşılaşılmaktadır: Bu oran 1999'da yüzde 2,8; 2000'de yüzde 3,0; 2001'de yüzde 3,4; 2005'te yüzde 3,6; 2006'da yüzde 3,8; 2013'te yüzde 3,7; 2014'te yüzde 3,6; 2015'te yüzde 3,5; 2016'da yüzde 3,6; 2017'de yüzde 3,5 ve 2018'de ise yüzde 3,4 olarak kaydedilmektedir.¹⁰

Yıllara göre verilen bu oransal grafiği doğru biçimde anlamlandırabilmek adına öncelikle ulusal sağlık harcamalarını tayin edici dinamik ve değişkenlerin dikkate alınması icap etmektedir. Bu bağlamda sağlık harcamalarının en başta

8. "Sağlık Bakanlığı 2020 Bütçe Sunumu", TC Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı, <https://sgb.saglik.gov.tr/TR,61075/saglik-bakanligi-ve-bagli-kuruluslari-2020-yili-butcesi-tbmm-plan-ve-butce-komisyonuna-sunuldu.html>, (Erişim tarihi: 16 Nisan 2020).

9. "Merkezi Yönetim Bütçe Kanunları", T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, <http://www.sbb.gov.tr/merkezi-yonetim-butce-kanunlari/#1578051677963-dd1035ba-0d54>, (Erişim tarihi: 16 Nisan 2020).

10. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016, (TC Sağlık Bakanlığı, Ankara: 2017), <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/13183,sy2016turkcepdf.pdf?0>, (Erişim tarihi: 15 Nisan 2020); Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018, (TC Sağlık Bakanlığı, Ankara: 2019), <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/36134,sy2018trpdf.pdf?0>, (Erişim tarihi: 11 Nisan 2020).

sosyoekonomik ve sosyokültürel etkenlerle ilişkili olan ulusal sağlık politikaları doğrultusunda biçimlendiği kaydedilmelidir. Ulusal sağlık sistemlerinin yapılanması da bizatihi sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansman modelleriyle şekillenir. Bu noktada sağlık hizmetlerinin sunum ve finansman modelleri açısından ülke uygulamaları farklılık arz etmektedir. Kimi ulusal sağlık sistemleri tümüyle kamu tarafından finanse edilip sunulmakta iken kimisi ise hem kamu hem de özel sektör tarafından birlikte gerçekleştirilmektedir.

Türkiye sağlık hizmeti ve finansmanını “karma sistem” üzerinden yapılandırmıştır. Ancak oransal pay dikkate alındığında sağlık hizmetlerinin büyük oranda kamu tarafından sunulduğu görülmektedir. Böylece sağlık harcamaları kamu ve özel sektör payları üzerinden ikili biçimde sınıflandırılabilir.¹¹ Finansman açısından kamu sağlık harcamaları kamu kesiminde genel bütçe içerisinde belirlenmektedir. Kamu kesimi sağlık hizmetlerinin sunumu ise birden çok kamu kurumu ya da birimi tarafından icra edilmektedir. Bu kapsamda Sağlık ve Milli Savunma Bakanlığının yanı sıra üniversiteler ile sosyal güvenlik kapsamında fona sahip olan kurumlar (Emekli Sandığı, SGK ve BAĞ-KUR) tarafından bu kamusal hizmet sunulmaktadır. Diğer yandan Türkiye’de özel sektör sağlık harcamaları ise SGK, BAĞ-KUR, özel sağlık sigortası, fonlar ya da cepten yapılan harcamalardan oluşmaktadır.¹²

Sağlık Bakanlığı tarafından paylaşılan Sağlık İstatistikleri Yıllığı’nın 2018’e ait verileri çerçevesinde yıllara göre toplam kamu ve özel sağlık harcamasının GSYH içindeki payının şöyle bir seviyede olduğu görülmektedir: 1999’da yüzde 4,7; 2000’de yüzde 4,8; 2001’de yüzde 5,1;¹³ 2005’te yüzde 5,3; 2006’da yüzde 5,6; 2007’de yüzde 5,8; 2008’de yüzde 5,8; 2009’da yüzde 5,8; 2010’da yüzde 5,3; 2011’de yüzde 4,9; 2012’de yüzde 4,7; 2013’te 4,7; 2014’te 4,6; 2015’te yüzde 4,5; 2016’da yüzde 4,6; 2017’de yüzde 4,5 ve son olarak 2018’de yüzde 4,4’dür.¹⁴ Bu kapsamda sağlık harcamalarının GSYH’ye oranının 1999’dan 2007’ye kadar istikrarlı bir şekilde artış gösterdiği görülmektedir. 2007, 2008 ve 2009’da ise söz konusu oran aynı seviyede kalmıştır. Devam eden yıllardan itibaren günümüze kadar sağlık harcamalarının GSYH’ye oranının minimal düzeyde bir düşüşe geçtiği görülmektedir. Bunun sebebine ilişkin olarak toplamda sağlık harcamalarının GSYH içindeki payının oransal değişikliğinin ilgili ülkelerin ekonomik büyüme ve kalkınma düzeyleri ile bağın-

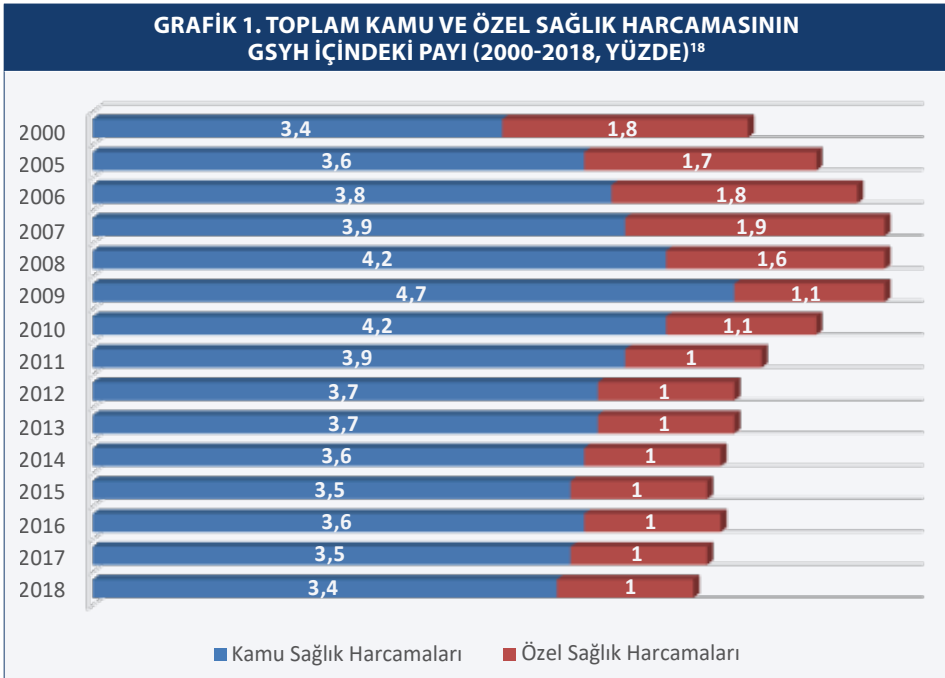
11. Hüseyin Ağır ve Hacı Hayrettin Tıraş, “Türkiye’de Sağlık Harcama Türlerinin Değerlendirilmesi”, KSÜSBD, Cilt: 15, Sayı: 2, (2018), s. 645.

12. Muhammed H. Kekeç, Zehra Yıldırım ve Arzu Polat, “Türkiye’de Sağlık Harcamaları ve Finansmanının Yıllar İtibariyle Analizi”, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, Cilt: 5, Sayı: 14, (2018), s. 555.

13. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016.

14. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018.

tılı olduğu söylenebilir.¹⁵ Sağlık harcamalarının oranı ekonomideki toplam harcamalar ve toplam ekonomik büyüme değişkenlerine bağlı olarak zaman içerisinde değişkenlik gösterebilir. Birden çok kamu hizmetini finanse etmek durumunda olan ulusal hükümetler açısından “sağlık hizmetleri, eğitim, savunma ve barınma” gibi diğer kamusal hizmet sektörleri rekabet halindedir. Sağlık hizmetinin kamu kaynaklarınca finansmanı ülkenin nüfusu, demografik dinamikleri, özgün sağlık sistemi ve hükümet politikası gibi etkenlerin belirleyiciliğine bağlıdır. Ayrıca ulusal düzeydeki bütçesel öncelikler de siyasal karar süreçleri ve ekonomik etkenler üzerinden her yıl değişkenlik arz edebilir.¹⁶ Yine sağlık harcamalarının payını tayin edici değişkenlerden birisinin de yaygınlık gösteren hastalık türlerinin olduğu kaydedilebilir.¹⁷ Nitekim bugünlerde bütün dünyada ülkelerin sağlık sistemleri ve altyapısını sınavan koronavirüs pandemisinin ulusal sağlık harcamaları açısından tetikleyici bir dinamik yaratacağı ortadadır. Sağlık Bakanlığının kamu ve özel sektörün toplam sağlık harcamaları oranlarını veren aşağıdaki grafiği bütün bu dinamikler dikkate alınmak suretiyle yorumlanmalıdır.



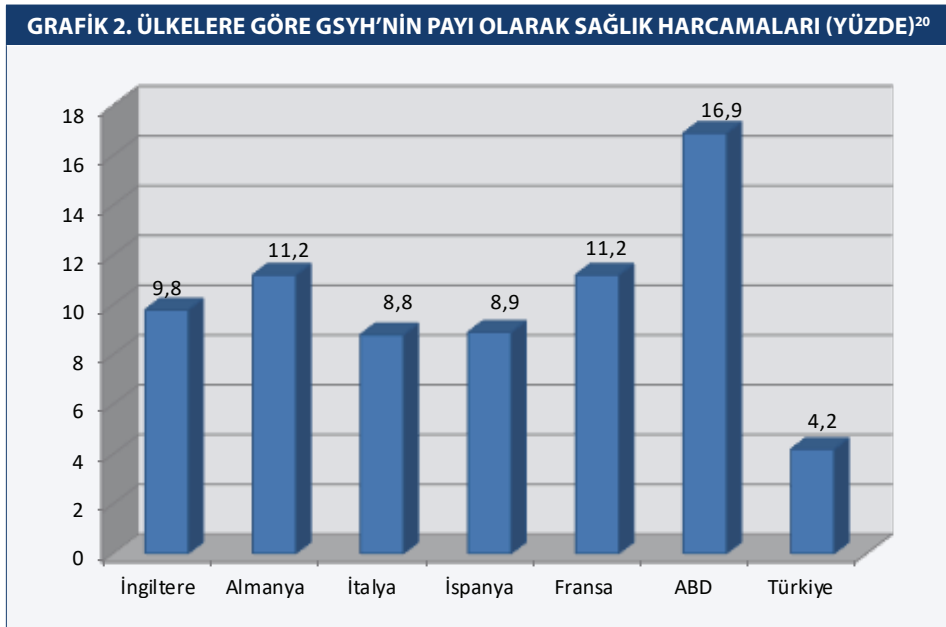
15. Bkz. Filiz Giray ve Servet Taşdelen, “Kamu ve Özel Sektör Sağlık Harcamalarının GSYH İçinde Payının Değerlendirilmesi: Türkiye ve OECD Karşılaştırması”, MCBÜ Sosyal Bilimler Dergisi, Cilt: 16, Sayı: 4, (Aralık 2018), s. 278.

16. OECD Health at a Glance 2019, (OECD, Paris: 2019).

17. Kekeç, Yıldırım ve Polat, “Türkiye’de Sağlık Harcamaları ve Finansmanının Yıllar İtibariyle Analizi”, s. 562.

18. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018.

OECD'nin 2018 verilerine göre Türkiye'nin sağlık harcamalarının GSYH içindeki payı diğer ülkelerle mukayese edildiğinde şöyle bir oransal tablo karşımıza çıkmaktadır: İngiltere'de yüzde 9,8; Almanya'da yüzde 11,2; İtalya'da yüzde 8,8; İspanya'da yüzde 8,9; Fransa'da yüzde 11,2; ABD'de yüzde 16,9 iken Türkiye'de yüzde 4,2'dir.¹⁹ Görüldüğü üzere yukarıda vermiş olduğumuz 2018'e ilişkin veriler incelendiğinde Sağlık İstatistiği Yıllığı'nın TÜİK'ten almış olduğu veriler (yüzde 4,2) ile OECD verileri arasında yüzde 0,2 düzeyinde minimal bir oransal farklılık söz konusudur.

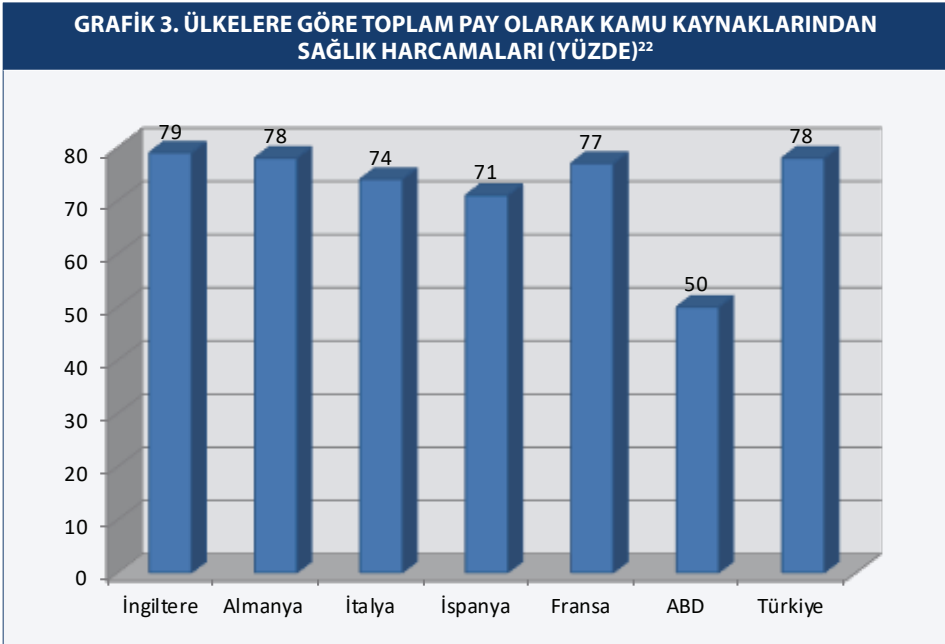


Bu kapsamda sağlık harcamalarının kamu finansmanı oranları 2017 verileri çerçevesinde incelendiğinde bazı ülkelerin toplam pay olarak kamu kaynaklarından sağlık harcamalarına ayırmış oldukları pay oranları ise şu şekildedir; İngiltere'de yüzde 79, Almanya'da yüzde 78, İtalya'da yüzde 74, İspanya'da yüzde 71, Fransa'da yüzde 77 ve ABD'de yüzde 50 iken Türkiye'de bu oran yüzde 78'dir.²¹ Sunulan verilerde de görüldüğü üzere sosyal devlet ve adalet ilkesi gereğince ülkelerin sağlık harcamalarının büyük kısmı kamu kaynakları tarafından finanse edilmektedir.

19. OECD Health at a Glance 2019.

20. OECD Health at a Glance 2019.

21. "OECD Health Statistics 2019", OECD, <https://www.oecd.org/health/health-data.htm>, (Erişim tarihi: 5 Nisan 2020).



OECD'nin 2017 verileri dikkate alındığında bazı ülkelerin toplam devlet harcamalarının payı olarak devlet transferleri ve sosyal sigorta katkıları yoluyla kamu kaynaklarından sağlık harcamaları şu şekilde değişiklik göstermektedir: İngiltere'de yüzde 19, Almanya'da yüzde 20, İtalya'da yüzde 13, Fransa'da yüzde 15, İspanya'da yüzde 15, ABD'de yüzde 23 ve Türkiye'de yüzde 10'dur.²³ Sunmuş olduğumuz bu OECD verileri arasındaki farklılığı izah sadedinde yukarıda kaydetmiş olduğumuz üzere yine OECD tarafından belirlenmiş olan ulusal dinamiklere dikkat çekmemiz icap etmektedir.²⁴

Yukarıda karşılaştırmalı olarak verilen oranlar dikkate alındığında Türkiye'nin sağlık harcamalarının milli gelir içindeki oranının gelişmiş ülkelerin gerisinde kaldığı görülmektedir. Aktarmış olduğumuz tayin edici dinamiklerin yanı sıra Onuncu Kalkınma Planı'nda kaydedildiği üzere Türkiye'nin genç nüfus yapısına sahip olması da²⁵ bir gerekçe olarak zikredilmelidir. Ancak gelecek beklentisi olarak bütün dünyadaki artış beklentisine koşut biçimde Türkiye'de de sağlık harcamalarının artacağı öngörülmektedir. Demografik fırsat penceresi yeterince iyi değerlendirilmediği, emeklilik ve sosyal güvenlik sisteminde şimdiden gerekli

22. "OECD Health Statistics 2019".

