

<b>Kanun Numarası</b>	<b>5382</b>
<b>Başlığı</b>	ELAMAN TEMİNİNDE GÜÇLÜK ÇEKİLEN YERLERDE SÖZLEŞMELİ SAĞLIK PERSONELİ ÇALIŞTIRILMASI İLE BAZI KANUN VE KANUN HÜKMÜNDE KARARNAMELERDE DEĞİŞİKLİK YAPILMASI HAKKINDA KANUN SAĞLIK HİZMETLERİ TEMEL KANUNU VE SAĞLIK BAKANLIĞININ TEŞKİLAT VE GÖREVLERİ HAKKINDA KANUN HÜKMÜNDE KARARNAMEDE DEĞİŞİKLİK YAPILMASI HAKKINDA KANUN
<b>Kabul Tarihi</b>	02/07/2005
<b>Kabul Edildiği Birleşim</b>	<a href="#">22.Dönem 3.Yasama Yılı 124.Birleşim</a>
<b>Cumhurbaşkanlığına Gidiş Tarihi</b>	04/07/2005
<b>Cumhurbaşkanlığından Geliş Tarihi</b>	
<b>Cumhurbaşkanınca Yapılan İşlem</b>	Geri Gönderme
<b>Resmi Gazete Tarihi</b>	
<b>Resmi Gazete Numarası</b>	
<b>Diğer Bilgiler</b>	<a href="#">Son Dönem Tasarı Bilgileri ve Komisyon Raporları</a>
<a href="#">Kanun Tasarısının Metni</a>	
<b>Dönemi ve Yasama Yılı</b>	22/3
<b>Esas Numarası</b>	1/1040
<b>Başkanlığa Geliş Tarihi</b>	31/05/2005
<b>Tasarının Başlığı</b>	Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması İle 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 Tasarısı
<b>Tasarının Özeti</b>	Sözleşmeli personele istihdam edildikleri birimlerde zorunlu hallerde yöneticilik yapabilme imkanı sağlanması, Sözleşmeli personelin haftalık çalışma süresinin Devlet memurlarının haftalık çalışma süresi ile uyumlu hale getirilmesi, Sözleşmeli sağlık personeli istihdam edilen hizmet birimlerinin yeniden belirlenmesi sonucunda, çalıştığı birimin pozisyonu iptal edilen personelin yeni ilan edilecek olan pozisyonlara atanmaları, Devlet memuruyken sözleşmeli personel statüsüne geçenlerin tekrar memuriyete geçmelerinde kurumun takdir yetkisinin kaldırılması, Kadroları Sağlık Bakanlığında olup da diğer kamu kurum ve kuruluşlarında uzmanlık ve yan dal eğitimi yapılan personelin hukuki durumlarının ve mükellefiyetlerinin düzenlenmesi, Bakanlıkta yan dal eğitimi yapmaya ilişkin usul ve esasların belirlenmesi, 399 sayılı Kanun Hükmünde Kararnameye tabi sözleşmeli uzman tabip, tabip, diş tabibi ve eczacı pozisyonlarına yapılacak atamaların Bakanlıkça yapılması, Sağlık Bakanlığının eğitim ve araşt
<b>Tasarının Son Durumu</b>	KANUNLAŞTI

<b>Komisyon Tipi</b>	<b>Adı</b>	<b>Giriş Tarihi</b>	<b>Çıkış Tarihi</b>	<b>Yapılan İşlem</b>	<b>Karar Tarihi</b>
Esas Komisyon	Plan ve Bütçe Komisyonu	01/06/2005	23/06/2005	Raporunu Verdi	22/06/2005
Tali Komisyon	Sağlık, Aile, Çalışma ve Sosyal İşler Komisyonu	01/06/2005	13/06/2005	Raporunu Verdi	

**Esas Komisyon Raporu(Sırasayısı) 959**

**Kanun Numarası: 5382**

## AYRIŞIK OY

Sağlık, insanın birey olarak en yaşamsal ihtiyacı olması yanında, kamusal hizmet anlamında sosyal ve ekonomik politikaların önemli ve vazgeçilmez bir unsurudur. Çağdaş sosyal demokrasi sağlığı temel bir hak olarak görür ve bilgi ekonomisinin gelişmesiyle birlikte yeni boyutlar kazanıp pahalılaştıran sağlık hizmetlerini hem kalite ve sürdürülebilirlik hem de hakkaniyete uygun bir biçimde sağlamayı amaçlar.

Erdemli mal ve hizmetlerin başında gelen sağlıkta temel sorumluluk devletindir ve sağlık kamununun özellikle finansman sağlama açısından terk edemeyeceği bir alandır.

