

İÇİNDEKİLER

SUNUŞ.....	5
RAPOR ÖZETİ	7
GİRİŞ	13
I - YAŞAMA SAĞLIKLI BAŞLAMA KOŞULLARI	15
II - TÜRKİYE’DE YENİDOĞAN SAĞLIĞI	19
Bebek Ölüm Nedenlerine Yönelik Güncel İşleyiş.....	25
Ülkemizde Bebek Ölümlerine Yol Açan Faktörler Nelerdir?.....	26
III - YENİDOĞAN BAKIMINDA SAĞLIK İNSAN GÜCÜ	30
IV - YENİDOĞAN YOĞUN BAKIMDA KAYNAK DAĞILIMI	36
Ülkemizdeki yenidoğan yatak sayısı yeterli midir?.....	36
Yenidoğan Yoğun Bakım Servislerinin Asgari Donanım, Personel ve Hizmet Standartları..	38
V - ÜLKEMİZDE SEZARYEN ORANLARINDAKİ ARTIŞ.....	39
Genel Bilgiler.....	39
Olası Nedenler ve Çözüm Önerileri	42
Sağlıkta Ticari Çeteleşme ve Bebek Ölümleri Üzerine Görüşler	45
VI - SAĞLIK SİSTEMİNDE TAŞERONLUĞA BAKIŞ	46
Dünyada Neo-Liberal Politikalar ve Sağlıkta Özelleştirme Sürecine Geçiş	46
Neo-Liberal Politikaların Sağlık Sistemi Üzerine Etkileri	47
Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Süreci	50
Sağlık Sisteminde Taşeronluğa Bakış	52
Sonuç	55
VII - SAĞLIK ALANINDA HİZMET ALIMINI VEYA DIŞ KAYNAK KULLANIMI	57
Hizmet Alımı/Dış Kaynak Kullanımı Nedir?.....	57
Sağlık Alanında Hizmet Alımı veya Dış Kaynak Kullanımı	59
Hastanelerde Dış Kaynak Kullanımının Faydaları ve Sakıncaları	63
Dış Kaynak Kullanımının Taşeron Personel Üzerindeki Olumsuz Etkileri	64
Sonuç	64
VIII - SÜREGELEN CEZA DAVASI İLE İLGİLİ SON DURUM.....	67
Ceza Davası	67
Disiplin Soruşturması	67

Sağlıkta Ticari Çeteleşme: Bebek Ölümleri Ön Raporu

Yaşamını Kaybeden Bebekler	67
Çok Sayıda Özel Hastane Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinin Taşeron Şirket Tarafından İşletilmesi.....	68
SGK'nin Zarara Uğratılması.....	68
Yabancı Uyruklu Hastalara Yönelik İşlenen Suçlar.....	68
112 Sistemi	69
IX - TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ VE TABİP ODALARININ ÇALIŞMALARI VE AÇIKLAMALARI.....	70
SONUÇ	77
KAYNAKLAR	79

SUNUŞ

Yaşama Sağlıklı Başlamak Tüm Bebeklerin Hakkıdır!

Çok sayıda bebeğin, aralarında hekimlerin ve sağlık çalışanlarının da olduğu bir çete tarafından anlaşılmış özel hastanelerin yenidoğan yoğun bakım ünitelerine (YYBÜ) yönlendirilmesi ile Sosyal Güvenlik Kurumu'ndan ve ailelerden haksız gelir elde etmesi ve bebeklerin bir kısmının yoğun bakım takipleri sırasında hayatını kaybetmesi ile ilgili davalar Ekim 2024'den beri sürmektedir. Türk Tabipleri Birliği (TTB) olarak davayı yakından takip etmekteyiz. Yenidoğan bebeklerin ölümüyle sonuçlanan olayın münferit olmadığını biliyoruz ve kalıcı yapısal çözümler getirilene kadar da unutulmasına izin vermeyeceğiz.

Bu olay AKP hükümetleri tarafından 20 yıldan fazla süredir uygulanan ve sağlığı alınır satılır bir meta, hastaneleri ticarethane, hastaları müşteri haline getiren "Sağlıkta Dönüşüm Programı"nın iflas etmiş olduğunun göstergesidir. Bu vahim olay birkaç vicdan ve ahlak yoksunu sağlık çalışanının, hastane yöneticisinin suça karışmasından ibaret olmadığı gibi bu kişilerin cezalandırılması ile geçiştirilecek ve telafi edilecek nitelikte de asla değildir. Bunu çok aşan ve sistemle ilgili ciddi bir sorunla, karşı karşıya olduğumuz açıktır. Piyasalaşan sağlık hizmetleri içinde bu tür suç yapılmalarının oluşmasına zemin hazırlar.

Bu raporda hem yeni doğan ve anne sağlığını tehdit eden etmenler araştırılmış, hem bunların azaltılmasına yönelik çözümler önerilmiş, hem de mevcut sağlık sisteminin yol açtığı sorunlar ve nedenleri tartışılmıştır. Yenidoğan bebeklerin yaşamlarını yitirmesi ile sağlık sisteminde ortaya çıkan sorun ve açıkları "taşeronlaşma" özelinde, sağlıklı yaşam hakkı, yenidoğanların bakımı ve güncel sorunlar ile ülkemizin dünyada en yüksek sezaryen oranına sahip olmasının getirdiği sorunlar bağlamında tartışmakta, sürmekte olan ceza davası ile ilgili son durum ve bu konuda meslek örgütümüz tarafından yapılan açıklamaları kapsamaktadır. Amaç ülkemizdeki bebek ölümleri nedenlerini, yoğun bakım gereksinimlerini, alt yapı ve denetim eksikliklerini, sistemden kaynaklanan sorunları çok yönlü irdelemek ve çözüm önerileri sunmaktır. Sağlıklı gebelik, sağlıklı doğum, sağlıklı yeni doğan halk sağlığı hizmetleri ile yakından ilgilidir.

Üreme sağlığı hizmetleri, antenatal ve perinatal bakım ile çocuk sağlığı hizmetlerinde belirgin sorunlar söz konusudur. Yenidoğan dönemi, yaşamın en kırılgan zamanıdır ve bu dönemde mortalite oranları diğer dönemlere göre çok daha yüksektir. Yenidoğan ölümlerinin önlenmesi, halk sağlığı ve ülkelerin sağlık politikaları açısından kritik bir öneme sahiptir. Bebek ve çocuk ölümlerini bir ülkenin sağlık hizmet kalitesinin göstergesidir.

TTB Sağlıkta Ticari Çeteleşme Araştırma Gurubumuz tarafından hazırlanmış olan ve kamuoyuna sunduğumuz bu raporda görüldüğü gibi Türkiye'de anne ve bebek ölümleri önlenabilir seviyenin çok üzerindedir ve bölgeler arasında büyük eşitsizlikler vardır. Antenatal ve perinatal hizmetlerde ve bakımda yetersizlikler dikkat çekmektedir. Ülkemizde yenidoğan uzmanların sayısı yetersiz, dağılımı dengesizdir. Bunların yanı sıra, çocuk sağlığı ve hastalıkları

ile yenidoğan yan dalı tercih edilme oranları da azalmıştır. Bu durum bizi gelecekte daha büyük sorunların beklediğini göstermektedir. Türkiye’de YYBÜ yatak sayısı yeterli ama dağılımı dengesizdir. Bunların %52’sinin özel sektörde olması, riskli yeni doğanların sevkini ve hizmete erişimini engellemektedir. Yoğun bakımı gereksinimi olan prematür ve düşük doğum ağırlıklı bebekler gebelik öncesi beslenme yetersizliği, adolesans, kısa aralıklı ve ileri yaş gebelikleri gibi etkenlerden kaynaklanmaktadır. Bu döngünün kırılması için yalnızca yenidoğan bakım hizmetlerinin değil, aynı zamanda prematür doğumları önlemeye yönelik politik kararlılık da gerekmektedir. Yeni doğan ölümleri ve çetelerin üremesi hem sistemden hem de koruyucu önlemlerin yeterince alınmamasından kaynaklanmıştır. Maalesef aile planlaması hizmetleri, nüfus politikalarının doğurganlığı teşvik eden yönelimi nedeniyle öncelik olmaktan çıkmıştır.

Yürütme ve denetim görevini elinde tutan İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü ve Sağlık Bakanlığı yetkililerinin görevlerini ihmal ettikleri, yıllardır sürdüğü anlaşılan bu tezgâhın geç ortaya çıkmasından sorumlu oldukları iddianameden anlaşılmaktadır.

Bebeklerin ve halkın sağlığını piyasanın insafına bırakan sağlık politikalarını bir kenara bırakarak, koruyucu hekimlik ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirildiği, sağlık çalışanlarının güvenli ve güvenceli çalışabildiği, sağlık hizmetinin niteliğinin ve topluma katkısının değerlendirildiği başka bir sağlık sistemini hayata geçirmeliyiz. Kamuda hizmet alım ve taşeronlaşma sisteminin kaldırılması, hekim maaşlarındaki performans baskısının kaldırılması, SGK’nin özel sağlık hizmetlerinden hizmet alımını bırakması gerekmektedir. Sağlık sistemi erken doğumları ve yenidoğanların yoğun bakım ihtiyacını azaltan bir şekilde kurgulanmalıdır.

Mevcut sağlık sisteminin yapısal sorunlarını hep birlikte aşabileceğimizi vurgulayarak, "Başka Bir Sağlık Sistemi Mümkün" diyoruz.

Bu raporu 21 Nisan’da 4. dava süreci başlaması vesilesiyle yayımlıyoruz. Çeteleşme skandalının ortaya çıkmasının hemen ardından oluşturduğumuz TTB Sağlıkta Çeteleşme Çalışma Grubu’na bu raporun hazırlanmasında harcadıkları büyük emek için teşekkür ediyoruz.

Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi

RAPOR ÖZETİ

Türkiye'nin 1990'da imzaladığı "Çocuk Haklarına Dair Sözleşme", 18 yaş altındaki bireyleri çocuk olarak tanımlayıp ve onların yaşama, gelişme, korunma ve sosyal yaşama katılma haklarını garanti altına almaktadır. Bu haklar arasında sağlık hizmetlerine erişim, eğitim, insana yakışır yaşam standardı, istismardan korunma ve özel gereksinimli çocukların hakları ilk sıralarda yer almaktadır. Özellikle madde 24, çocukların en iyi sağlık düzeyine ulaşma ve tıbbi bakım hizmetlerinden yararlanma hakkını vurgulamaktadır. Bu kapsamda bebek ve çocuk ölümlerinin azaltılması, temel sağlık hizmetlerinin sağlanması, beslenme ve temiz suya erişim, anne sağlığı bakımı ve koruyucu sağlık hizmetleri gibi önlemler öne çıkmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün "**21. Yüzyıl Sağlık Hedefleri**"nde "**Yaşama Sağlıklı Başlama**" hedefi, yenidoğan ve okul öncesi çocukların daha sağlıklı bir başlangıç yapmasını amaçlamaktadır. Ancak, Türkiye'de bu hedefe ulaşmada ciddi eksiklikler bulunmaktadır. Üreme sağlığı hizmetleri, antenatal ve perinatal bakım ile çocuk sağlığı hizmetlerinde belirgin sorunlar söz konusudur. Örneğin, toplam doğurganlık hızı verilerinde Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) ile Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) arasında tutarsızlıklar vardır ve TNSA 2023 verileri henüz paylaşılmamıştır. Ayrıca, aile planlaması hizmetleri, nüfus politikalarının doğurganlığı teşvik eden yönelimi nedeniyle öncelik olmaktan çıkmıştır.

Türkiye'de anne ölümleri önlenebilir seviyenin 7-8 katı düzeyindedir ve bölgeler arasında büyük eşitsizlikler vardır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Avrupa Bölgesi'nde, Türkiye'den daha yüksek anne ölüm oranına sahip yalnızca yedi ülke bulunmaktadır. Bebek ölümleri ise önlenebilir düzeyin yaklaşık olarak 5 katı üzerindedir. Güneydoğu Anadolu'da doğan bebeklerin ölüm oranı, Doğu Marmara'ya göre 2,13 kat daha yüksektir. Perinatal ölüm hızı, Avrupa Birliği ortalamasından %67 daha fazla, düşük doğum ağırlığı prevalansı (%13) ise gelişmiş ülkelerin 1,5-3 katı düzeyindedir.

Antenatal ve perinatal hizmetlerde de yetersizlikler dikkat çekmektedir. Gebeliğe bağlı ölüm oranlarıyla ilgili veriler kamuya paylaşılmadığından doğru bilgilere ulaşılamamaktadır. Doğum sonrası bakımda, lohusalara önerilen 6 izlem yerine ortalama 2,2-3,2 izlem gerçekleştirilebilmektedir. Doğum öncesi bakım kapsayıcılığı yüksek görünse de (%95,9), yaklaşık 40.000 bebek yeterli bakım alamayan annelerden doğmakta ve 24.000 gebe profesyonel yardım olmadan doğum yapmaktadır. Bölgesel eşitsizliklere bir diğer örnek de Akdeniz Bölgesi'nde 5 yaş altı ölüm oranının Doğu Marmara'ya göre 3,16 kat daha yüksek olmasıdır.

Prematür ve düşük doğum ağırlıklı doğumlar; başlıca gebelik öncesi beslenme yetersizliği, anemi, toplumsal cinsiyet eşitsizliği, adolesan, kısa aralıklı ve ileri yaş gebelikleri gibi etkenlerden kaynaklanmaktadır. Ayrıca, hava kirliliği gibi çevresel etkenler de perinatal sonuçları olumsuz olarak etkilemektedir. Bu durum, anne ve bebek ölümlerini artıran bir kısır döngü yaratmaktadır. Bu döngünün kırılması için yalnızca yenidoğan bakım hizmetlerinin

değil, aynı zamanda prematür doğumları önlemeye yönelik politik kararlılık da gerekmektedir.

Türkiye’de bebek ölümlerini azaltmaya yönelik “Neonatal Resüsitasyon Programı”, “Anne Sütünün Teşviki”, “Demir Gibi Türkiye Programı”, “Genişletilmiş Bağışıklama Programı” ve “Yenidoğan Taramaları” gibi çeşitli programlar yürütülmektedir. Ancak, bu programların etkinliği ve erişim sorunları söz konusudur.

Yenidoğan dönemi, yaşamın en kırılgan zamanıdır ve bu dönemde mortalite oranları diğer dönemlere göre çok daha yüksek olarak seyrederek. Sağlıklı nesiller için yenidoğan ölümlerinin önlenmesi, halk sağlığı ve ülkelerin sağlık politikaları açısından kritik bir öneme sahiptir. “**Dünya Kalkınma Raporu**” ve “**Birleşmiş Milletler İnsani Kalkınma Raporu**” gibi kaynaklar, bebek ve çocuk ölümlerini bir ülkenin sağlık hizmet kalitesinin göstergesi olarak değerlendirmektedir. Birleşmiş Milletlerin (BM) “**Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri**”, 2030’a kadar yenidoğan ölüm hızını bin canlı doğumda 12’nin, beş yaş altı ölüm hızını ise 25’in altına indirmeyi hedeflemektedir. UNICEF verilerine göre, 2022’de dünyada 4,9 milyon çocuk beş yaşından önce hayatını kaybetmiş, bunların 2,3 milyonu ilk 20 günde ölmüştür. Bu sayı, her gün yaklaşık olarak 6,500 bebeğin ölümü anlamına gelmektedir.

Türkiye, Cumhuriyet’in kuruluşundan bu yana bebek ve çocuk ölümlerini azaltmada önemli başarılar elde etmiştir. 1928’de binde 250-300 olan “bebek ölüm hızı” (BÖH), 1960’larda binde 163, 1980’lerde binde 121, 1990’larda binde 66, 2000’lerin sonunda binde 17 ve 2019’da binde 9’a gerilemiştir. 2022’de BÖH binde 9.2, 2023’te ise binde 10,0 olarak kaydedilmiştir. “BM Çocuk Mortalite Tahminleri Grubu”na göre Türkiye, son 30 yılda bebek ve çocuk ölümlerini en hızlı düşüren üçüncü ülke konumundadır. Ancak, son 14 yıldır, Batı Avrupa’nın, kimi komşularımızın 1990’da eriştiği %0 6’nın 1,5 katı dolayında plato çizen (binde 12-9-10 arasında), bir düzeydedir. Son açıklanan raporda ülkemizde bebek ölümlerinde duyurulan artışın deprem bölgesiyle sınırlı olmadığı; 2018-2023 arasında Cumhurbaşkanlığı Hükümet Sistemine geçiş, 41 ilde artış; 2019-2023 (COVID-19 dönemi) arasında 41 ilde artış; 2022-23 (Deprem) arasında 50 ilde artış olduğu gözden kaçmamalıdır. Ayrıca; bölgesel eşitsizlikler devam etmektedir. Doğu ve Güneydoğu Anadolu’da ölüm oranları Marmara ve Ege bölgelerine göre daha yüksek oranda seyretmektedir.

Türkiye’de 2012-2018 verilerine göre bebek ölümlerinin başlıca nedenleri prematürelilik (%47,4) ve doğumsal anomaliler (%23,4) olarak belirlenmiştir. Bu iki neden tüm ölümlerin %70’ini oluşturmaktadır. Ölen bebeklerin annelerinin genellikle kalabalık hanelerde yaşadığı, eğitim düzeylerinin düşük olduğu, akraba evliliği oranlarının yüksek olduğu (%25,4, bunun %46,2’si birinci derece kuzen evliliği) ve gebelik aralıklarının kısa olduğu (%31,5’i iki yıldan az) saptanmıştır. Ayrıca, ölen bebeklerin %40’ı 1500 gramın altında doğmuş ve %43’ü ilk hafta içinde yaşamını kaybetmiştir. Prematürelilik ve düşük doğum ağırlığı, özellikle ilk haftada ölümün en önemli nedenleri arasındadır.

“Yenidoğan yoğun bakım üniteleri” (YYBÜ), tüm dünyada, farklı düzeylerde hizmet sunarak kritik bebeklerin bakımını sağlayan merkezlerdir. Ancak, Türkiye’de yenidoğan uzmanı (neonatolog) sayısı yetersizdir. 2024 yılı itibarıyla 391 aktif uzman vardır. Bu, 10.000 canlı doğum başına 3,76 uzman anlamına gelmektedir. İdeal oran ise en az 4,3 olmalıdır.

Ülkemizde yenidoğan uzmanların dağılımı da dengesizdir. Uzmanların %37,9’u Marmara bölgesinde çalışırken, Doğu Anadolu’da %3, Güneydoğu Anadolu’da %4,3 oranında uzman bulunmaktadır. Ayrıca, son yıllarda emeklilik, zor çalışma koşulları ve düşük ücretler nedeniyle meslekten ayrılan yenidoğan uzmanı sayısında bir artış söz konusudur. Bunların yanı sıra, çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlığı ile yenidoğan yan dal uzmanlığı tercih edilme oranları da düşmüştür. 2024 TUS sonuçlarına göre birçok bölgede çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlık kadroları boş kaldığı bilinen bir gerçektir.

Türkiye’de YYBÜ yatak sayısı yeterlidir. 2022’de 1000 canlı doğum başına üçüncü düzey için 12,6 yatak düşmektedir. Bu oran ABD ve diğer gelişmiş ülkelerin üzerindedir. 2024’te YYBÜ’lerinde bulunan küvöz sayısı toplam 13,253’tür. Bunların %51,5’i özel hastanelerde, %36,3’ü Sağlık Bakanlığı hastanelerinde, %12,2’si de üniversite hastanelerindedir. Ancak, yatakların çoğunluğunun özel sektörde olması, riskli yenidoğanların sevkine ve hizmet erişiminde dengesizliklere yol açmaktadır. Ayrıca, YYBÜ yatışlarının büyük kısmı elektif sezaryen kaynaklı solunum sıkıntısı yaşayan term bebeklerden oluşmaktadır. Türkiye %62,8 sezaryen oranı ile dünyada birinci sıradadır.

Ülkemizdeki verilere bakıldığında, prematüre doğum oranlarının ve elektif sezaryenlerin azaltılması gerektiği görülmektedir. Çocuk sağlığı ve hastalıkları ile yenidoğan uzmanlığının teşvik edilmesi, çalışma koşulları ve ücretlendirmenin iyileştirilmesi gerekmektedir. Aksi halde, önümüzdeki on yıl içinde ciddi bir insan gücü krizi yaşanabileceği çok açıktır. Ayrıca, bebeklerin deneyimli ve devlet kontrolündeki merkezlerde izlenmesiyle sevkler sınırlanabilir ve hizmet kalitesinin artırılabilir.

Sağlıkta taşeronlaşmanın başlaması, ülkemizde 80’lerde gündeme gelen ve olumsuz yansımalarını günümüzde gördüğümüz neo-liberal politikalara koşuttur. Neo-liberalizm, 20. yüzyılın sonlarında serbest piyasa kapitalizminin yeniden canlanmasıyla ortaya çıkan bir ekonomik ve politik yaklaşımdır. Bu politikalar, özelleştirme, devlet harcamalarının azaltılması ve düzenlemelerin kaldırılması gibi unsurlarla özel sektörün rolünü artırmayı hedeflemiştir. Sağlık sektöründe bu dönüşüm, yine 1980’lerden başlayarak kamusal harcamaların azaltılması, sağlık hizmetlerinin finansman ve sunumunun ayrılması, performansa dayalı ücretlendirme sistemleri ve özel sigortacılığın teşvik edilmesi gibi uygulamalarla kendini göstermiştir. Bu süreç, hekimlerin özerkliğini kaybetmesine, ilaç endüstrisinin gücünün artmasına ve doktor-hasta ilişkisinin metalaşmasına yol açmıştır. Ayrıca, DSÖ’nün 1970’lerdeki sosyal eşitlik ve ücretsiz sağlık hizmetleri vurgusu, neo-liberal politikalarla yerini piyasalaşmaya bırakmış; Dünya Bankası (DB) gibi kurumların etkisiyle sağlık hizmetleri özelleştirme yönünde reformlara tabi tutulmuştur.

Türkiye’de neo-liberal sağlık reformları, 1980’lerden itibaren DB ile yapılan anlaşmalar çerçevesinde gündeme gelmiş, ancak siyasi ve ekonomik istikrarsızlık nedeniyle tam olarak uygulanamamıştır. 2002 yılında AKP’nin iktidara gelmesiyle “**Sağlıkta Dönüşüm Projesi**” (SDP) hız kazanmıştır. Bu proje, hastanelerin tek çatı altında toplanması, sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanının ayrılması, Genel Sağlık Sigortası’nın kurulması, aile hekimliği sisteminin getirilmesi ve özel sektörün sağlık alanına yatırım yapmasının teşvik edilmesi gibi adımları içermiştir. 2003’ten itibaren özel hastanelerden sevsiz hizmet alınması kolaylaştırılmış, performansa dayalı ödeme sistemi getirilmiş ve kamu hastaneleri işletmelere dönüştürülmüştür. Ayrıca, şehir hastaneleri gibi “**Kamu Özel Ortaklığı**” (KÖO) modelleriyle özelleştirme süreci derinleşmiştir. Bu dönüşüm, özel hastane ve yatak sayılarında ciddi artışa neden olmuş, ancak poliklinik randevularında uzun bekleme süreleri ve sağlıkta şiddet gibi sorunları da beraberinde getirmiştir.

Türkiye’de taşeronlaşma, 1980’lerde yardımcı hizmetlerde başlamış, 1990’larda Kamu İktisadi Teşebbüsleri (KİT) ve yerel yönetimlerde, 2000’lerde ise merkezi yönetimde asli işlere doğru genişlemiştir. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte, 2003’ten itibaren sağlık ve yardımcı sağlık hizmetlerinde taşeron personel istihdamı artmıştır. 657 sayılı “**Devlet Memurları Kanunu**”na eklenen düzenlemelerle bu hizmetlerin piyasadan satın alınmasının yolu açılmış, memurluk statüsü geriletilmiştir. Taşeron çalışan sayısı 2003’te 11 bin iken 2016’da 206 bine ulaşmıştır. Bu süreç, kadrolu, sözleşmeli ve taşeron gibi farklı istihdam biçimlerinin bir arada olduğu parçalı bir yapı yaratmış; çalışanlar arasında ücret, izin ve çalışma koşulları açısından derin eşitsizlikler ortaya çıkmasına neden olmuştur. Taşeronlaşma, güvencesiz çalışma koşullarını yaygınlaştırmış, iş yükünü artırmış ve sağlık çalışanlarının tükenmişlik yaşamasına neden olmuştur.

Neo-liberal politikalar ve SDP, sağlık hizmetlerine erişimi bir süreliğine kolaylaştırsa da uzun vadede piyasalaşma, özelleştirme ve taşeronlaşma gibi uygulamalar sağlık sisteminde ciddi sorunlara yol açmıştır. Türk Tabipleri Birliği (TTB), bu politikaların koruyucu sağlık hizmetlerini zayıflattığını, güvencesiz çalışmayı artırdığını ve hizmet kalitesini düşürdüğünü savunmaktadır. Ayrıca, sağlıkta taşeronlaşmanın çalışma barışını bozduğu ve nihayetinde “ölüm getireceği” uyarısında bulunulmuştur. TTB, Sağlık Bakanlığı’nın politikaları belirlerken meslek örgütleri ve sendikalarla iş birliği yapması gerektiğini vurgulamakta, aksi halde sağlık sistemindeki yıkımın devam edeceğini belirtmektedir.

Sağlık alanında hizmet alımı veya dış kaynak kullanımı (DKK), işletmelerin temel yeteneklerine odaklanarak diğer faaliyetleri dışarıdan tedarik etmesi olarak tanımlanır. İlk kez 1980’lerde ortaya çıkan bu kavram, 1990’lardan itibaren stratejik bir yönetim aracı olarak yaygınlaşmıştır. Firmalar, rekabet avantajı sağlamak için uzmanlık gerektirmeyen işleri (temizlik, güvenlik, yemek hizmetleri gibi) dışarıdan alarak maliyetleri düşürmeyi ve verimliliği artırmayı hedefler. Türkiye’de DKK, özellikle personel taşıma ve yemek hizmetleri gibi alanlarda sıkça uygulanmaktadır.

Sağlık sektöründe DKK, Türkiye’de 2003 yılındaki SDP ile hız kazanmış, özellikle 2007’den itibaren Şehir Hastaneleri projeleriyle daha da artmıştır. Temizlik, güvenlik ve bilgi işlem gibi destek hizmetlerinin yanı sıra laboratuvar, radyoloji ve ameliyathane gibi klinik hizmetler de dışarıdan alınmaya başlanmıştır. Bu uygulamanın temel nedenleri arasında maliyet azaltma, teknolojiye erişim, hizmet kalitesini artırma ve hasta memnuniyeti yer alır. Ancak, ihale süreçlerinin uzunluğu, Sosyal Güvenlik Kurumu’nun geç ödemeleri, düşük Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) fiyatları ve kamu-özel sektör arasındaki iletişim sorunları gibi sorunlar sıkça yaşanmaktadır.

DKK’nin uygulayıcıları açısından hastanelerin temel yeteneklerine odaklanması, maliyetlerin düşmesi ve hizmet kalitesinin artması gibi avantajları savunulurken, dezavantajları arasında tedarikçiye bağımlılık, bilgi güvenliği riskleri, çalışanlar üzerindeki olumsuz etkiler ve gizli maliyetler yer almaktadır. Özellikle taşeron personel, özlük haklarının ihlali, düşük ücretler ve iş güvencesi eksikliği gibi sorunlarla karşı karşıyadır. Türk Tabipleri Birliği (TTB), sağlıkta hizmet alımına karşı çıkarak, bu sistemin ticarileşme ve kalite düşüşü gibi sorunlara yol açtığını vurgulamaktadır.

Sonuç olarak, sağlıkta DKK’nin uygulayıcıları tarafından maliyet avantajı sağladığı savunulsa da hizmet kalitesini düşürme, hasta ve çalışan haklarını riske atma gibi ciddi sorunlar doğurmaktadır. TTB, sağlığın kamusal bir hak olduğunu savunarak özelleştirme ve taşeronlaşmaya karşı duruşunu sürdürmektedir. Ayrıca, ekonomik krizler, döviz kuru artışları ve güncellenmeyen SUT fiyatları gibi faktörler, ilaç ve tıbbi malzeme temininde aksaklıklara yol açarak hastaların tedavilerini olumsuz etkilemektedir.

Türkiye’de sezaryen oranları son 20 yılda %20’lerden %60-65 düzeylerine yükselmiştir. Bu artış, dünya genelinde de gözlemlenen bir trend olsa da Türkiye hem oranların yüksekliği hem de artış hızı açısından dikkat çekici bir konumdadır. DSÖ’nün önerdiği %15’lik oran, gelişmiş ve gelişmekte olan birçok ülkede çoktan aşılmıştır. Sezaryen, cerrahi bir müdahale olup yalnızca tıbbi endikasyonlar doğrultusunda yapılmalıdır; endikasyonsuz sezaryenlerin anne ve bebek sağlığına katkısı bulunmamaktadır. Ülkemizde YYBÜ’lerine yatış nedenlerinin başında bebeklerde gelişen solunum sıkıntısı gelmektedir. Sezaryen ile doğum, bu sorunların gelişmesinde en önemli etkenlerden biridir.