23. "OECD Health Statistics 2019".

24. OECD Health at a Glance 2019.

25. TÜİK Nüfus İstatistikleri 2019 verilerine göre Türkiye'nin genç nüfusu 12.858.000'dir; Bkz. <http://www.tuik.gov.tr>, (Erişim tarihi: 21 Nisan 2020).

tedbirler alınmadığı takdirde artan sağlık harcamalarının önümüzdeki dönemde sosyal güvenlik sistemi ve kamu maliyesi üzerinde baskı oluşturabileceği kaydedilmektedir.²⁶ Ayrıca “ülke nüfusunun giderek yaşlanması,²⁷ hastalık yükünün değişimi, yeni sağlık teknolojilerinin geliştirilmesiyle oluşan sağlık enflasyonu, sağlık bilinci ve gelir düzeyi artışına bağlı olarak sağlık hizmetlerine talebin artması” gibi nedenlerle sağlık harcamaları artış eğilimini korumakta ve mali sürdürülebilirlik üzerinde baskı yaratmaktadır.²⁸

Yukarıda sözünü etmiş olduğumuz sağlık politikası “Sağlıkta Dönüşüm Programı” olarak adlandırılan bir hükümet politikası olarak başlatılmıştır. Ancak bunun öncesinde Cumhuriyet tarihimizde uygulanan sağlık politikaları dönemsel olarak sınıflandırıldığında şöyle bir tablo ile karşılaşırız. İlk dönem Kurtuluş Savaşı sonrası “yapılanma dönemi”dir (1920-1923). İkinci dönem (1923-1946) sağlık alanındaki temel mevzuatın geliştirildiği “dikey örgütlenme” dönemidir (Dr. Refik Saydam). Üçüncü dönem ise (1946-1960) sağlık kurumlarının sayıca artış gösterip merkezden yönetime geçildiği ve tıp meslekleri kanunlarının oluşturulduğu dönemdir (Dr. Behçet Uz). “Sosyalizasyon dönemi” (1960-1980) sağlık evleri, sağlık ocakları, ilçe ve il hastaneleri şeklinde yapılanma dönemidir. Teorik reform çalışmalarının yapıldığı dönem (1980-2002) sonrasında son olarak “Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı”nın uygulandığı dönem (2003-2011) gelmektedir.²⁹

1 Temmuz 2003’te Sağlık Bakanlığı tarafından başlatılan “Sağlıkta Dönüşüm Programı”nın temel ilkesi “herkes için ulaşılabilir, nitelikli ve sürdürülebilir bir sağlık hizmeti” üretmek olmuştur.³⁰ Sağlık hizmetlerinin “etkili, verimli ve hakkaniyetle uygun bir şekilde organize edilmesi ve finansmanının sağlanması hedeflenmiştir”. Sağlık hizmetinin sunumundaki halkın sağlık düzeyini yükseltme ve önleyici sağlık uygulaması ile hastalıkların önlenmesi öngörülmüştür. Sağlık harcamalarında kamu kaynaklarını etkin biçimde kullanarak maliyetin düşürülmesi yoluyla verimlilik hedeflenmiştir. Bu amaçla “insan kaynaklarının dağılımı, malzeme yönetimi, akılcı ilaç kullanımı, sağlık işletmeciliği ve koruyucu hekimlik uygulamaları” devreye sokulmuştur. Sağlık hizmetine erişim kısıtını ortadan kaldırmak adına hakkani-

26. Bkz. “Onuncu Kalkınma Planı (2014-2018)”, Resmi Gazete, 6 Temmuz 2013, <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/07/20130706M1-1.htm>, (Erişim tarihi: 4 Mayıs 2020).

27. TÜİK verilerine göre 31 Aralık 2019 itibarıyla Türkiye’nin nüfusu 83 milyon 154 bin 997’dir. TÜİK Nüfus İstatistikleri verilerine göre 2019’da Türkiye’nin yaşlı nüfus oranı yüzde 9,1’dir. 2002’de ise yaşlı nüfus oranı yüzde 6,7 olarak kaydedilmiştir. Bkz. <http://www.tuik.gov.tr>, (Erişim tarihi: 21 Nisan 2020).

28. “Onuncu Kalkınma Planı (2014-2018)”.

29. “Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2011)”, TC Sağlık Bakanlığı, (Aralık 2012), <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/SDPturk.pdf>, (Erişim tarihi: 19 Nisan 2020).

30. “Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2011)”.

yet ilkesi, sağlık hizmetine herkesin ihtiyacı ölçüsünde ulaşması ve bu hizmetlerin finansmanına mali gücü oranında katkıda bulunması amaçlanmıştır.³¹

Koruyucu ve temel sağlık hizmetleri bütçesinde artış öngören Dönüşüm Programı birinci basamak sağlık hizmetleri ile 112 Acil hizmetlerini ücretlendirmemiştir. Kamu hastanelerini tek çatı altında birleştiren bu program sağlık güvencesi ile (sigorta) yurttaşın özel hastanelerden de sağlık hizmeti alınabilmesine imkan sağlamıştır. Hem kamu hem de özel sağlık kuruluşlarında acil ve yoğun bakım hizmetlerinden ücret alınmamıştır. Sağlık çalışanlarına performans dayalı ek ödeme sistemi getirilmek suretiyle kamuda tam zamanlı çalışma esası benimsenmiştir. Aile hekimliği uygulaması ile birinci basamak sağlık hizmetleri alanı tahkim edilmiştir. “Merkezi Hastane Randevu Sistemi” uygulaması ile sağlık hizmetinin sunumu düzen altına alınmıştır. Bütün hastanelerde “Hasta Hakları Birimi” kurulmuş ve hekim seçme hakkı getirilmiştir. “Devlet Hizmet Yükümlülüğü” düzenlemesi ile sağlık personelinin ülke genelinde dengeli dağılımı hedeflenmiştir.³²

Bu program kapsamında olmak üzere 6 Ocak 2005 tarihli ve 5283 sayılı “Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesine Dair Kanun”³³ ile kamu hastaneleri tek çatı altında toplanmıştır. Yine bu kapsamda, 31 Mayıs 2006 tarihli ve 5510 sayılı “Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu”³⁴ “vatandaşların sağlık sigortalarıyla özel hastaneler ve tıp merkezlerinden hizmet almasını, sigortalı olsun veya olmasın herkesin salgın hastalık, iş kazası ve meslek hastalığı durumlarında her türlü sağlık yardımlarından ücretsiz yararlanmasını, yurt içinde tedavisi mümkün olmayan hastalıklarda tüm sigortalılar için yurt dışında tedavi olabilmelerini” mümkün hale getirmiştir. 5222 sayılı “Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşlanması Hakkında Kanunda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun”³⁵ 14 Temmuz 2004’te yürürlüğe girmiştir. 24 Kasım 2004 tarihli ve 5258 sayılı “Aile Hekimliği Kanunu”³⁶ ile aile hekimliği uygulaması ha-

31. “Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2011)”, s. 73.

32. “Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2011)”, s. 21.

33. Bkz. “Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesine Dair Kanun”, Resmi Gazete, 6 Ocak 2005, <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2005/01/20050119M1-1.htm>, (Erişim tarihi: 4 Mayıs 2020).

34. Bkz. “Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu”, Resmi Gazete, 31 Mayıs 2005, <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2006/06/20060616-1.htm>, (Erişim tarihi: 4 Mayıs 2020).

35. Bkz. “Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşlanması Hakkında Kanunda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun”, Resmi Gazete, 21 Temmuz 2004, <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2004/07/20040721.htm#4>, (Erişim tarihi: 4 Mayıs 2020).

36. Bkz. “Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun”, Resmi Gazete, 24 Kasım 2004, <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2004/12/20041209.htm#1>, (Erişim tarihi: 4 Mayıs 2020).

yata geçirilmiştir. 16 Mayıs 2006 tarihli ve 5502 sayılı “Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu”³⁷ ile tüm vatandaşların birinci basamak sağlık hizmetlerini ücretsiz alması sağlanmıştır. 20 Ekim 2005 tarihli ve 5413 sayılı “Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun, Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu ve Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamede Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun”³⁸ ile mahrumiyet bölgeleri için sözleşmeli personel uygulamasına geçilmiştir.

On Birinci Kalkınma Planı’nda “Toplam Kamu Sermaye Yatırımları”nda yer alan hedefler içerisinde sağlık sektörünün payı 32,23 milyar TL olup oransal olarak yüzde 4,3’e tekabül etmektedir.³⁹ Kamu kaynaklarından sağlık hizmetleri alanına tahsis edilen sağlık harcamalarının yanı sıra farklı finansman modelleri üzerinden kamunun sağlık hizmeti üretim kapasitesi özel sektörün katkısı ile geliştirilmiştir. Kamu kaynaklarına ilave olarak sağlık yatırımlarının “kamu-özel iş birliği” (KÖİ) yöntemiyle de gerçekleştirilmesi amacıyla yasal düzenleme yapılmış ve bu yolla başta büyükşehirlerde olmak üzere Mayıs 2013 itibarıyla yaklaşık 30 bin yatak kapasitesine sahip hastane yapımı için süreç başlatılmıştır.⁴⁰

Sağlık İstatistikleri Yıllığı’na göre 2002’de Türkiye’de Sağlık Bakanlığına bağlı 774 devlet hastanesi, 50 üniversite hastanesi, 271 özel hastane ve 61 diğer⁴¹ olmak üzere toplam 1.156 hastane bulunuyorken 2018’de bu sayı şöyle bir değişiklik göstermiştir: 889 Sağlık Bakanlığı, 68 üniversite ve 577 özel olmak üzere 1.534 hastane.⁴²

Türkiye’de sağlık tesislerinin fiziksel kapasite yetersizliği, sağlık hizmetleri finansmanının bütçe üzerinde oluşturduğu baskı, özel sektörün tecrübesinden yararlanmak isteği ve düşük kalite standartları “yap, kirala, devret” (YKD) modelinin tercih edilmesinde rol oynayan en önemli faktörlerdir.⁴³ Son dönemlerde YKD mo-

37. Bkz. “Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu”, Resmi Gazete, 16 Mayıs 2006, <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2006/05/20060520-2.htm>, (Erişim tarihi: 4 Mayıs 2020).

38. Bkz. “Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun, Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu ve Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamede Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun”, Resmi Gazete, 20 Ekim 2005, <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2005/11/20051101M1-2.htm>, (Erişim tarihi: 4 Mayıs 2020).

39. “On Birinci Kalkınma Planı”, Resmi Gazete, 18 Temmuz 2019, <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2019/07/20190723M1.pdf>, (Erişim tarihi: 4 Mayıs 2020).

40. Bkz. “On Birinci Kalkınma Planı”.

41. Sağlık İstatistikleri Yıllığı’nda Sağlık Bakanlığı, üniversite ve özel sektör dışında kalan Milli Savunma Bakanlığı hastaneleri, belediye hastaneleri ve diğer kamu kuruluşlarına ait hastaneler “diğer” olarak tanımlanmıştır.

42. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018.

43. Yusuf Uysal, “Kamu-Özel İşbirliği (Yap-Kirala-Devret) Modeli ve Şehir Hastanelerinin Sağlık Hizmetlerindeki Değişim ve Dönüşüm Üzerine Etkileri”, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi İİBF Dergisi, Cilt: 14, Sayı: 3, (2019), s. 889.

delinin tercih edilmesindeki finansmanla ilgili gerekçeler kamudaki idari ve mali açıdan yaşanan değişimlerle de ifade edilmektedir. Vergiler, uluslararası kurumlardan sağlanan finansmanlar, iç ve dış borçlanma gibi kamu gelirlerinin –sürekli bir kaynak olmalarına rağmen– etkinliklerini yitirmeleri YKD modeline ilginin artmasına sebep olmuştur. YKD modelinin tercih edilmesinde diğer bir faktör de kamu sağlık yatırım projelerinin yapım ve işletmesinde özel sektör dinamizmi ve verimliliğinden faydalanma amacıdır. Bu bağlamda YKD modeli gelecek yıllarda kamu yatırımlarına ayrılabilen kaynakların çeşitlendirilmesi ve uygulamada etkinliğin sağlanması açısından önemli bir fırsat olarak değerlendirilmektedir.⁴⁴

Türkiye’de 2020 itibarıyla sözleşmesi imzalanmış 18 şehir hastanesi bulunmaktadır. Bu hastanelerden Adana (1.550 yataklı), Elazığ (1.038 yataklı), Eskişehir (1.081 yataklı), Isparta (755 yataklı), Kayseri (1.607 yataklı), Manisa (558 yataklı), Mersin (1.294 yataklı), Yozgat (475 yataklı), Bursa Şehir Hastanesi (1.355 yataklı) ve Ankara Bilkent (3 bin 711 yataklı) ve son olarak İstanbul Başakşehir Şehir Hastanesi (2.682 yataklı) hizmete açılmış ve fiilen işletme aşamasına geçilmiştir. 2020 içerisinde hizmete alınması planlanan 4 şehir hastanesinin (Konya Karatay Şehir Hastanesi [1.250 kapasiteli], Tekirdağ Şehir Hastanesi [480 kapasiteli], Kütahya Şehir Hastanesi [610 kapasiteli] ve Kocaeli Şehir Hastanesinin [1.210 kapasiteli]) toplam kapasitesi 3 bin 550 olacaktır. 2021’de hizmete alınması planlanan 3 şehir hastanesinin ise (Ankara Etlik Şehir Hastanesi [3 bin 624 kapasiteli], Gaziantep Şehir Hastanesi [1.875 kapasiteli] ve İzmir Bayraklı Şehir Hastanesi [2 bin 60 kapasiteli]) toplam 7 bin 559 yatak kapasitesi bulunmaktadır. Böylece mevcut hizmete alınmış 16 bin 106 yatak kapasitesine sahip 11 hastaneye 2021’e kadar hizmete alınacak 7 şehir hastanesinin eklenmesiyle birlikte toplam yatak sayısının 27 bin 215 olması planlanmaktadır.⁴⁵

Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018 verileri dikkate alındığında yıllara ve sektöre göre hastane yatağı sayısı şu şekilde değişiklik göstermektedir: 2002’de 164 bin 471, 2014’te 206 bin 836 ve 2018’de 231 bin 913’tür. Yoğun bakım yatağı sayısı ise 2002’de 2 bin 214, 2014’te 28 bin 572 iken 2018’de 38 bin 98’dir. 2017 verilerine göre yüz bin kişiye düşen hastane yatağı sayısı ülkelere göre şu şekilde değişiklik göstermektedir: İngiltere’de 25,4; Almanya’da 80,0; İtalya’da 31,8; İspanya’da 29,7; Fransa’da 59,8; ABD’de 27,7 ve Türkiye’de 28,3’tür.⁴⁶

44. Uysal, “Kamu-Özel İşbirliği (Yap-Kirala-Devret) Modeli ve Şehir Hastanelerinin Sağlık Hizmetlerindeki Değişim ve Dönüşüm Üzerine Etkileri”, s. 890.

45. “Şehir Hastaneleri”, Sağlık Bakanlığı Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü, 17 Mart 2020, <https://sygm.saglik.gov.tr/%20TR,33960/sehir-hastaneleri.html>, (Erişim tarihi: 28 Nisan 2020).

46. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018.

Türkiye'nin öncelikle yatırım ve hizmet üretme kapasitesini artırma yönlü dönüşüm politikasının hizmet alıcıları tarafından algılanışı açısından değerlendirilmesi ilgili politikanın sonuçlarını görmek adına önemlidir. Bu noktada *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018* verilerini aktarabiliriz. Söz konusu veriler yıllara göre sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranını şu şekilde göstermektedir. 2003'te memnuniyet oranı yüzde 39,5 iken bu oran 2014'te yüzde 70,6'ya yükselmiştir. Bu oran 2018'de de yüzde 70,4'lük oranla aynı düzeyde kalmıştır.⁴⁷ Yine *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018* verilerine göre diğer ülkelerin 2017'de sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranı ise şu şekilde değişiklik göstermektedir. Buna göre bu oran İngiltere'de yüzde 78, Almanya'da yüzde 81, Fransa'da yüzde 69, İspanya'da yüzde 66 ve ABD'de ise yüzde 76'dır. Sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranının en yüksek olduğu ülkeler ise yüzde 90 ile Hollanda, yüzde 89 ile Norveç ve Belçika'dır.⁴⁸

47. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018.

48. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018.

SAĞLIK HİZMETLERİNDE İNSAN KAYNAĞI

Sağlık hizmetinin erişilebilir, verimli ve etkin biçimde yürütülmesinin en önemli unsurunu insan kaynağı oluşturmaktadır. İnsan kaynağı unsuru açısından sağlık hizmetleri birden çok kariyer uzmanlığını gerekli kılan kompleks bir niteliğe sahiptir. Sağlık sektörü farklı uzmanlık alanlarından hekimler, diş hekimi, ebe, hemşire, sağlık teknisyeni, paramedikler ve tıbbi sekreter gibi çok sayıda uzman personelin istihdam edildiği bir hizmet sektörüdür. Sağlık sektöründe farklı uzmanlaşmalarla hizmet sunan sağlık ve yardımcı sağlık personeli kapasitesinin ülkenin nüfus artış hızı, genç ve yaşlı nüfus oranı gibi demografik ve sosyoekonomik dinamikleri dikkate alır biçimde oluşturulması icap etmektedir. Türkiye'nin ilgili demografik ve sosyoekonomik gerçeklik doğrultusunda sağlık hizmetine erişilebilirliği artırmak adına geçtiğimiz yıllarda kapasite artırımı yönünde bir insan kaynağı politikası geliştirdiği görülmektedir.

Nitekim 2002'den 2018'e kadar olan döneme ilişkin Tablo 2'deki sayısal veriler bu gerçekliği yansıtmaktadır. TÜİK Sağlık İstatistikleri verilerine göre 2002'de sağlık personeli sayısı 294 bin 587 iken bu sayı 2014'te 823 bin 69'a yükselmiştir. 2018'de bu sayı 1 milyon 16 bin 401 kişiye ulaşmıştır.⁴⁹

49. "TÜİK Sağlık İstatistikleri", http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1095, (Erişim tarihi: 18 Nisan 2020).

TABLO 2. SAĞLIK PERSONELİ SAYISININ DAĞILIMI (2002-2018)⁵⁰

	2002	2014	2015	2016	2017	2018
Hekim	91.949	135.616	141.259	144.827	149.997	153.128
Diş Hekimi	16.371	22.996	24.834	26.674	27.889	30.615
Eczacı	22.289	27.199	27.530	27.864	28.512	32.032
Hemşire	72.393	142.432	152.803	152.952	166.142	190.499
Ebe	41.479	52.838	53.086	52.456	53.741	56.351
Diğer Sağlık Personeli ⁵¹	50.106	138.878	145.943	144.609	155.417	177.409
Diğer Personel ve Hizmet Alımı ⁵²	-	303.110	311.337	321.952	339.241	376.367

Kuşkusuz uzmanlaşma esasına dayalı biçimde nitelikli insan kaynağı oluşturabilmenin temel koşulu mesleki eğitim ve yükseköğrenim düzeyinde ihtiyaç temelli bir eğitim planlamasının yapılmasıdır. Türkiye sağlık hizmetleri alanında ihtiyaç duyulan uzman insan kaynağı ihtiyacını karşılamak ve hizmet kapasitesini maksimize edebilmek adına sağlık eğitimi alanında son on beş yılda okullaşma oranlarını artırma yönlü bir eğitim politikası belirlemiştir. Yeterli düzeyde sağlık insan kaynağını temin edebilme adına yükseköğretim alanındaki okullaşma oranlarını artırma yönlü eğitim politikası ile paralel biçimde yeni tıp fakülteleri kurulmuştur. Nitekim Yükseköğretim Kurulu (YÖK) verilerine göre 2002-2003 eğitim öğretim döneminde 44 olan tıp fakültesi sayısı yaklaşık iki buçuk (2,57) katına çıkarak 2020 itibarıyla 113'e yükselmiştir.⁵³ Okullaşma oranlarındaki bu dramatik artış kuşkusuz yükseköğretimde kalite sorununu beraberinde getirmiştir. YÖK, lisans düzeyinde sağlık eğitimi alanında kalite sorununu çözebilmek adına “başarı sıralaması” kriteri getirmiştir. Bu doğrultuda YÖK 30 Ocak 2015'te “başarı sırasına göre sınırlama” uygulamasını geliştirmiş-

50. “TÜİK Sağlık İstatistikleri”.

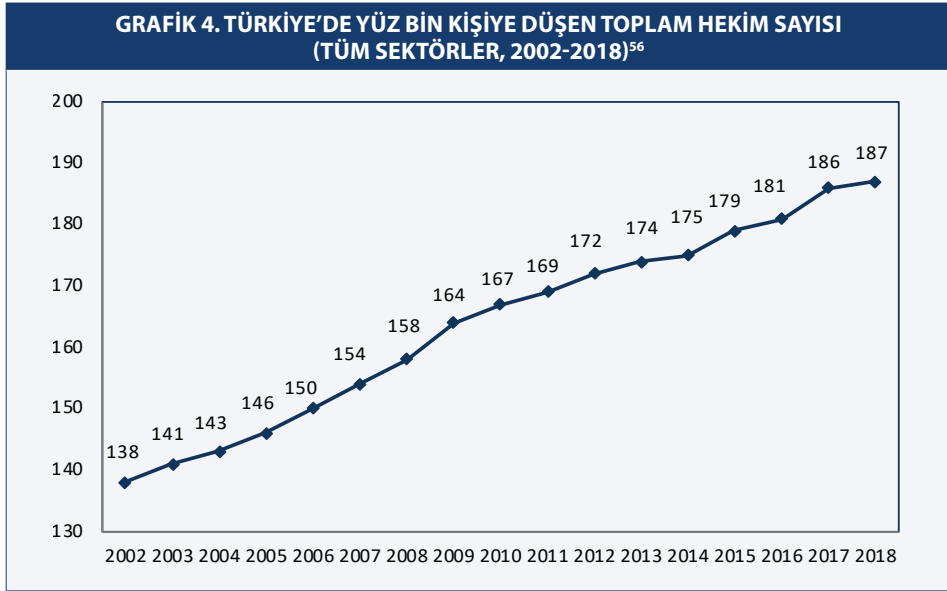
51. TÜİK Sağlık İstatistikleri: “Diğer Sağlık Personeli” grubuna aşağıdaki branşlarda çalışanlar dahil edilmiştir: ameliyat teknisyeni, anestezi teknisyeni, biyolog, çevre sağlığı teknisyeni, çocuk gelişimcisi, diş protez teknisyeni, diş teknisyeni, diyetisyen, fizik tedavi teknisyeni, fizikoterapist, fizyoterapist, ilk ve acil yardım teknisyeni, ilk ve acil yardım teknikeri, kalp akciğer pompa çalışma teknisyeni, laboratuvar teknikeri, laboratuvar teknisyeni, odyolog, odyometri teknikeri, odyometri teknisyeni, ortopedi teknisyeni, patolojik anatomi teknisyeni, perfüzyonik pompa teknisyeni, protez teknisyeni, psikolog, röntgen teknisyeni, sağlık fizikçisi, sağlık savaş memuru, sağlık teknikeri, sağlık teknisyeni, sitopatoloji, sosyal çalışmacı, tıbbi sekreter, tıbbi teknolog, toplum sağlığı teknisyeni.

52. TÜİK Sağlık İstatistikleri: Diğer personel ve hizmet alımına ait veri kaynağı değiştiğinden 2011 öncesi için tanıma uygun sağlıklı verilere ulaşılamamıştır.

53. Bkz. <https://istatistik.yok.gov.tr>, (Erişim tarihi: 4 Mayıs 2020).

tir.⁵⁴ Söz konusu uygulamaya göre adayların tıp fakültesi tercih edebilmek için “en düşük 50 bin” başarı sıralamasına girmesi icap etmektedir.⁵⁵

Sağlık hizmetinin merkezi figürü olan hekimlerin sayısı uluslararası endekslerde sunulan hizmetin yeterliliğinin belirlenmesi adına bir parametre olarak kabul edilmektedir. Hekim başına düşen kişi sayısının oranı sağlık hizmetlerine erişim düzeyine ilişkin açıklayıcı bir çerçeve sunmaktadır. Söz konusu verilerin diğer gelişmiş akran ülkelerle karşılaştırılması da anlamlı bir perspektif kazandırmaktadır. Buna göre Türkiye’nin 2018 verileri Grafik 4’te verilmiştir. Görüldüğü üzere tüm sektörlerde hekim sayısı yıllara göre istikrarlı bir artış göstermiştir. On altı yıllık süreçte kişi başına düşen hekim sayısı yaklaşık bir buçuk (1,36) katına çıkmıştır. Aşağıda verilen OECD ortalaması dikkate alındığında bu artışın daha ivmeli olması gerektiği aşıkardır.



54. “Türkiye’deki yükseköğretim kurumlarına yerleştirme işlemlerinde; Tıp programlarına programın yerleştirme puan türünde başarı sırası 40 bininci sırada olan adayın yerleştirme puanının altında yerleştirme puanına sahip adaylar yerleştirilmeyecektir.” Bkz. “2015 ÖSYS Tercih Kılavuzu”, ÖSYM, <https://www.osym.gov.tr/TR,50/2015-osys-yuksekoğretim-programlari-ve-kontenjanlari-kilavuzu.html>, (Erişim tarihi: 4 Mayıs 2020); “Tıp programlarına programın yerleştirme puan türünde başarı sırası 50 bininci sırada olan adayın yerleştirme puanının altında yerleştirme puanına sahip adaylar yerleştirilmeyecektir. Bu şartı sağlamayan adaylar ilgili programı tercih edemeyeceklerdir. Bu şartı sağlayamayan adayların, tercih yapmış olsalar bile ilgili tercihleri yerleştirme işlemine alınmayacaktır.” Bkz. “2018 ÖSYS Tercih Kılavuzu”, ÖSYM, <https://www.osym.gov.tr/TR,15240/2018-yuksekoğretim-programlari-ve-kontenjanlari-kilavuzu.html>, (Erişim tarihi: 4 Mayıs 2020).

55. “Tıp programlarına; programın, yerleştirme puan türünde başarı sırası 50 bininci sırada olan adayın yerleştirme puanının altında yerleştirme puanına sahip adaylar yerleştirilmeyecektir. Bu şartı sağlamayan adaylar ilgili programı tercih edemeyeceklerdir. Bu şartı sağlayamayan adayların, tercih yapmış olsalar bile ilgili tercihleri yerleştirme işlemine alınmayacaktır.” Bkz. “2019 ÖSYS Tercih Kılavuzu”, ÖSYM, <https://www.osym.gov.tr/TR,16858/2019-yuksekoğretim-programlari-ve-kontenjanlari-kilavuzu.html>, (Erişim tarihi: 4 Mayıs 2020).

56. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018.

Söz konusu parametre üzerinden diğer ülkelerin 2017'ye ait verileri dikkate alındığında şöyle bir tablo karşımıza çıkmaktadır; 100 bin kişiye düşen toplam hekim sayısı Almanya'da 425, İtalya'da 399, İspanya'da 388, Fransa'da 316, ABD'de 261, İngiltere'de 281 ve Türkiye'de ise 187'dir. OECD ortalaması ise 348'dir.⁵⁷ Diğer ülke verileri ve ortalama dikkate alındığında Türkiye'de son on beş yılda hekim sayısındaki dramatik artışa rağmen yaklaşık iki kata yakın bir oransal farklılık bulunmaktadır.

Ancak bu oransal farklılık Türkiye'de üretilen sağlık hizmetinin niteliği ve niceliği noktasında sözü edilen ülkelerle mukayese edildiğinde anlamını büyük ölçüde yitirmektedir. Bu noktada bir hekimin ne kadar hasta karşıladığı ve ne kadar hizmet ürettiği daha büyük önem arz etmektedir. Türkiye'nin hem hekim hem de yardımcı sağlık personelinin mesleki yetkinlikleri kadar bireysel özverileri ve sorumluluk alma bilinçleri açısından yüksek vasıfları bu oransal açıklığı kapatma potansiyeline sahiptir. Bu durum Türkiye'nin sağlık turizmi açısından sahip olduğu cazibe ve ürettiği hizmet kalitesinde de görülmektedir.

Nitekim bu gerçeklik koronavirüs pandemisi ile mücadelede sağlık çalışanlarının göstermiş olduğu özverili emek ile kendisini göstermiştir. Tablo 3'te hekim başına düşen hasta müracaat sayısına ilişkin verilen istatistiksel bilgi ile diğer ülke verileri mukayese edildiğinde bu özverili emek ve hizmet kalitesi kendisini ortaya koymaktadır.

TABLO 3. HEKİM SAYISI, HEKİM BAŞINA DÜŞEN KİŞİ SAYISI VE HEKİM BAŞINA DÜŞEN HASTA MÜRACAAT SAYISI. ⁵⁸			
Yıllar	Hekim Sayısı	Hekim Başına Düşen Kişi Sayısı	Hekim Başına Düşen Hasta Müracaat Sayısı
2009	118.641	612	4.447
2018	153.128	536	5.110

Oldukça özverili bir emek ve yoğun mesai ile nitelikli bir sağlık hizmeti sunma çabasında olan sağlık çalışanlarının çalışma saatleri ile gelir durumları arasındaki karşılaştırma da ayrı bir endeks olarak kaydedilmelidir. Bu konudaki uluslararası endeksler çerçevesinde bir mukayese yapıldığında şöyle bir tablo ile karşılaşmaktadır. İngiltere Ulusal İstatistik Ofisi⁵⁹ 2019 verilerine göre insan sağlığı ve sosyal hizmet sektörü haftalık çalışma saati işçi başına 29,5 saattir. Almanya

57. Sağlık İstatistikleri Yılığ 2018.

58. "TÜİK Sağlık İstatistikleri", TÜİK, http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1095, (Erişim tarihi: 18 Nisan 2020).

59. "Office for National Statistics", İngiltere Ulusal İstatistik Ofisi, <https://www.ons.gov.uk/employmentandlabourmarket/peopleinwork/earningsandworkinghours/datasets/averagehoursworkedbyindustryhour03>, (Erişim tarihi: 21 Nisan 2020).

Federal İstatistik Birimi⁶⁰ verilerine göre hizmet sektörü haftalık ortalama çalışma saati 38,5 saattir.⁶¹

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin yoğunluğu karşısında özveriyle çalışan sağlık personelinin emeğinin ücretlendirilmesi konusunda bir iyileştirme beklentisinden söz edebiliriz. Nitekim kısmen bu beklentiye karşılık olacak biçimde içinde bulunduğumuz pandemi döneminde bu özverili emeği onurlandırıcı icrai adımlar atılmıştır. Ayrıca sağlıkta dönüşüm programı çerçevesinde geliştirilen performans dayalı ücretlendirme uygulamasının öncelikle ortaya çıkardığı bazı etik sorunları da bertaraf etme adına bir ücretlendirme politikasının geliştirileceği beklentisi de kamusal düzeyde dillendirilmektedir. Çalışanlar arasında hakkaniyet ilkesini zedelemeyecek bir ücretlendirme uygulamasının geliştirilmesi özellikle dinamik biçimde sürdürülen sağlık yatırımları sürecinde anlamlı bir adım olarak kaydedilmelidir.

60. “Pressemitteilung Nr. N 015 vom 27. März 2020”, Almanya Federal İstatistik Birimi, https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2020/03/PD20_N015_623.html, (Erişim tarihi: 21 Nisan 2020).

61. “Statistisches Bundesamt”, Almanya Federal İstatistik Birimi, https://www.destatis.de/DE/Home/_inhalt.html, (Erişim tarihi: 21 Nisan 2020).