Bu alanda, açıktır ki, hizmetlerin daha etkin ve uluslar arası standartlara uygun bir biçimde sunulması açısından iyi regüle edilmiş ve sosyal boyutu güçlü bir piyasa ekonomisi çerçevesinde özel sektöre de önemli işlevleri ve sorumluluklar düşmektedir.

Türkiye'de Cumhuriyetin kuruluşundan bu güne sağlık hizmetlerinde önemli gelişmeler sağlanmıştır. Bununla birlikte, Türkiye gibi belli gelişmişlik düzeyi ve potansiyeline sahip ülke için sağlık hizmetlerinin bugünkü düzeyinin yeterli olduğunu söylemek mümkün değildir. Özellikle AB ülkeleri ile karşılaştırıldığında bu yetersizlik çok daha açık bir şekilde ortaya çıkmaktadır.

Sağlık hizmetlerinde etkinlik ve hakkaniyet açısından büyük sorunlar bulunmaktadır. Hizmetin üretilmesi sürecinde kurumsal yapıda süregelen ve gittikçe daha karmaşık bir yapıya bürünen kargaşa bu sektörde önemli bir sorun kaynağı olarak karşımıza çıkmaktadır.

Sağlık sektörü ekonomik ve sosyal yaşam açısından en temel sektörlerin başında gelmekle birlikte onu diğer sektörlerden ayıran bir diğer özellikte aynı zamanda önemli rant kavgalarının, kuraldışılıkların, yolsuzlukların yol açtığı ekonomik ve sosyal zararlarla karşı karşıya kalmasıdır.

Türkiye'de kamu ve özel sektörün sağlık harcamalarının toplamının GSMH'ya oranı yüzde 6-7 düzeyindedir. Ülkenin gelir düzeyine göre bu oran diğer ülkelerle karşılaştırıldığında düşük değildir. Bununla birlikte, bu oran gelişmiş ülkelerin sahip olduğu oranların oldukça altındadır. ABD'de bu oran yüzde 13,7, İngiltere'de yüzde 7,5, Fransa'da yüzde 9,5'dir.

Kişi başına sağlık harcaması açısından bakıldığında ise sağlık harcamalarının görece düşüklüğü ve yetersizliği daha açık bir şekilde görülmektedir. Türkiye'de kişi başına düşen sağlık harcaması Dünya Sağlık Teşkilatı'nın verilerine göre, 2000'li yıllarda 100 doların biraz üzerinde çıkmaktadır. Türkiye 192 ülkenin kişi başına sağlık harcaması ortalaması olan 424 doların da altında kalmıştır. Kişi başına sağlık harcaması en fazla olan ülke 4.900 dolarla Amerika Birleşik Devletleridir. Bu ülkeyi 2.627 dolarla Japonya, 2.412 dolarla Almanya ve 2.613 dolarla Kanada izlemektedir. Brezilya, İran, Polonya, Romanya, Güney Afrika, Güney Kore ve Uganda gibi ülkelerin kişi başına sağlık harcaması bizden çok daha yüksektir.

OECD verilerine göre (2000), Türkiye satın alma gücüne göre kişi başına sağlık harcamasında üye ülkeler arasında sonuncu sırada yer almaktadır. 30 ülke içinde Türkiye'de satın alma gücüne göre kişi başına sağlık harcaması 446 dolar düzeyinde iken, bu tutar;

Türkiye hariç OECD ortalamasında 2.200 dolara çıkmaktadır. OECD ortalaması satın alma gücüne göre bile Türkiye'nin sahip olduğu kişi başına sağlık harcaması düzeyinin beş katından daha fazladır.

Diğer bir gösterge olarak doğumda bebek ölüm hızlarına baktığımızda; bebek ölüm hızı bin canlı doğumda bizde 30'un üstündeyken, bu sayı gelişmiş ülkelerde ortalama olarak 5'in altında çıkmaktadır.

Yüz bin canlı doğumda anne ölümü Türkiye'de 100'ün üzerinde çıkarken, bu sayı gelişmiş ülkelerde 10'un altına düşmektedir.

Mevcut hastanelerin ortalama yatak kullanım oranı yüzde 61 gibi oldukça düşük bir orandadır. Bu durum özellikle kamu yatırımlarının planlaması, programlanması ve uygulaması konusundaki yanlış tercihlerin bir sonucu olarak da görülmelidir. Türkiye sağlık sektörüne olan yatırımı kamu açısından hastane binası inşa etmek olarak görmüş, sağlıkta kaliteyi artıracak çalışmaları ve harcamaları ise sürekli ertelemiştir.