Sezaryen oranlarındaki artışın nedenleri arasında tıbbi gerekçelerin yanı sıra anne isteği ve mediko-legal baskılar öne çıkmaktadır. Kadın Hastalıkları ve Doğum hekimleri, dava ve tazminat korkusu nedeniyle defansif tıp uygulamalarına yönelmekte, bu da sezaryen oranlarını artırmaktadır. Ayrıca, sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi ve özel hastanelerde tek hekim sorumluluğu modeli, sezaryen oranlarını %100’e yaklaştıran bir etkidir. Hekimlere yönelik şiddet, değersizleştirme politikaları ve yetersiz yasal korumalar da bu durumu körüklemektedir. Anne isteği ile sezaryen ise gizli bir neden olarak dosyalara yansımamakta, ancak önemli bir faktör olarak değerlendirilmektedir.

Sezaryen oranlarını azaltmak için cezalandırıcı yaklaşımlar yerine vajinal doğumu teşvik eden politikalar benimsenmelidir. Örneğin, vajinal doğumun sezaryene göre daha zahmetli olduğu kabul edilerek ücretlendirme sistemleri buna göre düzenlenmelidir. Hekimleri koruyacak yasal düzenlemeler yapılmalı, mediko-legal baskılar azaltılmalı ve tazminat davalarına üst sınırlar getirilmelidir. Sağlık Bakanlığı, üniversiteler ve sivil toplum kuruluşları iş birliği yaparak “daha doğru travay ve doğum yönetimi” hedefiyle hareket etmelidir. Özel hastanelerde ekip modeli benimsenmeli, gebe bireysel hekime değil kuruma bağlı olmalıdır.

Eğitim ve bilgilendirme faaliyetleri de kritik öneme sahiptir. Sürekli tıp eğitim programları desteklenmeli, klinik kılavuzlar oluşturulmalı ve gebeler için vajinal doğum ile sezaryen hakkında bilgilendirme materyalleri hazırlanmalıdır. Anne isteği ile sezaryenin etik ve yasal boyutları tartışılmalı, bu konuda toplumsal bir uzlaşma aranmalıdır. Ayrıca, doğum analjezisi olanakları yaygınlaştırılmalı ve gebelerin ağrı çekmesi önlenmelidir. Ebe-hemşire desteği artırılmalı, birebir travay izlemi sağlanmalı ve kliniklerde iç denetim ile değerlendirme-geri bildirim modelleri kurulmalıdır.

Yenidoğan bakımında, anne ve bebeğin ayrılmasını önlemek için bakım hizmetleri olanaklıysa doğumun gerçekleştiği klinikte sunulmalıdır. Bebeğin doğduğu klinikten başka bir kliniğe sevk edilmesi, ailede telaşa ve sağlıkta ticari çeteleşmeye zemin hazırlamaktadır. Anne karnında transport gibi alternatifler değerlendirilse de bu modelin de insani yönleri tartışmalıdır. Yenidoğanların kurumlar arası sevkini en aza indirilmesi için devlet ve üniversite hastanelerinde hizmet veren yenidoğan servislerinin güçlendirmesi; sevklerin koordinasyonun ve kontrolünün sağlanması en önemli hedefler olmalıdır.

Sağlıkta çeteleşmelerin oluşmaması, sağlıklı bir toplum yaratılması için sağlık sisteminin yeniden inşasına gerek vardır ve bu mümkündür. Kamuda hizmet alım ve taşeronlaşma sistemin ve performansın kaldırılması, özelden SGK’nin hizmet almaması, erken doğumları ve yenidoğanların yoğun bakım ihtiyacını azaltan bir sistem kurulması ihtiyacı vardır. Tüm sağlık kurumlarında çalışanlar için güvenli ve güvenceli istihdam sağlanmalıdır.

GİRİŞ

Türkiye'nin 1990'da imzaladığı “Çocuk Haklarına Dair Sözleşme”, 18 yaş altında “çocuk” olarak tanımlanan bireylerin yaşama, gelişme, korunma ve sosyal yaşama katılma haklarını garanti altına almaktadır. Bu haklar arasında sağlık hizmetlerine erişim, eğitim, insana yakışır yaşam standardı, istismardan korunma ve özel gereksinimli çocukların hakları ilk sıralarda yer almaktadır. Bu kapsamda ileri yaşlarda ölümlerin azaltılması, temel sağlık hizmetlerinin sağlanması, beslenme ve temiz suya erişim, anne sağlığı bakımı ve koruyucu sağlık hizmetleri gibi önlemler öne çıkmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) “21. Yüzyıl Sağlık Hedefleri”nde “Yaşama Sağlıklı Başlama” hedefi, yenidoğan ve okul öncesi çocukların daha sağlıklı bir başlangıç yapmasını amaçlamaktadır. Ancak, ülkemizde üreme sağlığı hizmetleri, antenatal ve perinatal bakım ile çocuk sağlığı hizmetlerinde belirgin sorunlar söz konusudur. Bunun bir sonucu olarak anne ölümleri önlenebilir seviyenin 7-8 katı düzeyindedir ve bölgeler arasında büyük eşitsizlikler vardır. Bebek ölümleri ise önlenebilir düzeyin yaklaşık olarak 5 katı üzerindedir. Güneydoğu Anadolu'da doğan bebeklerin ölüm oranı, Doğu Marmara'ya göre 2,13 kat daha yüksektir. Perinatal ölüm hızı, Avrupa Birliği ortalamasından %67 daha fazla, düşük doğum ağırlığı prevalansı (%13) ise gelişmiş ülkelerin 1,5-3 katı düzeyindedir. Antenatal ve perinatal hizmetlerde de yetersizlikler dikkat çekmektedir. Gebeliğe bağlı ölüm oranları kamuya paylaşılmadığından doğru bilgilere ulaşılamamaktadır.

Ülkemizde bebek ölümlerinin başlıca nedenleri, toplam ölümlerin %70'ini oluşturan prematürelilik (%47,4) ve doğumsal anomalilerdir (%23,4). Prematür doğumlar, beslenme yetersizliği, anemi, toplumsal cinsiyet eşitsizliği ve hava kirliliği gibi çevresel nedenlerden kaynaklanmaktadır. Türkiye'de bebek ölüm hızı Cumhuriyet'in kuruluşundan bu yana önemli ölçüde düşse de (1928'de binde 250-300'den 2023'te binde 10'a), önlenebilir kısmı çok yüksektir, bölgesel eşitsizlikler de sürmektedir.

Yenidoğan bakımında uzman eksikliği ve dengesiz bir dağılım vardır. 2024 itibarıyla 10.000 canlı doğum başına 3,76 yenidoğan uzmanı düşmektedir. Bu konuda ideal oran 4,3'tür. Yenidoğan yoğun bakım ünitesi yatak sayısı yeterli olsa da (2022'de 1000 canlı doğum başına 12,6 yatak), yatakların çoğunun özel sektörde olması erişim dengesizliklerine yol açmaktadır. Ayrıca, %62,8 ile dünyada birinci sırada olan sezaryen oranı, solunum sıkıntısı gibi sorunları artırarak yenidoğan bakım ihtiyacını yükseltmektedir. Sezaryen oranlarının artışı, tıbbi gerekçeler kadar anne isteği, mediko-legal baskılar ve özelleştirme gibi faktörlerden de kaynaklanmaktadır.

Sağlıkta neo-liberal politikalar ve 2002'deki Sağlıkta Dönüşüm Projesi, özelleştirme, taşeronlaşma ve performansa dayalı sistemlerle hizmet erişimini kısa vadede artırsa da uzun vadede kalite düşüşü, güvencesiz çalışma koşulları ve sağlıkta şiddet gibi sorunlara neden olmuştur. Türk Tabipleri Birliği, bu politikaların koruyucu sağlığı zayıflattığını ve ticarileşmeye yol açtığını her ortamda dile getirmektedir. Sağlıkta taşeronlaşmaya neden olan DKK, maliyet

avantajı sağlasa da bilgi güvenliği riskleri ve çalışan hakları ihlalleri gibi olumsuzlukların yanısıra hasta bakımı ve izleminde çok ciddi sorunlara yol açmaktadır. Bunlardan biri de geçtiğimiz yılın sonlarında patlak veren **“yenidoğan skandalı”**dır.

Bu rapor; yenidoğan bebeklerin yaşamlarını yitirmesi ile sağlık sisteminde ortaya çıkan sorun ve açıkları **“taşeronlaşma”** özelinde, sağlıklı yaşam hakkı, yenidoğanların bakımı ve güncel sorunlar ile ülkemizin dünyada en yüksek sezaryen oranına sahip olmasının getirdiği sorunlar bağlamında tartışmakta, sürmekte olan ceza davası ile ilgili son durum ve bu konuda meslek örgütümüz tarafından yapılan açıklamaları kapsamaktadır.

I - YAŞAMA SAĞLIKLI BAŞLAMA KOŞULLARI

Türkiye'nin 1990'da imzaladığı, 18 yaşın altında olanları **çocuk** olarak tanımlayarak başlayan, **Çocuk Haklarına Dair Sözleşme** nerede doğduklarına, kim olduklarına, cinsiyetlerine, dinlerine ya da sosyal kökenlerine bakılmaksızın bütün çocukların haklarını (**yaşama hakkı; eksiksiz biçimde gelişme hakkı; zararlı etkilere, istismar ve sömürden korunma hakkı, aile, kültür ve sosyal yaşama eksiksiz katılma hakkı**) tanımlamaktadır. Sözleşme aşağıdaki sağlık hizmetlerine erişim ve sağlığın sosyal belirleyicilerine değgin aşağıdaki hakları içermektedir: (1)

- Sağlık hizmetlerine erişim hakkı,
- Eğitime erişim hakkı,
- İnsana yakışır bir yaşam standardına erişim hakkı,
- İstismar ve ihmalden korunma hakkı,
- Özel gereksinimleri olan çocukların hakları,
- Özürlü çocukların hakları.

Sağlık hizmetlerine erişim hakkı Madde 24'te şu şekilde tanımlanmıştır: Taraf devletler, çocuğun olabilecek en iyi sağlık düzeyine kavuşma, tıbbi bakım ve rehabilitasyon hizmetlerini veren kuruluşlardan yararlanma hakkını tanırlar. Taraf devletler, bu hakkın tam olarak uygulanmasını takip ederler ve özellikle:

1. Bebek ve çocuk ölüm oranlarının düşürülmesi;
2. Bütün çocuklara gerekli tıbbi yardımın ve tıbbi bakımın, temel sağlık hizmetlerinin geliştirilmesine önem verilerek sağlanması;
3. Temel sağlık hizmetleri çerçevesinde ve başka olanakların yanı sıra, kolayca bulunabilen tekniklerin kullanılması ve besleyici yiyecekler ve temiz içme suyu sağlanması yoluyla ve çevre kirlenmesinin tehlike ve zararlarını göz önüne alarak, hastalık ve yetersiz beslenmeye karşı mücadele edilmesi;
4. Anneye doğum öncesi ve sonrası uygun bakımın sağlanması;
5. Bütün toplum kesimlerinin özellikle ana-babalar ve çocukların, çocuk sağlığı ve beslenmesi, anne sütü ile beslenmenin yararları, toplum ve çevre sağlığı ve kazaların önlenmesi konusunda temel bilgileri elde etmeleri ve bu bilgileri kullanmalarına yardımcı olunması;
6. Koruyucu sağlık bakımlarının, ana-babaya rehberliğini, aile planlanması eğitimi ve hizmetlerinin geliştirilmesi; amaçlarıyla uygun önlemleri alırlar.

Sözleşmenin 3. maddesinde belirtildiği üzere, taraf devletler, çocukların bakımı veya korunmasından sorumlu kurumların, hizmet ve faaliyetlerin özellikle güvenlik, sağlık, personel sayısı ve uygunluğu ve yönetimin yeterliliği açısından, yetkili makamlarca konulan ölçülere uymalarını taahhüt ederler (<https://www.unicef.org/turkiye/%C3%A7ocuk-haklar%C4%B1na-dair-s%C3%B6zle%C5%9Fme>).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) “21.yüzyıl Sağlık hedefleri”nde 3. hedefi “YAŞAMA SAĞLIKLI BAŞLAMA” olarak belirlemiştir. Bu bağlamda “2020 yılına kadar, bölgedeki bütün yeni-doğan bebeklerin ve okul-öncesi çocukların daha sağlıklı olmaları ve yaşama sağlıklı başlamaları sağlanmalıdır” bildiriminde bulunmuştur. Bu hedefe ulaşmak için de gerekli hizmetleri ve bunları izlemek için göstergeler belirlemiştir (*21 Hedef’te Türkiye: Sağlıkta Gelecek. T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, ISBN: 978-975-590-227-2. 2007*).

Bu bağlamda ülkemizdeki duruma bakılacak olursa, üreme sağlığı hizmetleri ve ilgili göstergeleri yaşama sağlıklı başlama hakkının sağlanmasına ilişkin ödevin yerine getirilmediğine işaret etmektedir. **Toplam Doğurganlık Hızı** için Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) ile Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) arasında açıklanması güç bir makas bulunmaktadır. TNSA 2023 yapılmadığı/yayımlanmadığı için TÜİK kaynaklı bildirimlerin bilimsel çalışmalar ile sınanması gereği bulunmaktadır. Güvenli annelik (anne ve bebek için sağlıklı sonuçlanacak bir gebelik süreci) açısından riskli gebeliklerin önlenmesi, gebeliğin bilinçle planlanmasına en önemli katkı sağlayıcı hizmetlerden biri olan Aile Planlaması hizmetleri, doğurganlık hızındaki azalma gösterimi ile nüfus politikasının doğurganlığı özendirici bir yönde değiştirilmesiyle, öncelikli hizmet olmaktan çıkmıştır ve giderek rutin hizmetler kapsamından uzaklaşmaktadır. Ülkemizdeki verilere göre anne ölümleri önlenabilirlik düzeyinin 7-8 katı kadardır, bölgeler arasında eşitsizlik büyüktür ve oran azalmadan plato çizmektedir (Tablo 1). DSÖ Avrupa bölgesinde **ana ölüm oranı** Türkiye’den daha yüksek olan 7 ülke (Kıbrıs, Kırgızistan, Azerbaycan, Özbekistan, Gürcistan, Ermenistan ve Letonya) bulunmaktadır. Ülkemizde 40.000 dolayında bebek, doğum öncesinde yeterli bakım alamadan doğmaktadır. Ülkemizde bebekler Bulgaristan ve Küba’dan da daha düşük ortalama hemogloblin düzeyine sahip annelerden doğmakta, ayrıca 24.000 dolayında gebe profesyonel yardım almadan doğmaktadır. Güvenli annelik sağlanamayınca doğumların %13’ü (gelişmiş ülkelerdekilerin 1,5-2 katı) düşük doğum ağırlığı ile doğmaktadır. Bu sürecin sonucu olarak, ülkemizde, ana çocuk sağlığı hizmetlerine duyarlı olan perinatal ölüm hızı Avrupa Birliği (AB) ülkeleri ortalamasından %67 daha yüksektir.

Antenatal-perinatal hizmetler ve ilgili göstergeler de yaşama sağlıklı başlama hakkının sağlanmasına ilişkin ödevin yerine getirilmediğine işaret etmektedir. Gebeliğe Bağlı Ölüm Oranı 2005’te yapılan Ulusal Anne Ölümleri Çalışmasından sonra yapılan Türkiye Anne Ölümleri Raporu (2015-2019) çalışmasına rağmen kamuya paylaşılmamıştır. Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi’ne göre lohusalara ilk 3’ü hastanede olmak üzere 6 izlem yapılması gerekirken, bu konuda son veriye, 2016 yılı için, lohusa başına 2,2-3,2 arasında bir oran olarak erişilebilmektedir. Anne ve yenidoğanın en incinebilir dönemlerinde izlemle ilgili yetersizlik son derecede önemlidir.

BM Çocuk Ölüm Oranı Tahmini Kurumlararası Grubu verilerine göre (*IGME; 2023; <https://childmortality.org/?indicator=MRYO>*); bebek ölümlerinde ulaşılabilen en düşük düzeyler bize önlemenin ne ölçüde olabileceğini de göstermektedir. (Japonya: 1.77; Norveç:

1,93; İsveç: 2, 02; İspanya: 2,59, Portekiz: 2,56, Fransa: 3,41, Almanya: 3,07) Buna göre ülkemizde bebek ölümleri önlenabilir düzeyin yaklaşık 3-5 kat arasında, azalmadan plato çizmekte, hatta artmaktadır. Güneydoğu Anadolu’da doğan bebekler (binde 14,9) Doğu Marmara’da doğanlara (binde 6,7) göre 2,13 kat daha fazla ölmektedir. Bu konudaki veriler Tablo 1’de verilmektedir.

Tablo 1. Üreme sağlığı, antenatal, perinatal ve çocuk sağlığı hizmetleri ile ilgili veriler

1.a. Üreme Sağlığı Hizmetleri ve İlgili Göstergeleri		
Başlık	Veriler	Yorum
Toplam doğurganlık hızı (TDH)	Birleşmiş Milletler Nüfus Verileri (UN Population Data: 2025): 1,62 TNSA 2013 ve 2018: 2.3 ve 2.3 TÜİK 2013 ve 2018: 2.11 ve 2.00 TNSA 2023 verileri olmadığı için TÜİK 2023 verileri verilmemiştir.	- Nüfusun yenilenmesi için ülkemizde beklenen yaşam düzeyine göre, TDH’nin 2,06-2.11 arasında olması gerekmektedir. - TNSA 2023’ten beklediğimiz bu hız ne yazık ki paylaşılmamıştır. - TÜİK kaynaklı TDH ile TNSA arasında açıklanması güç bir makas bulunmaktadır.
Anne ölüm hızı (AÖH)	World Health Statistics (WHS) 2024: 100.000 canlı doğumda 17 (2020) Sağlık Bakanlığı, Türkiye Anne Ölümleri Raporu: (2015-2019): 100.000 canlı doğumda 13,1 (2019) Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı (SİH) 2023: 100.000 canlı doğumda 13,5 (2023)	- SB 2023 bildirimine göre 100.000 canlı doğumda İBBS bölgeleri için 8,2-19,0 arasında değişmektedir. - Avrupa’da 100.000 canlı doğumda 2’ye dek düşürülebilen (2017) AÖH düzeyi ülkemizde plato çizmektedir. - DSÖ Avrupa bölgesinde AÖH Türkiye’den büyük 7 ülke bulunmaktadır (Kıbrıs, Kırgızistan, Azerbaycan, Özbekistan, Gürcistan, Ermenistan ve Letonya).
Düşük doğum ağırlığı prevalansı	Dünya Bankası: %13 https://data.worldbank.org/indicator/SH.STA.BRTW.ZS?location_s=TR	- Gelişmiş ülkelerde %4-8 olup ülkemizdeki sıklık 1,5-3 kat daha fazladır. - Bu incinebilirliğin yüksek oluş durumu, yaşama sağlıklı başlangıcın önünde önemli bir handikaptır.
Perinatal ölüm hızı	1000 canlı doğumda:6,2, AB ülkeleri ortalaması: 4,2	Ana çocuk sağlığı hizmetlerine duyarlı olan perinatal ölüm hızı AB ülkeleri ortalamasından %67 daha yüksektir.

1.b. Antenatal-Perinatal Hizmetler ve İlgili Göstergeleri

Başlık	Veriler	Yorum
Perinatal Ölüm Hızı (binde)	SiY 2023: Tüm haftalar için 1000 canlı doğumda 10,8 28 hafta veya 1000 gr ve üzerinde doğanlar için 6,6	- Doğu Marmara için bu değerler sırasıyla 9,4 ve 5,3; Orta Anadolu için 13,2 ve 8,9 olmak üzere 1,3 ve 1,67 kat daha yüksek olarak bildirilmiştir. - Oranlarda dikkate değer bir eşitsizlik görülmektedir.
Gebeliğe Bağlı Ölüm Oranı (yüz binde)	SB 2005 Ulusal Ana Ölümleri Çalışması: Saptanan 520 gebeliğe bağlı ölümün (100.000 canlı doğumda 38,3) 387'si anne ölümüdür (100.000 canlı doğumda 28,5).	- Ölüm nedenine bakılmaksızın gebelik sırasında veya gebeliğin sonlanmasından sonraki 42 gün içerisinde meydana gelen ölümlerdir. - UAÖÇ'ye göre ülkemizde 2005 yılı ve 2015-2019 periyodunda gebeliğe bağlı anne ölümlerinin nedenlere göre dağılımında tesadüfi anne ölüm oranları yaklaşık aynı kalırken (2005 yılı için %23,2 ve 2019 yılı için %22,9), doğrudan nedenlere bağlı anne ölümlerinin oranı %58,4'ten %38,3'lere düşmüş, dolaylı ölümlerin oranı ise %15,8' den %35,8'e yükselmiştir. 2015-2019 periyoduna ait gebeliğe bağlı ölüm oranına ise ulaşamamıştır.
Anne Ölüm Oranı (yüz binde)	WHS 2024: 100.000 canlı doğumda 17 (2020) SB, Türkiye Anne Ölümleri Raporu, (2015-2019): 100.000 canlı doğumda 13,1 (2019) SB, SiY 2023: 100.000 canlı doğumda 13,5 (2023)	- SB 2023 bildirimine göre 100.000 canlı doğumda İBBS bölgeleri için 8.2 ile 19.0 arasında değişmektedir. - Avrupa'da 100.000 canlı doğumda 2'ye dek düşürülebilen (2017) AÖH düzeyi ülkemizde plato çizmektedir.

1.c. Çocuk Sağlığı Hizmetleri ve İlgili Göstergeleri

Başlık	Veriler	Yorum
Bebek Ölüm Hızı (binde)	SiY, 2023: 1000 canlı doğumda 9,8	Güneydoğu Anadolu'da (binde 14,9) doğan bebekler Doğu Marmara'da (binde 6,7) doğanlara göre 2,13 kat daha fazla ölmektedir.

II - TÜRKİYE’DE YENİDOĞAN SAĞLIĞI

Yenidoğan dönemini hayatın en önemli dönemi olmasının nedeni; yaşamın en kırılgan zamanı olmasından kaynaklanır. Yenidoğanlar anne karnından dış dünyaya uyum sağlamaya çalışırken, anneye ait sorunlar, erken doğum, düşük doğum ağırlığı, anomalili olma, enfeksiyonlara açık olma gibi risk faktörleri nedeniyle birçok sorun yaşar. Mortalite oranları hayatın diğer dönemlerine oranla çok daha yüksektir. Sağlıklı nesillerin devamı için çocuk ve özellikle yenidoğan ölümlerinin engellenmesi, halk sağlığı çalışmalarında ve ülkelerin sağlık politikalarının geliştirilmesinde büyük önem taşır. **Dünya Kalkınma Raporu** ve **Birleşmiş Milletler (BM) İnsani Kalkınma Raporu** gibi verilerde, bebek ve çocuk ölümleri istatistikleri bir ülkedeki sağlık hizmetlerinin kalitesinin önemli göstergeleridir.

2020 yılında BM’ye üye olan 192 ülke tarafından kabul edilen “Binyıl Kalkınma Hedefleri” arasında bebek ve çocuk ölümlerinin azaltılması, sekiz hedef arasında dördüncü sıradadır. **Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri (2016-2030) önlenebilir yenidoğan ve 5 yaş altı çocuk ölümlerini ortadan kaldırarak 2030 yılına gelindiğinde, tüm ülkelerdeki yenidoğan ölüm hızının bin canlı doğumda 12’nin; beş yaş altı ölüm hızının ise binde 25’in altında olmasını hedeflemiştir.**

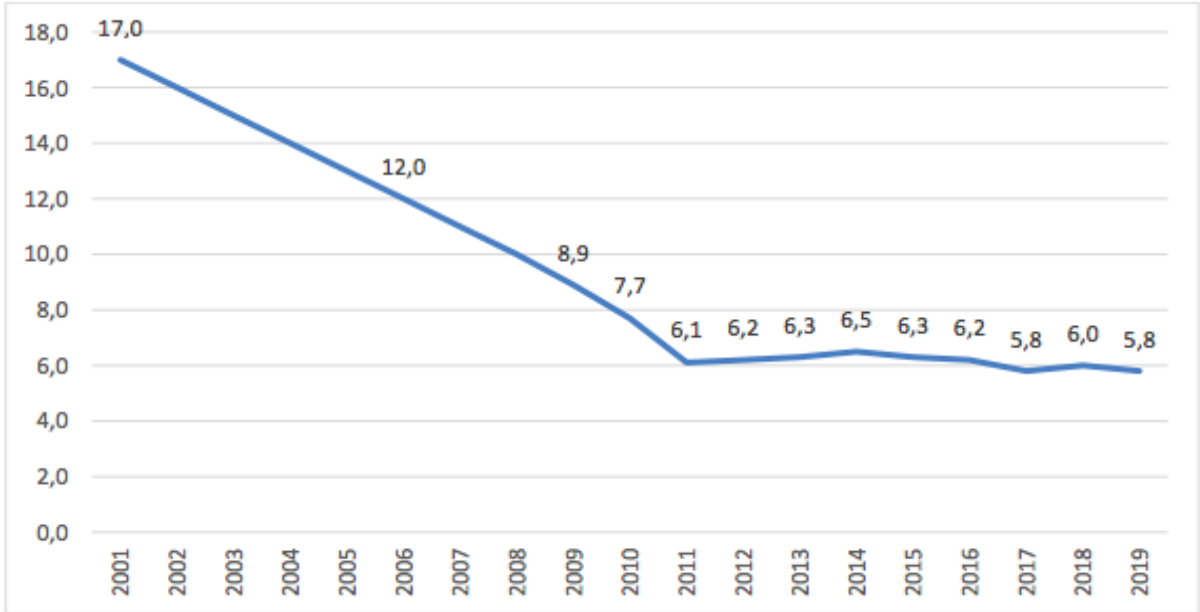
UNICEF’in son verilerine göre 2022 yılında, dünyada beş yaşından önce kaybettiğimiz çocukların sayısı 4.9 (4.6–5.4) milyondur. Bunlardan 2,3 milyonu yaşamın ilk 20 gününde yaşamını kaybetmektedir ki; bu değer bir günde yaklaşık 6,500 bebek ölümüne karşılık gelmektedir. Yine de 5 yaş altı global mortalite 2000’den bu yana yıllık olarak %51 azalmıştır.

Bebek ve çocuk ölümlerinin azaltılması konusunda Türkiye Cumhuriyeti’nin kuruluşundan bu yana başarılı bir süreç yaşanmış; 1928’de binde 250- 300 arasında olduğu düşünülen **bebek ölüm hızı** (BÖH), uygulanan etkin sağlık politikalarıyla önemli oranda azaltılmıştır. Ülkemizde 1960’lı yılların ortalarında sırasıyla binde 163 ve binde 223 olan BÖH ve beş yaş altı ölüm hızı; 1980’lerin başında binde 121 ve binde 152’ye; 1990’ların başında ise binde 66 ve binde 84 düzeyine gerilemiştir. 2000’li yıllara gelindiğinde, bu azalma daha da hızlı seyretmiştir: 2000’li yılların ortalarında sırasıyla binde 29 ve 37 seviyesine gerileyen BÖH ve beş yaş altı ölüm hızı, 2000’lerin sonunda binde 17 ve binde 24 düzeyine düşmüş; 2019’da binde 9 ve 11’e gerilemiştir ve son beş yılda bu sayılar civarında seyretmektedir. Son verilere göre BÖH 2022 yılında binde 9,2; 2023 yılında binde 10,0’dur (2024 yılı verileri Haziran 2025’te yayınlanacaktır) (Şekil 1 ve 2).

Bebek ölüm sayısı ve hızı, 2009-2023

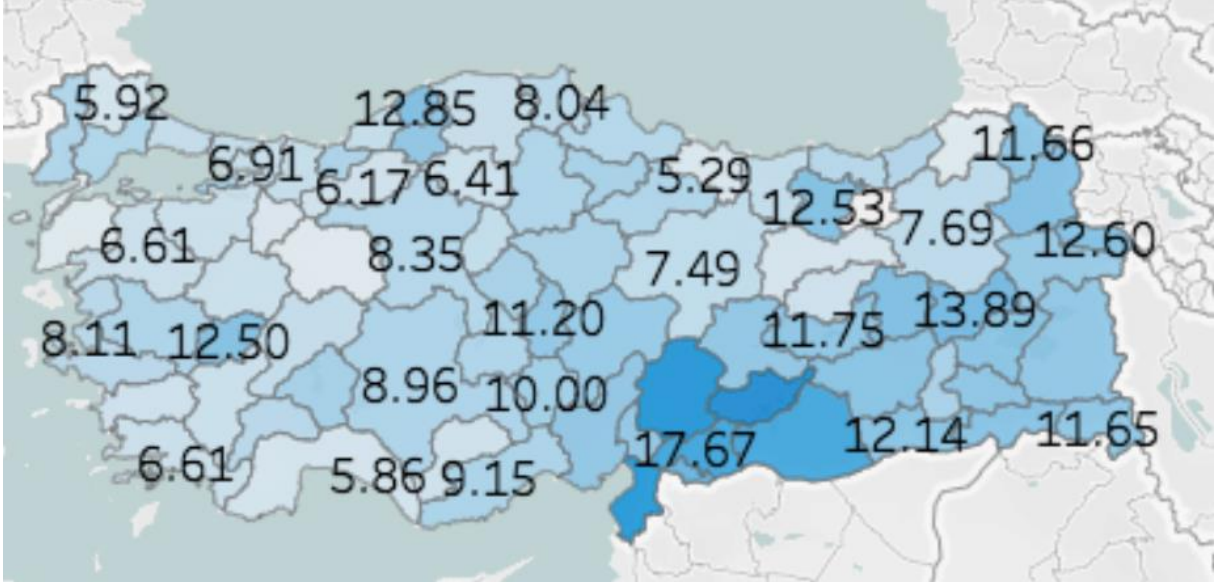


Şekil 1. Ülkemizde son on beş yılda bebek ölüm hızında değişim.