SAĞLIKTA ŞİDDET OLGUSU

Tarihsel ve beşeri bir gerçeklik olarak şiddet olgusu⁶² insanlık tarihi ile eş bir tarihsel arka plana sahiptir. Ötekinin üzerinde üstünlük kurma, kişiyi bir şeyi yapmaya icbar etme, zorbalık yapma, kontrolsüz öfkelenme, çatışma, mücadele veya savaş gibi birçok farklı saik ve zeminlerde farklı biçimlerde tezahür eden şiddet eylemleri temelde insan onuruna kasteden insanlık dışı fiiller olarak nitelendirilebilir. İnsanlık tarihi ister bireysel ister kolektif ya da sistematik olsun her dönemde bu yıkıcı ve onur kırıcı eylemlerin tarihi olmuştur. İnsan tekinin sadece beden bütünlüğünü değil aynı zamanda tinsel bütünlüğünü de hedef alan bu habis eylem türlerinin ardında yatan patolojik saikler farklı disiplinler imkanlar çerçevesinde çok boyutlu biçimde analiz edilebilir. Bu türden bir analiz kuşkusuz bu raporun sınırlarını aşacaktır. Ancak burada kaydedilmelidir ki modern çağda şiddet olgusu hem araçsal aygıtları hem de etkileri açısından değerlendirildiğinde daha yoğunlaşık yaşamsal travmalar yaratmaktadır. Hedef aldığı kesim ya da bireyler, uygulandığı yöntemler, maruz bıraktığı yıkımlar ile fiziksel ve tinsel sonuçları itibarıyla çeşitlenen şiddet türleriyle mücadele oldukça sofistike bir mücadele stratejisini gerekli kılmaktadır.

Şiddet olgusu ile mücadele modern zihin dünyasının parçalı evreniyle koşutluk arz eder biçimde şiddet eylemlerini yöneldiği seçici hedefleri üzerinden tanımlamaktadır. Şiddete maruz bırakılan bu seçilmiş gruplardan olmak üzere

62. Bkz. Muharrem Kılıç, "Yasal Koruma ve Güvence Sistemleri Açısından Şiddetin Hukuksal Çerçevesi", Legal Hukuk Dergisi, Cilt: 11, Sayı: 132, (2013), s. 3-34.

“aile içi şiddet” ve “kadına yönelik şiddet” gibi belirli bir gruba yönelik şiddet tanımlamaları yapılmaktadır. Kuşkusuz sınırlandırıcı ve sınıflandırıcı bu tanımlamalar hedef grupların maruziyetine kamusal ilgiyi ve hassasiyeti artırma işlevi görmektedir. Ancak bu durum bütün katmanları, grupları ve tekil bireyleri ile toplumu hedef alan şiddetin total varlığını gölgede bırakma riskini barındırmaktadır. Bu riski dikkate alan mücadele stratejisinin hukuk politikasından ceza adaletine, infaz rejiminden eğitim sistemine, sosyal politikalardan kültür politikasına varıncaya kadar kapsamlı bir çerçeve üzerinden yapılandırılması gerekmektedir.

Şiddet eylemlerine maruz kalan hedef gruplardan birisini de sağlık çalışanları oluşturmaktadır. Sağlık çalışanlarını hedef alan bu şiddet türü eylemin faili ile mağduru arasındaki ilişkinin niteliği açısından diğerlerinden farklı kendine özgü bir sosyopsikolojik duruma işaret etmektedir. Sağlık ile hastalık, yaşam ile ölüm arasında bir kavşakta maruz kalınan çaresizlik karşısında kendisine sağaltıcı bir el olarak müracaat edilen kişiye (sağlık çalışanı) yönelen şiddet eyleminin saikini anlamlandırmak ve failini çözümlemenin güçlüğü aşıkardır. Lütuf ve şifa elini kahrıyla yok eden ve kurtarıcısının celladına dönüşen zorbalığın derin paradoksları anlamsızlıklar dünyasına bizi gark etmektedir. Eylem sosyolojisi açısından şiddet bir tür zihinsel ve buna bağlı biçimde iletişimsel yetersizlik ile tinsel çaresizliğin ürünüdür. Bu verili yetersizliğe ve çaresizliğe eşlik eden patolojik eylemsellik daha derinlikli bir analizi gerektirmektedir. Bütün dünyada yaygın bir şiddet türü olarak sağlık çalışanlarına yönelen bu zorbalığın sebep ve sonuçlarının analizi kadar önleme mekanizmaları üzerinde de kolektif bir zihinsel çaba yürütülmesi icap etmektedir.

Dünya uluslarının başta sosyoekonomik gelişmişlik düzeyleri olmak üzere bütün güç parametrelerinin anlamsızlaştığı koronavirüs pandemisi döneminde bu gereklilik kendisini bir kez daha güçlü biçimde göstermiştir. Zira tanıklık ettiğimiz bu zorlu süreçte ülkeler açısından en kritik mücadele aracı sağlık çalışanları ve onların üretmiş oldukları sağlık hizmetleri kapasitesi olmuştur. Bir ülkenin sağlık altyapısı ve hizmet kapasitesinin gelişmişlik düzeyi sayıca yeterli, özverili ve yetkin sağlık çalışanları olmaksızın anlamsızlaşmaktadır. Bu durum çaresiz insanlara cömertlik ve özveri ile dokunan lütuf eline yönelen şiddet karşısında yeni bir kamusal farkındalık yaratmıştır.

Küresel bir yaygınlık gösteren bu olguyu Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) önemli halk sağlığı sorunlarından birisi olarak nitelendirmektedir. DSÖ bu olguyu “fiziksel güç veya iktidarın kasıtlı bir tehdit veya gerçeklik biçiminde bir başkasına uygulanması sonucunda maruz kalan kişide yaralanma, ölüm ve psikolojik zarara

yol açması ya da açma olasılığı bulunması” durumu olarak tanımlanmaktadır.⁶³ Sağlık kurumlarındaki şiddet olgusu ise “hasta, hasta yakınları ya da diğer herhangi bir bireyden gelen, sağlık çalışanı için risk oluşturan; tehdit davranışı, sözel tehdit, fiziksel saldırı ve cinsel saldırıdan oluşan durum” olarak tanımlanabilir.⁶⁴

Sağlık çalışanlarına yönelen şiddet eyleminin failini ve onun patolojik saiklerini paranteze alarak kaydedecek olursak şiddeti tetikleyen birtakım dışsal bileşenlerden söz edebiliriz. Bunlardan bazıları literatürde şöyle sıralanmaktadır; “sağlık hizmetine erişimde yaşanan kısıtlar, sağlık kurumlarının fiziki altyapısının yetersizliği, tanı ve tedavi işlemlerinin izole ortamlarda yapılamaması, sunulan sağlık hizmetinin yoğunluktan ötürü uzun beklemelere yol açması, yetkin personel ve ekipman yokluğu, yoğun ve uzun süreli çalışma, muayene sürelerinin kısa oluşu, bilgilendirme sistemlerinin yetersizliği, bireysel silahlanma gibi.”⁶⁵ Birtakım yapısal sorunlar ve kurumsal yoksunluklar ile şiddet eylemi arasında dolaylı da olsa bir bağ kurulabilmesi olası olmakla birlikte sıralanan bu sebeplerin hiçbiri şiddeti gerekçelendirebilir ya da mazur görülebilir kılmamaktadır. Ancak daha da temelde şiddet eyleminin kökeninde faili çevreleyen kültürel öğeler ve eğitim düzeyi yer almaktadır.

Sağlık çalışanlarına yönelen şiddet olgusunu dışsal nedenler üzerinden açıklama kolaycılığının bir başka örneği uygulanan sağlık politikasının ya da “Sağlıkta Dönüşüm Programı” ve uygulamaları ile şiddet arasında kurulan bağa ilişkin tezdur. Söz konusu politikanın “sağlık hizmetinden beklentileri yükseltmesi, kıskırtılmış hasta başvuru talebi yaratması, sağlık hizmetinin niteliğindeki yetersizlik, politik figürlerin ve medyanın sağlık çalışanlarına yönelik mesleki değersizleştirilmesi, performans ve hak ediş sistemlerinin sağlık hizmetinde temel çalışma anlayışı olarak uygulanması”⁶⁶ gibi birtakım gerekçelerle şiddet eylemlerini körüklediği kaydedilmiştir.

Dünya Tabipler Birliği (World Medical Association, WMA) şiddet ortamında sağlık çalışanlarının korunmasına ilişkin deklarasyonunda hükümlere ve şiddet uygulayan taraflara yönelik uyarılarda bulunmuştur. Buna göre öncelikle deklarasyon Cenevre Sözleşmeleri ve ek protokollerine dikkat çekerek silahlı çatışmalar ve diğer şiddet durumları da dahil olmak üzere “sağlık personelinin güvenliği-

63. “Definition and Typology of Violence”, Dünya Sağlık Örgütü, <http://www.who.int/violenceprevention/approach/definition/en/index.html>, (Erişim tarihi: 4 Mayıs 2020).

64. Bkz. Fatih Özcan ve Erdiç Yavuz, “Türkiye’de Sağlık Çalışanları Şiddet Tehdidi Altında”, The Journal of Turkish Family Physician, Cilt: 8, Sayı: 3, (2017), s. 68.

65. Hasan Oğan ve Mustafa Sercan (haz.), Şiddetle Başa Çıkmak, Dördüncü Baskı, (İstanbul Türk Tabipleri Birliği Yayınları, İstanbul: 2019), s. 17-18.

66. Oğan ve Sercan, Şiddetle Başa Çıkmak, s. 18.

ni, bağımsızlığını ve kişisel güvenliğini sağlamak” yükümlülüğünü hatırlatmıştır. Sağlık personelinin yaralı ve hastalara karşı tıbbi görevlerini ceza veya sindirme korkusu olmadan “serbest, bağımsız ve meslek ilkelerine” uygun olarak yerine getirmelerini sağlama sorumluluğuna dikkat çekmiştir. Deklarasyon “sağlık çalışanları için mümkün olan en güvenli çalışma ortamının sağlanması ve bunların müdahale ve saldırılara karşı korunmasını” telkin etmektedir. Ayrıca çatışma durumlarında tıbbi tarafsızlığı koruyan uluslararası insancıl ve insan hakları hukuku ilkelerine saygı gösterilmesini de öngörmektedir. Bütün bunları teminen de sağlık çalışanlarının korunmasına ilişkin uluslararası normların farkındalığını artırmak ve sağlık hizmetlerine yönelik tehditlerle mücadele stratejilerini belirlemek adına farklı aktörler arasında etkin iş birliğinin geliştirilmesini öngörmektedir.⁶⁷

67. “Declaration on the Protection of Health Care Workers in Situation of Violence”, Dünya Tabipler Birliği, (2014), <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-on-the-protection-of-health-care-workers-in-situation-of-violence>, (Erişim tarihi: 22 Nisan 2020).

DÜNYADA SAĞLIKTA ŞİDDET OLGUSU

Dünya Sağlık Örgütü (WHO), Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) ve Uluslararası Hemşireler Birliği'nin (ICN) 2002'de yayımlanmış oldukları *Sağlık Sektöründe İş Yeri Şiddeti* başlıklı ortak rapor sektörel anlamda şiddet olgusunun dağılımına ilişkin ilginç bir veri sunmaktadır. Bu raporda yer alan verilere göre “tüm sektörlerdeki şiddet olaylarının yüzde 25'inin sağlık sektöründe meydana geldiği ve sağlık çalışanlarının yüzde 50'sinden fazlasının mesleklerini uyguladıkları herhangi bir zamanda şiddete maruz kaldıkları” kaydedilmiştir. Maruz kalınan şiddet türleri üzerinden yapılan veri tasnifine göre farklı ülkelerde bulunan sağlık çalışanlarının yüzde 3-17'sinin fiziksel şiddet, yüzde 27-67'sinin sözel şiddet, yüzde 10-23'ünün psikolojik şiddet, yüzde 0,7-0,8'nin cinsel içerikli şiddet ve yüzde 0,8-2,7'sinin ise etnik temelli şiddet eylemlerine maruz kaldıkları belirtilmiştir.⁶⁸

ILO'nun 2002'de yedi ülkede (Brezilya, Bulgaristan, Lübnan, Portekiz, Güney Afrika, Tayland ve Avustralya) gerçekleştirmiş olduğu çalışma psikolojik şiddetin fiziksel şiddetten daha yaygın olduğu yönündeki çarpıcı bulguyu ortaya çıkarmıştır. Söz konusu araştırmanın önemli bir bulgusu da sağlık sektörüne ait iş yerlerinde psikolojik şiddetin yaygın olarak bulunmasının yanı sıra “sözlü taciz” yoluyla gerçekleşen şiddetin başı çekmesidir. Ülke verileri dikkate alındığında Brezilya'daki katılımcıların bir yılda yaklaşık yüzde 40'ının sözlü taciz yaşadığı

68. Jon Richards, “Management of Workplace Violence Victims”, ILO/ICN/WHO/PSI Workplace Violence in the Health Sector, (2003), https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/interpersonal/en/WVmanagementvictims.pdf, (Erişim tarihi: 4 Mayıs 2020).

görülmüştür. Benzer biçimde sözlü tacize uğrayan sağlık çalışanlarının oranı Bulgaristan'da yüzde 32, Güney Afrika'da yüzde 60, Tayland'da yüzde 48, Lübnan'da yüzde 41 ve Avustralya'da yüzde 67 olarak kaydedilmiştir.⁶⁹

Şiddet eylemlerine yol açan bireysel, toplumsal ve diğer sebeplere ilişkin araştırmalar şiddetle doğru bir mücadele stratejisi geliştirebilmek adına önem arz etmektedir. Bu noktada ulusal şiddet önleme stratejilerinin belirlenmesinde uluslararası araştırmalar da yol gösterici niteliktedir. Bunlardan ILO'nun yapmış olduğu bir saha araştırması⁷⁰ genel ölçekli bir soruna işaret etmektedir. Buna göre sağlık çalışanlarına şiddete yönelik olarak ILO'nun yaptığı ankete verilen cevaplara göre şiddet sebeplerinin başında hastanın kişiliği yer alırken daha sonra ülkenin ekonomik ve sosyal durumu ile çalışma şartlarının durumuna ilişkin sorunlar gelmektedir.⁷¹

İlgili ölçekte şiddet eylemlerinin yönelmiş olduğu hedef grupların analizi mücadele eylem stratejisi açısından önem arz etmektedir. Bu noktada yapılan uluslararası çalışmalar farklı sayısal bulgular içermektedir. Bunlardan İngiltere'de yapılan bir çalışmada şiddet görenlerin yüzde 43,4'ünü hemşirelerin ve yüzde 13,8'ini ise hekimlerin oluşturduğu görülmüştür.⁷² Bir başka çalışmada şiddete uğrayan sağlık çalışanları içerisinde yüzde 66,67'sinin hemşire, yüzde 22,99'unun sağlık memuru ve yüzde 10,34'ünün de acil tıp teknisyeni olduğu kaydedilmiştir. İtalya'da 2011'de gerçekleştirilen bir çalışmada bir yıl içinde hemşirelerin yüzde 49'unun şiddete maruz kaldıkları ve bunların yüzde 82'sinin ise sözel şiddet olduğu belirlenmiştir. İsrail'de 2005'te yapılan bir çalışmada bir önceki yılda hekimlerin yüzde 56'sının en az bir sözel şiddet ve yüzde 9'unun da en az bir fiziksel şiddete maruz kaldıkları görülmüştür. Türkiye'de 2009'a ait üniversite hastanesinde yapılan bir çalışmada ilgili sağlık kurumunda çalışan hekimlerden yüzde 60,9'unun çalışma yaşamı boyunca şiddete maruz kaldığı kaydedilmiştir.⁷³ ABD Çalışma İstatistikleri Bürosunun (U.S Bureau of Labor Statistics) 2018 verilerine göre sağlık çalışanlarının maruz kaldığı şiddet eylemi

69. Duncan Chappell ve Vittorio Di Martino, *Violence at Work*, Üçüncü Baskı, (International Labour Office, Geneva: 2006).

70. Richards, "Management of Workplace Violence Victims".

71. "Sağlık Çalışanlarına Yönelik Artan Şiddet Olaylarının Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu Raporu", TBMM, (Ocak 2013), https://www.tbmm.gov.tr/arastirma_komisyonlari/saglik_calisanlari/docs/ss454.pdf, (Erişim tarihi: 4 Mayıs 2020).

72. Sue Winstanley ve Richard Whittington, "Aggression Towards Health Care Staff in a UK General Hospital: Variation Among Professions and Departments", *Journal of Clinical Nursing*, Cilt: 13, Sayı: 1, (2004), s. 3.