2004 yılı sonu itibarıyla bir doktor başına düşen nüfus 735, bir diş hekimi başına düşen nüfus 17.282, bir hemşire başına düşen nüfus ise 850'dir. Bu oranlar bize var olan ihtiyacın boyutunu açıkça ortaya koymaktadır.

Kısaca baktığımız bu göstergeler, Türkiye'de sağlık politikalarının oluşturulmasında, kaynak kullanımında, önceliklendirme de önemli problemler olduğunu bize göstermektedir.

Kamu açısından sorunlar öncelikle kamu eliyle sağlığa ayrılan kaynakların etkin bir şekilde kullanılmamasından kaynaklanmaktadır. Toplam sağlık harcamalarının yaklaşık yüzde 70'inden biraz fazlasını oluşturan kamu sağlık harcamalarının fonksiyonel dağılımında koruyucu sağlık hizmetlerinin payının düşüklüğü bu durumu en iyi yansıtan göstergelerden biridir. Kamunun yapmış olduğu toplam sağlık harcamaları içinde koruyucu nitelikteki sağlık harcamalarının payı 1990'ların ikinci yarısındaki yüzde 11 oranından bugün yüzde 5-6'lara kadar düşmüştür. Zaten kaynak dağılımındaki etkinsizlik nedeniyle oldukça düşük olan koruyucu sağlık harcamaların bu dönemde daha da düşürülmesi iki temel problemi beraberinde getirmektedir: Birincisi, kamusal bir hizmetin devlet tarafından istenen düzeyde yerine getirilememesi; ikincisi ise özellikle bugün ertelenen yapılmayan bu harcamaların başta bulaşıcı hastalıklar olmak üzere toplumsal yaşamı tehdit eden hastalıkları yaygınlaştırması ve geleceğe çok daha büyük sağlık harcamaları ertelemevidir.

Koruyucu sağlık hizmetleri dışındaki hizmetlerden, etkinliğin artırılması yoluyla -ve bu hizmetlerin ihtiyaçları karşılama kapasitesinde herhangi bir azalmaya yol açmadan- yapılacak yüzde on oranındaki bir tasarrufun koruyucu sağlık hizmetlerine aktarılması koruyucu sağlık hizmetlerinde bugünkü toplam hizmet hacminin en az iki katına ulaşmasına yol açacaktır. Bu ise özellikle orta vade de hastalanma risklerinin azalması ve pozitif dışsallıklarla birlikte sağlık harcamalarının düşmesine neden olacaktır.

Sağlık alanında sorunun, kaynakların yetersizliğinden önce, mevcut kaynakların belirgin stratejik öncelikler uyarınca etkili bir biçimde kullanılmamasından kaynaklı olduğunun da farkında olunmalıdır.

Sosyal Güvenlik Kurumlarının bugün ciddi düzeylere ulaşan açıklarının ana kaynağı sağlık sigortaları olmamakla birlikte 3 sosyal güvenlik kurumunun sağlık harcamaları bugün GSMH'ya oran olarak yüzde 3 düzeyini aşmıştır. Nitekim hükümetin sağlık sektörüne yönelik olarak son dönemde uyguladığı politikaların (SSK hastanelerinin devri gibi) bu kurumlar üzerinde çok ciddi mali sonuçları olacaktır. Bunun faturası ise maalesef yine bu işte bir sorumluluğu olmayan insanlara çıkarılacaktır.

Sağlık hizmetlerinin hakkaniyet açısından en olumsuz boyutlardan biri bölgeler arasındaki belirgin eşitsizliktir. Yoksulluk, sağlık durumu ve hizmetlere erişme bakımından başlı başına bir engel oluşturmaktadır.

Yine diğer karşılaştırılabilir Ükelere göre mutlak rakam olarak düşük kalmakla birlikte, ilaç tüketiminin sağlık harcamalarına oranı da görece olarak yüksektir ve açıktır ki akılcı ilaç kullanımı konusundaki yetersizlikler bunun önemli nedenlerinden biridir. Toplam sağlık harcamalarının yaklaşık yüzde 40'ı ilaç doğrudan ilaç tüketimine gitmektedir.