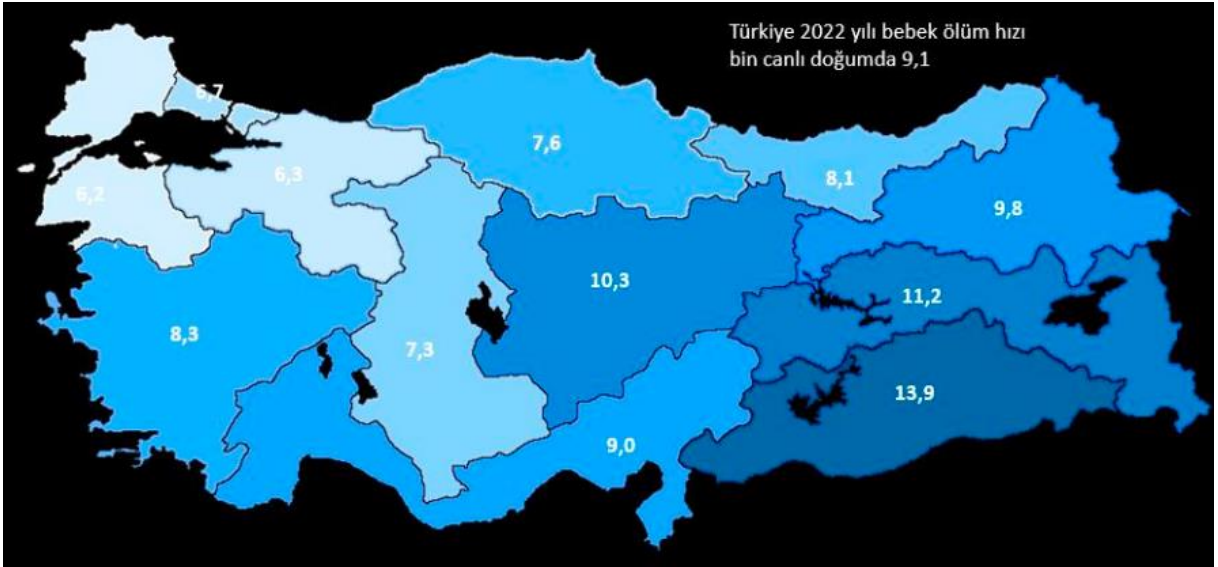
Şekil 2. Neonatal ölüm hızlarının yıllara göre değişimi (Kaynak: BÖİS, Sağlık Bakanlığı).

“BM Çocuk Mortalite Tahminleri Grubu”nun 2020 yılı raporuna göre ülkemiz, son 30 yılda bebek ve çocuk ölümlerini en hızlı düşüren üçüncü ülke konumundadır (Tezel, 2021). Ancak, dünyada olduğu gibi ülkemizde de hem bebekler hem de çocuklar arasında hayatta kalma şansında bölgesel eşitsizlikler bulunmaktadır. Doğu ve Güneydoğu Anadolu’da BÖH ve neonatal ölüm hızı, Marmara ve Ege Bölgesine göre daha yüksektir (Şekil 3 - 6).



Şekil 3. İllere göre bin canlı doğumda bebek ölüm hızları, 2023

(<https://public.tableau.com/app/profile/onur.metin1674/viz/2023illeregrebebeklmoranlarbinde/Sheet1>)



Şekil 4. Bölgelere göre bin canlı doğumda bebek ölüm hızları, 2022

(<https://hsqm.saglik.gov.tr/depo/birimler/cocuk-ergen-sagligi-db/Dokumanlar/Kitaplar/Saglik Bakanliginin Kurulusunun 100. Yilinda Turkiyede Bebek Olumleri Durum Raporu.pdf>)



Şekil 5. Bölgelere göre bin canlı doğumda neonatal ölüm hızları (2019, BÖİS Sağlık Bakanlığı).



Şekil 6. Bölgelere göre bin canlı doğumda post-neonatal ölüm hızları (2019, BÖİS Sağlık Bakanlığı).

Bu eşitsizlik özellikle 2023 yılında yaşanan deprem felaketi sonrasında daha belirgin duruma gelmiş; illere göre BÖH’nda büyük farklılık izlenmiştir: Adıyaman’da 2022’de binde 10.8 olan BÖH, 2023’de binde 23’e yükselmiştir. Adıyaman’ı binde 20.8 ile Kahramanmaraş ve binde 20.3 ile Hatay izlemektedir (Tablo 2). Kaybettiğimiz bebeklerin birçoğu depremle ilişkili de olsa; deprem sonrası sağlık hizmetine, temiz su- kanalizasyon gibi temel hijyen gereksinimlerine ulaşmada ve aşılama da yaşanan sorunlar bu artışa neden olmuştur. Kilis de 2023’te BÖH yükselen iller arasındadır: 2022’de 10.8 olan BÖH 2023’te binde 15.0’e kadar yükselmiştir. 2023 depreminden etkilenen bir diğer büyük il olan Malatya’da ise BÖH’deki artış yukarıda adı geçen depremzede iller kadar belirgin değildir: Malatya ilindeki BÖH 2022’de binde 7.0 iken 2023’te binde 11.5’e yükselmiştir. 2022 ile 2023 yıllarındaki BÖH

verileri karşılaştırıldığında: Yalova, Ardahan, Iğdır ve Bartın'da yükselmiş; Siirt, Karaman, Bayburt, Niğde, Ordu ve Sivas illerinde ise düşmüştür.

Tablo 2. 2019-2023 yılları arasında deprem illerimizde beş yaş altı ölüm hızı ve bebek ölüm hızının değişimi.

Beş yaş altı ölüm hızı (binde)	2019	2020	2021	2022	2023
Türkiye	11.4	10.7	11.4	11.2	14.5
Kahramanmaraş	13.0	13.1	12.7	11.4	65.3
Hatay	13.1	12.2	11.8	13.0	67.9
Adıyaman	14.2	12.1	14.0	11.8	82.8
Bebek ölüm hızı (binde)	2019	2020	2021	2022	2023
Türkiye	9.3	8.7	9.3	9.2	10.0
Kahramanmaraş	10.5	10.1	10.2	9.0	20.8
Hatay	10.9	10.1	9.1	10.7	20.3
Adıyaman	11.4	9.8	12.3	10.8	23.0

Ancak, Türkiye’de 2023 yılında bebek ölümlerindeki artış, Şubat-2023’te yaşanan depremlerden bağımsızdır. Depremlerde en çok ölümün yaşandığı 5 il (Hatay, Adıyaman, Kahramanmaraş, Gaziantep, Malatya) dışarıda bırakıldığında dahi 45 ilde bebek ölüm hızının arttığı görülmektedir (Tablo 3).

Bebek ölümlerindeki artış, 2020-2022 yılları arasında yaşanan COVID-19 pandemisi ile de açıklanabilir görünmemektedir (Tablo 3).

Tablo 3. COVID-19 Pandemisi ve Şubat-2023 Depremlerinin Bebek Ölüm Hızına Etkisi

	BÖH Azalmış İl Sayısı	BÖH Sabit Kalmış İl Sayısı	BÖH Artmış İl Sayısı	Toplam İl Sayısı
2022-2023 Değişimi (Şubat-2023 Depremleri etkisi)	29	2	50	81
2019-2023 Değişimi (COVID-19 Pandemisi etkisi)	39	1	41	81

Kaynak: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2023-53709>

Türkiye'nin bebek ölüm hızını azaltmadaki başarısızlığı yapısaldir, sağlık hizmetlerinin kötü yönetimi, anne ve çocuk sağlığına yönelik koruyucu hizmetlerin kapsamındaki daralma bu sonucu doğurmuş görünmektedir (Tablo 4).

Tablo 4. Türkiye’de Cumhurbaşkanlığı Hükümet Sistemi Sürecinde Bebek Ölüm Hızı

	BÖH Azalmış İl Sayısı	BÖH Artmış İl Sayısı	Toplam
2018-2023 Değişimi (Cumhurbaşkanlığı Hükümet Sistemine geçişin etkisi)	40	41	81

Kaynak: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2023-53709>

Bebek Ölüm Nedenlerine Yönelik Güncel İşleyiş

Beş yaş altı ölüm nedenlerine yönelik TÜİK verileri olmakla birlikte, ülkemizde bebek ölümlerinin saptanmasına ve nedenlerinin belirlenmesine yönelik veriler, beş yılda bir yapılan **Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması (TNSA)** ile elde edilmekteydi. 2005 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından **“Bebek Ölümü Kayıt Bildirim Formu”** hazırlanmış ve bebek ve perinatal ölüm nedenlerinin ortaya konulması, öne çıkan nedenlere yönelik stratejiler üretilmesi planlanmıştır. Bebek Ölüm Formları ölümün gerçekleştiği sağlık kuruluşunda doldurulmakta; **bebeğe ve anneye ait risk faktörleri ve ölüm nedenleri kaydedilmektedir.**

2009’da 31 sayılı genelge ile **“Bebek Ölüm İzleme Sistemi”**ne (BÖİS) geçilmiştir. Her ölen olgu, illerde oluşturulan ve ilgili uzmanlık dallarından hekimler ile sağlık müdürlüğü yönetici ve çalışanlarından oluşan **“İl İnceleme Kurulları”** tarafından değerlendirilerek; ölüm nedenleri ile ölümün mevcut koşullarda önlenabilir olup olmadığı düzenli aralıklarla değerlendirilmektedir. İllerden toplanan veriler Sağlık Bakanlığı tarafından işlenerek mortalite ölçütleri ve ölüm nedenlerine yönelik çalışmalar yapılmaktadır.

2013 yılında tüm ölümler **“Ölüm Bilgi Sistemi”** (ÖBS) ile web ortamında izlenmeye başlanmıştır. Bebek ölümlerine ait veriler de bu sisteme girilmekte ve defin ruhsatı bu sistemden verilmektedir.

Bebek Ölümleri İzleme Sistemi halen 2018/7 sayılı genelge ile yürütülmektedir. Her ilde oluşturulan **“Bebek ölümleri inceleme kurulları”** bebek ölümlerinin değerlendirilirken; **izlemler (gebe-bebek), doğum süreci, ölüme götüren süreçte daha önceki hastane yatışları, sağlık personeli muayeneleri ve yapılan işlemler, sosyal faktörler, ölüm nedenlerini ayrıntılı olarak incelemekte; her olgu için ölüm nedenleri ve ölümün önlenabilirlik durumu saptanmaktadır.** Kurul, inceleme sonucunda; saptanan sorunlar ve çözüm önerilerini içeren bir rapor hazırlayarak İl Sağlık Müdürüne sunar ve gerek gördüğü hallerde ayrıntılı inceleme ve müdahalelerin yapılmasını önerir.

Sağlıklı bir gebelik yaşanmadan sağlıklı yenidoğanlar doğamayacağından, ana- çocuk sağlığı hizmetlerinde standardizasyonu sağlamak, hizmetin kalitesini ve sunumunu iyileştirmek amacıyla 2014/10 sayılı genelge ile **"Riskli Gebelikler Yönetim Rehberi"** de yayımlanmış, 2018’de güncellenmiş **"Yüksek Riskli Gebelik Takip Modülü"** hazırlanmış ve e-Nabız sistemine entegre edilmiştir.

Ülkemizde Bebek Ölümlerine Yol Açan Faktörler Nelerdir?

Ülkemizde bebek ölümleri ile ilgili en güncel ve kapsamlı çalışma 2012- 2018 ölüm verileri üzerinedir. Bu veriler incelendiğinde bebek ölümlerinde ortaya çıkan risk faktörleri şunlardır:

- Ölen bebeklerin annelerinin yaşadığı hanelerde ortalama hane halkı büyüklüğü, TÜİK verilerine göre (yıllar içerisinde azalmakla birlikte) ülke ortalamasının üzerindedir.
- Ölen bebeklerin annelerinin eğitim düzeyleri daha düşüktür. Yani kalabalık bir evde yaşayan, eğitim düzeyi düşük annelerin bebekleri risk altındadır.
- Ölen bebeklerin %25,4'ünde akrabalık vardır ve bunların %46.2'si birinci derece kuzen evliliğidir. Bölgelere göre en yüksek akraba evliliği oranı %37,3 ile Güneydoğu Anadolu Bölgesinde iken, en düşük oran %11,8 ile Batı Marmara Bölgesindedir. Ölen bebeklerin ailelerindeki birinci derece kuzen evliliği oranı, Türkiye ortalamasının yaklaşık iki katıdır.
- TNSA 2018 verilerine göre, ülkemizde araştırmadan önceki 5 yıl içinde gerçekleşen doğumlarda 2 yıldan az aralıklı gebelik oranı %10,1 iken, bu oran ölen bebeklerin annelerinde %31,5'tur. Yıllara göre gebelik aralıklarına bakıldığında tüm yıllar için 2 yıldan az gebelik aralığı %30'un üzerindedir.
- Ölen bebeklerin annelerinin gebelik izlem oranları genel popülasyondan düşüktür.
- Tüm doğumlarda çoğul gebelik oranı %3,8 iken bebeklik çağında kayıpla sonuçlanan gebeliklerde bu oran %8,4'tür (iki kat).
- Ölen bebeklerin doğumda ortalama gestasyon haftaları 32.9 ($\pm 6,0$) haftadır. Bebeklerin %26,2'si çok küçük prematüre, %13,6'sı küçük prematüre, %18,7'si sınırda prematüre, %40'ı term ve %0,5'i postmatürdür. Kaybettiğimiz bebeklerin yaklaşık %40'ı 1500 gramın altında dünyaya gelmiştir **Prematürelilik ülkemizdeki en önemli bebek ölüm nedenidir** (Tablo 5).
- 2012-2018 arasındaki bebek ölümleri değerlendirildiğinde %6,7'sinde ailede genetik hastalıklar ve anomalili birey öyküsü vardır: %44,6 konjenital anomaliler, %14,4 konjenital kalp hastalıkları ve %9,8 ile metabolik hastalıklar.

Tablo 5. 2012-2018 yılları arasında ölen bebeklerin doğum ağırlıklarına göre dağılımı

Doğum Haftası	N	%	Bilinmeyenler Dağıtılmış %
28 hafta altı çok küçük prematüre	23159	26.2	26.4
28-31 hafta küçük prematüre	12073	13.6	13.8
32-36 hafta sınırda prematüre	16504	18.7	18.8
37-41 hafta term	35384	40.0	40.4
42 hafta ve üzeri postmatür	453	0.5	0.5

Toplam	87573	99.0	100.0
Bilgi yok	907	1.0	
Toplam	88480	100.0	

Tablo 6. Ölen bebeklerin doğum ağırlıklarının dağılımı, 2012-2018.

Doğum Ağırlığı	N	%	Bilinmeyenler Dağıtılmış %
1500 gr altı İDDA	34092	38,5	39,1
1500-2499 gr DDA	17644	19,9	20,2
2500 gr ve üzeri Normal	35539	40,2	40,7
Toplam	87275	98,6	100,0
Bilgi yok	1205	1,4	
Toplam	88480	100,0	

2012- 2018 yılları arasındaki bebek ölümlerinin %43'ünün ilk hafta, %63,7'sinin ilk ay içinde gerçekleştiği görülmektedir. Yaşamın ilk haftası bebek ölümü açısından en riskli dönemdir. Yaşamın ilk haftasında kaybedilen bebeklerin ortalama gestasyon yaşı 30,6 ($\pm 6,1$) hafta iken, bir aydan sonra kaybedilen bebeklerde 36 ($\pm 4,6$) haftaya ulaşmaktadır. Yaşamının ilk haftasında kaybedilen bebeklerin ortalama doğum ağırlığı 1634,4 ($\pm 1054,8$) gram iken, bir aydan sonra kaybedilen bebeklerde 2531,4 ($\pm 922,1$) grama ulaşmaktadır. **Düşük doğum ağırlığı ve erken doğum haftası, ilk haftada ölümün en önemli nedenleridir.** Fetüs sayısı arttıkça ölüm riski de artmaktadır (Tablo 6).

2021 tarihli “Sağlık Bakanlığının Kuruluşunun 100. Yılında Türkiye’de Bebek Ölümleri Durum Raporu”nda, 2012- 2018 yılları arasında preterm bebeklerin %35,4'ünün özel sağlık kuruluşlarında kaybedildiği; bu kuruluşların neredeyse tamamında yenidoğan yoğun bakım ünitesi olsa da yenidoğan uzmanı bulunma oranının yaklaşık olarak 2/3 olduğu belirtilmektedir (Tablo7).

Tablo 7. Ölümün Gerçekleştiği Merkezlerde Yenidoğan Uzmanı Varlığı, 2021-2018

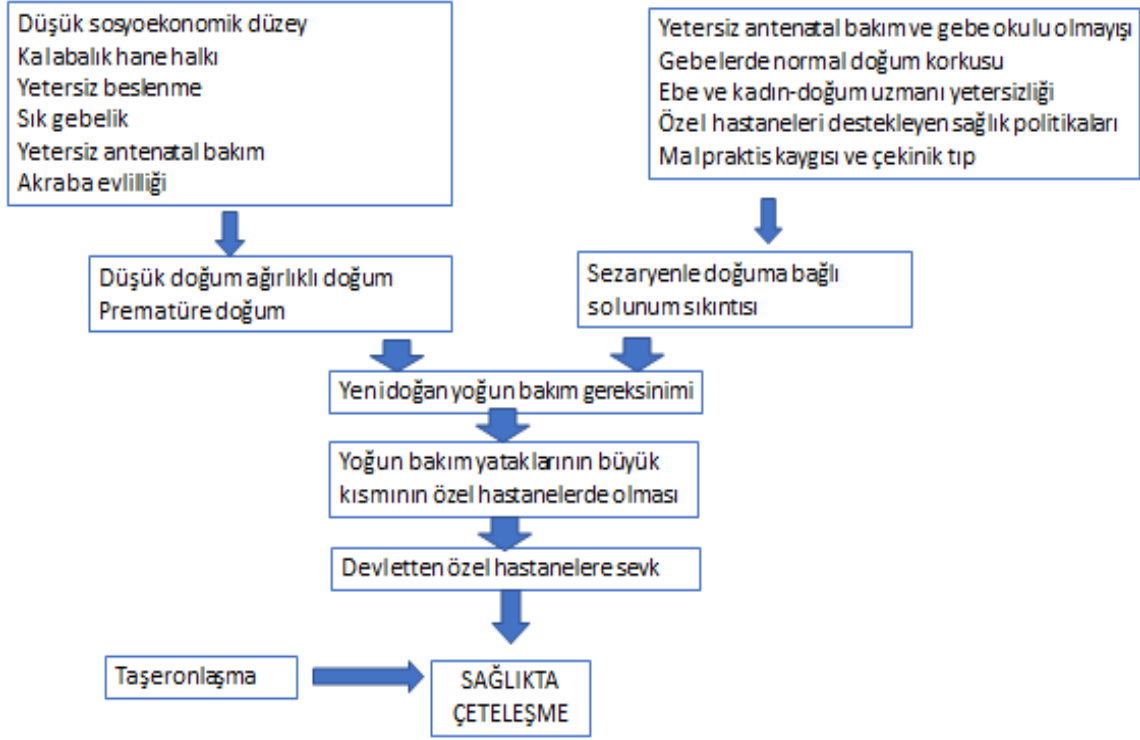
Sağlık Kuruluşu	YDU var		YDU yok		Toplam	
	N	%	N	%	N	%
Devlet Hastanesi	14146	86,3	2244	13,7	16390	100,0
Üniversite Hastanesi	13997	95,9	603	4,1	14600	100,0
Özel Sağlık Kuruluşu	15477	64,3	8590	35,71	24067	100,0
Toplam	43620	79,2	11437	20,8	55057	100,0
<i>P<0,001</i>						

2012- 2018 yılları arasında ülkemizde bebek ölümlerinin en önemli iki nedeni neonatal nedenler (prematürel) (%47,4) ve konjenital anomalilerdir (%23,4). Tüm ölümlerin %70'i bu iki nedene bağlıdır. Konjenital anomalilerin sıklığına bağlı olarak bebeklerin %12,7'si (11.224 bebek) yaşadıkları süre boyunca herhangi bir operasyon geçirmiştir: %23,1 kardiyovasküler cerrahi, %19,7 gastro-intestinal cerrahi, %10,1 beyin sinir cerrahisi, %3,9 diğer cerrahi operasyonlar (Tablo 8).

Tablo 8. Türkiye’de bebek ölümlerinin temel ölüm nedenleri, 2012-2018

Temel Ölüm Nedenleri	N	%
Neonatal Nedenler	41,910	47,4
Konjenital Anomaliler	20,679	23,4
Sepsis (yeni doğan dışı)	3,609	4,1
Solunum Sistemi Hastalıkları	3,190	3,6
Kardiyovasküler Hastalıklar	2,266	2,6
Solunum Yolu Enfeksiyonları	2,201	2,5
Ani Bebek Ölümü Sendromu	2,192	2,5
Sinir Sistemi Hastalıkları	2,095	2,4
Metabolik Hastalıklar	1,994	2,3
Maternal Durumlar	1,449	1,6

Sağlıkta Ticari Çeteleşme: Bebek Ölümleri Ön Raporu



Şekil 7. Çeteleşme Akış Şeması

III - YENİDOĞAN BAKIMINDA SAĞLIK İNSAN GÜCÜ

Günümüzde yenidoğan yoğun bakım karmaşık teknolojilerin kullanıldığı, birçok girişimin yapıldığı ve multi-disipliner bilginin gerekli olduğu bir uzmanlık alanıdır. Yenidoğan hekimleri çocuk sağlığının tüm branşları (nöroloji, kardiyoloji, hematoloji, göğüs hastalıkları...) dışında perinatoloji, anestezi, çocuk cerrahisi ve diğer cerrahi branşlarda teorik bilgiye ve tüm bu branşların hastalarına hizmet edebilecek yetkinliğe sahip olmalıdır. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde beyin monitorizasyonunu da ameliyat öncesi ve sonrası bakımları da yenidoğan uzmanı (neonatolog) yapar. Branşın bu geniş kapsamı ayrı bir uzmanlık gerektirdiğinden, çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı olan hekimler, yan dal sınavı ile üç yıl sürecek olan “neonatoloji yan dal uzmanlık eğitim programları”nı tamamlar. Neonatoloji yan dalı ilk kez ABD’de 1975’te onaylanmış ve 355 kişiye bu konuda sertifika verilmiştir. Ülkemizde ise neonatoloji yan dal eğitimi resmi olarak 1990 yılında başlamıştır. Bir hekim neonatoloji yan dal uzmanı olmak için 6 yıl tıp fakültesi ile 4 yıl çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlığı ve üzerine de 3 yıl neonatoloji yandalı eğitimi olmak üzere en az 13 yıl emek harcar. İnsan ömrünün neredeyse altıda birine karşılık gelen bu zaman, ilgili branşta nitelikli insan gücü sayısındaki en önemli engellerden biridir.

YYBÜ’ler bebeklerin klinik durumuna göre farklı düzeylere ayrılır:

- **Düzey 1 YYBÜ** - Hipoglisemi, sarılık gibi temel bakım hizmetlerini gerçekleştirir.
- **Düzey 2 YYBÜ** - Düzey 1’den daha ciddi bakım gerektiren yenidoğanları takip eder. Hafif solunum sıkıntısı gibi.
- **Düzey 3 ve 4 YYBÜ** - İleri düzeyde solunum desteği, cerrahi girişimler ve özel tedavi gerektiren kritik bebekler ve çok küçük prematürelere için hizmet verir.

Bu sistem, her yenidoğanın gereksinimine uygun en iyi bakımın sağlanmasını amaçlar.

Özellikle 32 haftadan önce doğan küçük ve çok küçük prematürelere ve anomalili bebeklere hizmet verilen 3. düzey ve üzeri YYBÜ’lerinde yenidoğan uzmanı ve yeterli ve eğitilmiş hekim dışı sağlık personeli bulunması, hizmetin uygun şekilde sunulabilmesi açısından çok önemlidir. En üst düzey donanımı olan bir ünite inşa edilmiş olsa bile, cihazları kullanacak deneyimli uzman hekimlere ve hastaları yakından izleyecek, yenidoğan bebekler konusunda eğitilmiş hemşirelere gereksinim vardır. Bebeğe küvöz bakmaz, ekip bakar. Bebeğin tıbbi bakımı dışında beslenme, temizlik ve şefkat gibi tüm gereksinimlerini yoğun bakım ekibi karşılar. Ekip ayrıca bebeklerin ebeveynlerine de manevi destek sağlar. Tüm bunlar kendini ifade etme yeteneği olmayan hasta grubuna, 7 gün/24 saat aralıksız ve aynı kalitede verilir. Yenidoğan bir bebeğe evde aileden birçok kişinin bakım verdiği düşünülecek olursa, onlarca bebeğe verilen bu özel sağlık hizmetinin önemi ve zorluğu anlaşılabilir.

Yoğun bakım koşullarında sağlık insan gücü planlaması yapılması son derece kritiktir. “**Sağlık Uygulama Tebliği**” düzeylere göre YYBÜ’nde hasta başına düşmesi gereken en az hemşire sayısını açıkça belirtmiştir. Bir hemşirenin çalışma saatleri içinde en fazla kaç bebeğe baktığı

da merkez denetimlerinde kontrol edilmektedir. Ancak, bu tebliğde bir yenidoğan ya da çocuk uzmanının aynı anda kaç bebeğe bakabileceği belirtilmemiştir. Bu tebliğde yenidoğanlara verilen sağlık hizmetlerinin ücretsiz olması gerektiği de belirtilmiştir.

Ülkemizde yenidoğan uzmanlarının durumu değerlendirildiğinde:

- 2006 yılında ülkemizdeki 111 neonatoloji uzmanından 70'i profesör veya doçenti. 65'i üniversitelerde, 5'i Sağlık Bakanlığı hastanelerinde çalışmaktaydı.
- 2016 yılında ülkemizde yenidoğan uzmanlarının sayısı 338'e yükseldi. Bunların %32'si Marmara, %5'i Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde görev yapmakta; bölgeler arasındaki eşitsizlik yandal sonrası zorunlu hizmet ile giderilmeye çalışılmaktaydı.
- 2020'de 307 yenidoğan uzmanından 163'ü (%53,1) Sağlık Bakanlığı hastanelerinde, 108'i (%35,2) üniversitelerde ve 36'sı (%11,7) özel hastanelerde görev almaktaydı.
- **2024'te aktif olarak çalışan 391 yenidoğan uzmanı vardır.** Bunların 127'si (%32,5) üniversitede, 167'si (%42,7) devlet hastanelerinde ya da Sağlık Bakanlığı üniversitelerinde, 97'si (%24,8) ise özel hastanelerde ya da vakıf üniversitelerinde görev yapmaktadır. 2020 verileri karşılaştırıldığında, özel hastane/vakıf üniversitesinde görev yapan uzmanların oranının yaklaşık iki kat arttığı görülmektedir.
- Ülkemizde yenidoğan uzmanlarının dağılımını gösteren Şekil 8'de gösterildiği üzere, doğumların ve bebek ölümlerinin yoğun olduğu Güneydoğu Anadolu, Doğu Anadolu ve Karadeniz bölgelerinde yenidoğan uzmanı hekim sayısı son derecede azdır. 2016'ya benzer şekilde yenidoğan uzmanlarının %37,9'u Marmara bölgesinde görev yapmaktadır. Yetişmiş insan gücünün %3'ü Doğu Anadolu, %4,3'ü Güneydoğu Anadolu, %4,6'sı ise Karadeniz'dedir. Bu bölgelerin doğum sayılarının ve bebek ölümlerinin daha yoğun olduğu bölgeler olduğu dikkate alındığında, verilen hizmetin zorluğu ortaya çıkmaktadır.



Şekil 8. Türkiye’de bölgelere göre yenidoğan uzmanı dağılımı.

Çalışmalarda 10.000 doğum için yenidoğan uzmanı oranının 2,7’den 4,3’ye yükselmesinin neonatal mortaliteyi azaltmada anlamlı etkiye sahip olduğu ve bu etkinin özellikle çok düşük doğum ağırlıklı bebeklerde belirgin olduğu gösterilmiştir. Bu bilgi ışığında, yenidoğanlarda mortaliteyi azaltmak için aktif yenidoğan uzmanı sayısının 10.000 canlı doğum başına en az 4.3 olması gereklidir (her 2500 canlı doğum için 1 yenidoğan uzmanı). Bu sayı 5.9/10.000 olduğunda orta, 7.5/10.000 olduğunda ise yüksek sayıda yenidoğan uzmanı olduğu kabul edilir.

Ülkemizdeki duruma bakıldığında, aktif yenidoğan uzmanı sayısı 391’dir ve 10.000 bebeğe 3.76 uzman düşmektedir. Bu oran çok düşük olup, en az 445 yenidoğan uzmanı olması gereklidir. 5.9/10.000 doğum olan orta oran için 611, 7.5/10.000 doğum olan yüksek oran için ise 777 uzmanın çalışması gereklidir.

Dünyaya bakıldığında, 10.000 doğum başına düşen yenidoğan uzmanı sayısı ABD’de 10-15 (bölgesel farklılıklar nedeniyle), Almanya’da 21, İngiltere’de 5.8’dir. ABD’de 1975’te 375 olan yenidoğan uzmanı sayısı 2022’de 5250’ye yükselmiştir.