73. Mustafa Said Yıldız, "Türkiye'de Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Ankara İlinde Araştırma", *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, Cilt: 22, Sayı: 1, (2019), s. 135-156.

sayısı 15 bin 230'dur. Söz konusu şiddet eylemlerinin yaklaşık üçte biri (5 bin 110) hastanelerde gerçekleşmiştir.⁷⁴

Bazı ülkeler bazında hasta veya hasta yakınlarından haftada en az bir kez şiddet gören hemşire sayısına ilişkin oran meselenin vahametini göstermektedir. Buna göre ilgili meslek grubunda şiddete maruz kalma oranı İtalya'da yüzde 24, İngiltere'de yüzde 29, Fransa'da yüzde 39 ve Almanya'da yüzde 28'dir.⁷⁵ Başkaca ülke verilerine yer veren bir başka araştırmaya göre hemşirelerin Hong Kong'da yüzde 76'sının, Tayvan'da yüzde 62'sinin, İngiltere'de yüzde 88'inin ve Avustralya'da yüzde 95'inin çalışma yaşamları boyunca en az bir defa şiddet olayına maruz kaldığı kaydedilmiştir. Maruz kalınan şiddet türleri açısından yapılan sıralamaya göre ise en çok maruz kalınan şiddet türü sözel şiddettir. Onun ardından yıldırma, fiziksel saldırı ve cinsel saldırı şeklindeki şiddet eylemleri gelmektedir.⁷⁶

Türkiye'de ise 2014'te 238 sağlık çalışanı üzerine yapılmış bir anket çalışmasının verileri de dikkat çekicidir. Bu ankete iştirak eden katılımcılardan yüzde 15,4'ü fiziksel şiddete maruz kaldıklarını beyan etmiştir. Bunun dışındaki katılımcıların yüzde 91'i sözel şiddet, yüzde 48,7'si mobbing ve yüzde 2,6'sı cinsel tacize maruz kaldığını belirtmiştir. 2013'te yaşanan şiddet olaylarının uygulayıcılarına göre – cinsel taciz yaşanmamakla birlikte– fiziksel (yüzde 53,8) ve sözel (yüzde 52,6) şiddetin en çok hasta yakınları tarafından uygulandığı tespit edilmiştir. Mobbing (yüzde 31,6) ise en fazla yöneticiler tarafından uygulanmaktadır.⁷⁷ Yapılan ankette hekimlerin fiziksel şiddete uğrama oranı yüzde 11,7 iken hemşirelerin yüzde 9,1 ve diğer sağlık çalışanlarının ise yüzde 31,4'tür.⁷⁸

Ülkemizdeki çalışmalara göre sağlık çalışanlarının şiddete maruz kalma oranı yüzde 49-91 arasında olup şiddetten ruhsal olarak etkilenme oranı ise yüzde 36-92 arasındadır. 2016-2017 "Beyaz Kod" verilerine göre ise her gün ortalama 30 sağlık çalışanı şiddet görmektedir. Beyaz Kod verilerine göre 2016'da fiziksel şiddet sayısı 3 bin 553, sözel şiddet sayısı 8 bin 386'dır.⁷⁹

74. "Injuries, Illnesses, and Fatalities", ABD Çalışma İstatistikleri Bürosu, https://www.bls.gov/iif/oshwc/osh/case/cd_r4_2018.htm, (Erişim tarihi: 4 Mayıs 2020).

75. Milczarek Malgorzata, Workplace Violence and Harassment: A European Picture, (European Agency for Safety and Health at Work, EU-OSHA Luxembourg: 2010), <https://osha.europa.eu/en/publications/workplace-violence-and-harassment-european-picture/view>, (Erişim tarihi: 4 Mayıs 2020).

76. Deniz Boz Eravcı, "Şiddet; Sağlık Çalışanları Üzerindeki Etkisi, Risk Faktörleri 'Bir Kamu Hastanesi Örneği'", (Çalışma ve Sosyal Güvenlik Eğitim Uzmanlığı Tezi, Ankara: 2014), s. 23.

77. Boz Eravcı, "Şiddet; Sağlık Çalışanları Üzerindeki Etkisi, Risk Faktörleri 'Bir Kamu Hastanesi Örneği'", s. 60.

78. Boz Eravcı, "Şiddet; Sağlık Çalışanları Üzerindeki Etkisi, Risk Faktörleri 'Bir Kamu Hastanesi Örneği'", s. 82.

79. Oğan ve Sercan, Şiddetle Başa Çıkmak, s. 25.

SAĞLIK ÇALIŞANLARINA YÖNELİK ŞİDDETİ ÖNLEME STRATEJİSİ

Küresel yayılımı olan bir “halk sağlığı sorunu” olarak şiddetin önlenmesine yönelik strateji (yukarıda değinildiği üzere) bizatihi şiddetin toplumsal yaşamı esir alan totalitesi dikkate alınarak geliştirilmek durumundadır. Bu temel öncül üzerinden geliştirilmiş olan şiddeti önlemeye dönük mekanizmalar üretilmelidir. Bunu mümkün kılacak perspektif çok boyutlu biçimde hak bilincinden mevzuat altyapısına, eğitim sisteminden kamusal farkındalığa, medyanın dilinden kültür-lenme biçimlerine, sağlık hizmetlerinin organize edilmesinden sağlık personelinin istihdamı politikasına, destek hizmetlerinden ücret politikasına kadar çeşitlenen bir çerçeveyi gerekli kılmaktadır. Bu nedenle önleyici strateji bağlamını böylesi geniş bir spektrumda ele alacağız.

Öncelikli sorun olarak modern dönemde “hak” bilincine ilişkin çarpıtılmış toplumsal bir kabul olduğunu kaydedebiliriz. Bu, sorumluluk fikrinin kendisine eşlik etmediği çarpık hak inancının ortaya çıkardığı bir eylemsel patolojidir. Etik-jüridik kaygıdan ve öz sorumluluk sınırlarından uzak kalan hak iddiası ile tahrik olan istediğini yapabilme hazzı bu patolojinin saiki olarak tanımlanabilir. Sorumluluk hukukunun ve ahlakının tayin edici sınırlarını göz ardı eden hak ve haklılık fikri ile beslenen bu davranışsal tutumu besleyen politikalar ve uygulamalar da hak fikrinin fetişleşmesine yol açmıştır. Bunun bir örneği de hasta haklarına ilişkin geliştirilen farkındalıkla birlikte ortaya çıkan davranışsal sapmadır.

Bu noktada diğer hak kategorileri için de geçerli olmak üzere hasta haklarının sorumluluklardan azade biçimde kamusal görünürlüğünün artırılarak ön

plana çıkarılması şiddet tutumlarının bir gerekçe olarak üretilmesine yol açabilmektedir. Hak alanlarının sınıfsal aidiyetleri üzerinden birbiri ile çatışan kategorilere indirgenmesi hak temelli iddiaları etik ve hukuk dışı bir çatışma alanına dönüştürmektedir. Bu nedenle grupsal ayrıma dayalı olan hasta ya da sağlık çalışanlarının haklarından ziyade “sağlık hakkı”nın ön plana çıkarılması daha isabetli olacaktır.⁸⁰ Genel insan hakları sistematığına uygun biçimde kavramsallaştırılıp tasnif edilmiş olan sağlık hakkı ayrımsız biçimde tarafların hak-sorumluluk dizgelerine bir bütün olarak işaret etmektedir.

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti bertaraf etmek amacıyla geliştirilecek olan önlem paketlerinin farklı başlıklar altında güvenlikten eğitime, çalışma koşullarından yasal çerçeveye kadar geniş bir yelpazede değerlendirilebileceğini kaydetmiştik. Bu çerçevede olmak üzere söz konusu başlıklar altında öngörülecek tedbirlerden bazılarını şöylece ifade edebiliriz. Güvenlik önlemleri kapsamında sağlık kurumlarının güvenlik altyapısının güçlendirilmesi için bazı tedbirlerin alınması icap etmektedir. Eğitim ve sosyal hizmetlere ilişkin alınacak tedbirler çerçevesinde çalışanlara ve hastalara davranış eğitimleri verilmesi ve özellikle şiddete uğramış sağlık çalışanlarına danışmanlık hizmeti verilmesi kaydedilebilir. Çalışma şartlarına ilişkin düzenlemeler açısından çalışma ortamının düzenlenmesi ve sağlık çalışanlarının görev tanımlarının belirlenmesi ile çalışanlar ve hastalar tarafından bu sınırların bilinmesinin sağlanması kaydedilebilir. Sağlık uygulamalarına ilişkin düzenlemeler kapsamında olmak üzere Sağlık Bakanlığının hasta haklarını hastayı kışkırtacak boyuta getirmemesi gibi tedbirler zikredilebilir. Aşağıda daha ayrıntılı ele alınacağı üzere şiddet uygulayana daha caydırıcı cezaların verilmesi, şiddet uygulayan kişinin acil olmayan sağlık haklarının belirli bir süre dondurulması ve şiddet geçmişi olan kişinin güvenlik eşliğinde muayene edilmesi gibi önlemler kaydedilebilir. Kitle iletişim araçları ile sağlık çalışanlarının hakları ve saygınlıklarına ilişkin kamusal farkındalığın artırılması gibi önlemler düşünülebilir.⁸¹

Mücadele yöntemi açısından ikili yaklaşım sergilenebilir. Bunlardan ilki doğrudan hasta ve çalışanlara ilişkindir. İkincisi de sağlık kurumuna ilişkin önlemler olarak kaydedilebilir. İlki daha çok sağlık çalışanı ile hasta arasındaki iletişime odaklanmaktadır. Bu noktada sağlık çalışanının stresle başa çıkabilme ve iletişimsel becerisini yetkinleştirmeye ilişkin eğitimler halen Sağlık Bakanlığınca ya-

80. Özcan ve Yavuz, “Türkiye’de Sağlık Çalışanları Şiddet Tehdidi Altında”, s. 70.

81. Getirilen önerilerin detayları için bkz. Sağlık Çalışanları Şiddet Araştırması, (Sağlık-Sen Yayınları, Ankara: 2013), s. 145-148; Ayrıca bkz. Rifat Erten, Serdar Öztora ve Hamdi Neziha Dağdeviren, “Sağlık Kuruluşlarında Doktorlara Yönelik Şiddet Maruziyetinin Değerlendirilmesi”, Türk Aile Hekimi Dergisi, Cilt: 23, Sayı: 2, (2019), s. 62.

pılmaktadır. Sağlık kurumu açısından ise daha çok etkili güvenlik altyapısı ya da imkanları ön plana çıkmaktadır.⁸²

Şiddet önleme programları kapsamında Amerika Birleşik Devletleri İş Sağlığı ve Güvenliği İdaresi (U.S. Department of Labor Occupational Safety and Health Administration) bir sağlık kurumunda şiddetin önlenmesi adına bulunması gereken beş ana unsurdan söz etmiştir. Bunlardan ilki sağlık kurumları yönetiminin taahhüdü (*management commitment*) ve o kurumda çalışanların buna katılımıdır (*worker participation*). İkinci unsur şantiye analizi (*worksite analysis*) ve potansiyel tehlikenin tanımlanmasıdır (*hazard identification*). Şantiye analizi iş yerinde şiddet olaylarına yol açabilecek mevcut veya potansiyel tehlikeleri bulmak için iş yerinin karşılıklı adım adım değerlendirmesini içerir. Üçüncü unsur tehlikeyi önleme ve kontrol etme sürecidir (*hazard prevention and control*). Dördüncü unsur güvenlik ve sağlık eğitimidir (*safety and health training*). Beşinci unsur da kayıt tutma ve program değerlendirme (*recordkeeping and program evaluation*) aşamasını ifade eder.⁸³ Bütün bunların üzerine şiddetin önlenmesi adına çalışan anketlerinin gerçekleştirilmesi de önemli bir araçtır. Bu noktada sağlık idarecilerinin şiddet eylemlerine yol açabilecek potansiyel tehlikeler ile çalışanların günlük faaliyetlerinde karşılaştıkları sorun türlerini tanımlamaları ve iş süreçlerindeki değişikliklerin etkilerini değerlendirebilmeleri adına oldukça etkili bir yöntemdir.⁸⁴

Şiddetle mücadele edebilmenin en önemli araçlarından birisi de maruz kalan şiddet fiilinin raporlanması yoluyla bildirilmesidir. Kimi zaman şiddet fiiline maruz kalan sağlık çalışanları farklı saiklerle durumu raporlamaktan imtina edebilmektedir. Dolayısıyla kayıt altına alınmayan şiddet içerikli fiillerden ötürü istatistiksel verilerin gerçekliği tam olarak yansıtması mümkün olamamaktadır. Nitekim yapılan çalışmalara göre Türkiye’de sağlık çalışanlarının maruz kalmış oldukları şiddet fiilini rapor etme oranlarının oldukça düşük olduğunu göstermektedir. Öyle ki 2013’te yapılan bir çalışmada şiddeti rapor etme oranının yüzde 26,8 olduğu kaydedilmiştir. Yine aynı yıla ait bir başka çalışmada ise bu oran yüzde 24 olarak belirlenmiştir.⁸⁵

Şiddet fiiline maruziyetin raporlanması konusunda dünyada farklı sistemsel altyapılar geliştirilmiştir. Raporlama süreçlerinin standardize edilmiş biçimde

82. Ayrıntılı bilgi için bkz. Bilge Annagür, “Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Risk Faktörleri, Etkileri, Değerlendirilmesi ve Önlenmesi”, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, Cilt: 2, Sayı: 2, (2010), s. 167-168.

83. “Guidelines for Preventing Workplace Violence for Healthcare and Social Service Workers”, OSHA, (2016), s. 8, <https://www.osha.gov/Publications/osha3148.pdf>, (Erişim tarihi: 10 Nisan 2020).

84. “Guidelines for Preventing Workplace Violence for Healthcare and Social Service Workers”.

85. Yıldız, “Türkiye’de Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Ankara İlinde Araştırma”, s. 140.

uygulanabilmesi, risksiz ve kolaylıkla icra edilebilmesinin imkanını yaratabilmek adına farklı ülke uygulamalarına dikkat çekilebilir. Bunlardan ABD'deki Ascension hastanelerinin uygulamasına değinebiliriz. İlgili sağlık hizmeti grubu hastanelerine bağlı herhangi bir bilgisayardan erişilebilen Dinamik Çevrimiçi Etkinlik Raporlama Sistemi (DOERS) adı verilen bir dijital altyapı bulunmaktadır. Bu portal üzerinden sağlık çalışanı mesleki yaralanmaları ve hastalıklar için bir elektronik olay raporlama sistemini kullanabilmektedir. Her bir sağlık çalışanı güvenli bir giriş kullanarak ilgili durumları rapor olarak sisteme girebilmektedir. Sağlık çalışanları tarafından düzenlenen raporlar doğrudan hastanenin iş sağlığı personeline, güvenlik direktörüne ve insan kaynaklarına yönlendirilmektedir.⁸⁶

Sağlık çalışanının iş ortamında maruz kalabileceği şiddet eylemlerinin önlenmesine ilişkin olarak geliştirilen bazı web tabanlı mekanizmalar söz konusudur. Bunlardan web tabanlı bir uygulama olarak “İşyeri Şiddet Rapor Sistemi” (World Health Organization Quality of Life-Health-Related Quality of Life, WHOQOL-HRQoL, 2010) ile tesis tabanlı “Yıkıcı Davranış Komitesi” (2013) gibi bazı yazılım programları geliştirilip denenmiş ve olumlu sonuçlar elde edilmiştir. Bunlardan WHOQOL-HRQoL prospektif olarak 2010'da yayımlanmış olan bir çalışmada on iki aylık bir süre için değerlendirilmiş, değerlendirme sonucunda iş yerinde şiddete yönelik yeni bir yaklaşımla tedbirler oluşturulmaya ve tasarlanmaya çalışılmıştır. Burada WHOQOL-HRQoL adlı program, şiddet olaylarını kaydetmek amacıyla kullanılmıştır. Şiddet olayı öncesi durum ve sonrasındaki etkisi değerlendirilmiştir. Sonuç olarak psikolojik etki puanı değerlendirmesi ile kötüleşme ve şiddet eğiliminin tahmin edilebileceği kaydedilmiştir. Ayrıca WHOQOL-HRQoL programı daha da geliştirilerek psikiyatrik hastaların çalışanlara karşı şiddetinin önlenmesinde yardımcı olunabileceği de belirtilmiştir.⁸⁷

86. “Preventing Workplace Violence: A Road Map for Healthcare Facilities”, OSHA, (Aralık 2015), s. 37, <https://www.osha.gov/Publications/OSHA3827.pdf>, (Erişim tarihi: 4 Mayıs 2020).