Türkiye'de yıllık ilaç tüketimi bugün tüketici fiyatlarıyla 6 milyar doları aşmıştır (2004 sonu). Bu, Türkiye'deki toplam sağlık harcamaları içinde görece olarak yüksek bir pay oluşturmaktadır. Pazarın yıllık büyüme hızı son iki yılda yaşanan artışla yüzde 30'lara ulaşmıştır. Üretim görece olarak sınırlı kalmakta ve dünyada ilaç sanayisinin son derece pahalı olan AR-GE faaliyetlerine dayalı gelişme eğiliminin daha da belirginleşmesine de bağlı olarak ulusal sanayicilerin çokuluslu şirketlerle rekabet etmesi büsbütün güçleşmektedir. Türkiye'deki çokuluslu şirketler dahil, sağlıkta AR-GE faaliyetleri son derece kısıtlıdır.

Beş-on yıllık bir süre içinde Türk ilaç sanayisinin: özellikle biyoteknoloji alanındaki gelişmeleri belirli ölçülerde özümsemiş ve bu alanda belirli AR-GE ve üretim kapasitelerini geliştirmiş, klasik teknolojilerdeki gelişmelerin önemli bir bölümünü uygulamaya dönüştürebilen, lisansa dayalı ve fason üretimin ötesinde daha çok jenerik ilaç üretip ihraç edebilen ve jenerik "biyotek" ilaç alanında önemli bir kapasiteye sahip olması için gerekli yatırımların ve hazırlıkların yapılması kaçınılmaz görülmelidir. Aksi durumda Türkiye bir çok konuda olduğu gibi ilaçta da dışarıya bağımlı bir tablo ortaya koyacaktır.

Bu anlamda, Türk ilaç sanayisinin daha uzun vadede de, en azından birkaç alanda inovatif ilaç geliştirip Üretim kapasitesine sahip bir sanayi olması için gerekli perspektif bugünden gecikmeksizin çizilmeli ve gerekli teşvikler buna göre tasarlanmalıdır.

AB'nin sağlık alanındaki politikaları ve mevzuatına uyum için Türkiye tarafından atılan adımlar daha çok mekanik bir mevzuat uyumu düzeyiyle sınırlı kalmıştır. İlgili Programlara aktif katılım da sınırlı kalmıştır.

Türkiye'nin AB'ne üyelik sürecinde ve genelde ekonomik ve sosyal gelişme perspektifinin bir gereği olarak sağlık alanında belirgin hedefler ve bunlara ulaşmak için strateji ve politikalar belirlemesine ihtiyaç vardır. Bugüne kadar, özellikle son 10 yılda bu konuda çeşitli hükümetler döneminde harcanan önemli çabalar, yapılan çalışmalar, hazırlıklar beklenen sonucu vermekten uzak kalmış; geçerli, bütüncül, kendi içinde tutarlı, sürdürülebilir, dünya normlarının yanı sıra Türkiye koşullarına uygun, yeterince modern, hakkaniyet

açısından olumlu, sistematik ve etkili bir strateji ve politikalar seçeneği, çeşitli nedenlerle, belirlenip uygulanamamıştır.

Sağlıkla bağlantılı sosyal hedefler bağlamında: yoksulluğun azaltılması, bu amaçla doğru ölçülmesi, bölgesel hizmet dağılımının hakkaniyete uygun hale getirilmesi, eğitim ve genelde sosyal altyapılarda ve Bilişim ve İletişim Teknolojileri alanında atılımlar yapılması, kadınların sağlık hizmetlerinden eşit ve yeterli bir biçimde yararlanması öncelikli hedefler arasında yer almalıdır.

AB'ne sağlık alanında uyum sürecine ilişkin hedefler çerçevesinde; beş yıl içinde: tüm nüfusu sağlık güvencesine kavuşturmak; bu konudaki AB Programlarına aktif olarak katılmış olmak; birinci basamak hizmetlerine ağırlık vermeyi sağlamak ve AB'nin e-sağlık projesine tam katılımı sağlamak hedefleri başarılmalıdır. On yıl içinde ise: öngörülen sağlık reformu projesinin ana unsurlarını hayata geçirmiş olmak; sağlığa ayrılan kaynakların yeterli düzeyde olmasını ve etkin bir biçimde kullanılmasını sağlamak; belirgin yoksulluktan kaynaklanan ve bölgelerarası eşitsizliklere bağlı olan hizmet dengesizliklerinin giderilmesi ve temel sağlık göstergelerinin AB ortalamasına belirgin ölçüde yaklaşmış olması hedefleri gerçekleştirilmelidir.

Türkiye'de sağlık sorunlarını ve buna ilişkin çözüm yollarını yukarıda belirtilen çerçeve içerisinde ele almak gerekir.