Yenidoğan yan dal eğitimi almış hekim sayısı 450’den fazla olmasına rağmen, son yıllarda onda biri emeklilik, çalışma koşullarının zorluğu ve emeğin karşılıksız kalması gibi nedenlerle aktif çalıştıkları kliniklerden ayrılmışlardır ve yenidoğan yoğun bakım hizmeti vermemektedirler. **Emekli olacak yenidoğan uzmanları ve yan dal uzmanlık sınavı sonuçları da değerlendirildiğinde, istenilen yenidoğan uzmanı sayısına ulaşılması önümüzdeki 10 yıl içinde olanaklı görünmemektedir.**

Nitelikli insan gücü sayısındaki bu yetersizlik nedeniyle, T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü’nün 2010/45 sayılı genelgesinde “**yenidoğan yoğun bakım ünitesi bulunan**

hastanelerde bu ünite sorumluluğu, yenidoğan uzman tabibine, yenidoğan uzman tabibinin bulunmadığı kurumlarda çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman tabibine verilecektir” ibaresi mevcuttur. Bu durumun yaratabileceği sorunlar “sağlıkta çeteleşme” sorunu ile gün yüzüne çıkmıştır. Aynı genelgede yoğun bakım birimlerinde verilmekte olan hizmetlerin istatistiki verilerinin toplanabilmesi ve değerlendirilebilmesi için geliştirilen “Yoğun Bakım Çalışmaları Aylık Bilgi Toplama Formu” olduğu ve ünitelerden doldurulan formların aylık olarak İl sağlık Müdürlüklerine bildirilmesi gerektiği de belirtilmektedir. Bu formlar hasta dağılımının ve sevklerin izlenmesi açısından kritiktir.

Sağlık Bakanlığı ve **Türk Neonatoloji Derneği** iş birliği ile yürütülen “yenidoğan hemşireliği eğitimleri” ve yeterli yenidoğan uzmanı sayısına ulaşılan dek pediatri uzmanları için yenidoğan yoğun bakım güncelleme eğitimleri ve “neonatal resüsitasyon programları” devam etmektedir.

Yenidoğan yoğun bakım ve çocuk sağlığı ve hastalıklarında işgücü yetersizliği önlenabilir mi?

Nisan 2007’den bu yana yan dal uzmanlık sınavları merkezi sistemle yapılmaktadır. 2023 TUS 2. dönem sonuçlarına göre çocuk cerrahisi branşında kontenjanın %62’si, pediatri %60’ı, beyin cerrahisinde %41’i, acil tıp kadrolarında ise %34’ü boş kalmıştır. Bu durum eğer önlem alınmazsa önümüzdeki yirmi yıl içinde, değil yenidoğan uzmanının, çocuk sağlığı uzmanının bile bulunamayacağını gösteren ciddi bir uyarı işaretidir. Başvuru azalınca önceden gözde olan bu branşların baraj puanları da düşmektedir. Örneğin Cerrahpaşa Tıp Fakültesinde çocuk cerrahisinin 2013’te 57.7 olan taban puanı 2023’te 49.6’ya düşmüştür.

Bölgeler arasında çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlık tercihleri konusunda büyük fark oluşmuştur. Hasta sayısının çok, hekimin az olduğu bölgelerde pediatri kadroları boş kalırken, 2024 TUS sınavında üç büyük ildeki tıp fakültelerinin pediatri kadrolarının hemen tamamı dolmuştur (Tablo 9).

Tablo 9. 2024 TUS sonuçlarına göre merkezlerin çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlık eğitimi kadrolarının doluluk oranları.

Merkez	2024/I. TUS (Açılan kontenjan/ Tercih)	2024/II. TUS (Açılan kontenjan/ Tercih)
Hacettepe Üniversitesi	20/20	2/2
Cerrahpaşa Üniversitesi	10/10	2/2
İstanbul Üniversitesi	6/16	2/2
Ege Üniversitesi	15/15	2/2
Akdeniz Üniversitesi	15/15	6/6
İzmir Şehir Üniversitesi	25/25	22/22

Sağlıkta Ticari Çeteleşme: Bebek Ölümleri Ön Raporu

Çukurova Üniversitesi	8/4	6/6
Kırıkkale Üniversitesi	5/1	7/6
Erciyes Üniversitesi	10/3	15/15
Sütçü İmam Üniversitesi	5/0	12/0
Celal Bayar Üniversitesi	9/1	14/9
Isparta Üniversitesi	9/4	10/0
Mersin Üniversitesi	15/2	17/10
Ondokuz Mayıs Üniversitesi	7/1	18/5
Selçuk Üniversitesi	10/1	19/13
Sivas Cumhuriyet Üniversitesi	8/0	12/1
Van 100. Yıl Üniversitesi	15/0	13/0
Ümraniye EAH	15/0	19/9
Karabük EAH	5/0	6/0
Muğla EAH	5/1	10/3
Rize EAH	4/0	8/1

2024 TUS sınavında Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Kırıkkale Üniversitesi, Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Mersin Üniversitesi Tıp Fakültelerinde açılan toplam 31 Pediatri kadrosundan yalnızca biri dolmuştur. Bu durum, ülkenin doğusu-batısı, küçük şehir-büyük şehir ayrımı olmaksızın, yeni mezunların artık çocuk hekimliğini tercih etmediklerini gösteren çok acı bir tablodur.

Yandal uzmanlığı için ülke genelinde 2020’de 1244, 2021’de 1476, 2022’de 2481 kadro açılmışken 2023’ün ilk döneminde 888, 2024’ün ilk döneminde ise yalnızca 492 kontenjan açılmıştır. 2024 İlkbahar YDUS sınavında 182 Dahiliye, 246 Pediatri yan dal kadrosu açılmıştır. Bunlardan 36’sı yenidoğan uzmanlığı kadrosudur ve en fazla açılan yan dal kadro sayısına sahiptir (Tüm kadroların %14,6’sı).

Alınan risk çok yüksek ve çalışma saatleri çok uzun olmasına rağmen, yenidoğan hekimleri ülkemizde hak ettikleri ücreti alamamaktadır. Poliklinikte hasta bakan hekimle 24 saat hastanın başında bekleyen hekim ne yazık ki aynı maaşı almaktadır. Bu durum, yenidoğanın bir yan dal olarak tercih edilmemesi nedenlerinden biridir.

Pediatrinin, özellikle de yenidoğanın tercih edilmemesinin bir diğer nedeni de “**malpraktis davaları**”dır. 2021 yılında Yargıtay tarafından karara bağlanan hatalı tıbbi uygulama iddiası olgularının değerlendirildiği bir çalışmada, davaların %8,6’sının çocuk sağlığı uzmanlarına karşı açıldığı görülmektedir. Çocuk hekimleri ile ilgili en önemli sorun, **tazminatın bir ömre yayılması ve bu nedenle ödenmesi gereken miktarın astronomik rakamlara ulaşmasıdır.**

Ülkemizde hatalı tıbbi uygulama iddialarının değerlendirilmesine ilişkin 27.05.2022 tarihinde yapılan yasal değişiklikler ve ardından 15.06.2022 tarihinde yayınlanan “**Sağlık Meslek Mensuplarının Tıbbî İşlem ve Uygulamaları Nedeniyle Soruşturulmasına ve İdarece Ödenen Tazminatın Rücu Edilmesine Dair Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik**” ile sağlık mesleği mensuplarının ancak kasten görevinin gereklerine aykırı hareket etmek suretiyle görevini kötüye kullandığı kesinleşmiş ceza mahkemesi kararı ile tespit edilmesi halinde ilgili sağlık meslek mensubundan tazminata konu olaydaki kusur oranı gözetilerek belirlenen miktarın rücu edileceği; aksi takdirde mali bir sorumluluk altına girmeyecekleri anlaşılmaktadır. Dolayısıyla tazmine/rücuya konu eylemin ceza hukuku açısından kasıtlı bir eylem niteliğinde olup olmadığının değerlendirilmesi önem kazanmaktadır.

IV - YENİDOĞAN YOĞUN BAKIMDA KAYNAK DAĞILIMI

Ülkemizdeki küvöz sayısına bakıldığında; 2009'da 2400, 2017'de 11,749, 2024 yılında ise 13,343 küvöz olduğu görülmektedir. 2009'dan bu yana geçen 15 yıl içinde küvöz sayısı yaklaşık 5,5 kat artmıştır.

2018 Sağlık İstatistikleri Yıllığında yenidoğan yataklarının dağılımına bakıldığında 12.375 yenidoğan yatağı olduğu ve bunların %56'sının özel sağlık kuruluşlarında (6980 yatak), %32'sinin Sağlık Bakanlığı hastanelerinde (3947 yatak), %12'sinin (1448 yatak) ise üniversite hastanelerinde olduğu görülmektedir. Bu istatistikle düzey ayrımı yapılmamıştır.

2024 yılında ülkemizdeki küvöz sayılarının YYBÜ düzeylerinde göre dağılımı Tablo 10'de gösterilmektedir. Her ne kadar şehir hastanelerinin açılmasıyla Sağlık Bakanlığı hastanelerindeki yatak sayısı artmış olsa da halen tüm yenidoğan yataklarının ve kritik yoğun bakım gerektiren **Düzy 3 yoğun bakım yataklarının yarısından fazlası özel hastanelerdedir**. Yatak dağılımındaki bu dengesizlik riskli yenidoğanların devlet ve üniversite hastanelerinden özel hastanelere sevk edilmesiyle sonuçlanmaktadır.

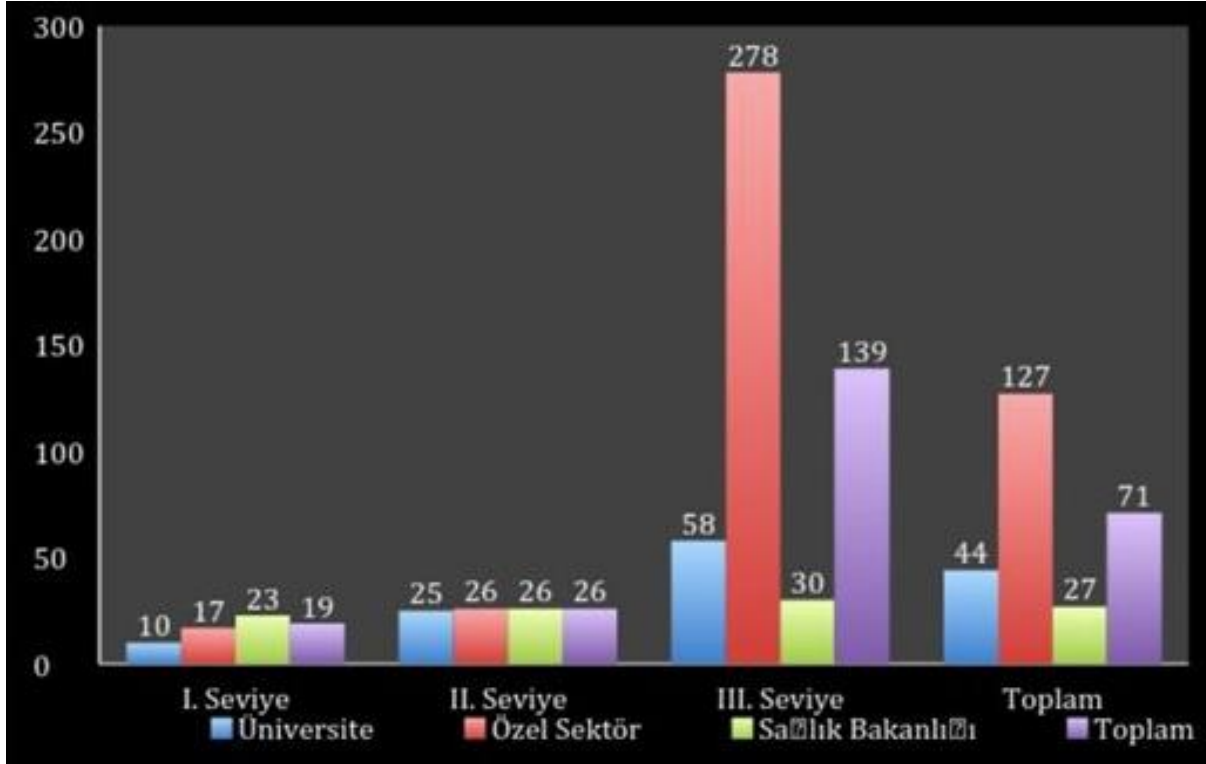
Tablo 10. Kurumlara ve YYBÜ düzeylerine göre yenidoğan yatak sayılarının dağılımı.

	Düzy 1	Düzy 2	Düzy 3-4	Toplam
Sağlık Bakanlığı	909	1556	2439 (%30,7)	4904 (%36,3)
Özel	1128	1378	4319 (%54,5)	6825 (%51,1)
Üniversite	183	266	1165 (%14,8)	1614 (%12,1)
Toplam	2220	3200	7923	13343

2009'da 3. düzey YYBÜ içeren merkez sayısı 104 iken 2024 yılında bu sayı 456'ya yükselmiştir. Artış dört kattan fazladır. Bu merkezlerden 53'ü üniversite (%11,4), 101'i (%22,2) Sağlık Bakanlığı, 302'si (%66,2) ise özel hastanelerdedir. 2024 yılında 4. düzey YYBÜ tescilli olan merkez sayısı 16, bu merkezlerdeki bebek yoğun bakım yatağı sayısı ise 398'dir. Bu 16 merkezden beşi 4B olarak adlandırılan, en üst ve uluslararası standartlarda yoğun bakım hizmeti veren merkezlerdir.

Ülkemizdeki yenidoğan yatak sayısı yeterli midir?

Gelişmiş ülkelerde ortalama 1000 canlı doğum için 6 YYBÜ yatağı yeterli, hatta gerekenden fazladır. **Ülkemizde 2022'de 1000 canlı doğum için seviye 3 yatak sayısı 12.6'dır**. Yani, ülkemizdeki yenidoğan yoğun bakım yatağı sayısı yeterlidir. YYBÜ sayısı Çin'de 1.78/1000, Güney Kore'de 2.8/1000'dir. 2023 yılında 3,6 milyon doğum olan ABD'de ise 1000 canlı doğuma 9.9 yatak düşmektedir. (5,592 2. düzey, 20,631 3. düzey, 9378 4. düzey). Yatakların %30'u üniversite hastanelerindedir. YYBÜ yatak oranımız sayımız, ABD'den fazladır (Şekil 9).



Şekil 9. YYBÜ yatak sayılarının 2011-2015 yılları arasında düzeylerine göre sektörler arasında artış oranı dağılımı.

ABD’de YYBÜ’ne yatan bebekler incelendiğinde, büyük kısmının büyük bebekler olduğu görülmektedir. 2015’te YYBÜ’ne yatırılan bebeklerin %80’i 34 hafta ve üzerindeki bebeklerdir ve ciddi hasta olma oranları yalnızca %12’dir (Schulman). ABD’de yapılan çok merkezli bir çalışmada, altı yıl içinde YYBÜ yatış oranlarının çoğu büyük bebekler olmak üzere 1000 canlı doğumda 64’ten 78’e yükseldiği gösterilmiştir.

Ülkemizde de durum çok farklı değildir. 34-37 hafta arasındaki geç prematürel ve erken term bebekler yatışların büyük kısmını oluşturmaktadır. **Burada en önemli neden %65’lere ulaşmış olan sezaryen oranlarıdır.** Ülkemizde 2012’de %48 olan sezaryen oranı 2018’de %52’ye, 2020’de %59’a, 2021’de %60,9’a, 2022’de %62,8’e yükselmiştir. 2022 yılındaki sezaryenle doğum oranlarına bakıldığında, özel sektörde sezaryen oranı %78,1 (2018’de %68), üniversite hastanelerinde %74,4, Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde ise %46,4’tür. Bu oranla **Türkiye, dünyada sezaryen doğumda birinci sıradadır.** Her ne kadar DSÖ %15 sezaryen oranını önerse de Avrupa Birliği ülkelerinde bu oran %29 civarındadır.

Sezaryenlerin büyük kısmı anne ciddi sancı çekmeden ve bebekler dış ortama hazır olmadan gerçekleştirilmekte ve YYBÜ yatışları için büyük bir hasta potansiyeli ortaya çıkmaktadır. 37-38 hafta arasında doğmuş erken term bebekler, YYBÜ’de solunum sıkıntısı nedeniyle yatışın en önemli ve büyük grubunu oluşturmaktadır. Bir diğer sorun, ülkemizde artan obezite ve gebelikte artmış diabet oranlarıdır. Doğum sonrası gelişen hipoglisemi nedeniyle yatışların sıklığı artmakta ve bazı bebekler bir haftaya yakın hastanede kalmaktadır. Ülkemizdeki bir diğer sorun da artmış infertilite ve yardımcı üreme teknikleri uygulamalarıdır. Infertilite

tedavisine bağlı çoğul gebeliklerde erken doğum oranları artmaktadır. Ayrıca özellikle IVF gebelikler sonrasında konjenital anomali sıklığı normal gebeliklere oranla iki kat daha fazladır.

Yenidoğan Yoğun Bakım Servislerinin Asgari Donanım, Personel ve Hizmet Standartları

Türk Neonatoloji Derneği verilerine göre 2023 yılında ülkemizdeki 60 YYBÜ'ne 48,520 bebek yatışı olmuştur. Bunlardan 28,243'ü (%58,2) term ya da postterm, 8582'si (%17,7) 35-36 hafta arasında doğmuş bebeklerdir. 4847 (%9,98) bebek ise 1500 gram ve altındadır. YYBÜ'de yatan bebeklerin çoğu göreceli büyük bebeklerdir.

2024'te ise Neonatoloji uzmanı olan 80 YYBÜ'den gelen 63,886 bebeğin verisi değerlendirilmiştir. Bu ünitelerde genel mortalite %3,64'tür. 2023'tekine benzer şekilde bu ünitelerde izlenen bebeklerden 37,651'i (%58,9) gebelik haftası 37 hafta ve üzerinde olan bebeklerdir. En üst düzey yoğun bakım gerektiren ve en uzun yatışı olan 28 hafta öncesinde izlenen bebek sayısı ise 3053'tür (%4,8)

Genel olarak değerlendirilecek olursa, ülkemizde yenidoğan yoğun bakım ünitelerinin yatak sayıları yeterli olmakla birlikte, yetişmiş insan gücünde eksiklik vardır ve yakın vadede bu eksikliğin kapanması bir yana, insan gücü açığı giderek artacaktır. YYBÜ yataklarına en büyük talebi elektif sezaryen doğumlara bağlı solunum sıkıntılı term bebekler oluşturmaktadır. Arz-talep dengesi oluşturulacak olursa, bebeklerin deneyimli, işinin ehli merkezlerde, mümkünse devlet kontrolünde olan hastanelerde izlenmesi mümkün olacak, sevkler sınırlanacak ve "çeteleşme" planları engellenebilecektir. Bu konuyla ilgili çözüm önerileri şunlardır:

- Prematüre doğum ülkemizde bebek ölümlerinin ve yenidoğan yoğun bakım yatışlarının en önemli nedenidir. Prematüre doğum oranları ülkemizde dünya ortalamasının üzerinde seyretmektedir. Dünyada bazı ülkelerde prematüre doğum oranları artarken, bazılarında azalmaktadır. ABD'de prematüre doğum hızı 2014'te %9,6 iken, 2022'de %10,6'ya yükselmiştir. Almanya'da 2008- 2022 arasındaki 10.696.831 doğumun verileri incelendiğinde, 2008–2010 arasında %8,95 olan prematüre doğum oranının, 2020–2022'de %7,66'ya düştüğü saptanmıştır. Yani, etkin düzenlemelerle erken doğumların engellenmesi mümkündür. Ülkemizde prematüre doğum oranı azaltılmalıdır.
- Elektif sezaryenle doğum oranı düşürülmelidir.
- Çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlığı ve yenidoğan yan dalı teşvik edilmeli; çalışma ve ücretlendirme koşulları düzeltilmelidir. Bu konu ülkemizde çocuk sağlığı konusundaki en acil durumlardan biridir. Bu uzmanlık dalları özendirilmezse, yaklaşık on yıl içinde, çocuk; özellikle de yenidoğan sağlığı yetişmiş insan gücü yetersizliği nedeniyle ciddi bir krize girecektir.

V - ÜLKEMİZDE SEZARYEN ORANLARINDAKİ ARTIŞ

Genel Bilgiler

Türkiye’de sezaryen oranları son 20 yılda %20’lerden %60-%65’lere yükselmiştir (Tablo 10). Sezaryen oranlarında yükseliş birçok dünya ülkesinde de gözlenmektedir. Bu artışın pek çok mantıklı tıbbi nedeni varsa da tıbben tartışılabilir göreceli nedenlerin yanı sıra, anne isteği ile sezaryen bu artışın temel nedenlerinden biri olarak sayılabilir. Ülkemiz, gerek sezaryen oranlarının ulaştığı düzey gerekse artışın hızlı olması bakımından ciddiyle değerlendirilmesi gereken ülkelerden biridir. Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ) 1985 yılındaki önerisi ülke sezaryen oranlarının %15’i aşmaması şeklinde ise de bu oran tüm gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler için Tablo 11’de görüldüğü gibi çoktan aşılmıştır. 2021 yılında bazı OECD ülkelerinde sezaryen oranları gösterilmektedir (Tablo 12). Ülkemiz OECD ülkeleri arasında birincidir. Burada sağlık sistemi modelleri ile sezaryen oranları arasında olası ilişki göze çarpmaktadır.

Sezaryenin cerrahi bir girişim olduğu ve tıbbi endikasyonların varlığı durumunda yapılması gerektiği bilinmektedir. Endikasyonsuz yapılan sezaryenlerin anne ve çocuk sağlığı açısından maternal ve perinatal morbidite ve mortalite oranlarında azalmaya yönelik katkısı yoktur. Bu noktada ülkemizde yasal altyapısı olmayan "anne isteği ile sezaryen" durumu tartışmaya açılmalıdır. Endikasyon koyulurken 30-40 sene öncesinde olduğu gibi çok konservatif olmak da doğru değildir. Diğer taraftan sezaryenin yaratabileceği orta ve uzun vadeli ciddi sorunların varlığı da akılda tutulmalıdır. Bunlardan en önemlisi eski sezaryen yerinde sonraki gebeliklerde gelişen plasenta yapışma anomalileridir ve bu komplikasyon uterusun alınmasına yol açabileceği gibi anne için yaşamsal risk de yaratabilmektedir.

Tablo 10. Türkiye’de sezaryen doğumlarının yıllara göre değişimi.

Yıl	Sezaryen oranları (Tüm doğumlarda)	Sezaryen oranları (Hastane doğumlarında)
1998	%14	-
2003	%21,2	-
2007	%36	%42,7
2008	%36,7	%42
2009	%42,7	%47,7
2010	%45,4	%49,7
2012	%48	-
2018-2023	%57,55	-
2021	%60,9	-
2022	%62,8	-

Tablo 11. Çeşitli ülkelerde 1997’den 2007 yılına sezaryen oranlarında artış.

Ülkeler	1997 Sezaryen Oranı (%)	2007 Sezaryen Oranı (%)
Polonya	16	21
Fransa	16	21
Portekiz	23	31
İspanya	20	26
Yeni Zelanda	16	23
Meksika	28	40
OECD	17	25
Kanada	18	26
İtalya	27	40
İngiltere	17	26
Almanya	18	29
ABD	21	31
Avustralya	20	30
Çekya	12	20
İrlanda	15	25
Danimarka	13	21
Lüksemburg	17	29
Avusturya	14	24
Türkiye *	14	36,7

* Türkiye için 1998’den 2008’e kadar

Tablo 12. 2021 yılında bazı OECD ülkelerinde sezaryen oranları

Ülke	Sezaryen Sıklığı (1000 Canlı Doğumda)
Türkiye	584.2
Meksika	526.3
Polonya	422
Avustralya	370
İrlanda	355.4
İsviçre	325.9
İtalya	323.3
ABD	320.5
BK	313.4
Almanya	306.9
Kanada	297.6
Çekya	248
İspanya	242.2
Belçika	218.7
Finlandiya	207.3
Fransa	204.5
İsveç	181.6
Norveç	155.7
Hollanda	151.6
İsrail	143.4

Olası Nedenler ve Çözüm Önerileri

- Ülkemizde sezaryen sıklığının neden arttığı ve nasıl azaltılabileceği konusunda pek çok öngörüler ve spekülasyonlar varsa da bilimsel formatla oluşturulmuş veri, bilgi ve yorumları konuyu değerlendirmek için yeterli değildir. Bunun için ayrıntılı araştırmaları kısa zamanda yapılması gerekmektedir.
- Ülkemiz, Kadın Hastalıkları ve Doğum hekimleri son yıllarda hekimler üzerinde oluşan mediko-legal baskıdan çok ciddi boyutlarda rahatsızdır ve artan sezaryen oranlarından baş sorumlu olarak bu baskıyı suçlamaktadır. Hekimler aleyhine açılan davalarda tazminat taleplerine ve bu davalardaki avukatlık ücretlerine üst sınırlar koyulmalıdır. Kurum hekimleri için tazminatın hekime rücu edilmesi gözden geçirilmelidir. Normal doğum sürecinde karşılaşılabilecek ve her zaman öngörülmesi ve kaçınılması mümkün olmayan bazı komplikasyonlar nedeni ile açılacak tazminat davalarından hekimi koruyacak yasal önlemler alınmalıdır. TCK ve “Borçlar Kanunu” nda yapılan yeni düzenlemelere paralel olarak, hasta-hekim ilişkisi ve hekimin sorumluluğu ile ilgili düzenlemeler de yapılmalıdır.
- Sağlık Bakanlığı hekim dostu davranış modelini yıllardır terk etmiştir. Son dönemlerde inanılmaz boyutlara varan hekime şiddete ve hekim karşıtı asılsız haberlere karşı yasal ve stratejik önlemler alınmalıdır. Hekimi değersizleştiren politikalar yukarıda tanımlanan medikolegal baskılarla birlikte hekimi defansif tıp uygulamalarına itmekte ve bu durum sezaryen oranlarını muhtemelen daha da arttırmaktadır.
- Sağlık hizmetinin sunuluşu ile ilgili olarak sistemin özelleştirilmesi, sezaryen oranlarını arttıran önemli bir etkindir. Tek hekimin tek gebeden sorumlu olduğu özel hastane modellerinde sezaryen oranları artmakta, pek çok kurumda %100'lere yaklaşmaktadır. İzlenen gebeleri, özel hastanede çalışan farklı hekim ve ebelerin karşılayıp, doğum yardımı sundukları modeller oluşturulmalıdır. Böylece normal doğum sıklığı artabilecektir. Gebe, hekimin değil kurumun olmalıdır. Ekibin gebeyi karşıladığı, gelişmiş kamu sektörü ve özel sektör anne-çocuk hastaneleri desteklenmelidir.
- Fazla sezaryen yapan Kadın Doğum uzmanlarının eğitime alınması bir çözüm değildir. Sorun, Kadın Hastalıkları ve Doğum uzmanlarının normal travay ve doğumu bilmemesi hiç değildir. Sorun, primer sezaryen oranları yüksek olan uzmanlara ya da kliniklere daha az performans verilerek de çözülmez. Cezalandırmak yerine, vajinal doğuma prim veren politikalar oluşturulmalıdır. Vajinal ya da sezaryen ile doğumların birbirine yakın performans puanları ile paket olarak ücretlendirilmesi sakıncalar yaratmaktadır. Yüksek riskli gebeliklerin izlem ve doğumu ayrıca ve daha yüksek düzeyde puanlanmalıdır. Çalışanlar ve kurumlar yaptıkları işin karşılığını almalıdırlar.

Özetle; gebelik izlemi, travay izlemi ve doğumla ilgili dikkatlice düşünülmüş bir ücretlendirme sistemi oluşturulmalıdır. Bu sistemden hem çalışanlar hem de kurumlar haklarını alabilmelidirler. Travay izleyip, vajinal doğum yaptıranın çoğu vaka için sezaryen yapmaktan çok daha fazla vakit alan ve zahmetli bir iş olduğu gerçeği kabul edilmelidir.