87. Nurşen Aydın, “Sağlık Sektöründe İşyerinde Şiddet ve Toplam Kalite Yönetimi”, İmgelem, Sayı: 3, (Aralık 2018), s. 14, <http://static.dergipark.org.tr:8080/article-download/dc1a/8f01/044c/5c263ee9f0542.pdf?>, (Erişim tarihi: 4 Mayıs 2020).

SAĞLIK ÇALIŞANLARINA YÖNELİK ŞİDDET İLE MÜCADELEDE EĞİTİM

Bilişsel ve davranışsal düzeyde bireyin kişilik olarak yapılandırılmasının bütünlüklü zeminini oluşturan eğitim –hangi formda olursa olsun– insanlık tarihinde toplumsal sağaltımın en kudretli eli olmuştur. Bütün imkan, zemin ve boyutları ile eğitim kökeninde yer bulan bu hakikat üzerinden kurumsal varlığını sürdürmüş ve gelmiştir. Bilgisel donanım ve bilişsel kazanımın davranışsal bir oryantasyon olarak yapılandırılması kurumsallaşmış eğitimsel aklın hedefini oluşturmuştur. Bu hedef doğrultusunda benimsenmesi gereken davranış biçimi, takınılması icap eden tutum ve yapılması gerekenlere dair eğitsel dizgeler üretilmiştir. Bütün bu yönleriyle eğitim insan tekini olması gerekenlere yönelten pedagojik aklın eseridir. Ortaya koyduğumuz bu bütünlüklü çerçeveden değerlendirildiğinde bir “halk sağlığı sorunu” olarak kaydedilen şiddet sorunu ile mücadeleye ilişkin üretilebilecek yapıcı çözümlerin ancak eğitim süreçleri üzerinden planlanabileceğini kaydetmemiz icap etmektedir.

Sözünü etmiş olduğumuz eğitsel süreçler şiddet eğilimi ve tutumu gösterenlerin davranışsal sağaltımına ilişkin değildir. Zira bu kritik ve oldukça derinlikli mesele, kökeninde bir eğitim politikası ve uygulaması sorunudur. Bu rapor kapsamında bizim odaklanacağımız nokta ise özelde sağlık çalışanlarına yönelik şiddet eylemlerine karşı mücadelenin en önemli aracı olan eğitim süreci ve faaliyetleridir. Şiddetin önlenmesine ilişkin bu eğitimsel faaliyetler öncelikle sağlık çalışanlarına iletişim sosyolojisi ve psikolojisi temelinde bir süreç yönetimi becerisi kazandırmayı amaçlamaktadır.

Nitekim şiddetin önlenmesine ilişkin olarak yapılan araştırmalarda “etkili sağlık kurumu yönetimi, şiddet konusunu ele alan korunma ve önleme araştırmalarının yapılması, riskli durumun önceden farkına varma ya da başa çıkma gibi sağlık personelinin şiddet konusunda eğitilmesi ile şiddet riskinin azaltılmasının mümkün olduğu belirtilmiştir.”⁸⁸

Bu noktada sağlık çalışanlarına yönelik olarak geliştirilecek olan eğitim modülleri kapsamında şu konular sıralanmıştır: Saldırgan tutum ve şiddet eğilimli davranışları erken tanıma becerisi, saldırıya yol açabilecek uyarı işaretlerinin veya durumlarının tanınması, saldırgan davranışları tanıma, önleme veya yaymanın yollarının bilinmesi, öfke yönetimi, ilaçları uygun şekilde kullanma yolları, güvenli odaların doğru kullanımı, sağlık çalışanının şiddet eyleminden kaçarak sığınabileceği alanları bilmesi gibi konular eğitim sürecine dahil edilebilir.⁸⁹

Şiddete maruziyet sürecinde sağlık çalışanının öncelikle kişisel güvenlik açısından korunmasına yönelik bir süreç yönetimi planlaması icap etmektedir. Bu konuda farklı ülkelerde farklı uygulama modelleri geliştirilmiştir. Bunlardan birisi de dünyada bireysel silahlanmanın en yoğun olduğu ülke olan ABD’deki⁹⁰ uygulama modelidir. Nevada’da bulunan Centennial Hills Hospital’da geliştirilmiş olan aktif atış eğitimi (*active shooter training*) programıdır. Bu program “Live Project” olarak adlandırılmıştır. L- (*leave or lockdown*): Kaçış rotasına sahip olun ve aklınızda planlayın veya bulunduğunuz alanı kilitleyin. I- (*invisible*): Silahla saldırı durumu söz konusu ise atış alanı dışında bir yerde saklanın. Saklanma yerinize girişi engelleyin. V- (*violence*): Son çare olarak ve hayatınız tehlikede ise silahlı kişiyi durdurmak için şiddet kullanın. E- (*evade*): Silahlı kişiden kaçınmak en iyi seçenektir.⁹¹

ABD’nin Nevada eyaletinin “Assembly Bill 348” sayılı eyalet yasasında iş yerinde şiddetin önlenmesi ve şiddet olaylarının raporlanmasına ilişkin şöyle bir çerçeve belirlenmiştir:⁹² (i) Belirli tıbbi tesislerin iş yerinde şiddetin önlenmesi için bir plan geliştirmesi ve yürütmesinin istenmesi, (ii) iş yerinde gerçekleşen şiddet olaylarını İşletme ve Endüstri Bölümü Endüstri İlişkileri Bölümü’ne bildirilmesinin ve böyle bir tıbbi tesisin belirli kayıtları tutmasının istenmesi, (iii) tıbbi tesislerde gerçekleşen şiddet hakkında yıllık bir rapor yayınlamasının istenmesi, (iv) tıbbi tesislerin iş yeri güvenliği konusunda bir komite kurması ve şiddet ön-

88. Ayşe Büyükbayram ve Hale Okçay, “Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddeti Etkileyen Sosyo-Kültürel Etmenler”, *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, Cilt: 4, Sayı: 1, (2013), s. 47.

89. “Guidelines for Preventing Workplace Violence for Healthcare and Social Service Workers”.

90. Bkz. <https://www.gunpolicy.org>, (Erişim tarihi: 4 Mayıs 2020).

91. “Preventing Workplace Violence: A Road Map for Healthcare Facilities”, s. 31.

92. <https://www.leg.state.nv.us/App/NELIS/REL/80th2019/Bill/6646/Text>, (Erişim tarihi: 9 Nisan 2020).

leme ve şiddete müdahale edebilmek için bir plan geliştirmesinin istenmesi, (v) iş yerinde şiddeti önleme planı: eğitim, (vi) iş yerinde şiddete neden olabilecek durumların tanınması, (vii) iş yerinde şiddetin önlenmesi veya bunlara müdahale edilmesinde ne zaman ve nasıl cevap verileceği ve yardım talep edileceği.⁹³

Washington eyaletinin “House Bill 1931” sayılı yasasına da bu açıdan bakabiliriz.⁹⁴ Washington House Bill ilgili sağlık kuruluşlarının çalışanlarına yönelik şiddet eylemlerini önleme amacıyla çalışanlarına şu eğitim modüllerini geliştirmiştir. Buna göre eğitim programı “şiddet içeren davranışlar ve sebepleri, şiddet eylemine müdahale ekibi süreçleri, saldırgan davranışları en aza indirmeye yönelik yatıştırma teknikleri, fiziksel zararı önleme stratejileri, şiddet eylemlerinden etkilenen çalışanlar için bilgilendirme süreci ve şiddetin etkileriyle başa çıkabilmek için çalışanların kullanabileceği kaynaklar” gibi konuları içermektedir.⁹⁵

Sağlık hizmetlerinde “Şiddete Sıfır Tolerans” adıyla daha erken dönemde İngiltere’de 1998’de bir farkındalık kampanyası başlatılmıştır. Söz konusu kampanya çerçevesinde sağlık çalışanlarına birtakım eğitimler verilmiştir. Bu kapsamda planlanan eğitim programı üç aşamada gerçekleştirilmiştir. Bunlardan ilki farkındalığın artırılması, ikincisi sağlık çalışanlarına yönelen şiddete ilişkin bilgilendirmelerin yapılması ve üçüncü olarak da şiddet karşısında korunma yöntemleri anlatılmıştır.⁹⁶

Şiddet eylemine maruz kalan sağlık çalışanlarının öncelikle kişisel güvenliğinin temin edilmesi adına farklı ülkelerde farklı güvenlik uygulamaları geliştirilmiştir. Bunlardan birisi de ABD’de bazı hastanelerde kullanılmakta olan “gümüş kod” uygulamasıdır. Gümüş kod saldırganın silahlı olduğu durumlarda bütün çalışanların, hastaların ve ziyaretçilerin saldırgandan izole olmasını sağlayan tedbirlerdir. Bu durumda güvenlik görevlileri dışında hiç kimsenin saldırgan ile yaklaşmasına izin verilmez. Saldırı halinde hasta odalarının ve diğer tüm birimlerin kapıları kapatılır ve çevredekiler uygun yerlere saklanırlar.⁹⁷ Bir başka kod sistemi uygulaması Florida’da Holy Cross Hospital’da kullanılmaktadır. Aşamalar halinde ilkin *code assist* güvenlik görevlisini çağırarak için kullanılır. İkinci aşamada

93. <https://www.leg.state.nv.us/App/NELIS/REL//80th2019/Bill/6646/Text>, (Erişim tarihi: 9 Nisan 2020).

94. “House Bill 1931”, <http://lawfilesextra.leg.wa.gov/biennium/2019-20/Html/Bills/House%20Bills/1931.htm?q=20200427054946>, (Erişim tarihi: 9 Nisan 2020).

95. “Washington HB 1931 – Concerning Workplace Violence in Health Care Settings”, Crisis Prevention Institute, <https://www.crisisprevention.com/Blog/July-2019/Washington-HB-1931-Concerning-Workplace-Violence>, (Erişim tarihi: 9 Nisan 2020).

96. “Sağlık Çalışanlarına Yönelik Artan Şiddet Olaylarının Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu Raporu”.

97. “Sağlık Çalışanlarına Yönelik Artan Şiddet Olaylarının Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu Raporu”.

code strong ile ilk müdahale ekipleri, hemşire amiri ve mühendislik personeli de dahil olmak üzere daha fazla destek personeli çağrısında bulunulur. Üçüncü aşamada *code strong with intensivist*, *code strong* ile aynı çağrıda bulunur ama aynı zamanda gerekirse ilaç vs. için bir yoğun bakım hekimi de çağrılır.⁹⁸

Bu bağlamda bir başka ülke uygulaması ise Hollanda hastanelerinde geliştirilmiş bir güvenlik projesidir. Söz konusu program şiddete yönelik “Güvenli Bakım Planı” (*Safe Care Plan*) olarak adlandırılmıştır. Bu plan kapsamında renkler kullanılmak suretiyle yüksek riskli alanlar hastane kat planlarında haritalanmıştır. Bunlardan kırmızı renk yüksek saldırganlık ve şiddet alanını ifade etmektedir. Sarı renkli alan saldırganlık ve şiddet riski barındırmaktadır. Yeşil alanın saldırganlık riski düşüktür ve sahada saldırganın kullanabileceği değerli eşya bulunmamaktadır. Her bir personel herhangi bir tehdit türü olduğunda hemen etkinleştirilebilen bir alarm taşır.⁹⁹ Şiddet olayları saldırganlık türlerini şu üç ana kategoriye ayıran bir “kart sistemi” altında sınıflandırılır ve kaydedilir: sözlü saldırı, ciddi tehditler ve fiziksel şiddet. Sağlık çalışanı sözlü saldırganlık olayında hasta ya da ziyaretçiyi sakinleştirmeye çalışır ve sonrasında yaşanan olayı kaydeder. Bu başarısız olursa bir alarm düğmesi aracılığıyla yardım talep edilir ve olay daha sonra kayıt altına alınır. Yaşanan tehdidin ciddiyetine bağlı olarak alarm düğmesine basılmak suretiyle yardım talep edilir. Güvenlik görevlisinin müdahalesi sonrasında olay kayıt altına alınır ve tehdit eden kişiye sarı kart verilir. Daha sonrasında ise olay emniyet güçlerine bildirilir. Fiziksel şiddet olaylarında ise yardım için hemen alarm düğmesine basılır. İlgili güvenlik personeli olaya müdahale eder ve olay kayıt altına alınır. Tehdit eden kişiye kırmızı kart verilir. Daha sonra güvenlik personeli olayı emniyet güçlerine bildirir ve fail yargıya teslim edilir. Güvenli Bakım Planı politikası ve stratejileri uygulamaları sonrasında Hollanda’daki Westfries Gasthuis Hastanesi’nde fiziksel şiddet yüzde 30 ve sözlü saldırganlık yüzde 27 oranında düşüş göstermiştir.¹⁰⁰

98. “Preventing Workplace Violence: A Road Map for Healthcare Facilities”, s. 22.

99. Chappell ve Martino, *Violence at Work*, s. 236.

100. Chappell ve Martino, *Violence at Work*, s. 237.

YASAL ÇERÇEVEDE ŞİDDETİ ÖNLEME STRATEJİSİ

“Sağlıkta Dönüşüm Programı” ile birlikte sağlık hizmetleri kapasitesi dramatik bir biçimde büyüyen Türkiye’nin dönüşüm dinamiklerini tanzim eden mevzuat altyapısı yukarıda kaydedildiği üzere gerçekleşmiştir. Bu dönüşümün özellikle “erişilebilirlik” temelinde ortaya çıkarmış olduğu talep yoğunluğunu karşılama adına ortaya konan büyüme politikası başta olmak üzere birçok etken sağlık sektörünü tüm unsurları ile yeni bir ölçeğe kavuşturmuştur. Çeşitlendirilmiş finansal modellerle yatırım kapasitesi artırılarak oluşturulan yeni ölçek kaçınılmaz biçimde bu hizmet sektörünün başat aktörü olan sağlık çalışanlarının mesleki yaşamlarına da etki etmiştir. İş-emek ortamı, emek-zaman ilişkisi, iş sağlığı ve güvenliği, mesai düzeni ve ücret politikası gibi sağlık iş gücünün çalışma standartları açısından yeni bir durum ortaya çıkmıştır. Dramatik sektörel büyüme hızı karşısında sağlık çalışanı sayısının görece yetersizliğinin ortaya çıkarmış olduğu yoğun iş temposu ve çalışma düzeni sağlık çalışanları üzerinde iş baskısı yaratmıştır. Hasta yoğunluğu ile oluşan bu iş baskısı sağlık çalışanına gelen hastaya yeterince zaman ayırma imkanını ortadan kaldırmıştır. Sağlık hizmetlerindeki ölçek büyümesinin beraberinde getirdiği bu ve başkaca değişkenlerle ortaya çıkan yeni durumun yarattığı çalışma koşullarına ilişkin birtakım yasal düzenlemeler yapılmış ve idari tasarruflarda bulunulmuştur.

Daha çok sağlık çalışanlarının iş güvenliğini korumaya matuf olan bu yasal düzenlemelerden ilki 16 Ekim 2009’da yürürlüğe giren ve *Resmi Gazete*’de yayımlanan “Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul

ve Esasları Hakkında Tebliğ”¹⁰¹ olmuştur. Söz konusu tebliğ çalışan güvenliğinin sağlanmasına ilişkin ilk mevzuat çalışması olarak kaydedilebilir.¹⁰² Bundan yaklaşık iki yıl sonra çıkarılan 6 Nisan 2011 tarihli “Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik”¹⁰³ konuya ilişkin daha odak bir düzenleme çerçevesi ortaya koymuştur. Buna göre yönetmelik “hasta ve çalışan güvenliği için güvenli hizmet sunumu ve güvenli bir ortam sağlanmasına, hasta ve çalışanlar açısından oluşabilecek muhtemel risklerin belirlenip bunların giderilmesi için uygun yöntem ve tekniklerin belirlenmesine ve güvenli hizmet sunumu ile güvenli çalışma ortamının sürdürülebilirliğinin sağlanmasına yönelik esasları düzenleme” konusu yapmıştır. Daha sonra 11 Ekim 2011 tarihli ve 663 sayılı “Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname”nin¹⁰⁴ 54. maddesinde sağlık çalışanlarına yapılacak “hukuki yardım” konusu düzenlenmiştir.¹⁰⁵ İlgili kararnamede öngörülen “hukuki yardıma” ilişkin 28 Nisan 2012’de “Sağlık Bakanlığı Personeline Karşı İşlenen Suçlar Nedeniyle Yapılacak Hukuki Yardımın Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik”¹⁰⁶ yayımlanmıştır.