Bu çerçevede Tasarıya aşağıda belirtilen nedenlerle katılmıyoruz:

1. Tasarının 1 inci maddesi ile sözleşmeli çalışanlar için; başhekim, başhekim yardımcısı, başhemşire olma yolu açılıyor. Bir kamu hastanesinin başında, iş güvencesinden yoksun sözleşmeli bir başhekimin olabilmesi aslında, sağlık alanının kamusal bir hizmet alanı olmaktan nasıl çıkartıldığı yeni bir işareti olarak görülmelidir. Öte yandan sözleşmeli statüde çalışan bir başhekimin bağımsız karar verme, görevini kendi biriminin gerekliliği üzerinden planlama, çalışanların sorunlarına eğilme konularında ne kadar kısıtlanacağı çok açıktır.

2. Tasarının 5 inci maddesi yeni bir personel statüsünün ihdasını öngörmektedir.

657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 36/B maddesine göre sözleşmeli personel, "kalkınma planı, yıllık program ve iş programlarında yer alan önemli projelerin hazırlanması, gerçekleştirilmesi, işletilmesi ve işlerliği için şart olan zaruri ve istisnai hallere münhasır olmak üzere özel bir meslek bilgisine ve ihtisasına ihtiyaç gösteren geçici işlerde" istihdam edilir.

Tasarının 5 inci maddesiyle düzenlenen Ek 3 üncü maddede ise 657 sayılı Kanunun anılan maddesine göre istihdam edilmesi öngörülen sözleşmeli personelin 657 sayılı Kanunda belirtilen proje ve işlerle hiçbir ilgisi bulunmamaktadır. Bu yeni bir istihdam biçimidir. Hükümet bir yandan "personel reformu"nu gündemde tutarken diğer yandan mevcut sistemi iyice karmaşıklaştıran düzenlemeler yapmaktadır.

3. Tasarının 6 ncı maddesinde yer alan Sağlık Bakanlığı Eğitim Hastanelerinde klinik şef ve şef yardımcılığı kadrolarına profesör ve doçent olanların Bakanlıkça atanacağı, diğerlerine ilişkin yapılacak sınavın Sağlık Bakanlığı tarafından 3359 sayılı Yasaya dayanarak yönetmelikle düzenleneceği hükmü, Anayasaya ve yargı kararlarına aykırıdır.

Eğitim hastaneleri tıpta uzmanlık eğitimi veren, uzman yetiştiren hastaneler olup, klinik şef ve şef yardımcıları eğitimin sorumlusu olan bilimsel kadrolardır. Nitelikli uzman yetiştirmenin başlıca koşullarından biri eğitim kadrolarına atanacak kişilerin bu alanda en iyi bilgi birikimine, beceriye sahip kişilerden olmasıdır. Tıp eğitimi ve tıpta uzmanlık eğitimi bilimsel bir sũreç olduğundan dolayı bu alanı dũzenleyen 6zel kanunlar bulunmaktadır. Bu kanunlar, Sağlık Bakanlığı dışında başka kurumlara da yetki vermektedir.

Yũksek6đretimin Anayasa uyarınca asıl sorumlusu olan Yũksek 6đretim Kurumlarına 2547 sayılı Yasa ve 1219 sayılı Yasa ve Tıpta uzmanlık Tũzũđũ ile yetki tanınmış ve bu alanda 7ıkarılacak y6netmelikler i7in Y6K'ũn uygun g6rũřũnũn alınmasını şart koşmuştur. Bu dũzenleme bir yũksek 6đretim olan tıpta uzmanlık eğitiminde 6niversiteleri ve Y6K'ũn Anayasada, Yasalarda Tıpta Uzmanlık Tũzũđũnde yer alan yetkilerini yok saymaktadır.

1997 yılında Sağlık Bakanlığı, Y6K, Tũrk Tabipleri Birliği ve uzmanlık derneklerinin tartışıp uzlaşarak vardıkları tarafsız, objektif ilk iki aşaması 6SYM tarafından ve son aşaması ise belli kriterlere sahip ve kura y6ntemi ile oluşturulan bağımsız jũriler tarafından yapılan sınav y6ntemi 1999 yılından bu yana uygulanmaktadır.

Aynı anlayışın bu Tasarıyla da devam ettirildiğini g6rũyoruz. Dũzenleme objektiflikten, adaletten uzak olup tamamen keyfilik yaratacak niteliktedir. Yapılması gereken s6z konusu atamaların da objektif bir sınav veya se7me sistemine dayalı olarak yapılmasıdır.

M. Akif Hamza7ebi Trabzon	A. Kemal Kumkumoğlu İstanbul	Birgen Keleş İstanbul
Kemal Kılı7daroğlu İstanbul	A. Kemal Deveciler Balıkesir	