- SGK'nin özel hastanelerden hizmet satın alması süreci ile sezaryen oranları arasındaki ilişki değerlendirilmelidir.
- Sağlık Bakanlığı, üniversiteler, sivil toplum kuruluşları ve sorunun çözümüne katkıda bulunabilecek tüm kurumlar yan yana durmalıdırlar. **Ana hedef “daha az sezaryen” değil, “daha doğru travay ve doğum yönetimi” olmalıdır.**
- Konu ile ilgili sürekli medikal eğitim programları desteklenmeli, sivil toplum kuruluşları ve klinikler tarafından klinik kılavuzlar oluşturulmalıdır. Her klinik kendi programını oluşturmalıdır.
- Sezaryen ve travay yönetimi ile ilgili konular (intrapartum yönetim, fetal monitorizasyon, travayın indüksiyonu, sezaryen sonrası vajinal doğum (SSVD), eksternal versiyon vb.) ile ilgili paneller, oturumlar, bölgesel toplantılar düzenlenmelidir.
- Anne isteği, ülkemizde muhtemelen önemli bir sezaryen nedenidir. Bu endikasyon gizlidir, dosyalara yazılmamaktadır ve sıklığı bilinmemektedir. “Yapılamaz” diyerek kestirip atmak gerçekçi değildir. Anne isteği ile sezaryenin sıklığı araştırılmalıdır. Anne isteği ile sezaryenin etik ve yasal boyutları tartışılmalıdır. Doğru danışma verdikten sonra anne isteği ile sezaryene olanak sağlayacak yasal düzenlemeler yapılması planlanmalıdır. Anne isteği ile sezaryenin etik boyutları tartışılmalıdır. Etik boyut, toplumda tartışılarak tanımlanır, genellerele belirlenmez. Ülkemizde bu tartışma ortamının oluşması desteklenmelidir. Konu ile ilgili olarak önemli bazı görüşler şunlardır:
 - a) Genel kanı, hastanın otonomisine ve bir kadının kendi doğum şeklini seçme hakkına saygı duyulmasının etik bir davranış olduğu yönündedir. (Minkoff H, Chervenak F, 2004)
 - b) **ACOG:** “...Anne ve bebeğin tıbbi tedavisine olumsuz yansımadağı takdirde, hastanın seçimine saygı duyar ve destekler. Gerekli bilgilendirme sonrası 39 bitmiş haftada anne isteği ile sezaryen yapılabilir. Sezaryen sonrası gebeliklerde plasenta previa ve plasenta akreata sıklığının arttığı belirtilmelidir.
(Harer, WB, OBG Management, 2002, ACOG Committee Opinion, 2019)

c) **FIGO:** “...Tıbbi olmayan nedenlerle sezaryen yapmak etik olarak kabul edilemez... (Schenker, FIGO Committee Report 1999, FIGO Ethical Committee, 2003, FIGO Statement 2020)

- İncapçılık gibi bir sistemin sezaryen oranını arttırması olasıdır, bu konu irdelenmelidir.
- Doktorların hasta üzerine sezaryen baskısı yaptıkları da olası bir durumdur. Bu baskının boyutunu ve yoğunluğunu tanımlamak zordur. Ülkemiz için de araştırılmalı ve olabildiğince kontrol altına alınmalıdır.
- Doğum analjezisi olanakları yaygınlaştırılmalıdır. Gebeleri vajinal doğum için yönlendirirken ağrı çekmelerine yol açmak insani bir tutum değildir. Türkiye’nin bu konuda çok gerilerde kaldığı tartışılmaz bir gerçektir.
- Tedavi sonrası oluşan “Asiste Reprodüktif Teknoloji” (ART) gebeliklerinde sezaryen oranları ülkemizde %90’lar gibi çok yüksek bir orandadır. Bu durum değerlendirilmelidir.
- Hedef, primer sezaryenleri azaltmak olmalıdır. SSVD, ABD’de 1986-1996 yıllarında denenmişse de sonradan bu yaklaşım büyük ölçüde terkedilmiştir.
- Yüksek Okul mezunu ve donanımlı ebe-hemşire yetiştirme süreci hızlandırılmalıdır. Robson Grup 1 (nullipar, tekil baş pr., ≥ 37 hf, spontan travayda) ve Grup 3 de (multipar (eski SCA lı değil), tekil baş pr., ≥ 37 hf, spontan travayda) travay izlem ve doğumda ebelerden yararlanılmalıdır.
- Travay izlemi ve doğum tek kişilik doğum ünitelerinde gerçekleştirilmeli, birebir ebe-hemşire desteği sunulmalıdır.
- Vajinal doğum ve sezaryen ile ilgili gebeler için bilgilendirme kitapçığı / broşürler hazırlanmalıdır. Gebe bilgilendirme sınıfları kurulmalıdır. Gebeye doğum yapacağı yer ve yöntemi konusunda danışmanlık verilmelidir. Gebelere sezaryen ve vajinal doğum için bilgilendirme ve onam formu sunulmalıdır.
- Meslek kuruluşlarının katılacağı “Medya Kampanyası” yapılmalıdır. Bu kampanyalarda sağlık hizmetini sunanların değersizleştirilmesinden mutlaka kaçınılmalıdır.
- Kliniklerde “değerlendirme-geri bildirim” modelleri başlatılmalıdır. Her klinik kendi iç denetim sistemini kurmalıdır. Haftalık-aylık iç toplantılar yapıp, toplam ve kişisel

sezaryen oranlarının değerlendirildiği, endikasyonların tartışıldığı, formatlanmış rapor haline getirildiği sistemler oluşturulmalıdır.

- Oranın göreceli olarak çok yüksek olduğu kliniklerde dış denetleme modelleri uygulanabilir. Bu noktada Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği ile ve Sağlık Bakanlığı birlikte görev alabilirler. Kliniklerin akreditasyonu süreci de dış denetleme amacıyla kullanılabilir.

Sağlıkta Ticari Çeteleşme ve Bebek Ölümleri Üzerine Görüşler

Yenidoğan bakımı veya yoğun bakımı gerektiren bebeklere bu hizmet olabildiğince doğumun gerçekleştirildiği klinikte sağlanmalıdır. Anne ile bebeği birbirinden ayıracak şekilde yenidoğanın transportuna yönelik yaklaşımlar her yönüyle sakıncalıdır. Doğurduğu bebeği başka bir kliniğe giden anne ve ailesi çok haklı olarak telaşa kapılmakta, çaresizlik içinde bebeğinin sevkine direnememektedirler. Bu ortam doğal olarak sağlıkta ticari çeteleşmeye zemin hazırlamaktadır. Bebeği doğurtan hekim ve ekip açısından ise, yenidoğanın akibetinin izlenemediği koşullar oluşmaktadır. Özetle doğumu yaptıranlar, yenidoğana bakanlar ve aile huzursuz bir üçgenin üç köşesinde kalmaktadırlar. Bu durum engellenmeli, en azından çok azaltılmalıdır.

Yenidoğan uzmanlarının önerdiği anne karnında transport, doğum sonrası transporta göre daha olumlu bir yaklaşımdır. Ancak bu modelde gebe takip edildiği kurumda, güven ilişkisinin doğduğu bir ortamda değil, çoğu kez hiç tanımadığı bir klinikte doğurmak zorunda kalabilmektedir. Bu yaklaşımın da çok insani olduğu söylenemez. Diğer taraftan gebeye ve sorunlarına çok hakim olmayan bir hekimin doğumu yaptırması optimum sağlık hizmetinin sunulması açısından da sorun yaratabilmektedir. Sonuç olarak, kliniklerin yenidoğan servislerinin çok özel durumlar dışında kendi kliniklerinin hastalarını (gebeler ya da yenidoğanları) sevk etmeyecekleri modeller oluşturulması gerekmektedir hatta zorunluluktur.

Bu süreçlerde yaşanan bir diğer paradoks ise tersiyer bir merkezde takip edilen gebenin ya da bebeğinin, daha alt düzeydeki bir merkeze gönderilmesidir. Bu duruma düşmek, hastayı gönderenler, teslim alanlar ve hastanın kendisiyle ailesi açısından ciddi bir olumsuzluktur ve çok özel durumlar dışında uygulanmamalıdır. Bu durum özel/devlet yenidoğan yatağı sayısı oranlarının, devlet hastaneleri (Sağlık Bakanlığı ve üniversiteler) lehine artmasıyla çözülebilir.

VI - SAĞLIK SİSTEMİNDE TAŞERONLUĞA BAKIŞ

Dünyada Neo-Liberal Politikalar ve Sağlıkta Özelleştirme Sürecine Geçiş

Neoliberalizm veya **neo-liberalizm**, ikinci Dünya Savaşı'ndan sonra gerileme yaşayan serbest piyasa kapitalizmiyle ilişkilendirilen 19. yüzyıl fikirlerinin 20. yüzyılın sonlarında yeniden ortaya çıkması için kullanılan bir terimdir (Vincent-2009, s.337). Muhafazakâr ve liberteryen örgütlerin, siyasi partilerin ve düşünce kuruluşlarının yükselişinde önemli bir faktör olan neo-liberalizm, genellikle ekonomik liberalleşme politikalarıyla ilişkilendirilir (<https://tr.wikipedia.org/wiki/Neoliberalizm>). Bu politikalar arasında özelleştirme, düzenlemelerin kaldırılması, küreselleşme, serbest ticaret, para politikası, kemer sıkma politikaları ve devlet harcamalarının azaltılması gibi unsurlar yer alır. Bu politikalarla ekonomi ve toplumda özel sektörün rolünün artırılması amaçlanır. Neo-liberal proje aynı zamanda kurumların tasarlanmasına odaklanmakta ve bir siyasi boyutu bulunmaktadır.

Neo-liberalizm, klasik liberal ekonomik düşüncenin 1930-1970 yılları arasında varlığını devam ettirme ve yenileşme gayesiyle, devletin müdahaleci bir rolde devreye girdiği 1970-1980 yılları arasındaki mola sonrasında, 80'li yıllardan itibaren güncellenen yeni versiyonu olarak görmek mümkündür. Bu noktada neo-liberalizm ilk olarak akademik alanda daha sonra ise sağlık ve eğitim gibi kamu politikaları alanında görünür olmaya ve destekçi bulmaya başlamış ve bu yönüyle hem bir ekonomik teori hem de politik bir duruş niteliği göstermiştir. **Bu genel değişimlerin en iyi izlenebileceği alanlardan biri olan sağlık sektöründe özelleştirme uygulamalarının yaygınlaştığı, sigorta şirketlerinin büyüdüğü, ilaç endüstrisinin bu alandaki gücünün arttığı ve özel sektörün kamuyla birlikte sağlık politikalarının temel belirleyicilerinden biri olduğu bir döneme girilmiştir.**

Genel olarak tüm Avrupa ülkelerinde neo-liberal dönemde iktidara gelen partiler, sağlık alanında kamusal harcamaları azaltma, vatandaşlardan topladığı sağlık sigorta primlerini ve katkı paylarını arttırma yoluna gitmişlerdir. Neo-liberal dönemde sağlıkta dönüşüm reformlarının uygulandığı birçok ülkede, sağlık hizmetlerindeki finansman ile sunum süreçleri birbirinden ayrılarak genellikle kamu sektörünün üstlendiği finansman kurumunun hem kamu hem de özel sektörde yer alan hizmet sunucularından (bireysel ya da grup olarak çalışan doktorlar, hastaneler, dispanserler, tanı ve görüntüleme merkezileri gibi) hizmet satın alınması yoluna gidilmiştir. Hizmet sunum ve finansmanı süreçlerin birbirinden ayrılmasıyla birlikte sisteme getirilen performansa dayalı ücretlendirme uygulamasıyla birlikte hekimlerin ilaç yazımı, tetkik isteme, sevk etme gibi kararlar noktasında ellerinde bulunan özerkliklerini yitirmeye ve bu süreçlerin üst mekanizmalar tarafından takip edildiği, yönlendirildiği zaman zaman da kısıtlandığı bir süreç ortaya çıkmıştır. Bunlara ek olarak sağlık hizmetleri alanında kamu tarafından ödenmeyecek sağlık hizmetleri listeleri oluşturulmakta ve her geçen gün bu listeye yeni bir sağlık kalemi eklenmektedir. Bu tür uygulamalar özellikle İngiltere'de toplumsal kesimlerin yoğun eleştiri ve muhalefetlerini getirmesine ve ciddi politik

çatışmalara rağmen ısrarla devam ettirilmiştir (Bayramoğlu-2005, s. 48; Ağartan-2007, s. 48-49; Terzi-2014, s. 285). Ülkemizde ise bu politikalara karşı meclisteki siyasi partilerden yeterli bir eleştiri ve muhalefet gelmediği gibi dönemsel olarak iktidarda yer alan sosyal demokrat nitelikteki partiler ise bu uygulamaların genellikle devamından yana olmuşlardır. Meclis dışında olan sol-sosyalist eğilimli partiler ise her ne kadar bu yeni ekonomik ve siyasi oluşuma karşı çıksalar da yeterli bir desteği görememişlerdir. Sağlık alanından baktığımız zaman, özellikle neo-liberal politikaların kendisini en fazla hissettirdiği yıllar olan 2002'den sonraki dönemlerde uygulamalara TTB karşı çıkmıştır. Ancak bu karşı çıkışına KESK haricinde diğer sendikaların, meslek birliklerinin ve partilerin destek vermemesi, TTB'ni iktidarla mücadelesinde tek başına bırakmış ve iktidar tarafından TTB hedef haline getirilerek, marjinalleştirme, yöneticilerinin gözüaltına alınması, tutuklanmasına kadar gitmiş, hatta TTB'nin kapatılması dahi gündeme getirilmiştir.

Sağlık hizmetlerinin planlanması ve uygulanması aşamalarında karar vericiler; iktidarlar, politikacılar, meslekten ve meslekten olmayan yöneticiler, ilaç endüstrisi, özel sigorta sektörü temsilcileri, tabip odaları, hemşire ve diğer sağlık çalışan dernekleri, sendikalar (Mooney-2014, s. 38). Bu gruplardan bazıları dışarıda görünüp esasında süreci belirleyen temel aktörler olarak rol oynamakta, bazıları ise her ne kadar sistem içerisinde olsalar da etkisiz ve pasif bir konumda bulunmaktadır. Sağlık hizmetini alacak halk topluluklarının ise bu sistemde herhangi bir söz hakkı yoktur.

Sağlık sistemlerini anlayabilmek için “sağlık aktörleri üçgeni” olarak adlandırılan yapının bir tarafında finans-sigorta kurumları diğer tarafında hizmet sunucular, en son kısmında ise sağlık hizmetlerinden faydalanan kesimler bulunmaktadır (Groenewegen-2007, s. 126).

Neo-Liberal Politikaların Sağlık Sistemi Üzerine Etkileri

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 1960'lar ve 1970'ler boyunca sağlık sorunlarının ardında yatan sosyal ve ekonomik faktörlere odaklanmış, sağlığın iyileştirilmesi yönünde kendi işlevinin politik öncülük olduğunu kabul etmiştir (Aksakoğlu-2003, s. 2). Bu ortamın etkisiyle yayınlanan Alma Ata Bildirgesi'nde dünyadaki tüm insanların sağlıklarını korumak ve iyileştirmek için en kısa zamanda sosyal eşitliğin, ücretsiz ve yeterli sağlık hizmetlerinin sağlanması gerektiği vurgulanmıştır (WHO, 1978). Bu bildiri, hastane merkezli biyomedikal sağlık modeline yönelik en güçlü alternatif olarak görülmüştür, ancak neo-liberal politikaların uygulanmaya başlanmasıyla birlikte bu eleştirel dönemin sona erdiği ve DSÖ'nün kendisinin de neo-liberal ideolojiyi yeniden ürettiği vurgulanmaktadır (Navarro-2008, s.152-3; Mooney-2014, s. 53-54).

1980'lerin ortasından itibaren, Dünya Bankası (DB) sağlık alanının piyasalaştırılması gerektiği yönünde baskı yapmaya başladığında, DSÖ, Dünya Bankası'nın finansal kaynakları ve ideolojik ağırlığı nedeniyle gücünü kaybetmeye başlamıştır (Lister ve Labonte-2009, s. 202). DSÖ'nün 2000 yılındaki **Dünya Sağlık Raporu**'nu hazırlayan ekibin büyük çoğunluğunun DB'nda, Ekonomik İşbirliği Örgütünde (OECD), özel sağlık örgütlerinde, özel sigorta

şirketlerinde ve üniversitelerde çalışanlardan olması, sadece ikisinin çeşitli ülkelerin Sağlık Bakanlıklarında çalışıyor olması, DSÖ'nün neo-liberalizmi yeniden ürettiği savını desteklemektedir. Böylece Dünya Bankası, Dünya Ticaret Örgütü, OECD ve IMF gibi küresel ticarete yön veren kuruluşların baskısıyla sağlık alanının piyasalaşma süreci hız kazanmıştır. Dünya Bankası, 1993 yılında yayınladığı **Dünya Kalkınma Raporu**'nda az gelişmiş ülkelerde hastanelerde verilen hizmetlerde kamusal finansmanın en aza indirilmesini, diğer hizmetlerin sunumunun, finansmanının ya da her ikisinin birden özelleştirilmesini, küresel olarak bağlantılı bir sağlık sistemi kurulmasını ve en yoksul ülkelerde halk sağlığı ve temel klinik hizmetler için kişi başına 12 A.B.D. doları katılım payı ödenmesini önermiştir (Lister ve Labonte-2009, s.203). Ayrıca gelişmiş ülkelerde ortalama yaşam süresinin uzaması ve tıp ve farmakoloji alanındaki gelişmeler nedeniyle yirminci yüzyılın ortalarına dek en önemli ölüm ve hastalık nedeni olan bulaşıcı ve akut hastalıkların yerini uzun süren ve tedavisi daha pahalı olan kronik hastalıkların alması ve bu nedenle sağlık hizmeti talebinin artması da sağlık alanındaki neo-liberal reformların nedenleri arasında sayılmaktadır (Ağartan, 2007, s. 45).

Bu nedenler çerçevesinde 1990'ların başından itibaren küresel reform paketine bağlı olarak pek çok ülkede sağlık reformları gerçekleştirilmeye başlanmış, **sağlıkta reform "küresel bir salgın" haline dönüşmüştür** (Klein-1993, s. 752). Farklı ülkelerde uygulanmakla birlikte, birbirine son derece benzeyen bu reform paketleri ulusal sağlık sistemlerinden sosyal sigorta sistemlerine geçilmesini, sağlık hizmetlerinin sunumu ile finansmanının birbirinden ayrılmasını, hastalığı önleyici mekanizmaların ve birinci basamak hizmetlerin yaygınlaştırılarak ikinci ve üçüncü basamak hizmetlere olan talebin azaltılmasını ve piyasa mekanizmalarının daha çok kullanılmasına yönelik olarak sosyal güvenlik sistemlerinin yeniden yapılandırılmasını içermektedir (Ağartan-2007, s.47-49). Böylece sağlık hizmetlerinin ulusal vergilerden karşılandığı sistemlerde finansman kaynağı sigorta primlerine dönüşmüş, kamunun sunduğu sağlık hizmetleri temel teminat paketleriyle sınırlandırılarak özel sigortacılık desteklenmiş, sağlık bakımı almak isteyenlerin ödemesi gereken katkı ve katılım payları isteğe göre belirlenmiştir. Bu reformlar arasındaki benzerliğin tesadüfi olmadığı, neo-liberal politikaların eninde sonunda tüm ulusal sağlık sistemlerini, sağlık hizmetlerinin neredeyse tamamının özel sektörün elinde olduğu, dünyadaki en pahalı ve en az kapsayıcı sağlık sistemi olarak kabul edilen ABD sağlık sisteminin türevlerine dönüştüreceği öngörülmüş ve bu durum günümüzde yaşanan sorunların kaynağını oluşturmuştur (Leys-2007, s. 104-110).

Neo-liberal piyasa mantığı sadece sağlık sistemlerinin yasal yönünü değiştirmemiş, sağlıktaki işgücü piyasasını da yeniden şekillendirmiştir. Piyasa baskısı ve neo-liberalizmin değerleri tarafından yönetilen sağlık kurumlarında çalışan hekimler meslekleri üzerindeki özerklik, denetim ve kontrolü yitirmeye (Ünlütürk ve Ulutaş-2011, s.116-128) ve bir meslek grubu olarak zayıflamaya başlamışlardır (Candansayar-2009, s.6-10; Elbek-2013, s.219-233). Örneğin bu yeni çalışma düzeninin ücret üzerindeki yansıması olan performans dayalı ödeme sistemi, doktorların beşte dördüne (%81) göre çalışanlar arasında rekabeti, dörtte üçüne (%75) göre çalışma stresini artırmakta ve yarisından çoğuna (%56) göre mesleki

dayanışmanın azalmasına neden olmaktadır (TTB, 2009, s.42,45). Bu sürecinin dışında kalan az sayıda hekim ve akademisyen, satmayan ilaçlar için reklamcılık ödülleri kazanan pazarlama kampanyalarıyla yeni hastalıklar yaratarak ilaç piyasasını düzenleyen özel ilaç firmaları ile iş birliği içinde çalışmaktadır (Moynihan-2006). Endüstri tarafından finanse edilen akademik araştırmaların bilimsel bulguları çarpıttığı, bilimi yönlendirdiği ve ambalajladığı ve bağımsız çalışan araştırmacılara saldırmak ve onları taciz etmek için kullanıldığına dair çok sayıda bulgu mevcuttur (Terzi-2010 s.346-379). Tıp profesyonellerinin piyasa mantığına göre davranmasının bir başka sonucu ise doktor hasta ilişkisinin niteliğinin değişmesi, doktorların hastaları daha fazla ücret elde etmenin yolu olarak görmeleri ve hastaların doktorlara giderek daha az güven duyar hale gelmeleridir. Elbette bu durumun piyasalaşmış bir sağlık sistemi açısından bir sakıncası yoktur, çünkü doktora daha az güven duyan hasta/müşteri daha fazla sayıda doktor görüşü almak üzere farklı sağlık kurumlarına başvuracak ve daha fazla sağlık harcaması yapacaktır. Doktor ve hasta arasındaki ilişkinin metalaşması **“insani değerlerle piyasa fiyatlarının eşitlendiği bir düzen”** yaratmaktadır (Keshavjee-2004, s 271-275).

Neo-liberal ideolojinin sağlık politikaları üzerindeki etkileri kısaca dört maddede değerlendirilebilir. Bunlardan ilki sağlık bakımında kamu harcamalarının azaltılması ve sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesidir ve bu, her özelleştirme sürecinde olduğu gibi öncesinde kamu hizmetlerinin tasfiyesini veya zayıflatılmasını gerektirir. İkincisi sağlık profesyonellerinin az gelişmiş ülkelerden gelişmiş ülkelere, tıbbi donanımın ise gelişmiş ülkelere az gelişmiş ülkelere doğru tam hareketliliğinin, yani hem hizmetlerin hem de malların serbest dolaşımının sağlanmasıdır. Üçüncüsü, sağlığın sosyal belirleyicilerinin, koruyucu sağlığın ve kamu sağlığının merkezde olduğu sosyal sağlık modelinin terkedilerek biyomedikal sağlık modeline geri dönülmesidir. Son madde ise ulusal sağlık sistemlerini piyasa tipi sağlık sistemlerine dönüştürecek reformların gerçekleştirilmesi şeklinde özetlenebilir. Bu etkiler sosyal refah devleti aracılığıyla sağlık alanında elde edilmiş olan kazanımların yitirmeye başlanmasına yol açmıştır (Gönç-2017, s.169).

Neo-liberal politikalar sonucunda ortaya çıkan güvencesiz çalışmanın en somut hali sözleşmeli çalışmadır ve taşeron çalışanların büyük kısmı bu şekilde istihdam edilmektedir. **Taşeron çalışma, genellikle sözleşmeli, yevmiye üzerinden çalışan, hastalık halinde işe gelemediklerinde ücretleri kesilen, prim, ikramiye, kıdem tazminatı, yiyecek içecek yardımı, yıllık izin hakkı olmadan çalışan, iş güvenliği ile ilgili kalitesiz malzemelerle çalışan işçileri kapsamaktadır (DİSK, 2014). Genel olarak neo-liberal politikaların oluşturduğu özelleştirme ve taşeronlaşmadan en fazla nasibini alan sektör ise sağlık sektörü olmuştur.**

Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Süreci

Türkiye’de sağlık sektörünün piyasaya açılması ve özelleştirme uygulamaları DB ile ortak projeler kapsamında 80’li yıllardan itibaren gündemde olan bir konu olmuştur. 80’li ve 90’lı yıllarda neo-liberal sağlık reformları her ne kadar tam olarak uygulama alanı bulmamışsa da bu alanda önemli aşamalar kaydedilmiştir. Uygulanamamasının en büyük nedeni siyasi ve ekonomik istikrarsızlık, iktidarların sürekli olarak yenilenen koalisyon ortaklıkları olarak oluşturulması sayılabilir. 2002 yılında tek başına iktidara gelen AKP ile **Sağlıkta Dönüşüm Projesi’nin** (SDP) uygulanması daha kolay olmuştur. Ancak, AKP iktidarından önce bu konuda genel bir çerçeve çizilmiş, roller dağıtılmıştır. 2000’li yılların başında uygulamaya geçirilen sağlık reformlarının genel çerçevesi esas olarak DB ile 2001-2004 yıllarında imzalanan anlaşmalarla çizilmiştir. Bu kapsamda DB ve Türk uzmanlardan oluşan bir heyet tarafından oluşturulan **“Türkiye: Daha İyi Erişim ve Etkinlik İçin Sağlık Sektörü Reformu Raporu”** (Dünya Bankası, 2003) sağlıkta dönüşüm uygulamalarının kuramsal alt yapısını oluşturmuştur.

Önceleri, toplumun farklı kesimleri için hiyerarşik bir şekilde örgütlenen sağlık örgütleri bu kesimlere farklı düzeylerde ve biçimlerde sağlık hizmeti sunmaktaydı. Bu kapsamda sosyal güvenlik kurumları sektörde kayıtlı olan; maaşlı çalışanları, serbest çalışanları, çalışan veya emekli devlet memurlarını ve hükümet tarafından finanse edilen yeşil kart programı kapsamında düşük gelirli sigortasız kesimleri kapsamaktaydı.

Kamuda çalışan doktorların özel sektörde de çalışmalarına izin verildiği sistemde, hasta ve hekim arasındaki para alışverişinin getirdiği mesleki etik olumsuzluklar, doktorların bir kısmının hastaları kendi özel muayenahanelerinde gördükten sonra kamu kurumlarında sağlık hizmetleri sunmaları, ameliyat ve başka işlemler için kayıt dışı ödeme biçimleri gibi uygulamalar sistemin başka bir açıdan olumsuzlukları olarak görülmektedir.

2002 yılında iktidara gelen AKP hükümeti, sistemdeki tıkanıklığı aşma noktasında aynı dönemlerde DB’nın reform önerilerini yeni bir proje olarak sunmaktan çekinmemiştir. Bu dönemde hükümet, Harvard ve Johns Hopkins Halk Sağlığı okullarından çeşitli akademisyenlere raporlar hazırlatmış ve DB uzmanlarıyla iş birliğine giderek Sağlık Bakanlığı bünyesinde sağlıkta dönüşümün koordineli yürütülmesi amacıyla bir birim açılmıştır (Roemer-991, s. 390; Keyder-2007, s. 21-23, OECD ve WB-2008, s. 11; Ataay-2008, s.170). Bu çerçevede 58. Hükümet Acil Eylem Planında (2003, s. 99-100), sağlık alanının da gerçekleştirilmesi hedeflenen değişiklikler şu şekilde belirtilmiştir:

“Sağlık Bakanlığı yeniden yapılandırılacak. Devlet hastanesi, sigorta hastanesi, kurum hastanesi ayrımı ortadan kaldırılarak tüm hastaneler tek bir çatı altında toplanacak. Hastaneler idari ve mali bir yapıya kavuşturulacak. Sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı ayrılacak. Genel Sağlık Sigortası ve Kurumu kurulacak. Aile hekimliği uygulamasına geçilerek sağlam bir sevk zinciri kurulacak. Anne ve çocuk sağlığına özel önem

verilecek. Koruyucu hekimlik yaygınlaştırılacak. Özel sektörün sağlık alanına yatırım yapması özendirilecek.”

SDP çerçevesinde 2003 yılından itibaren devlet memurları ve emekli sandığı mensupları için sevsiz özel hastanelerden hizmet almalarının önü açılarak özel sektör sağlık kurumlarının gelişmesi teşvik edilmiştir. Bunun yanında bu dönemle birlikte sağlıkta sözleşmeli personel istihdamına geçilmiş ve çalışanlar için performansla dayalı ödeme sistemi uygulanmaya başlamıştır. 2005 yılında ise birinci basamak sağlık hizmetlerinden sağlık ocaklarının yerine geçecek olan aile hekimliği sistemi ilk olarak Düzce’de ve 2010 yılından sonra ise ülke genelinde uygulanmaya başlanmıştır. 2005 yılında Üniversiteler ve Millî Savunma Bakanlığı’na bağlı hastaneler hariç tüm kamu hastaneleri Sağlık Bakanlığı’na devredilmiş ve Kasım 2008 tarihinde yürürlüğe giren Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu (SSGSS) ile birlikte sağlık hizmetlerinde sunum ve finansman süreçleri tam olarak birbirinden ayrılmıştır. 2006 yılında ise 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu ise SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı kurumları Sosyal Güvenlik Kurumu çatısı altında toplanmıştır. 2 Kasım 2011 tarihinde ise yayınlanan 663 sayılı KHK ile Kamu Hastane Birlikleri oluşturularak, kamu hastanelerinin idari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri haline getirilerek sağlıkta dönüşüm sürecinin genel çerçevesi oluşturulmuştur (Acar-2018 s.114). 2009 yılında ise anavatanı İngiltere olarak bilinen Kamu Özel Ortaklığı (KÖO) finansman modeli ile yapılacak olan Şehir Hastanelerinin ihale süreci başlatılarak arkası arkasına ihaleler yapılmaya başlanarak sağlıkta dönüşüm projesinin son aşamasına geçilmiş, 2017 yılında Yozgat’ta ilk şehir hastanesi açılmıştır. 15 Ağustos 2016 tarihli 669 sayılı KHK ile de Milli Savunma Bakanlığı’na bağlı hastaneler Sağlık Bakanlığı’na devredilmiştir.

Sağlıkta dönüşüm sürecinin başladığı 2003 yılından itibaren sektörlere göre hastane sayılarındaki artış hızı bu alanda yaşanan dönüşümün genel seyrini ortaya koymaktadır. Buna göre, 2002-2023 yılları arasında Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastane sayısı 774’ten 933’e, üniversite hastanesi sayısı 50’den 68’e, özel sektör hastaneleri ise 271’den 566’e yükselmiştir. Aynı şekilde 2002-2023 yılları arasında hastane yatak sayılarındaki artış oranı da benzer şekilde; Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastanelerde 107.394’ten 167.649’a, üniversite hastanelerindeki yatak sayısı 26.341’den 43.878’e, özel hastane yatak sayısı ise 12.387’den 55.067’e yükselmiştir. Yine Sağlık Bakanlığı 2023 yılı verilerine göre, 204 bin 223 hekimin 131 bin 762’si kamuda, 35 bin 710’u üniversite hastanelerinde, 36 bin 751’i özel hastanelerde görev yapmaktadır (Sağlık İstatistiği Yıllığı, 2023). Bu durum, sağlıkta dönüşümün mimarlarının sağlık sektöründe kamunun yanında özel sektörde önemli bir aktör olacağı ve bu alanda rekabetçi bir yapının yerleştirileceği yönündeki hedeflerine paralel bir sürecin ortaya çıktığını göstermektedir.