14 Mayıs 2012’de “Çalışan Güvenliğinin Sağlanması Genelgesi”¹⁰⁷ çerçevesinde çalışan güvenliğine ilişkin düzenlemeler ile hastane düzeyinde “Beyaz Kod” uygulaması başlatılmıştır. Söz konusu uygulama “sağlık çalışanlarının şiddete maruz kalmaları riskine karşı oluşturulmuş olan bir erken uyarı sistemi” olarak devreye sokulmuştur. Ayrıca “Hastane Hizmet Kalite Standartları 2011 Rehberi” içerisinde her hastanede bir “Çalışan Güvenliği Komitesi” kurulması öngörülmüştür.¹⁰⁸ Özellikle ilgili birimin kurulması ile sağlık çalışanlarına birtakım eğitimlerin verilmesi düşünülmüştür. Bu kapsamda başta güvenlik görevlileri, 112 ve acil çalışanları olmak üzere “iletişim becerileri, öfke kontrolü ve özellikle öfkeli

101. Bkz. “Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ”, Resmi Gazete, 20 Şubat 2018, <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2018/02/20180220-4.htm>, (Erişim tarihi: 4 Mayıs 2020).

102. Eravcı Boz, “Şiddet; Sağlık Çalışanları Üzerindeki Etkisi, Risk Faktörleri ‘Bir Kamu Hastanesi Örneği’”, s. 35.

103. “Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik”, Resmi Gazete, 6 Nisan 2011, <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110406-3.htm>, (Erişim tarihi: 4 Mayıs 2020).

104. “Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname”, Resmi Gazete, 2 Kasım 2011, <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/11/20111102M1-3.htm>, (Erişim tarihi: 4 Mayıs 2020).

105. Eravcı Boz, “Şiddet; Sağlık Çalışanları Üzerindeki Etkisi, Risk Faktörleri ‘Bir Kamu Hastanesi Örneği’”, s. 35.

106. “Sağlık Bakanlığı Personeline Karşı İşlenen Suçlar Nedeniyle Yapılacak Hukuki Yardımın Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik”, Resmi Gazete, 28 Nisan 2012, <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2012/04/20120428-3.htm>, (Erişim tarihi: 4 Mayıs 2020).

107. Bkz. “Çalışan Güvenliği Genelgesi (14.05.2012)”, Sağlık Bakanlığı, <https://www.saglik.gov.tr/TR,3282/calisan-guvenligi-genelgesi-14052012.html>, (Erişim tarihi: 4 Mayıs 2020).

108. “Sağlık Çalışanlarına Yönelik Artan Şiddet Olaylarının Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu Raporu”.

hasta ve hasta yakınıyla iletişim” gibi konularda eğitim faaliyetlerinin düzenlenmesi planlanmıştır.¹⁰⁹

Sağlık çalışanlarının güvenliğini temin adına yapılan yasal ve idari düzenlemeler kapsamında 26 Nisan 2012’de “Sağlık Çalışanlarına Karşı İşlenen Suçların Soruşturulması Genelgesi” de kaydedilebilir. İlgili genelge “yerine getirdikleri kamu görevi nedeniyle sağlık çalışanlarına karşı; yaralama, tehdit, hakaret fiillerinin işlenmesi halinde, mağdur kişinin şikayeti aranmaksızın, sağlık kurumlarında görevli olan hastane polisleri ve kolluk kuvvetlerince doğrudan işlem tesis edilmesi, ilgili cumhuriyet savcılığına bilgi verilmesi, gerekli soruşturmanın başlatılması görevi verilmiştir.”¹¹⁰

Bu süreçte yapılan bütün bu düzenlemeler ve alınan tedbirler sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin sonlandırılması açısından yeterli olmamıştır. Hem sağlık kamusunda hem de ülke kamuoyunda sağlık çalışanlarına yönelen şiddeti önleyecek daha zecri tedbirlerin alınması gerektiğine dair düşünce belirlemiştir. İçinde bulunduğumuz pandemi döneminde yaşamları pahasına emek veren sağlık çalışanlarının güvenceli bir iş ortamına kavuşması adına kamuoyu beklentisi daha da yoğunlaşmıştır. Bunun üzerine 7/5/1987 tarihli ve 3359 sayılı “Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu”nun ek 12. maddesinde önemli bir yasal düzenlemeye imza atılmıştır.

Buna göre ilgili Kanun’un ek 12. maddesine 1. fıkrasından sonra gelmek üzere aşağıdaki fıkra ve maddeye ardından gelen paragrafta yer alan fıkra eklenmiştir:

“Kamu ve özel sağlık kurum ve kuruluşlarında görev yapan personele karşı görevleri sebebiyle işlenen 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu’nda yer alan kasten yaralama (madde 86), tehdit (madde 106), hakaret (madde 125) ve görevi yaptırmamak için direnme (madde 265) suçlarında;

- a) İlgili maddelere göre tayin edilecek cezalar yarı oranında artırılır.
- b) Türk Ceza Kanunu’nun 51 inci maddesinde düzenlenen hapis cezasının ertelenmesi hükümleri uygulanmaz.”

“Şiddetin vuku bulduğu sağlık kurum ve kuruluşunda, faile veya yakınına mağdurun verdiği hizmeti verebilecek başka sağlık personeli ve yardımcı sağlık personeli bulunması halinde hizmet ilgili diğer personel tarafından verilir.”¹¹¹

İlgili yasal düzenleme hükmün kapsamında olan sağlık çalışanlarına ilişkin olarak “sağlık kurum ve kuruluşlarının özel ya da kamu kuruluşu” olması ba-

109. Eravcı Boz, “Şiddet; Sağlık Çalışanları Üzerindeki Etkisi, Risk Faktörleri ‘Bir Kamu Hastanesi Örneği’”, s. 43.

110. “Sağlık Çalışanlarına Yönelik Artan Şiddet Olaylarının Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu Raporu”.

111. Bkz. “Yükseköğretim Kanunu ile Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun”, Resmi Gazete, 17 Nisan 2020, <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2020/04/20200417-1.htm>, (Erişim tarihi: 4 Mayıs 2020).

kımından bir ayırım yapmamıştır. Özel sağlık kuruluşlarında çalışan sağlık personelinin “görevleri nedeniyle” uğramış olduğu yukarıda sayılan suçlara maruz kalması durumunda “kamu görevlisi” sayılması düzenlenmiştir. Ancak görevden çekilme hakkı, hapis cezasının ertelenmesi yasağı ve daha ağır cezayı gerektiren nitelikli haller sadece kamu ya da özel sağlık kuruluşlarında çalışan “sağlık personeli” ve “yardımcı sağlık personeli”ne karşı işlenen suçlarla bağlantılı olarak ele alınmıştır. Dolayısıyla ilgili hüküm sağlık kuruluşlarında çalışan her türlü personeli kapsamamaktadır.¹¹²

Sunmuş oldukları sağlık hizmeti dolayısıyla ve iş ortamında sağlık çalışanlarını hedef alması muhtemel “kasten yaralama, tehdit, hakaret ve direnme” suç tipleri açısından faile verilecek cezanın artırılması öngörülmüştür. Bu yasal düzenleme sağlık hizmetleri tarihimiz açısından sağlık çalışanlarının güvenliğini koruma adına önemli bir eşik olmuştur. Mevzuat temelinde düzenlemeye konu olan suç tipleri açısından bu şiddet türünü önlemeye dönük bir yaptırım hukuku geliştirilmeye çalışılmıştır. Ancak suç ve ceza politikası açısından yaptırımların ağırlaştırılmasının yeterli düzeyde bir önleyicilik sağlayıp sağlayamayacağı ise tartışmalıdır.

Yaptırım felsefesi açısından bir kamusal hizmetin alımı esnasında o hizmeti sunana karşı yapılan bir suç fiilinin tecziyesinin söz konusu hizmetten mahrumiyet yoluyla gerçekleşmesinin düşünülmesi daha yerinde olabilir. Bir yaptırım olarak öngörüülecek olan bu mahrumiyetin sınırı belirli bir süre ile kayıtlanabilir. Böylesi bir yaptırım ile tecziye edilen şiddet fiilinin faili açısından “sağlık hakkı” yönüyle bir kısıtlama söz konusu değildir. Zira kamu sağlık hizmetinden mahrumiyet cezası alan kişi açısından özel sağlık sektörü imkanı bulunmaktadır. Bir süreliğine de olsa sosyal güvenlik sisteminin güvencesinden mahrumiyetle ücretli sağlık hizmeti almak durumunda kalan şiddet faili açısından bu kısıtlama etkin bir caydırıcılık durumu yaratacaktır.

Ayrıca şiddet eylemini gerçekleştiren şahsın acil sağlık hizmetleri ayrık tutulmak kaydıyla şiddet gören sağlık çalışanının hizmet verdiği sağlık kurumunda sağlık hizmeti almasının imkanı ortadan kaldırılmalıdır. Bu kısıtlama öncelikle şiddete maruz kalan sağlık çalışanına tekraren yönelebilecek şiddet eylemine dönük bir tedbir olarak kabul edilmelidir. Bunun yanı sıra şiddet eyleminin failinin aynı sağlık kurumunda hizmet almayı sürdürmesi sağlık çalışanında değersizlik duygusunun

112. Çetin Arslan, “Ceza Hukuku Boyutuyla Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet (3359 Sayılı Kanununun 7243 Sayılı Kanununun 28. Maddesiyle Değişik Ek 12. Maddesi) Üzerine Kısa Bir Değerlendirme”, Hakiki Haber, 16 Nisan 2020, <https://www.hukukihaber.net/ceza-hukuku-boyutuyla-saglik-calisanlarina-yonelik-siddet-3359-sayili-kanunun-7243-sayili-kanunun-28-maddesiyle-degisik-ek-12-maddesi-uzerine-kisa-bir-degerlendirme-makale,7719.html>, (Erişim tarihi: 2 Mayıs 2020).

ortaya çıkmasına yol açabilecektir. Şiddete maruziyetin kişide yaratacağı fiziksel ve duygusal örselenme ile onursal yaralanmanın sağaltımı adına şiddete uğrayan sağlık çalışanın her koşulda görevden çekilebilmesine imkan sağlanmalıdır.

Sağlık Bakanlığı tarafından şiddete maruz kalan sağlık çalışanları için bir uygulama çerçevesi belirlenmiştir. Buna göre şiddet eylemi ile karşılaşan çalışanın başvurabileceği Beyaz Kod uygulaması düzenlemesi getirilmiştir. Hukuki Yardım ve Beyaz Kod uygulamasına yönelik yayımlanan genelgeye göre şiddete uğrayan sağlık çalışanlarına hukuki yardım yapılacağı düzenlenmiştir.¹¹³ Bunun yanı sıra 14 Mayıs 2012 tarihli “Çalışan Güvenliği Genelgesi” sağlık hizmeti sunumu esnasında şiddete uğrayan sağlık çalışanın acil verilmesi gereken hizmetler hariç olmak üzere hizmetten çekilme talebinde bulunabileceğini öngörmüştür.¹¹⁴

Sağlık çalışanlarına yönelen şiddetle mücadele bağlamında bir dil ve iletişim stratejisi ile şiddeti önleme adına yapılan girişimlerden de söz etmek icap etmektedir. Bu kapsamda olmak üzere “Sağlıkta Saygı Eylem Planı” gündeme getirilmiştir. İlgili plana göre sağlık ile şiddeti bir araya getiren terimsel kullanım yerine pozitif bir yaklaşımla “sağlıkta saygı” kavramının ön plana çıkarılması öngörülmüştür. Bu kavramsal tercihle saygı temelinde sağlıklı iletişim kurulması hedeflenmiştir. Söz konusu hedef doğrultusunda “sağlık hizmeti sunumu, hukuk, güvenlik, iletişim, koordinasyon, izleme ve değerlendirme” başlıklarını kapsayan birtakım amaç ve faaliyetlere “Sağlıkta Saygı Eylem Planı 2019-2023”te yer verilmiştir.¹¹⁵ Bu türden daha incelikli mücadele araçlarının geliştirilmesi önleyicilik stratejisi anlamında önemli olmakla birlikte yeterli değildir.

113. Bkz. “Hukuki Yardım ve Beyaz Kod Uygulaması”, Sağlık Bakanlığı Hukuk Müşavirliği, <https://beyazkod.saglik.gov.tr/hukuki-yardim-ve-uygulama-genelgesi.pdf>, (Erişim tarihi: 28 Nisan 2020).

114. Bkz. “Çalışan Güvenliği Genelgesi (14.05.2012)”.

115. “Sağlık Bakanlığı 2020 Bütçe Sunumu”.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Dünya Bankası tarafından 2018’de yayımlanan *Hastalık Kontrol Öncelikleri: Sağlık Geliştirilmesi ve Yoksulluğun Azaltılması* kitabında ülkelerin salgın hastalıklara hazırlık oranları haritalanmıştır. İlgili haritalamada ülkelerin hazırlık oranı 1-5 arası bir sayı ile numaralandırılmıştır. Bu ölçeklendirmeye göre 1 en hazırlıklı ve 5 ise en hazırlıksız ülkeyi belirlemek için kullanılmıştır. Yapılan bu çalışmanın sonucuna göre İtalya, İspanya, Fransa, Almanya ve ABD 1 numara ile en hazırlıklı ülke kategorisine dahil edilmiştir. Bunun karşısında ilgili ölçekte Çin ve Rusya 2 numara ile hazırlıklı, Türkiye ise 3 numara ile hazırlıksız ülke olarak gösterilmiştir.¹¹⁶ Ancak aradan geçen yaklaşık iki yıllık bir zaman aralığı sonrasında bütün dünyayı esir alan ilk pandemi döneminde bu öngörünün (ya da kehanetin) tutmadığı görülmüştür. Bütün bu öngörüü boşa çıkaran etkenlerin başında kuşkusuz Türkiye’nin yukarıda serencamını sunmuş olduğumuz yatırım odaklı sağlık politikası gelmektedir. Burada Türkiye’nin son yıllarda güçlendirilmiş sağlık hizmetleri altyapısına, yeni merkezi idare sisteminin etkin yönetsel kabiliyeti de eklenmelidir. Bütün yönetsel unsurları ile yeni sistemin dinamik süreç yönetimi pandemi ile mücadelede Türkiye’nin bütün dünyada pozitif ayrışmasının imkanını var etmiştir.

Ancak bütün bunların yanı sıra pandemi zamanında daha güçlü biçimde yeniden kanıtlandığı üzere Türkiye’nin bu süreçteki en güçlü silahı yaşamı pahasına

116. Dean T. Jamison, Hellen Gelband, Susan Horton, Prabhat Jha, Ramanan Laxminarayan, Charles N. Mock ve Rachel Nugent (ed.), *Disease Control Priorities: Improving Health and Reducing Poverty*, Üçüncü Baskı, (World Bank Group, Washington DC: 2018), s. 320.

özveri ve fedakarlıkla en ön saflarda mücadele eden sağlık çalışanları olmuştur. Hangi zaman ve koşulda olursa olsun bu özveri ve adanmışlığa hak etmiş olduğu itibarın verilmesi bir kamusal sorumluluktur. Bu sorumluluğun ifası babında sağlık çalışanlarının güvenliğini temin adına TBMM’de tüm parti gruplarının oydaşlığı ile gerçekleşen bu yasal düzenleme önemli bir adım olmuştur.

Ancak sağlık çalışanlarına yönelen şiddet eylemlerinin gerekçelerinin daha temelde analiz edilerek bunların tüketilmesine dair politika ve uygulamaların geliştirilmesi icap etmektedir. Bu noktada yapılacak olan çözümlemede yalnızca şiddet uygulayan kişinin patolojik davranışsallığı ve bunun tecziyesi meselesine odaklanmak yetersiz kalacaktır. Bununla birlikte sağlık çalışanının çalışma koşulları, özlük hakları, ücret politikası, hasta kabul protokolleri, sağlık güvencesi ve hasta-hekim ilişkisi gibi esaslı konular da dikkatle irdelenmelidir.

Oldukça geniş ölçekli ve çok boyutlu bir sorun alanına sahip olan bu konunun analizinde özellikle hasta-hekim ilişkisi şiddet temelli gerilimin önemli bir etkeni olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu gerilime yol açan birden çok faktörün başında hekimin ya da sağlık çalışanının hastasına yeterli zaman ayırma imkânının bulunmaması gelmektedir. Bu noktada sayı sınırlaması çok fazla dikkate alınmaksızın gelen her hastaya poliklinik hizmeti verilmesi yönündeki hastane politikaları talep yoğunluğundan ötürü hizmet sürecinde bir gerilim unsuru yaratılmaktadır. Nitekim hekimin hastasını muayenesi (anamnez alımı, teşhis, tedavi seçeneklerinin sunumu, reçete içeriğinin izahı vd.) yapabilmesi için hastaya ayrılan sürenin yeterli ve tatmin edici olması nitelikli sağlık hizmeti için zorunludur. Ayrıca hem randevu sistemi üzerinden hem de hastaneye doğrudan randevusuz gelen hastaların hepsine birden hizmet vermek zorunda bırakılan hekimin, yanında tıbbi sekreter ya da hemşire gibi bir yardımcı personel olmadan hastaların muayene, tetkik istemi, hasta anamnezinin sisteme kaydı, önceki muayene ve tetkik sonuçlarının incelenmesi, gerektiğinde hastaya ilaç raporu ve istirahat raporu düzenleme gibi işlemlerin yapılabilmesi kısıtlı süre zarfında pek mümkün görünmemektedir. Yine herhangi bir gerilim ya da şiddet durumunda olaya tanıklık edecek veya ilk planda müdahale edebilecek birisinin olmaması sağlık çalışanının güvenliği açısından riski büyütmemektedir. Bu yüzden hekimin tek başına değil de tıbbi sekreter ya da hemşire vb. gibi bir sağlık personeli ile birlikte poliklinik hizmeti vermesi zorunluluk arz etmektedir.

Bu noktada bir başka gerilim unsuru hastanın sağlık çalışanından gereksiz tetkik talebinde bulunmasıdır. Bu durum şiddet eylemine maruz kalmak istemeyen ya da bu gerilimden uzak kalmak isteyen hekimin zorunlu biçimde ilgili

tetik taleplerini karşılaması sonucunu doğurmaktadır. Ayrıca bu durum beraberinde sonuç olarak ciddi bir sağlık harcaması ya da kamu maliyeti doğurmaktadır.

Hasta kabulü ya da muayenesi olarak sunulan sağlık hizmetinin zaman yönetimi açısından yetersizliğinden kaynaklanan verimlilik sorununun yanı sıra bizatihi çalışma düzenine dair sorunlar da şiddet etkeni olarak kaydedilebilir. Özellikle sağlık çalışanlarının emeklerinin ücretlendirilmesi noktasındaki performans sistemi dolaylı biçimde de olsa bir şiddet unsuru doğurabilmektedir. Öyle ki performans baskısından ötürü hekimin hastaya yeterince vakit ayırmaması ya da girişimsel tedavi uygulamalarına yönelmesi hasta-hekim ilişkisini menfaat temelinde bozuma uğratmaktadır. Bu noktada çözüm olarak diğer ülkelerle mukayese edildiğinde görece düşük bir ücret politikası uygulanan sağlık çalışanlarının özverili emekleri daha tatmin edici düzeyde ücretlendirilebilir. Ücret politikasındaki iyileştirme dramatik biçimde kapasitesi artan sağlık hizmetlerinin sürdürülebilir bir kalitede idame ettirilebilmesi adına önem arz etmektedir. Zira sağlık hizmetlerine erişilebilirlik anlayışının en ağır yükü sağlık çalışanlarının üzerine düşmektedir.

KAYNAKÇA

- “2020 Merkezi Yönetim Bütçe Kanunu”, *Resmi Gazete*, 31 Aralık 2019, <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2019/12/20191231M1.pdf>, (Erişim tarihi: 4 Mayıs 2020).
- “2015 ÖSYS Tercih Kılavuzu”, ÖSYM, <https://www.osym.gov.tr/TR,50/2015-osys-yuksekogretim-programlari-ve-kontenjanlari-kilavuzu.html>, (Erişim tarihi: 4 Mayıs 2020).
- “2016 ÖSYS Tercih Kılavuzu”, ÖSYM, <https://www.osym.gov.tr/TR,12454/2016-osys-yuksekokretim-programlari-ve-kontenjanlari-kilavuzu.html>, (Erişim tarihi: 4 Mayıs 2020).
- “2019 ÖSYS Tercih Kılavuzu”, ÖSYM, <https://www.osym.gov.tr/TR,16858/2019-yuksekokretim-programlari-ve-kontenjanlari-kilavuzu.html>, (Erişim tarihi: 4 Mayıs 2020).
- ABD Çalışma İstatistikleri Bürosu, https://www.bls.gov/iif/oshwc/osh/case/cd_r4_2018.htm, (Erişim tarihi: 2 Mayıs 2020).
- Ağır, Hüseyin ve Hacı Hayrettin Tıraş, “Türkiye’de Sağlık Harcama Türlerinin Değerlendirilmesi”, *KSÜSBD*, Cilt: 15, Sayı: 2, (2018).
- Annagür, Bilge, “Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Risk Faktörleri, Etkileri, Değerlendirilmesi ve Önlenmesi”, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, Cilt: 2, Sayı: 2, (2010).
- Arslan, Çetin, “Ceza Hukuku Boyutuyla Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet (3359 Sayılı Kanununun 7243 Sayılı Kanununun 28. Maddesiyle Değişik Ek 12. Maddesi) Üzerine Kısa Bir Değerlendirme”, <https://www.hukukihaber.net/ceza-hukuku-boyutuyla-saglik-calisanlarina-yonelik-siddet-3359-sayili-kanununun-7243-sayili-kanununun-28-maddesiyle-degisik-ek-12-maddesi-uzerine-kisa-bir-degerlendirme-makale,7719.html>, (Erişim tarihi: 2 Mayıs 2020).
- Aydın, Nursen, “Sağlık Sektöründe İşyerinde Şiddet ve Toplam Kalite Yönetimi”, *İmgelem*, Sayı: 3, (2018), s. 14.
- Büyükbayram, Ayşe ve Hale Okçay, “Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddeti Etkileyen Sosyo-Kültürel Etmenler”, *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, Cilt: 4, Sayı: 1, (2013).

- Chappell, Duncan ve Vittorio Di Martino, *Violence at Work*, Üçüncü Baskı, (International Labour Office, Geneva: 2006).
- “Declaration on the Protection of Health Care Workers in Situation of Violence”, Dünya Tabipler Birliği, (2014), <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-on-the-protection-of-health-care-workers-in-situation-of-violence>, (Erişim tarihi: 22 Nisan 2020).
- “Definition and Typology of Violence”, Dünya Sağlık Örgütü, <http://www.who.int/violenceprevention/approach/definition/en/index.html>, (Erişim tarihi: 4 Mayıs 2020).
- Eravcı Boz, Deniz, “Şiddet; Sağlık Çalışanları Üzerindeki Etkisi, Risk Faktörleri ‘Bir Kamu Hastanesi Örneği’” (Çalışma ve Sosyal Güvenlik Eğitim Uzmanlığı Tezi, Ankara: 2014”.
- Erten, Rifat, Serdar Öztora ve Hamdi Nezh Dağdeviren, “Sağlık Kuruluşlarında Doktorlara Yönelik Şiddet Maruziyetinin Değerlendirilmesi”, *Türk Aile Hekimi Dergisi*, Cilt: 23, Sayı: 2, (2019), s. 62.
- Federal Statistical Office of Germany, https://www.destatis.de/DE/Home/_inhalt.html, (Erişim tarihi: 21 Nisan 2020).
- Giray, Filiz ve Servet Taşdelen, “Kamu ve Özel Sektör Sağlık Harcamalarının GSYH İçinde Payının Değerlendirilmesi: Türkiye ve OECD Karşılaştırması”, *MCBÜ Sosyal Bilimler Dergisi*, Cilt: 16, Sayı: 4, (2018).
- “Guidelines for Preventing Workplace Violence for Healthcare and Social Service Workers”, OSHA, <https://www.osha.gov/Publications/osha3148.pdf>, (Erişim tarihi: 10 Nisan 2020).
- <https://www.gunpolicy.org>, (Erişim tarihi: 28 Nisan 2020).
- <https://www.leg.state.nv.us/App/NELIS/REL//80th2019/Bill/6646/Text>, (Erişim tarihi: 9 Nisan 2020).
- <http://lawfilesexternal.leg.wa.gov/biennium/201920/Htm/Bills/House%20Bills/1931.htm?q=20200427054946>, (Erişim tarihi: 9 Nisan 2020).
- ILO, “Workplace Violence in the Health Services”, Geneva, (2003).
- Jamison, Dean T., Hellen Gelband, Susan Horton, Prabhat Jha, Ramanan Laxminarayan, Charles N. Mock ve Nugent, Rachel (ed.), *Disease Control Priorities: Improving Health and Reducing Poverty*, Üçüncü Baskı, (World Bank, Washington DC: 2018), s. 320.
- Kekeç, Muhammed H., Zehra Yıldırım ve Arzu Polat, “Türkiye’de Sağlık Harcamaları ve Finansmanının Yıllar İtibariyle Analizi”, *Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, Cilt: 5, Sayı: 14, (2018), s. 555.
- Kılıç, Muharrem, “Yasal Koruma ve Güvence Sistemleri Açısından Şiddetin Hukuksal Çerçevesi”, *Legal Hukuk Dergisi*, Cilt: 11, Sayı: 132, (2013), s. 3-34.
- Malgorzata, Milczarek, *Workplace Violence and Harassment: a European Picture*, (European Agency for Safety and Health at Work, Luxembourg: 2010).
- “Merkezi Yönetim Bütçe Kanunları”, T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, <http://www.sbb.gov.tr/merkezi-yonetim-butce-kanunlari/#1578051677963-dd1035ba-0d54>, (Erişim Tarihi: 16 Nisan 2020).
- OECD Health at a Glance 2019*, (OECD, Paris: 2019).
- “OECD Health Statistics 2019”, OECD, <https://www.oecd.org/health/health-data.htm>, (Erişim tarihi: 5 Nisan 2020).

- “Office for National Istatistics”, İngiltere Ulusal İstatistik Ofisi, <https://www.ons.gov.uk/employmentandlabourmarket/peopleinwork/earningsandworkinghours/datasets/averagehoursworkedbyindustryhour03>, (Erişim Tarihi: 21 Nisan 2020).
- Oğan, Hasan ve Mustafa Sercan, (haz.), *Şiddetle Başa Çıkmak*, Dördüncü Baskı, (İstanbul Türk Tabipleri Birliği Yayınları, İstanbul: 2019).
- “On Birinci Kalkınma Planı”, *Resmi Gazete*, 18 Temmuz 2019, <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2019/07/20190723M1.pdf>, (Erişim tarihi: 4 Mayıs 2020).
- “Onuncu Kalkınma Planı (2014-2018)”, *Resmi Gazete*, 6 Temmuz 2013, <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/07/20130706M1-1.htm>, (Erişim tarihi: 4 Mayıs 2020).
- “Preventing Workplace Violence: A Road Map for Healthcare Facilities”, OSHA, (Aralık 2015).
- Özcan, Fatih ve Erdiñç Yavuz, “Türkiye’de Sağlık Çalışanları Şiddet Tehdidi Altında”, *The Journal of Turkish Family Physician*, Cilt: 8, Sayı: 3, (2017), s. 68.
- Richards, Jon, “Management of Workplace Violence Victims”, ILO/ICN/WHO/PSI “Workplace Violence in the Health Sector, Geneva, (2003).
- “Sağlık Bakanlığı 2020 Bütçe Sunumu”, TC Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı, <https://sgb.saglik.gov.tr/TR,61075/saglik-bakanligi-ve-bagli-kuruluslari-2020-yili-butcesi-tbmm-plan-ve-butce-komisyonuna-sunuldu.html>, (Erişim tarihi: 16 Nisan 2020).
- Sağlık Çalışanları Şiddet Araştırması*, (Sağlık-Sen Yayınları, Ankara: 2013), s. 145-148.
- “Sağlık Çalışanlarına Yönelik Artan Şiddet Olaylarının Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu Raporu”, TBMM, (Ocak 2013), https://www.tbmm.gov.tr/arastirma_komisyonlari/saglik_calisanlari/docs/ss454.pdf, (Erişim tarihi: 4 Mayıs 2020).
- Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016*, (TC Sağlık Bakanlığı, Ankara: 2017), <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/13183,sy2016turkcepdf.pdf?0>, (Erişim tarihi: 15 Nisan 2020).
- Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018*, (TC Sağlık Bakanlığı, Ankara: 2019), <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/36134,sy2018trpdf.pdf?0>, Erişim Tarihi: 11 Nisan 2020.
- “Şehir Hastaneleri”, Sağlık Bakanlığı Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü, 17 Mart 2020, <https://sygm.saglik.gov.tr/%20TR,33960/sehir-hastaneleri.html>, (Erişim tarihi: 28 Nisan 2020).
- “TÜİK Sağlık İstatistikleri”, TÜİK, http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1095, (Erişim tarihi: 18 Nisan 2020).
- Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2011), TC Sağlık Bakanlığı, (Aralık 2012), <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/SDPturk.pdf>, (Erişim tarihi: 19 Nisan 2020).
- Yusal, Yusuf, “Kamu-Özel İşbirliği (Yap-Kirala-Devret) Modeli ve Şehir Hastanelerinin Sağlık Hizmetlerindeki Değişim ve Dönüşüm Üzerine Etkileri”, *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi İİBF Dergisi*, Cilt: 14, Sayı: 3, (2019).
- “Washington HB 1931 – Concerning Workplace Violence in Health Care Settings”, Crisis Prevention Institute, <https://www.crisisprevention.com/Blog/August-2019/Nevada-A-B-348-Requiring-Workplace-Violence-Train>, (Erişim tarihi: 9 Nisan 2020).

Winstanley, Sue ve Richard Whittington, “Aggression Towards Health Care Staff in a UK General Hospital: Variation Among Professions and Departments”, *Journal of Clinical Nursing*, Cilt: 13, Sayı: 1, (2004), s. 3.

Yıldız, Mustafa Said, “Türkiye’de Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Ankara İlinde Araştırma”, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, , Cilt: 22, Sayı: 1, (2019), s. 135-156.

YÖK, <https://istatistik.yok.gov.tr>, (Erişim tarihi: 9 Nisan 2020).

SAĞLIKTA ŞİDDETİ ÖNLEME POLİTİKASININ MEDİKO-SOSYAL VE YASAL DİNAMIĞI

MUHARREM KILIÇ

Türkiye'nin sağlık alanına yapmış olduğu yatırımların değeri bütün dünyayı tehdit eden küresel koronavirüs salgını döneminde bariz biçimde ortaya çıkmıştır. Sağlık altyapısı açısından dünya ekonomisinin en güçlü ülkelerini ciddi anlamda zor duruma düşüren pandemi sağlık sektörünün stratejik önemini gözler önüne sermiştir. Türkiye, yaşam hakkını tehdit eden bu yıkıcı sürece karşı mücadelenin en stratejik silahı olan sağlık hizmetleri altyapısında en hazırlıklı ülkelerden biri olmuştur. Ancak kuşkusuz pandemi ile mücadelenin en önemli gücü sağlık sektöründeki insan kaynağıdır. Her zaman yüksek bir özveri ile çalışan sağlık personelimizin adanmışlık duygusu Türkiye'nin mücadelede manevi gücü olarak kendisini göstermiştir. Sağlık çalışanlarının evrensel etik davranış kodları ile icra etmiş oldukları bu kamusal hizmetin bu adanmışlık duygusu ve mesleki tatmin düzeyinde sürdürülebilmesi adına hem maddi hem de manevi kurumsal desteğin sağlanması büyük önem arz etmektedir. Bu amaç doğrultusunda sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin önlenmesi gayesi ile bütün partilerin ortak önergesi olarak Türkiye Büyük Millet Meclisinin gündemine gelerek kabul edilen yasal değişiklik 17 Nisan 2020'de *Resmi Gazete*'de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. 7 Mayıs 1987 tarihli ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nda değişiklik öngören bu yasa bu süreçte anlamlı bir adım olmuştur.

Bu rapor sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin önlenmesi amacıyla kabul edilen yasal düzenlemeyi hem hukuk politikası hem de sağlık politikası açısından irdelemektedir. Bu noktada rapor farklı saikleri ve biçimleriyle karmaşık bir olgu olan şiddet eylemleri ile mücadelenin kapsamlı çerçevesine dikkat çekmektedir. Rapor da konunun yalnızca mevzuat ve ceza adaleti boyutu değil eğitim ve farkındalık boyutları da irdelenmektedir.