Sağlık Sisteminde Taşeronluğa Bakış

Sağlık reformlarının uygulamaya konulduğu ülkelerdeki temel yaklaşım, koruyucu sağlık hizmetlerinin devlet tarafından, tedavi edici sağlık hizmetlerinin ise özel sektör tarafından üstlenildiği bir yapıyı öngörmektedir (Güler-2005: 193). Türk kamu personel rejiminde 1980’lerde yardımcı hizmetlerde görülmeye başlanan taşeronlaşma süreci 1990’larda KİT ve yerel yönetimlerde asli ve sürekli hizmetlerde, 2000’li yıllarda ise merkezi yönetimde asli ve sürekli işlerin taşeronlaşması şeklinde ilerlemiştir. 2003 yılında Sağlık ve Yardımcı Sağlık Hizmetleri Sınıfına ilişkin bütün görevlerin piyasadan doğrudan satın alınmasının yolu açılarak bu alanlarda memurluk statüsü geriletilmeye başlanmıştır (Aslan-2005: 308).

“Sağlık Hizmetleri ve Yardımcı Hizmetler Sınıfı”nın tanımlandığı 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu’nun 36. maddesine eklenen “bu sınıfa dâhil personel tarafından yerine getirilen hizmetler, lüzumu halinde bedeli döner sermaye gelirlerinden ödenmek kaydıyla, Bakanlıkça tespit edilecek esas ve usullere göre hizmet satın alınması yoluyla gördürülebilir” ibaresi ile bu dönemde bu hizmet alanlarının taşeronlaşma ve özelleştirme süreçlerine yasal olarak zemin hazırladığını göstermektedir.

Kamu kurumlarında özellikle bu dönemlerden sonra aynı işi yapan farklı istihdam biçimlerine dayalı istihdam edilen gruplar ortaya çıkmıştır. Bu çalışan grupları arasında izin, ücret, prim, çalışma süreleri gibi çalışma ve istihdam koşulları noktasında derin ayrılıklar ortaya çıkmıştır (Topak-2012, s. 263). Sağlık insan gücü üzerinde uygulanan ücret ve istihdam politikalarındaki çok parçalı ve bölünmüşlük bu iş gücü içerisinde ötekileştirme ve dışlanma süreçlerinin de daha görünür hale gelmesine yol açmıştır. Hekimlerin ve diğer sağlık çalışanlarının sağlıksızlığı yaratan bu süreçlere yeterince tepki vermemesi veya zımni onaylama tutumları sağlıklı var olma ve yaşama noktasında ortaya konulması gerekli taleplerin de ortaya çıkmasını engellemiştir (Zencir, 2012, s. 140).

Sağlık Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı’ndan sonra en çok memur istihdam edilen 73 kamu kurumundan biridir. 2024 yılı itibarıyla Türkiye’de toplam 5.265.808 kamu personeli istihdam edilmektedir. Toplam sağlık personeli sayısı ise yaklaşık olarak 1 milyon 420 bin kişi olup, Sağlık Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı’ndan sonra en fazla istihdam gerçekleştiren bakanlık konumundadır. Toplam kamu personeli sayısının %66,3’ünü kadrolu, %7,2’sini ise sözleşmeli personel oluşturmaktadır. Yaklaşık 1,3 milyon kamu işçisi ise toplam kamu personeli sayısının %24,5’ine karşılık gelmektedir (erisilebilir.saglik.gov.tr/TR-100631/saglik-bakanliginin-2024-yili-butcesi-tbmm-plan-ve-butce-komisyonunda.html), (sbb.gov.tr/kamu-istihdami/).

Sağlık Bakanlığında istihdam edilen yardımcı hizmet sınıfının büyük oranda taşeronlaştığı, 2003 yılındaki yasal düzenlemelerden sonra, Bakanlığın ana istihdam sınıfı olan **Sağlık ve Yardımcı Sağlık Hizmetleri Sınıfı** ile ana istihdam kategorisi olan memur statüsündeki doktorluk ve yardımcı hizmetler alanında **esnekliğe doğru bir eğilim** içine girilmiştir. Sağlık Bakanlığındaki memurluk rejiminin çözülmesi bir bütün olarak Türk kamu personel rejiminde yaşanan değişimin nitel ve nicel açıdan değerlendirilmesi noktasında da önem taşımaktadır

(Aslan-2005, s. 362). Bu yapıda, bir yanda hekimler ve klinik hizmetleri yürüten hekim dışı sağlık personellerinin oluşturduğu merkez işçi kadrosu, diğer yanda ise temizlik, kayıt, yemek, güvenlik hizmetleri çalışanları ve dış kaynak kullanımına dayalı laboratuvar ve görüntüleme birimlerindeki çalışanlardan oluşan çevre işçilerinin oluşturduğu yapı parçalanmış ve çeşitlilik gösteren bir insan gücünün ortaya çıkmasına yol açmıştır (Zencir-2012, s. 35).

Dünya Bankası'nın temelde belirlediği ve kredi desteği verdiği Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile birlikte, sağlığın metalaşması süreci hızlanmıştır. Sağlıkta dönüşüm süreciyle birlikte sağlık hizmetlerinde aile hekimliği ve kamu hastane birlikleriyle sağlık hizmetlerinin sunumunda ortaya çıkan radikal değişikliklerle birlikte personel istihdamında sözleşmeliliğe ve taşeron dayalı bir eğilim ortaya çıkmıştır. Sağlıkta dönüşümle birlikte personel artışının en çok olduğu alan, taşeron personel sınıfında olmuştur. Diğer sektörlerde olduğu gibi sağlık hizmetlerinde de taşeron istihdam biçimi esnek istihdam rejiminin en güvencesiz kesimini oluşturmaktadır. Sağlıkta dönüşümün başladığı 2003 yılında 11 bin olan taşeron çalışan sayısı 2011 yılında 11 kat artarak 120 bine 2016 yılı sonu itibarıyla 206 bine yükselmiştir (Sayan ve Küçük-2012, s. 176).

SDP çerçevesinde hizmetlerin özel hukuk sözleşmeleri kapsamında üçüncü kişilere yaptırılmasının önünü açan taşeron personel çalışma düzenlemesine gidilmiş, özel hastane işletmeciliğinin geliştirilmesi ve ucuz işgücü ihtiyacını karşılamaya yönelik yabancı sağlık personeli istihdamına izin veren düzenlemelerin yolu açılmıştır. Sağlık hizmetleri alanında yapılan çeşitli yasal düzenlemelerle birlikte şu anki mevcut yapıda kadrolu, sözleşmeli, hizmet alımı ve taşeron istihdamına tabi çalışanların bir arada olduğu bir yapı bulunmaktadır. Buna göre sağlık personeli istihdamında başlıca: (a) 657 sayılı DMK'nin 4/A hükmüne tabi memurlar, (b) aynı yasanın 4/B hükmüne tabi sözleşmeli memurlar, (c) 4924 sayılı yasaya tabi çakılı sözleşmeli memurlar, (d) aile hekimliği sözleşmesine tabi çalışanlar, (e) hizmet satın alınması yoluyla gerçekleştirilen işlerde geçici olarak istihdam edilen çalışanlar, (f) vekil ebe ve hemşire statülerinde çalışan sağlık çalışanları, (g) üniversite hastanelerinde bulunan vakıf ve özel şirketler üzerinden hizmet satın alınması yoluyla istihdam edilen yardımcı sağlık personeli statüsü olmak üzere parçalı, esnekliğe dayalı bir yapı söz konusudur (Ünlütürk ve Ulutaş-2011a, s. 50; Sayan ve Küçük-2012, s.174).

Esnekliğe dayalı sözleşmeli personel istihdamının bu dönemlerden itibaren uygulanmaya başlandığı ve 4/B, 4924'e tabi çalışanların istihdam edildiği farklı ve yeni bir dönem ortaya çıkmıştır. 4924 sayılı **"Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun"** (2003) ve TTB'nin karşı koymasıyla yürürlüğe girmeyen Sağlık Bakanlığı'nın **"Sağlık ve Yardımcı Sağlık Personeli Tarafından Yerine Getirilmesi Gereken Hizmetlerin Satın Alınma Yoluyla Gördürülmesine İlişkin Esas ve Usuller ve Uygulama Talimatı"** (2004) gibi uygulamaya geçen veya geçemeyen düzenlemeler temelde esnek, güvencesiz, sözleşmeli bir istihdam modelinin kamu sağlık hizmetlerinde yaygınlaştırılmasını hedeflemektedir (Erdoğan-2006, s.226).

Sağlık ve yardımcı sağlık hizmetleri sınıfında taşeronlaşma sürecinin yolunu açan 4924 sayılı yasanın amaçladığı süreç önceki yıllarda yardımcı hizmetlerde uygulanan taşeronlaşma süreciyle aynı olmakla birlikte; yasanın asli, sürekli ve kafa emeğinin egemen olduğu görevlerin özelleştirilmesi ve taşeronlaştırılmasının önünü açması noktasında farklı bir nitelik taşıdığı söylenebilir. 4924 sayılı kanunun 11. maddesi ile, **sağlık hizmetleri ve yardımcı sağlık hizmetlerine dâhil personeller tarafından yerine getirilmesi gereken hizmetlerin ihtiyaç halinde bedeli döner sermaye gelirlerinden karşılanması koşuluyla hizmet satın alınması yoluyla gördürülmesi** ve bu alanların özelleştirilmesinin yasal alt yapısı oluşturulmuştur. Bu yasal değişikliğin hemen ertesinde, Denizli Devlet Hastanesi'nde psikiyatri, onkoloji, çocuk psikiyatrisi, endokrinoloji ve alerji hastalıkları uzmanlıkları alanında hizmet alımı için ihaleye çıkılmış, ancak sürecin TTB tarafından mahkemeye götürülmesiyle ihale durdurulmuştur. 2004 yılından sonra ise 657 sayılı Devlet Memurları Kanunun 4/B maddesine göre sözleşmeli personel istihdamına gidilmeye başlanmış ve bu kapsamda istihdam edilenler 4924 sayılı kanuna tabi çalışanlara göre gerek özlük hakları gerekse de çalışma koşulları açısından daha kötü koşullarda istidam edilemeye başlanmıştır (Acar-2018, s.136-137).

Bu durum bir kurumda aynı unvanla ve aynı işi yapan farklı statü ve sosyo-ekonomik haklara sahip kamu personellerinin ortaya çıkmasına yol açmıştır. Buna paralel esnek kamu personel rejiminin en dışta bulunan halkası olarak taşeron istihdamıyla da kadro ve pozisyon işgal etmeden kamu kurumlarında hizmet üretilmekte ve bu durum personel rejiminin ana unsuru haline gelmektedir. Kamuda taşeronlaşmanın kol emeği gerektiren işlerden kafa emeği gerektiren işlere doğru yayılma eğiliminden dolayı kavramsal olarak taşeron işçilikten ziyade taşeron personeli kavramının kullanılması bu alanda yaşanan değişimi biçimsel ve kavramsal olarak daha da iyi yansıtmaktadır (Aslan-2005, s. 370-91).

Sağlıkta dönüşüm süreciyle birlikte örgütsüzleştirilen ve savunmasız bir konuma düşen sağlık çalışanları yoğun iş yükü, ölümcül hastalara bakım verme, çalışma süresi uzunluğu, vardiyalı çalışma zorunluluğu, hasta ve yakınlarına duygusal destek vermek zorunda kalmaları, sağlık hizmetlerindeki finansal ve insan kaynaklı yetersizliklerle hizmet sunmaktadırlar. Bunun yanında tıbbi cihazların hızlı teknolojik değişimi, ücret düşüklüğü, iş ortamlarında yükselme olanaklarının kısıtlılığı, çalışma barışının bozulması, eğitim sürecinde kazanılan bilgilerin günlük çalışma sürecine aktarılamaması gibi birçok sorunla baş etmeye çalışan sağlık çalışanlarının iş streslerinin artması çalışanların tükenmelerine yol açmaktadır (Elbek ve Adaş-2009, s. 41).

Sağlık hizmetleri alanında piyasalaşma süreçlerinin sisteme hâkim olmaya başlamasıyla birlikte, gerek sağlık hizmetlerinden faydalanan kesimler için gerekse de çalışanlar açısından ne gibi sonuçları olduğu net olarak görülmeye başlanmıştır. Buna göre; 2002 yılı öncesindeki sağlık sisteminin hiyerarşik yapısından kaynaklı ve çözülemeyen kemikleşmiş sorunlarının çözümü noktasında var olan bazı yanlış uygulamayı ortadan kaldıran SDP, toplumun büyük bir kesiminin onayını almıştır. Ortaya konan yapı eski sistemin birçok sıkıntılı alanını göreceli olarak çözüme kavuşturmuş ve özellikle sağlık hizmetlerine ulaşma noktasında sıkıntı çeken

alt gelir gruplarının sağlık hizmetlerine erişimi noktasında belli bir süreye kadar kolaylıklar sağlamıştır. Dönüşümden sonra tüm kesimlerin istedikleri kamu sağlık kurumlarından sağlık hizmeti almalarının sağlanmasıyla birlikte hastanelere yapılan poliklinik başvuru sayıları artmış; teşhis, tedavi ve girişim sayılarında da önemli artışlar ortaya çıkmıştır. **Bu durum günümüzde yaşanan poliklinik, muayene, tetkik ve ameliyat randevularının aylar ve yıllar sonraya verilmesine neden olan, sağlıkta şiddeti arttıran en önemli sorun haline gelerek sağlık alanında yaşanan çöküşe neden olmuştur.** Dönüşüm süreciyle birlikte eş zamanlı uygulamaya geçen performans dayalı ücret sistemi sağlık hizmetleri alanında toplam kalite ve rekabete dayalı hizmet üretimi anlayışını egemen kılmaya yönelik bir girişim olmuştur. Performansa dayalı sistemin önemli bir motivasyon kaynağı olarak görüldüğü sistemde, hekimler performans puanlarını maksimum düzeyde tutacak şekilde sağlık hizmeti üretme eğilimi içine girmişlerdir. Bu iki durum bir araya getirildiğinde sağlık hizmetlerinde teşhis, tedavi, girişim ve ameliyat sayılarında ortaya çıkan önemli artışın ne kadarının sağlık hizmetlerine erişimin önceki yapıya göre kolaylaşmasından kaynaklı ne kadarının ise performans sisteminden kaynaklı ortaya çıktığı sorusu önemli bir problem alanı olarak ortaya çıkmaktadır (Acar-2018, s.137).

Sonuç

1970’li yıllardan itibaren küreselleşme süreciyle birlikte ulus ötesi aktörlerin artan gücü ve önemine paralel, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerdeki kamu sektörlerinin özel sektör mantığına göre dönüştüğü bir süreç ortaya çıkmıştır. Türkiye’de 1980’li yıllardan itibaren başlayan neo-liberal düzene eklenme süreci, 2000’li yıllara gelindiğinde önemli bir aşama kaydetmiş ve bu dönemle birlikte kamu hizmetlerinde özelleştirme, taşeronlaştırma ve toplam kalite anlayışına dayalı değişim süreçleri ortaya çıkmıştır. **Bu durumdan en fazla etkilenen hizmet sektörlerinin başında sağlık alanı gelmektedir.**

Sağlıkta dönüşüm sürecine paralel ortaya çıkan performans dayalı hizmet üretim sürecinin sağlık kurumlarındaki iş yüklerini büyük oranda arttırdığı ve bu süreçlerin yetersiz sayıdaki elemanlarla yürütülmesi durumunun gerek çalışanlar gerekse de sağlık hizmetlerinden faydalanan kesimler açısından bazı olumsuz durumlara yol açabileceği görülmüştür. Diğer yandan hizmet alımına dayalı olarak kurumda istihdam edilen çalışan sayısının, kurumdaki toplam çalışan sayısının neredeyse yarısını oluşturması durumunun, bu alandaki değişim süreçlerini net bir şekilde ortaya koymaktadır.

TTB, neo-liberal politikalar doğrultusunda uluslararası örgütlerin programı kapsamında yapılan Sağlıkta Dönüşüm Projesinin yeni bir proje olmadığını, özellikle sağlık alanı ile birlikte tüm toplumun başta koruyucu sağlık olmak üzere tüm parametrelerini bozacağını yıllardır savunagelmektedir. Bu konularla ilgili olarak birçok açıklama yapılmış, toplantı düzenlenmiş, raporlar hazırlanmış ve kamuoyu ile paylaşılmıştır. Bu uygulamaların sağlık alanında güvencesiz bir çalışma sistemi olan taşeronlaşma oranını arttıracaklarını, sağlık alanında taşeronlaşmanın zararlarını, sağlığın bir ekip işi ve hizmeti olmaktan çıkaracağını, verilen

hizmetin niteliğini düşüreceğini, çalışma barışını bozacağını, nihayetinde sağlıkta taşeronlaşmanın ölüm getireceğini ısrarla belirtmiştir.

Sağlıkta özelleştirmenin, piyasalaşmanın, taşeronlaşmanın ve bunun getirdiği çeteleşmenin yaptığı yıkım ortadadır. Sağlık Bakanlığının uygulayacağı sağlık politikaları konusunda öncesinde TTB, sağlık iş kolundaki sendikalar, uzmanlık dernekleri ile birlikte önceden görüşmesi, ortak politikalar üretilmesi sağlık alanındaki bu yıkımı, çürümeyi önleyebilir.

VII - SAĞLIK ALANINDA HİZMET ALIM VEYA DIŞ KAYNAK KULLANIMI

Hizmet Alımı/Dış Kaynak Kullanımı Nedir?

Dış Kaynak Kullanımı (DKK) (*outsourcing*) ifadesi ilk kez 1981 yılında Business Week'te çıkan bir makalede kullanılmıştır. Oxford English Dictionary, DKK'nı "bazı mal ya da hizmetleri, bir sözleşme kapsamında organizasyonun dışındaki bir kaynaktan sağlama" olarak tanımlamaktadır (<http://tr.wikipedia.org/wiki/diskaynakkullanimi>).

DKK, "ürün ya da hizmetlerin örgüt dışı kaynaklardan tedarik edilmesi" olarak tanımlanmaktadır (Koçel 2001). Bir başka tanıma göre DKK "Şirketin devamlılık arz eden bazı içsel faaliyetlerini ve karar haklarını, bir anlaşmaya bağlı olarak, dışarıdaki tedarikçi firma veya firmalara devretmesi" olarak ifade edilmektedir (Greaver 1999).

Dış kaynak kullanımı kavramı 1980'li yıllardan itibaren ilk olarak kullanılmaya başlansa da bir yönetim stratejisi ve iş modeli olarak 1990'lı yıllardan itibaren yaygınlaşmaya başlamıştır. Dış kaynak kullanımına, küresel kaynak kullanımı da denilebilir.

DKK, gelişmeye başladığı ilk yıllarda herhangi bir mal ve hizmeti içeride üretme yerine dışarıdan satın alma ile ilgili tüm faaliyetleri kapsayacak biçimde tanımlanmıştır. Firmalar pazarda daha rekabetçi olmak için kendi en iyi yaptıkları işe odaklanıp, diğer konularda ise pazarda o işi iyi yapan diğer firmaların kaynaklarından yararlanmaya yönelmişlerdir. Böylelikle DKK operasyonel ya da taktik düzeyde basit bir satın alma kararı ve işleminden uzaklaşıp stratejik bir yönetim aracı olarak tanımlanmaya başlamıştır (Quinn, Hilmer 1994).

Son yıllarda, birçok endüstride çeşitli alanlarda aktif bir biçimde dış kaynaklardan yararlanma uygulamasına rastlanılmaktadır. Türkiye'de DKK uygulamasının çok bilineni "personel taşıma servisi" ile "yemek temin hizmetleri"dir. İşletmelerin çoğu bu hizmetleri dışarıdan başka işletmelerden, uzmanlık alanı yemek pişirme ve servis olan işletmelerden almaktadır (Koçel 2001).

İşletmelerin günümüzde yaygın olarak dış kaynaklardan yararlanma uygulamasına gittikleri faaliyetler ve alanlar çok fazladır; (Bilgi sistemleri, telekomünikasyon, Hammade tedariki, stoklama ve dağıtımı, Halkla ilişkiler, Pansiyon yönetimi, Doküman işleme (posta hizmetleri vb.), Muhasebe, vergi hizmetleri, iç denetim, Güvenlik hizmetleri, Tarımsal hizmetler, İnsan kaynakları, Müşteri hizmetleri, Temizlik hizmetleri, Taşıma hizmetleri, Tesis yönetimi, Yönetim hizmetleri (Döğücü-Sayim 2009, Greaver 1999; Gökdere 2000).

İşletme yönetiminde dış kaynaklardan yararlanma uygulamalarının kullanılmaya başlanmasının en belirgin nedeni kuşkusuz işletmelerin temel yeteneklerine bağlı olarak geliştirdikleri stratejiler ile rekabete dayanan üstünlüğe ulaşma ihtiyaçlarıdır. İşletmeler kendilerine rekabet avantajı sağlayan temel yetenek ile ilgili işleri dışında kalan tüm işleri,

başka işletmelere yaptırmak suretiyle, hem kaynak tasarrufu sağlamakta, hem yapı olarak küçülmekte ve yalın hale gelmekte hem de kendilerinin çok iyi bildiği iş üzerinde yoğunlaşma fırsatı bulmaktadırlar.

Ülkemizde, DKK şeklindeki yönetim uygulamalarının en eski ve yaygın örneği taşeronluktur. Ayrıca, fason üretim uygulamaları da bir başka DKK örneğini oluşturmaktadır. Bunlardan başka, artık günümüzde çok az işletme personel taşıma hizmetini ve yemek pişirme hizmetini kendileri yapmaktadırlar (Ertürk 1998). DKK uygulamalarının son yıllarda Türkiye'de de önem ve yaygınlık kazanmasının nedeni, artan rekabet, globalleşme ve bilgi teknolojisindeki gelişmelere paralel olarak işletmelerin rekabet güçlerini artırmak endişesi olmuştur (Koçel 2001).

Ülkemizde ise, sağlık alanında DKK, 2003 yılında uygulamaya konulan Sağlıkta Dönüşüm Programından sonra artmıştır. Özellikle Şehir Hastanelerinin ihalelerinin yapıldığı 2007 yılı ve 2017 yılında ilk açılan Yozgat Şehir Hastanesinden sonra dış kaynak yolları kullanılarak hizmet alımları daha da artmıştır.

Sağlıkta Dönüşüm Projesi (SDP) ile kamu hastanelerinde hizmet alımı veya DKK yoluyla alınan sağlık hizmetlerinde artışlar yaşanmıştır. Araştırma bulgularına göre hastaneleri hizmet alımı için DKK uygulamasına iten en önemli nedenlerin, teknolojiye rahat ulaşmaları, hizmet kalitesini artırmaya yardımcı olması, hasta memnuniyetini artırması ve maliyetleri azaltması; en çok karşılaşılan sorunların ise ihale prosedürlerinin uzun ve yorucu oluşu, Sosyal Güvenlik Kurumu'nun (SGK) ödemeleri geç yapması, Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) fiyatlarının düşük olması ve kamu ile özel sektör çalışanları arasında yaşanan iletişimsizlikler olduğu görülmektedir.

Ülkemizde sağlık alanında hizmet alımı öncelikle temizlik, güvenlik, yemek, bilgi işlem gibi hizmetlerin özel sektörden alınması ile başlamış, daha sonradan laboratuvar hizmetleri, radyoloji hizmetleri, sterilizasyon ve ameliyathane hizmetleri gibi bazı sağlık hizmetleri de DKK yoluyla tedarikçi firmalardan ihale yoluyla satın alınmıştır. Emek yoğun olan sağlık kurumlarında dış kaynak kullanımı, özellikle insan kaynakları yönetiminin önemi düşünüldüğünde giderek artan bir sorun olmaya devam etmektedir.

Sağlık hizmetleri, diğer sektörler gibi mekanikleşmiş bir sektör değildir. İçerisinde insan unsurunun çok fazla olduğu, bir ekip dahilinde çalışmayı zorunlu kılan ve her şeyden önemlisi toplum yararı için kamusal olması gereken bir hizmet sektörüdür. Sağlık alanında da diğer sektörlerden esinlenerek hizmet alımı yapılması sağlık alanında yaşanan sorunların artmasına neden olmuştur. Özellikle son zamanlarda döviz kurlarındaki artma, SUT fiyatlarının güncellenmemesi gibi nedenlerle ilaç ve tıbbi malzeme sıkıntısı yaşanmış, hastalar ya daha fazla hasta olarak veya ölerек hizmet alımının olumsuz sonuçlarını yaşamışlardır. Radyoloji ve laboratuvar alanlarında başlayan hizmet alımı neredeyse tüm branşlarda başlamış ve yaşanan sorunlarda giderek artmıştır.

Türk Tabipleri Birliği, sağlık alanında hizmet alımına başından itibaren karşı çıkmış, bu konuda Sağlık Bakanlığına itirazlarını yapmış sakıncalarını anlatmış ve aktarmış olmasına rağmen iktidar ve Sağlık Bakanlığı bu sistemi devam ettirmiştir. Zaman ise en son yenidoğan olayında belirgin olarak ortaya çıkan sağlıktaki ticari çeteleşme sonucunda TTB itirazlarını haklı çıkarmıştır.

Sağlık Alanında Hizmet Alımı veya Dış Kaynak Kullanımı

Hizmet alımı ile ilgili olarak yapılan çalışmalara bakıldığında; dış kaynaklardan yararlanma yöntemi ile birlikte, hastaneler çağdaş yönetim ve organizasyon ilkeleri içerisinde kaliteli, düşük maliyetli, modern teknolojiyi kullanan etkin ve verimli sağlık işletmeleri durumuna geleceği düşünülmektedir. **Böylelikle, rekabet ön plana çıkacak, dolayısıyla hastaneler bazı hizmet bölümlerinden arınarak uzmanlık hastanelerine dönüşecek diğer taraftan daha az çalışan ile daha çok iş yapılacaktır** (Kaplan 2001). Artan rekabet ortamında hastanelerin dış kaynak kullanarak bazı hizmetleri dışarıdan temin etmesi durumunda maliyetlerinin düşeceği ve daha kaliteli bir hizmet sunacağı ifade edilmektedir.

Hizmet alımında hastane yönetimi temel yeteneği olmadığı alanlarda tedarikçi firma bulma yoluna giderek, yiyecek ve içecek hizmetlerini bu konuda uzman olan firmalara, temizlik işlerini temizlik hizmeti veren firmalara, tıbbi ve elektronik cihazların bakım ve onarımı yine bu konuda uzman taşeron firmalara verilmektedir. **Böylece, sağlık hizmetlerinin sunulması hastanelerin temel yeteneği olarak kalmakta, yardımcı ve destek hizmetlere tedarikçi firma bulma yoluna giderek sağlanmaktadır** (Yıldırım-2011).

Hastanelerin dış kaynaklardan yararlanmaları iki yolla olanaklı olmaktadır. Bunlar “**destek hizmetleri**” ve “**temel yetenekler**”dir. Destek hizmetleri; temizlik, yeme-içme, çamaşır, güvenlik gibi hizmetlerdir. Temel yetenekler ise, hastaneye ileri teknoloji açısından yüksek maliyet gerektiren klinik hizmetleridir. Hastane yönetimleri bu gibi hizmetleri de (yoğun bakım, radyoloji, laboratuvar, diyaliz vb.) artık dışarıdan temin etmektedirler. **Günümüzde birçok batılı ve gelişmiş ülkede hastane işletmeciliğinde dış kaynak kullanımı yönetim destek faaliyetleri ile klinik hizmetler olarak iki alanda değerlendirilmektedir** (Shinkman 2000, (Yılmaz 2013).

Amerika Birleşik Devletleri’nde yıllardır hastaneler temizlik, yemek hizmeti, çamaşırhane, hesap işlemleri, tıbbi cihaz bakım onarımı, yabancı dil hizmetleri, acil bölümleri, anestezi, hastane çağrı merkezleri, kardiyoloji, eczane, güvenlik, bilgi sistemleri, tesis faaliyetleri, otoparklar, rehabilitasyon, psikiyatrik tesis alanları ve tıbbi kayıtlar gibi faaliyetleri DKK yoluyla temin etmektedirler (Miller-Washington 2006).

Ülkemizde sağlık alanında hizmet alımı öncelikle temizlik, güvenlik, yemek, bilgi işlem gibi hizmetlerin özel sektörden alınması ile başlamış, daha sonradan laboratuvar hizmetleri, radyoloji hizmetleri, sterilizasyon ve ameliyathane hizmetleri gibi bazı sağlık hizmetleri de DKK yoluyla tedarikçi firmalardan ihale yoluyla satın alınmaya başlanmıştır.

Yiğit, 2004 yılında yaptığı “**Dış Kaynaklardan Yararlanma ve Hastane İşletmelerinde Uygulanması**” başlıklı tez çalışmasında; temizlik, çamaşırhane, danışmanlık, hasta transfer, güvenlik, yemek ve tıbbi cihaz bakım onarım hizmetleri gibi faaliyetler üzerinde yoğunlaşmıştır (Yiğit 2004). Yine Güngör’ün 2007 yılında yaptığı “**Dış Kaynak Kullanımı (outsourcing): Kahramanmaraş’taki Hastanelerde Bir Alan Araştırması**” çalışmasında; güvenlik, çamaşırhane, bilgi işlem, bakım onarım, danışmanlık, personel taşıma, temizlik, yemek, finans ve yatırım ile muhasebe alanlarında yapılan faaliyetler irdelenmiştir (Güngör 2007). Gözükcük ve Çelik’in çalışmasında ise, hastanelerde DKK yoluyla alınan sağlık hizmetlerinin ihale hazırlık aşamalarından uygulama aşamalarına kadar her safhasında karşılaşılan sorunlar ile bu sorunlara yönelik çözüm önerileri araştırılmıştır (Gözükcük-Çelik 2012). Bu çalışmalarda hastane işletmelerini, DKK uygulamasına iten çeşitli nedenler arasında en fazla maliyetlerin azaltılması, hizmet kalitesinin artırılması ve teknolojik yeniliklerin takip edilmesi gibi nedenler gösterilmiştir. Döğücü ve Sayım’a göre; **“Her işletmede olduğu gibi hastaneler de kendine has temel yetenek geliştirmelidir. Hastanelerde, bu temel yetenek ile doğrudan ilgili iş ve faaliyetler hastane yönetimi bünyesinde yürütülmeli diğer tüm işler dış kaynaklardan yararlanılarak uzman firmalar tarafından gerçekleştirilmelidir. Hastaneler için temel yetenek; hastaneleri en iyi bildikleri işleri yapmaya yani tıbbi hizmetlere odaklanmaya, tıbbi hizmetler dışında yapılması gereken tüm işleri dış kaynaklardan yararlanılarak uzman firmalara yaptırmalıdır.”** Bu araştırmada tespit edilen ilginç bir durum, kamu hastanelerinin özel hastanelere oranla daha çok dış kaynak kullanımı yaptıklarıdır (Döğücü-Sayım 2009).

Ülkemizde yapılan bir çalışmada; hastanelerde DKK yolu ile en fazla hizmet alınan ilk beş alan MR, BT, biyokimya, mikrobiyoloji laboratuvarı ve radyolojidir. Bu hizmetleri nükleer tıp, eczane, hemşirelik, tıp hizmetleri, kemik dansitometrisi, mamografi vb. hizmetler izlemektedir (Kavuncubaşı-Yıldırım 2010). Bu hizmet ve cihazların temin edilmesi hastaneler açısından maliyetli olduğu için, dışarıdan alınması ile daha avantajlı hale geldiği belirtilmektedir.

İşçi’nin 2004 yılında yaptığı araştırmaya göre, hastanelerin yaklaşık %77’sinin yönetim-destek faaliyetlerinde (temizlik, yemek pişirme, bakım-onarım, güvenlik vb.) dış kaynaklardan yararlandığı, %23’ünün ise görüntüleme ve laboratuvar hizmetleri gibi tanı ve teşhiste kullanılan klinik hizmetleri dışarıdan satın aldığı görülmektedir (İşçi 2004). Yurtdışındaki uygulamalar dikkate alındığında, yönetim-destek faaliyetleri olarak; çamaşırhane, hasta memnuniyeti ölçümü, tıbbi atık yönetimi, bahçe bakımı, dokümantasyon, otelcilik (kat) hizmetleri, otopark yönetimi vb.; klinik hizmetler olarak ise; diyaliz, anesteziyoloji, patoloji, elektroensefelografi, meslek hastalıkları tedavisi, nükleer tıp, yenidoğan bakımı gibi çok geniş sayılabilecek alanda dış kaynaklardan yararlanıldığı görülmektedir (Sunseri 1999).

Ülkemiz hastane sektöründe, DKK veya hizmet alımı uygulamalarının başlangıcı 1990’lı yıllara kadar dayanmaktadır. İlk dönemlerde daha çok yönetim- destek faaliyetlerinde DKK uygulamasına gidilmiştir. Ancak Sağlık Bakanlığının 2003 yılında yayınlamış olduğu 70 nolu

genelge ile; ***“Bakanlığa bağlı sağlık kurumlarının artan hasta potansiyeli, hastalık profillerinin değişmesi, birçok hastalığın tanı ve tedavisinin yüksek teknoloji ürünü tıbbi cihazlarla sağlanabilir hale gelmesi sonucu bazı kurumların bu cihazları satın alma yoluyla temin ettiği, ancak birçok kurumun sağlık hizmetleri sunumunda gerekli olan yeterli sayıda ve özellikle tıbbi cihaza sahip olmadığı, bu cihazlarla sunulması gereken hizmetlerin sunumunda yetersizlik ve aksamalar olduğu bilinmektedir”*** DKK’nin yolu açılmıştır.

Tıbbi cihazların yüksek fiyatları nedeniyle yeterli sayıda temin edilememeleri, teknolojilerinin hızla değişmesi, bu cihazların alımına yönelik ödenek tahsisi yapılamaması, bakım ve destek hizmetlerinin kurumlarca sağlanamaması, bu cihazları işletecek eğitimli personel konusunda sıkıntı yaşanması, sayıca az olan bu cihazlarla sunulan tetkik ve tedavi hizmetlerinde uzun sıralar oluşması gibi nedenlerle tetkik ve tedavi amacıyla kullanılan tıbbi cihazların hizmet satın alımı yoluyla temini yoluna gidilmektedir. Bu genelgenin (g) maddesinde belirtilen; ***“Hizmet satın alınarak kuruma kurulan tıbbi cihazların işletilmesi için gerekli olan uzman personel ve teknisyen düzeyindeki personel ile birlikte hizmet satın alınabilir”*** hükmüne istinaden hastaneler DKK uygulaması ile hizmet vermeye başlamıştır (Gözüküçük-Çelik 2012).

Özellikle görüntüleme ve laboratuvar alanlarında hekimlerin tanı ve teşhis işlemlerinde büyük kolaylık sağladığı düşünülen bu hizmetler, büyük hastanelerde personeli ile birlikte satın alınmaktadır. Bu alanlarda özel sektör tarafından uzman personel istihdam edilmektedir.

Hastane yöneticilerine göre DKK’nin nedenleri önem sırasına göre sıralanırsa; hasta tatminini yükseltmek, sağlık hizmetlerinin kalitesini arttırmak, kurumsal imajı olumlu yönde etkilemek, hizmetin sürekliliğini sağlamak, modern teknolojiyi takip etmek, maliyetleri azaltmak, sağlık hizmetleri sunumuna odaklanmak vb. gibi nedenler daha fazla önem derecesine sahip iken, hastanenin büyümesini kolaylaştırmak, yeni yönetim stratejilerinden faydalanmak, finansal riskleri tedarikçi firma ile paylaşmak, hastanelerde esnekliği sağlamak vb. gibi nedenler hastane yöneticileri açısından orta derecede öneme sahiptirler. Son olarak kadrolu çalışan eleman sayısını azaltmak da düşük seviyede öneme sahip olarak ortaya çıkmaktadır (Kavuncubaşı-Yıldırım 2010).

Hizmet alımı yapılırken hizmet satan şirketlerin yaşadıkları sorunlar olarak ihale prosedürlerinin yoruculuğu, firmalara yapılan ödemelerin gecikmesi, SGK’nın kamu hastanelerine geç ödeme yapması olarak görülmektedir. Ödemelerin geç yapılması nedeniyle hastanelerin bazı hizmetleri (ilaç ihaleleri gibi) DKK yoluyla yapamamaktadırlar. Gözüküçük ve Çelik’in çalışmasında özel sektör temsilcilerinin en çok şikâyetçi oldukları konulardan biri (%95,2), SUT fiyatlarının bu hizmetlerin alınması için yetersiz olduğu görüşüdür. Özellikle hastanelere ihale yoluyla alınan tıbbi ve cerrahi malzemeler konusunda SUT fiyatlarındaki piyasaya göre olan olumsuzluklar ya da SGK’nın geri ödemelerinin uzun olması nedeniyle firmalara olan ödemeler geciktiğinde, firmaların hastanelere malzeme vermemesi de sorun olarak karşımıza çıkmaktadır (Gözüküçük-Çelik 2012).

Bu konularda TTB farklı tarihlerde gerekli açıklamaları yapmıştır:

- **Tedavi Hizmetlerinin Aksamaması için Tıbbi Malzemeler Konusunda Acilen Gereken Önlemler Alınmalıdır** (2021 - ttb.org.tr/haber_goster.php?Guid=fc53b532-58d6-11ec-bb51-0733eb004042).
- **Sağlık Uygulama Tebliğinde Yapılan Değişiklikler Hakkında TTB Görüşü** (2022 - ttb.org.tr/haber_goster.php?Guid=da283672-9189-11ec-9c94-f718918f18ca).
- **Yaşamsal Önemdeki İlaç ve Tıbbi Malzemelerin Temini İçin Gerekli Önlemler Bir An Önce Alınmalıdır** (2022 - ttb.org.tr/haber_goster.php?Guid=c6b33a0c-6c8f-11ec-aa08-8416e32f42be).
- **Radyodiagnostik Alanında Toplum Sağlığını Riske Atan, Hekim Emeğini Değersizleştiren ve Uzmanlık Eğitimini Niteliksizleştiren Hizmet Alımı Uygulamasına Son Verilmeli; “Teleradyoloji Kılavuzu” Ölçüt Alınmalıdır** (2023 - ttb.org.tr/haber_goster.php?Guid=00666ca6-6801-11ee-845f-ed4ebcc7b121).

Personeli ile birlikte alınan sağlık hizmetlerinde, asistan eğitiminin olumsuz etkilendiği, özel sektör çalışanları ile kamu çalışanları arasında iletişim problemleri yaşandığı, ast üst ilişkisi doğduğu ve bunun uyumsuzluklara neden olup, verimsizliği artırdığı ve özel sektör çalışanlarının haklarının korunmadığı da yaşanan başka bir sorun olarak araştırma sonuçları arasında yer almaktadır (Gözükcük-Çelik 2012). Firmalarla yapılan anlaşma sürelerinin uzunluğunun hizmet kalitesini olumsuz etkilediği de çıkan sonuçlardan anlaşılmaktadır. Bu çalışmadan elde edilen bir başka sonuç, DKK ile hizmet alımlarının yaygınlaşacağı ve hastanelerin peyderpey özelleşeceği, bunun da ileride firma tekelleşmesine yol açacağıdır. Sözleşme sürelerinin bir yıldan fazla olması durumunda, özel sektörün hizmet kalitesinin düştüğü, her hizmetin dışarıdan alınmasının bazı meslek gruplarını olumsuz etkileyeceği ifade edilmiştir. Bu çalışmada hizmet alımının bazı olumlu sonuçları da belirtilmiştir. Örneğin; eczacılık, radyoloji, laboratuvar gibi hizmetlerin özel sektörden satın alınması ile kamuda bu meslek gruplarına olan ihtiyaçların azalacağı, sağlık hizmetlerinin dışarıdan alınması ile hedeflenen amaçlara ulaşıldığı; bunda özellikle hasta memnuniyeti ve hizmet kalitesinin artmasının, teknolojik yeniliklere rahat ulaşabilmenin etkisinin olduğu, hizmetlerin verilmesi sırasında yaşanan aksaklıklara karşı verilen cezai müeyyidelerin yeterli olduğu, sağlık hizmetlerinin dışarıdan alınması ile hastane yönetiminin sorumluluğunun azaldığı, kamu hastaneleri ile özel sektörün bu uygulama ile karşılıklı olarak fayda sağladığı, hastane maliyetlerinin azaldığı da araştırmanın başka bir sonucu olarak belirtilmiştir.

Genel olarak sağlık hizmetlerinin dışarıdan alınmasında, yönetsel pozisyona sahip olmanın ve çalışma şeklinin satın alınan sağlık hizmetlerinin sunumu esnasında karşılaşılan durumlar üzerinde etkili olduğu anlaşılmıştır. Araştırmaya göre maliyeti yüksek ve hasta potansiyeli az olan hizmetlerin (PET CT gibi) il bazında tek bir hastaneden verilmesinin daha uygun olacağı önerilmiş, hastanelerin tek tek şartname hazırlaması yerine bütün hastaneler için tek elden ortak bir şartname hazırlanmasının zamandan tasarruf sağlanması, ihale sürecinin kısılması ve kontrolün daha kolay olması gibi nedenlerle daha uygun olacağı görüşü ortaya

çıkılmaktadır. Bu çalışmada dikkat çeken bir sonuç katılımcıların %50,6'sı ise her türlü sağlık hizmetinin (dahiliye, cerrahi, enfeksiyon hastalıkları gibi) dışarıdan alınması önerisini doğru bulmamıştır.

Hastanelerde Dış Kaynak Kullanımının Faydaları ve Sakıncaları

Kamu hastanelerinin temel yetenekleri dışında kalan hizmetlerde dış kaynak kullanımına yönelmeleri maliyetleri azaltma, rekabet gücü sağlama, sağlık hizmetlerinde kalite, verimlilik ve etkinliğin artırılması gibi amaçlar neticesinde son yıllarda gittikçe yaygınlaşmıştır (Akyürek 2013, Kavuncubaşı 2000, Yılmaz 2013). Dış kaynak kullanımının avantajları; temel yeteneklerine odaklanma, işletme maliyetlerinin düşürülmesi, hizmet kalitesi ve standartları ile müşteri memnuniyetinin artırılması, süreç yenileme kapsamında üstünlük, kaynak sürekliliği, işletmelerin geniş ve esnek kaynak havuzuna sahip olmaları sağlaması gibi sıralanabilir (Eriş 2015). Dış kaynak kullanımının dezavantajları ise tedarikçi firmaya bağımlı hale gelme, temel yeteneğin doğru belirlenememesi, temel yeteneklerin zamanla kaybolma riski, niteliksiz tedarikçi seçimi, bilgi güvenliği, çalışanlar üzerinde olumsuz etkileri, gizli maliyetlerin ortaya çıkması, iletişim problemleri, tedarikçi üzerinde kontrolün kaybedilmesidir (Köksal 2016). Kamu sektöründe dış kaynak kullanımında yaşanan genel sorunlar ise, ihale prosedürlerinin oldukça uzun ve yorucu olması, firmalara yapılan ödemelerde gecikmeler olması, kamu çalışanları ile özel sektör çalışanları arasında iletişim problemleri yaşanması ve alım sözleşmelerinin yeterince esnek olmamasıdır (Gözüküçük-Çelik 2012).

DKK'nin hastanelere temel yeteneklere odaklanma, verimliliği artırma, riskin azaltılması, teknolojiyi takip etme ve sunulan hizmetin kalitesini artırma gibi birtakım yararları olduğu belirtilmekle birlikte, literatür tarandığında DKK'nin hastaneler üzerinde ciddi sakıncalarının olduğu da görülmektedir. Yöntemin doğru kullanılamaması, temel yetenekleri belirleyememe, tedarikçi firma ile hastane yönetimi arasında ortaya çıkan anlaşmazlık vb. gibi sebeplerden dolayı hastaneler kâr elde etmek isterlerken verimliliklerini düşürebilmektedirler.

Yapılan bir çalışmada, genellikle sağlık hizmetlerinde DKK uygulamasında bazı risklerin önemine işaret edilmektedir. Bu riskler; tedarikçilerin kontrolünün kaybedilmesi, alınan hizmetlerin kalite seviyelerinin aynı şekilde devam etmemesi, bilginin gizliliği sorunları, tedarikçiye olan aşırı bağımlılık ve buna bağlı esneklik kaybı olarak sıralanmaktadır (Palmer 1999). Tedarikçi firma tarafından ortaya çıkan bu sıkıntıların hastane yönetimi tarafından giderilmesi ya da sorunlara çözümler üretilmesi hizmetin sürekliliği açısından önem taşımaktadır.

TTB ve Bursa Tabip Odası tarafından 2024 yılında yapılan "Görüntüleme Hizmetlerinde Taşeronlaşma-Hekimler Ne Düşünüyor?" başlıklı açıklamada; **"Hizmet Alımı" adıyla kamu hastanesinde radyoloji görüntüleme hizmetleri büyük ölçüde taşeronlaştığı, MR- BT gibi görüntüleme ve raporlama hizmetlerinin tek bir taşeron firma tarafından karşılandığı,**

taşeron firma ile yapılan sözleşmelerin “ticari sır” mantığı kamuoyuyla paylaşılmadığı, film kalitesinde, sekanslarında ve raporlamasında ciddi hatalar, eksikler, kopyala yapıştır yöntemlerin göz çarptığı, taşeron firma çok sayıda (günlük 2500 civarı) tetkik istenmesinden ve hızlı raporlandırma taleplerini gerekçe göstererek raporlama işini alt taşeronlara havale ettiği, bazı raporlarda adı geçen bir hekimin Ağrı ilinde özel bir sağlık kuruluşunda çalışıyor görünürken Antalya’da ikamet ettiği ama Bursa’daki MR-BT raporlarını yazdığı” açıklanmıştır (Görüntüleme Hizmetlerinde Taşeronlaşma-Hekimler Ne İstiyor? 2024 - <https://www.bto.org.tr/goruntuleme-hizmetlerinde-taseronlasma-hekimler-ne-dusunuyor/>)

Dış Kaynak Kullanımın Taşeron Personel Üzerindeki Olumsuz Etkileri

1990 yıllarından sonra da hizmet alımı yoluyla personel istihdam edilmesi uygulamalarının hızla yaygınlaştığı, kadrolu işçi istihdamının ise düşük oranlarda gerçekleştiği bilinmektedir (Kaya 2015). Ülkemizde neoliberal politikaların uygulanması sonucunda ortaya çıkan SDP ile Sağlık Bakanlığı, planlayıcı ve denetleyici rolünü teşkilatlanmasında sözleşmeli personel istihdamı ile ön plana çıkarmış ve bu politika ise dış kaynak kullanımında artışı yükseltmiştir (Sayan 2012). Bir başka deyişle, DKK taşeronlaşma sürecini hızlandırmış ve arttırmıştır.

Bununla birlikte kamu kuruluşlarında DKK yöntemi taşeron personel üzerinde de en çok sıkıntı ve olumsuz etki yaratan yöntemlerden bir tanesidir. DKK’nin taşeron personel üzerindeki diğer olumsuz etkileri şöyle dile getirilmektedir: Hizmet sağlayıcı firma tarafından temin edilen personelin çalışma ortamında birçok özlük haklarının ihlal edilmesi, yıllık izin ve kıdem tazminatlarının verilmemesi, hastane ortamında asıl işlerde çalıştırılmalarına rağmen düşük seviyede ücretlerinin ödenmesi başlıca sorunlardır.

Taşeron firmanın hastane yönetimi ile anlaşmasından sonra ihale süresinin bir yılı doldurmadan bitmesi veya sona ermesi çalışan personelin izin ve kıdem tazminatını ortadan kaldırmaktadır. Dolayısıyla günümüzde sürekli uygulanan bu yöntemin çalışanlar üzerinde motivasyonu düşürdüğü görülmektedir. Asıl işte çalışmalarına rağmen alt işverenin personeliymiş gibi gözükmeleri ve ihale sonunda uzman firmanın personelinin arkasında durmaması olumsuz sonuçlar doğurmaktadır. Ayrıca taşeron firma, veri hazırlama hizmeti sunan hastanede çalışan personelinin temizlik işinde çalıştırabilme, aynı bölge içerisinde eksik personel ihtiyacı olan bir başka yere gönderebilme gibi yetkilere sahip olduğundan çalışanın hakları gözetilmeden haksız kazanç sağladıkları görülmektedir (Aslan-Çelik 2019).

Sonuç

Sağlık kuruluşları insan sağlığının korunması, önlenmesi ve tedavi edilmesi gibi faaliyetleri içerir. Kişilere sunulan sağlık hizmetleri üç aşamada gerçekleşir; Birinci basamak sağlık hizmetleri, daha çok koruyucu sağlık hizmetlerini içerir. İkinci basamak sağlık hizmetleri, uzmanlaşmış hekimlerin verdikleri tedavi hizmetlerinin hastane ortamında verilmesidir. Üçüncü basamak sağlık hizmetlerinde ise daha çok eğitim ve teknoloji ön planda olup, eğitim

ve araştırma hastaneleri örnek verilebilir. Birinci basamak sağlık hizmetleri kolay ulaşılabilir olmasına rağmen üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin ulaşımı daha zordur.

Toplum sağlığı için en önemli şey birinci basamak sağlık hizmetlerinin ve koruyucu sağlık hizmetlerinin gelişmiş olması ve buna uygun olarak bütçeden pay ayrılmasıdır. Ancak 2025 bütçesinde sağlığa ayrılan pay %7 civarında olup, bütçenin 1/3'ü koruyucu sağlık hizmetlerine ayrılırken 2/3'ü tedavi edici hizmetlere ayrılmıştır. ("**2025 Yılı "Merkezi Yönetim Bütçe Yasa Teklifi"nde Sağlık Bakanlığı'nın Payı Koruyucu Hizmetlere de Tedavi Edici Hizmetlere de Yetmeyecek**" 2024- https://www.ttb.org.tr/haber_qoster.php?Guid=46f38f7e-b7c8-11ef-afef-12835a3c1ddb). Bu oranlar tersine çevrilmediği sürece toplumsal ve kamusal sağlık sağlanamayacaktır.

Sağlıklı yaşamak her insanın ihtiyacıdır ve insanların sağlıklı yaşamalarında hastaneler önemli rol oynamaktadır. Hastaneleri önemli hale getiren ikinci neden verilen hizmetin maliyetinin çok yüksek olmasıdır. Bu durum tüm dünyada yaklaşık olarak böyle olmakla birlikte tedavi edici hizmetlerin oransal olarak daha yüksek olduğu ülkelerde sağlık hizmetlerinin maliyeti giderek artmaktadır. Hastane maliyetlerinin yüksek olmasının nedeni uygulanan sağlık politikalarının yanlışlığı, koruyucu sağlık hizmetleri yerine tedavi edici sağlık hizmetlerinin daha ağırlıklı olması, gelişmiş teknolojinin kullanılmasının getirdiği maliyet, kullanılan malzeme ve ekipmanlarının fiyatları ile istihdam edilen personelin ücretlerinin diğer sektörlere göre daha yüksek olmasıdır. Teknolojik gelişmeler, hasta beklentilerinden kaynaklanan artış, hastaneler arasındaki rekabet, kaliteli sağlık hizmeti sunumunun sağlanma gerekliliği, artan fiyatlara karşı maliyet baskısı, kompleks bir organizasyon olan hastanelerin birtakım yönetim araçlarını kullanımını zorunlu kılmaktadır. Sağlık yöneticileri her geçen gün maliyeti düşürmek için çeşitli yollar aramışlardır. Sonunda hizmet alımı veya dış kaynak kullanımı yoluyla maliyeti düşürmeyi planlamışlardır. Ancak bu durum beraberinde başta sağlık hizmetlerinde kalite düşüklüğü olmakla birlikte birçok sorunu da beraberinde getirmiştir.

Sonuç olarak DKK ile yaşanan sorunlar şöyle özetlenebilir;

- Özel sektöre veya şirketlere yapılacak ödemelerin tam veya zamanında yapılmaması sağlık hizmetinin aksamasına yol açmaktadır.
- Kamu ile özel sektör arasında özellikle hizmetlerin sunumu esnasında, yaşanan iletişim sıkıntılarından sağlık hizmeti sunanlar, sağlık hizmeti alanlar ve genel olarak sağlık hizmetleri olumsuz etkilenmektedir.
- Özellikle ekonomik krizler esnasında döviz kurlarının artması, SUT fiyatlarının düşüklüğü, iktidar tarafından güncelleme yapılmaması ve buna bağlı olarak firmaların ilaç ve tıbbi malzeme vermemesi hastaların hayatını tehdit eder hale gelmiş, hastaların tedavisi aksamış, kanser hastalarının tedavisi yapılmadığı için hastalıkları ilerlemiş, özellikle protez gerektiren yaşlı hastalar erken ameliyat yapılmadığı için komplikasyonlar gelişmesi nedeniyle, bu hastaların bir kısmı kaybedilmiştir.

- Sözleşmeler yapıldığı tarihten bir süre sonra güncellenmediği için piyasa koşullarına uyum sağlanamaması nedeniyle bu durum sağlık hizmetlerini olumsuz etkilemiştir.
- İhale prosedürleri çok uzun bir süreç olup, bu esnada yine hastalar, hekimler ve sağlık hizmetleri olumsuz etkilenmektedir.
- Her ilde hastanelerin tek tek şartname hazırlaması, malzemelerin kalitelerinin farklı olması, farklı fiyat uygulamaları ekonomik, kalite ve hizmet açısından farklılıklar doğurmaktadır.
- Maliyeti yüksek ve hasta potansiyeli az olan hizmetler için (PET-CT, nükleer tıp gibi) il bazında hasta ve tetkik sayılarına bakılarak olabildiğince az merkezlerde uygulanması daha uygun olacaktır.
- Özel sektörle yapılan anlaşmaların süresinin çok uzun tutulması, hizmet esnasında gerekli, yeterli ve nitelikli personel istihdam etmemeleri verilen sağlık hizmetlerinin niteliğini düşürmektedir.
- Hastanelerde, ameliyathanelerde kamu personeli yerine özel sektörün elemanları istihdam edilmesi taşeronluğu arttırmıştır.
- DKK ile hizmet sağlayıcı firma tarafından istihdam edilen personelin çalışma ortamında birçok özlük haklarının ihlal edilmesine, yıllık izin ve kıdem tazminatlarının verilmemesine, hastane ortamında asıl işlerde çalıştırılmalarına rağmen düşük seviyede ücretlerinin ödenmesine kadar birçok sorun bulunmaktadır.
- Sağlık devletlerin veya iktidarların üzerlerinde en fazla durması gereken kamusal bir alan ve insan hakkıdır. Sağlık aynı zamanda özel hastanelere veya özel ticari işletmelere bırakılmayacak kadar özel bir alandır. Bu nedenle sağlık kamusal ve toplumsal bir insan hakkı olarak görülerek sağlık harcamalarının tamamı kişilerin hiçbir harcama yapmadan kamu kaynakları ile sağlanmalıdır.
- TTB bu konuda geçmişte olduğu gibi gelecekte de özelleştirmeye, piyasalaşmaya, taşeronluğa, hizmet alımına karşı çıkan söylem ve politikasına devam edecektir.

VIII - SÜREGELEN CEZA DAVASI İLE İLGİLİ SON DURUM

Ceza Davası

- Bakırköy 22. Ağır Ceza Mahkemesi'nde 18.11.2024 tarihinde başlayan duruşmaların ikinci serisi 13.01.2025 tarihinde, 3. serisi 18 Şubat tarihinde olmak üzere bugüne kadar toplam 21 celse yapıldı. 21 Nisan tarihinde 4. duruşma serisi başladı.
- Davanın sanıklarından İlker Gönen'in, Antalya'da tutuklu bulunduğu cezaevinde 1 Şubat'ta intihar etmesinin ardından tutuklu sayısı 25'e, sanık sayısı da 46'ya düşmüştü. Bakırköy 22. Ağır Ceza Mahkemesinde 25'i tutuklu 46 sanığın yargılandığı davanın 3. duruşması 18 Şubat'ta başladı. 24 Şubat 2025 tarihinde verilen ara karar ile 4 sanık adli kontrol şartı ile tahliye edildi. Diğer 21 sanığın tutukluluk hallerinin devamına karar veren mahkeme, eksik hususların giderilmesi için duruşmayı 21 Nisan'a ertelemiştir.
- Mahkeme, dosyanın Adli Tıp Kurumuna gönderilerek maktul bebekler için ayrı ayrı inceleme yapılmasına, tıbbi uygulamada kusur olup olmadığına, kusurlu davranışla ölüm arasında illiyet bağı bulunup bulunmadığına ilişkin rapor hazırlanmasına hükmetti.
- İkinci dalga olarak adlandırılan soruşturma kapsamında tutuklu bulunan 13 sanık hakkında hazırlanan iddianame görülmekte olan dava ile birleştirme talebiyle Bakırköy 22. Ağır Ceza Mahkemesine iletili.

Disiplin Soruşturması

- Sağlık Bakanlığı Teftiş Kurulu Başkanlığı İnceleme Raporu'na istinaden disiplin yönünden değerlendirme yapılması için Türk Tabipleri Birliği'ne iletilen dosya örneği esas alınarak adı bildirilen 18 hekim hakkında İstanbul Tabip Odası Yönetim Kurulu tarafından, 2 hekim hakkında ise Tekirdağ Tabip Odası Yönetim Kurulu tarafından başlatılan disiplin soruşturmaları devam etmektedir.

Yaşamını Kaybeden Bebekler

- İddianamede "Sağlık Bakanlığı Uzman Görüşü" başlığı altında 19 bebeğe ait değerlendirme yapıldığı ve kanaat bildirildiği görülmektedir. İddianamede uzman görüşü olarak bildirilen kısımlar, Sağlık Bakanlığı Teftiş Kurulu tarafından yapılan soruşturma ve bu soruşturma sırasında Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Neonatoloji Bölümü uzman doktorlarından oluşan üç kişilik uzman heyetinin dosyalar üzerinden ve tape kayıtlarına dayanarak yaptıkları inceleme sonucu oluşturdukları uzman görüşüne dayanmaktadır. Uzman heyeti kanaatine göre, yaşamını yitiren bebeklerden bazıları için ölümle ihmal arasında illiyet bağı bulunduğu, bazı ölümler açısından ise illiyet bağı kurulamadığı anlaşılmaktadır. Uzman görüşü içerisinde sorumlu olarak gösterilen ve illiyet bağı kurulan şüphelilerin

ihmali davranışla kasten adam öldürme suçu işledikleri iddia edilmiş ve 10 bebek dosyada maktul olarak yer almıştır.

- Uzman görüşü oluştururken dosya incelemesi ve tape kayıtlarının esas alınması, yaşamını kaybeden bebeklerin çoğuna otopsi yapılmamış olması, adli tıp raporu bulunmaması nedenleri ile kesin ölüm nedenlerinin ve illiyet bağının belirlenmesi tartışmalı bir durumdur. Bazı olgularda kuvvetli deliller mevcut iken bazı olgular için kısıtlı verilerle kanaat oluşturulduğu görülmektedir.
- Burada dikkat çeken en önemli husus bu bebeklerin çoğunun soruşturmanın başlamasından sonra yaşamını yitirmesi ve soruşturma sırasında yapılan teknik takiple elde edilen delillerle soruşturmaya dâhil edilmesidir. Bu husus söz konusu tarihten önceki sürede bu yenidoğan ünitelerinde yeterli denetimin yapılmadığını düşündürmektedir.

Çok Sayıda Özel Hastane Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinin Taşeron Şirket Tarafından İşletilmesi

- Bu durum görünürde özel hastane yönetmeliğine aykırı olsa bile dosyadaki deliller bu gerçeği açıkça ortaya koymaktadır. Danışmanlık hizmeti şeklinde yapılan sözleşmelerle muvazaalı şekilde bu üniteler suç örgütü tarafından işletilmiştir. Hekimlerin 4/B'li olarak hizmet sözleşmesi ile (şirket kurarak fatura karşılığı veya serbest meslek makbuzu keserek) özel hastanelerde çalışma şekli bu tip muvazaalı durumlara zemin hazırlamaktadır. Çok sayıda özel hastanede yalnız yenidoğan yoğun bakımları değil pek çok bölüm bu şekilde yapılan sözleşmelerle çalışmaktadır. Bu şekilde çalışma çoğunlukla hekimlerin tercihi değil, hastane patronlarının dayatması ile gerçekleşmektedir. Sağlık Bakanlığı'nın ve SGK'nin bu şekilde danışmanlık adı altında sürdürülen hizmet sözleşmelerinin yasal olmadığını açıklaması ve takip etmesi gereklidir.

SGK'nin Zarara Uğratılması

- SGK sağlık uygulama tebliği çerçevesinde yoğun bakım basamaklarına göre gün başına ödeme yapmaktadır. Yaşadığımız olayda hasta basamakları olduğundan yüksek gösterilmiş, bazı hastaların yatış süresi uzatılmıştır.
- Ayrıca; total parenteral nutrisyon (TPN) verilmemesi veya yetersiz verilmesi SGK'nin zarara uğratılması yanında hastaların sağlığı açısından yaşamsal risk oluşturan tıbbi hata olarak değerlendirmiştir.
- Sürfaktan preparatlarının hastaneden çıkarılarak satılması söz konusudur.

Yabancı Uyruklu Hastalara Yönelik İşlenen Suçlar

- Sanıkların sadece SGK'den haksız kazanç elde etmek ve bu sırada hastaların zarar görmesine hatta yaşamlarını yitirmesine neden olacak davranışlarda bulunmak

yanında, yabancı uyruklu hastalara da sağlık hizmeti sunma adı altında etik ve yasadışı uygulamalar yaptıkları görülmektedir.

112 Sistemi

- Otomasyon sistem ile tüm hastanelerin yatak durumu görülmekte olup, ihtiyaç halinde yakınlık, yoğun bakım olanakları gibi kriterler göz önüne alınarak söz konusu merkezdeki doktor ile görüşülerek hastaların uygun sağlık hizmeti alacakları hastaneye transferi sağlanmaktadır. Burada ise, hastaların sanıklar tarafından onların istediği hastanelere maddi kazanç sağlayacak şekilde sevk edildikleri anlaşılmaktadır. İddianame ve sanık ifadeleri ile bu sevklerin sadece yenidoğan servisleri ile sınırlı olmadığı, erişkin yoğun bakım, diyaliz, onkoloji ve koroner yoğun bakımlar için de benzer suistimallerin yaygın şekilde yapıldığı görülmektedir.

IX - TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ VE TABİP ODALARININ ÇALIŞMALARI VE AÇIKLAMALARI

- İstanbul'da çok sayıda bebeğin, aralarında hekimlerin ve sağlık çalışanlarının da olduğu bir çete tarafından tıbbi gereklilik olmadığı halde anlaşma yapılmış özel hastanelerin yenidoğan yoğun bakım ünitelerine yönlendirildiğine, bu sayede Sosyal Güvenlik Kurumu'ndan ve ailelerden haksız gelir elde edildiğine ve daha vahimi bebeklerin bir kısmının yoğun bakım takipleri sırasında hayatını kaybettiğine ilişkin haberlerin kamuoyuna yansımalarının ardından, Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi hızlıca konuyu değerlendirerek ilk açıklamasını 18 Ekim 2024 günü yapmıştır. Yetkili tabip odası olan İstanbul Tabip Odası'nın konuyla ilgili inceleme başlattığı belirtilen açıklamada, olayla ilgili kamuoyuna yansıyan ayrıntıların hekimlik değerleri bir yana, insanlık ile bağdaşmayacak nitelikte olduğu ve sorumluların en ağır şekilde cezalandırılması gerektiği ifade edilmiştir. "Yenidoğan Çetesi" olarak isimlendirilen olayın sağlıkta piyasacı dönüşümün vahim sonuçlarından biri olduğu vurgulanan açıklamada, çözümün kamucu, eşit, ulaşılabilir, ücretsiz ve nitelikli bir sağlık sisteminde olduğuna işaret edilmiştir ("Yenidoğan Çetesi Olayı, Sağlıkta Piyasacı Dönüşümün Vahim Sonuçlarından Biridir; Çözüm ise Kamucu, Eşit, Ulaşılabilir, Ücretsiz, Nitelikli Bir Sağlık Sistemindedir", <https://www.ttb.org.tr/145yklin>).
- Aynı gün İstanbul Tabip Odası Yönetim Kurulu da bir açıklama yayımlamıştır. Vahim olayın sorumlularının hukuki, idari ve mesleki açıdan soruşturulacağı ve yargılanacağı belirtilen açıklamada, idari yönden soruşturmanın Sağlık Müdürlüğü ve Sosyal Güvenlik Kurumu sorumluluğunda olduğu, hakkında suçlamada bulunan hekimler için hekimlik uygulamaları açısından soruşturmanın ise, Türk Tabipleri Birliği Disiplin Yönetmeliği çerçevesinde İstanbul Tabip Odası tarafından yürütüleceği ifade edilmiştir. Açıklamada benzer vahim olayların tekrar yaşanmaması için bir an önce sağlık sisteminin kamusal olarak herkese eşit, ücretsiz, ulaşılabilir, nitelikli hizmet sunacak şekilde yeniden düzenlenmesi gerektiği dile getirilmiştir ("Yenidoğan Çetesi' Olayında Büyük Resme Bakmak", <https://istabip.org.tr/8130-yenidoqan-cetesi-olayinda-buyuk-resme-bakmak.html>).
- İzmir Tabip Odası tarafından yapılan yazılı basın açıklamasında "Mesleğimizin itibarını zedeleyen uygulamalarla belirtilen suçlara ortak olduğu kanıtlanan hekimler ve sağlık çalışanları en ağır cezayı almalıdır. Ancak kamu yöneticilerinin sistemin yarattığı bu kara tabloyu, işini hakkıyla yapan hekim ve sağlık çalışanlarına yükleyerek suçu üstünden atmaya çabalamaları gerçeğin üstünü örtemez. Çöken sağlık sisteminin sorumluları bellidir. Yıllardır bıkmadan usanmadan söylediğimiz gibi sağlıkta dönüşüm ölüm getirmiştir" ifadelerine yer verilmiştir. (Sağlıkta özelleştirmenin son kurbanları: Bebekler, izmirtabip.org.tr/saglikta-ozellestirmenin-son-kurbanlari-bebekler/).

- Antalya Tabip Odası tarafından 19 Ekim 2024'te yapılan yazılı açıklamada "Hekimliğin özü hümanist olmayı gerektirdiği için insanlık suçu işleyen, buna yol açan her kurumu, her kişiyi Antalya Tabip Odası olarak lanetliyoruz" denilmiştir (Basına ve Kamuoyuna, <https://www.antalyatabip.org.tr/basin-bildirisi-3/>).
- 20 Ekim 2024 tarihinde Türk Tabipleri Birliği (TTB) Ege Bölgesi Tabip Odaları toplantısında Antalya, Aydın, Balıkesir, Denizli, İzmir, Manisa ve Muğla tabip odaları ile ortaklaşa açıklama yapılmıştır. "Çok Üzgünüz: Sağlıkta Dönüşüm Yine Ölüm Getirdi! Sorumlular Hesap Vermelidir" başlıklı açıklamada TTB ve tabip odalarının "Sağlıkta Dönüşüm Programı" ile sağlık sistemine giren açgözlülüğün kurbanı olan ailelerin, bebeklerin ve etik değerlere bağlı hekimler ile sağlık çalışanlarının yanında olduğu vurgulanmıştır. Kapatılan hastanelerin kamuya devredilmesi ve burada çalışan hekimler ile sağlık çalışanlarının haklarının korunması gerektiği dile getiren açıklamada yasal ve idari süreçlerin açık ve şeffaf şekilde yürütülmesi çağrısı yapılmıştır ("TTB ve Ege Bölgesi Tabip Odaları: Çok Üzgünüz; Sağlıkta Dönüşüm Yine Ölüm Getirdi, Sorumlular Hesap Vermelidir!", <https://www.ttb.org.tr/835yklo>).
- 21 Ekim 2024 tarihinde İstanbul Tabip Odası, İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü önünde basın açıklaması yapmıştır. Olayın üzerinden 17 ay geçmiş ve soruşturmalar hazırlanmış olmasına rağmen İstanbul Tabip Odası'na konuyla ilgili herhangi bir bildirim iletilmediğini dile getiren İstanbul Tabip Odası Yönetim Kurulu Başkanı Dr. Osman Küçükosmanoğlu, İTO'nun resen soruşturma başlatacağını söyleyerek çeteler ve bunlara göz yumanların en ağır şekilde cezalandırılmasını istemiştir ("İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Önünden Seslendik: Sağlıkta Ticaret Ölüm Demektir!", <https://istabip.org.tr/8131-istanbul-il-saglik-mudurlugu-onunden-seslendik-saglikta-ticaret-olum-demektir.html>).
- Muğla sağlık meslek ve emek örgütleri, Muğla'da ortak basın açıklaması düzenleyerek sağlık hizmetlerinin kamulaştırılması ve sağlıkta dönüşüm programından derhal vazgeçilmesi gerektiğini dile getirmiştir ("Çok Üzgünüz: Sağlıkta Dönüşüm Yine Ölüm Getirdi! Sorumlular Hesap Vermelidir", <https://www.muqlatabip.org.tr/cok-uzqunuz-saglikta-donusum-yine-olum-getirdi-sorumlular-hesap-vermelidir/>).
- TTB, konuyla ilgili inceleme başlatan İstanbul Tabip Odası ile 22 Ekim 2024 tarihinde kamuoyunu bilgilendirmek için ortak basın toplantısı düzenlemiştir. TTB Merkez Konseyi Başkanı Dr. Alpay Azap, olayın temel sebebinin sağlıkta piyasacı politikalar olduğunu vurgularken TTB Merkez Konseyi üyesi Dr. Ali Karakoç, "Yenidoğan Çetesi" olayının, Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın yarattığı yıkımın sadece küçük bir örneği olduğuna dikkat çekmiştir. İTO Başkanı Dr. Osman Küçükosmanoğlu tarafından okunan ortak açıklamada ise konuya ilişkin detaylar paylaşılarak kamuya ait

yenidoğan yoğun bakım yatak sayısı artırılması, özel hastanelerden hizmet alımına ise son verilmesi gerektiği dile getirilmiştir (“TTB ve İTO: Yenidoğan Çetesi Olayı Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın İflasının Göstergesidir; Herkese Eşit, Ücretsiz, Nitelikli, Ulaşılabilir Bir Sağlık Sistemi Mümkündür!”, <https://www.ttb.org.tr/305yklv>, “TTB ve İTO: Yenidoğan Çetesi Olayı Sağlıkta Piyasacı Dönüşümün Vahim Sonuçlarından Biridir”, <https://istabip.org.tr/8132-ttb-ve-ito-yenidoğan-cetesi-olayi-saglikta-piyasaci-donusumun-vahim-sonuclarindan-biridir.html>).

- Adana Emek ve Demokrasi Güçleri, Adana İl Sağlık Müdürlüğü önünde toplanarak basın açıklaması gerçekleştirmiştir. Açıklamayı yapan Adana Tabip Odası Başkanı Dr. Özden Polatöz, “Yenidoğan Çetesi olayı, sağlıkta piyasacı dönüşümün vahim sonuçlarından birisidir. Buzdağının görünür hale gelen kısmıdır. Her an benzer haberleri duyabiliriz. Çözüm ise Kamucu, Eşit, Ulaşılabilir, Ücretsiz, Nitelikli bir sağlık sistemindedir” ifadelerini kullanmıştır. (“Uzm. Dr. Polatöz, ‘Yenidoğan çetesi; buzdağının görünür hale gelen kısmıdır’”, <https://www.adanatabip.org.tr/uzm-dr-polatoz-yenidoğan-cetesi-buzdağının-qorunur-hale-gelen-kismidir/>).
- Edirne Tabip Odası’nın da bileşenleri arasında yer aldığı Edirne Emek Platformu tarafından basın açıklaması gerçekleştirilmiş; açıklamada “Mesleğimizin saygınlığına, onuruna, kutsallığına leke sürenlerin, sağlık çalışanlarına ilişkin güven duygusunu zedeleyenlerin, halkın sağlığını riske atanların hak ettikleri cezaları almaları için bugüne kadar olduğu gibi titizlikle çalışmaya devam edeceğimiz” denilmiştir. (“Yenidoğan Çetesi olayını Emek Platformu ve diğer birçok sivil toplum örgütü olarak protesto ettik”, <https://www.edirnetabipodasi.org/post/yenido%C4%9Fan-%C3%A7etesi-olay%C4%B1n%C4%B1-emek-platformu-ve-di%C4%9Fer-bir%C3%A7ok-sivil-toplum-%C3%B6rq%C3%BCt%C3%BC-olarak-protesto-ettilik>).
- Erzurum Bayburt Gümüşhane Tabip Odası’ndan yapılan açıklamada faillerin cezalandırılması için sürecin takipçisi olunacağı duyurulmuştur. (“Basın Açıklaması”, <https://erto.org.tr/basin-aciklamasi/>).
- Eskişehir Bilecik Tabip Odası tarafından il sağlık müdürlüğü önünde basın açıklaması gerçekleştirilmiş; açıklamayı yapan Tabip Odası Yönetim Kurulu Başkanı Dr. Nazan Aksaray, “Sağlıkta dönüşüm denilen, insanlık değerlerini ayaklar altına alan garabete hemen şimdi son verilmelidir” ifadelerini kullanmıştır (“Sağlıkta Dönüşüm Ölüm Getirdi”, <https://www.ebto.org.tr/yeni/?p=4098>).
- İzmir Tabip Odası’nın da bileşenlerinden olduğu İzmir Emek ve Demokrasi Güçleri tarafından, 22 Ekim 2024 tarihinde bir basın açıklaması yapılmış; açıklamayı okuyan Tabip Odası Genel Sekreteri Dr. Nuri Seha Yüksel, “Yürütme ve denetim görevini elinde tutan kamu yöneticilerinin, sağlık müdürlüğü yetkililerinin, görev ihmal

yönünden soruşturulması gerekir. Bu olayda ciddi bir denetim eksikliğine dair güçlü emareler vardır. Yıllardır sürdürülen bu suç düzeninin esas failleri kadar suçun ortaya geç çıkmasından sorumlu olanlar da adalet önünde hesap vermelidir” demiştir (İzmir Emek ve Demokrasi Güçleri: Sağlıkta Özelleştirmenin Son Kurbanları Bebekler, <https://www.izmirtabip.org.tr/izmir-emek-ve-demokrasi-qucleri-saglikta-ozellestirmenin-son-kurbanlari-bebekler/>).

- Manisa Tabip Odası’nın bileşenleri arasında yer aldığı Manisa Sağlık Platformu tarafından, il sağlık müdürlüğü önünde basın açıklaması yapılmış ve açıklamada “Sağlıkta Dönüşüm Programı’ndan, sağlığın ticarileşmesinden, hizmet alımından ve taşeronlaştırılmasından derhal vazgeçilerek sağlıkta sermaye çetelerinin varlığına son verilmelidir” ifadelerine yer verilmiştir (Manisa Sağlık Platformu; "Sağlıkta Ticaretin Ölüm Getirdiğini Tekrar Haykırıyoruz!", <https://manisatabip.org.tr/basin-detay.php?id=247>).
- 23 Ekim 2024’te İstanbul Tabip Odası, iddianamede adı geçen 47 şüpheli hekim hakkında TTB Disiplin Yönetmeliği uyarınca resen soruşturma başlattığını duyurmuştu. (“Gündemdeki Sağlık Skandalında Adı Geçen Hekimler Hakkında Soruşturma Başlattık”, <https://istabip.org.tr/8134-qundemdeki-saglik-skandalinda-adi-gecen-hekimler-hakkinda-sorusturma-baslattik.html>).
- Sağlıkta Çeteleşme ile ilgili kamuoyunu bilgilendirmek için bir basın toplantısı da 1 Kasım 2024 günü TTB’de düzenlenerek 46 tabip odasının imzasının yer aldığı ortak basın açıklaması metni kamuoyu ile paylaşılmıştır. TTB ve tabip odalarının Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sağlık sistemine giren açgözlü ticaretin kurbanı olan ailelerin ve bebeklerin yanında olduğu vurgulanan açıklamada sorumluların hesap vermesi için sürecin takipçisi olunacağı, mesleklerini etik değerlere bağlı olarak sürdüren hekimlerin ve sağlık çalışanlarının ise yanında bulunduğu dile getirilmiştir (“TTB ve Tabip Odalarından Ortak Açıklama: Sağlıkta Ticaret Ölüm Getirdi! Halkın Sağlık Hakkına ve Mesleğimizin Onuruna Sahip Çıkıyoruz. Sorumlular Hesap Vermelidir!”, <https://www.ttb.org.tr/115ykme>).
- Sağlık Çetesi davasının 18 Kasım 2024 tarihindeki ilk duruşmasına dair değerlendirmeler ve kamuoyu bilgilendirmesi için TTB ve İstanbul Tabip Odası (İTO) 19 Kasım 2024 günü ortak basın toplantısı gerçekleştirmiştir. Sağlıkta ticarileşme ve sağlık çetelerinin varlığının mesleğini onurlu şekilde yapan ve tabip odası üyesi olan hekimleri derinden yaraladığını ifade eden TTB Merkez Konseyi II. Başkanı Saip, hekimler olarak mağdur olan ailelerin ve bebeklerin yanında olduklarını yinelemiştir. Saip, ayrıca yaşanan mağduriyetlerle ilişkili olan tüm yetkililerin ve sağlık çalışanlarının en ağır cezayı alması için sürecin yakından takipçisi olunacağını ifade etmiştir. İTO Yönetim Kurulu Başkanı Dr. Osman Küçükosmanoğlu ise, meslekten men

cezasına varan cezalar içeren bir disiplin soruşturması başlattıklarını söylemiştir. Ortak açıklamada ise sağlığın para ile satılamayacak bir hak olduğu vurgulanarak sağlık çetesiyle birlikte aslında piyasacı sağlık sisteminin de yargılandığı ifade edilmiştir (“Dava Sürecini Takip Eden TTB ve İstanbul Tabip Odası’ndan Ortak Açıklama: Sağlık Çetesi Skandalının Nedeni Piyasalaşmış Sağlık Sistemidir”, <https://www.ttb.org.tr/305yknf>, “Çete ile Birlikte Piyasacı Sağlık Sistemi de Yargılanıyor”, <https://istabip.org.tr/8195-cete-ile-birlikte-piyasaci-saglik-sistemi-de-yargilaniyor.html>).

- 23 Kasım 2024 günü Ankara’da TTB Merkez Konseyi üyeleri, TTB kol ve çalışma grupları temsilcileri ve 40 tabip odasından 150’ye yakın yöneticinin katıldığı TTB Genel Yönetim Kurulu toplantısı kapsamında konuya ilişkin basın açıklaması yapılmıştır. Sağlık sistemindeki çeteleşmenin ve 47 sanık ile başlayan yargılamanın münferit bir durum olmadığı dile getirilen açıklamada çeteleşmenin TTB’nin yıllardır karşı çıktığı sağlık politikalarının sonucu olduğu vurgulanmıştır (“TTB ve Tabip Odaları: Sağlıkta Çetelerin Olmadığı; Halkımız, Hekimler ve Sağlık Çalışanları İçin Daha İyi, Başka Bir Sağlık Sistemi Mümkün!”, <https://www.ttb.org.tr/505yknj>).
- Süregelen davada mahkemenin ara kararını açıklamasının ardından İstanbul Tabip Odası bir açıklama yapmış; açıklamada sadece yargılananların değil, yasa ve yönetmelikleri hazırlayan, kamu hastanelerinde yeterli yoğun bakım ünitesi kurmayıp bu hizmetin yarından fazlasını özel hastanelerden hizmet alımı şeklinde yürütenlerin de suçlu olduğu ve yargılanmaları gerektiği dile getirilmiştir (“Mahkeme Salonlarında Anlatılan “Sağlıkta Dönüşüm”ün Hikâyesidir!”, <https://istabip.org.tr/8228-mahkeme-salonlarinda-anlatilan-saglikta-donusum-un-hikayesidir.html>).
- 23 Kasım 2024 günü Ankara’da yapılan Türk Tabipleri Birliği (TTB) Genel Yönetim Kurulu’nun gündemlerinden biri sağlıkta çeteleşme olmuş; “Yenidoğan Skandalı” başlıklı konferans ile başlayan toplantıda sağlıkta çeteleşme gibi sağlığın ticarileştirmesinin getirdiği yıkıcı sonuçlara dair tespit ve görüşler ile hedefler ve yapılması gerekenler ele alınmış ve toplumsal yarar ve koruyucu sağlık hizmetlerini önceleyen, nitelikli ve ücretsiz sağlık sisteminin kurulması için irade ortaya konulmuştur (“TTB Genel Yönetim Kurulu Sonuç Bildirgesi: Bebeklerin Ölmediği Bir Sağlık Sistemi İçin Mücadeleye!”, <https://www.ttb.org.tr/275yko8>).
- Yenidoğanları öldüren çetenin yargılandığı davanın 13 Ocak 2025 günü İstanbul Bakırköy 22. Ağır Ceza Mahkemesi’nde görülen duruşması öncesinde TTB ve İTO, adliye önünde bir basın açıklaması düzenlemiştir. Açıklamadan konuşan TTB Merkez Konseyi Başkanı Dr. Alpay Azap, sağlık sistemi düzeltilmediği sürece bu skandalların kaçınılmaz olduğuna dikkat çekerek tüm toplumun ihtiyacını karşılayacak, hekimlerin ve sağlık çalışanlarının iyi bir sağlık hizmeti sunmasını sağlayacak yeni bir sağlık

sisteminin kurulması gerektiğine işaret etmiştir (“TTB ve İTO’dan Yenidoğanları Öldüren Çetenin Yargılandığı Dava Öncesi Açıklama: Anlatılan ‘Sağlıkta Dönüşüm’ün Hikâyesidir! Oysa ‘Başka Bir Sağlık Sistemi, Başka Bir Hekimlik Ortamı’ Mümkün!”, <https://www.ttb.org.tr/405ykpy>).

- Türk Tabipleri Birliği (TTB) Sağlıkta Ticari Çeteleşme Çalışma Grubu tarafından hazırlanan “Sağlıkta Ticari Çeteleşme Bebek Ölümleri Ön Raporu” yayımlanmıştır. Yenidoğan ölüm oranları ve yenidoğan yoğun bakım yatak sayısı gibi verilere yer verilen raporda sağlık çetelerinin ölümlere yol açmasının en büyük nedeninin hastanelerin yoğun bakım hizmetlerini kendileri değil de hizmet alımı yoluyla sürdürmeleri olduğu ve özel sağlık sisteminde giderek artmakta olan şirketleşme/taşeronlaşma sürecinin bir an önce kaldırılması gerektiği vurgulanmıştır. (“Sağlıkta Ticari Çeteleşme Bebek Ölümleri Ön Raporu Yayımlandı”, <https://www.ttb.org.tr/735yqk1>)
- 14 Ocak 2025 günü TTB Merkez Konseyi Başkanı Dr. Alpay Azap, Merkez Konseyi üyesi Dr. Nilüfer Usta ve İTO Yönetim Kurulu Başkanı Dr. Osman Küçükosmanoğlu, TBMM Bazı Özel Sağlık Kuruluşlarında Yaşanan Bebek Ölümünün Tüm Yönleriyle Araştırılması, Özel Sağlık Kuruluşlarının Yenidoğan, Çocuk, Engelli ve Yaşlılarla İlgili Bakım Servislerindeki Uygulamalarının ve Mevzuatın İncelenerek Alınması Gereken Tedbirlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu’nun düzenlediği toplantıya katılmıştır. Yenidoğan ölümlerinin yıllara yayılan yanlış politikaların sonucu olduğunu söyleyen Azap, yenidoğan ölümleriyle sonuçlanan skandala zemin hazırlayan Özel Hastaneler Yönetmeliği’nde yapılan değişikliklerin kronolojisini bir rapor halinde komisyon üyeleriyle paylaşmıştır (“TTB Merkez Konseyi Başkanı Dr. Alpay Azap TBMM’de Konuştu: Yenidoğan Ölümleri Yıllara Yayılan Yanlış Politikaların Sonucudur, Sağlıkta Dönüşüm’de Israr Edilirse Yenilerinin Yaşanması Kaçınılmazdır”, <https://www.ttb.org.tr/395yqk6>).
- Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte Mart 2002’de yayımlanmasından yenidoğan ölümlerine kadar uzanan süreçte Özel Hastaneler Yönetmeliği’nde yapılan ve her biri çok sayıda madde değişikliğini içeren 45 düzenlemenin ayrıntısıyla incelendiği “Özel Hastaneler Yönetmeliğinde Yapılan Değişikliklerin Kronolojisi: Yıllara Yayılmış Bir Cinayetin Anatomisi” başlıklı rapor yayımlanmıştır (“Özel Hastaneler Yönetmeliğinde Yapılan Değişikliklerin Kronolojisi: Yıllara Yayılmış Bir Cinayetin Anatomisi Raporu Yayımlandı”, <https://www.ttb.org.tr/905yqk7>).
- TTB tarafından İstanbul Valiliğinin yapılan denetimler sonrasında “kusur oluşturan herhangi bir eylemin olmadığı” iddiası ile soruşturma izni verilmemesi yönündeki kararına itiraz edilmiş ve görevlerini ihmal eden sorumlular hakkında kamu davası açılmasını talep edilmiştir (TTB, Yenidoğanların Ölümüyle Sonuçlanan Skandalda

Kamu Görevlilerinin Soruşturulmasına İzin Vermeyen İstanbul Valiliği Kararına İtiraz Etti, <https://www.ttb.org.tr/215ykr5>).

- Adana Tabip Odası 14 Mart Tıp Haftası Etkinlikleri kapsamında “Sağlıkta Dönüşümden Sağlıkta Çeteleşmeye” paneli düzenlenmiştir (“Sağlıkta Dönüşümden Sağlıkta Çeteleşmeye Paneli, <https://www.adanatabip.org.tr/saglikta-donusumden-saglikta-cetelesmeye-paneli/>).

SONUÇ

Sağlık sisteminin en zayıf halkalarından biri yoğun bakımlar, özellikle yenidoğan yoğun bakım birimleridir. Yeni doğan dönemi (yaşamın ilk 28 günü) sağlığın en kırılgan olduğu dönemdir. Bebek ölümlerinin yarısından çoğu bu dönemde gerçekleşmektedir.

Veriler değerlendirildiğinde, ülkemizde yenidoğan yoğun bakım yatak sayılarının yarıdan fazlasının özel hastanelerde bulunduğu görülmektedir. Toplam olarak 13.343 olan yenidoğan yoğun bakım yatak sayısının 7.144'ü (%52,3) özel hastanelerde bulunmaktadır. Ülkemizdeki YÖH'ün yüksek olduğu dikkate alındığında, yoğun bakım birimlerinin önemi daha da öne çıkmaktadır. Bu merkezlerde yeterli sayıda yenidoğan uzmanı istihdamı sağlanamamaktadır.

Sağlık Bakanlığının yataklı sağlık tesislerinde bulunan yoğun bakım servislerinde, Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Tebliğine göre; birinci, ikinci ve üçüncü basamak yeni doğan yoğun bakım servislerinde neonatoloji (yenidoğan yan dal) uzmanı bulunmaması durumunda tercihen yenidoğan yoğun bakım konusunda deneyimli olan bir çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı görevlendirilmektedir. Dördüncü düzey yenidoğan yoğun bakım birimlerinin olduğu kurumlarda ise, yenidoğan uzmanı bir hekimin görevlendirilmesi zorunludur. Uygulamada, bir özel sağlık kuruluşunda tam zamanlı olarak çalışan bir uzman hekim, ek olarak iki ayrı yerde daha yarı zamanlı olarak çalışabilmektedir. Bu, tam zamanlı emek ve dikkat gerektiren YYBÜ'lerde bakım kalitesini olumsuz etkilemekte; bebeklere yapılacak olan müdahaleler gecikmektedir.

Yenidoğan hemşirelerinin hem sayı hem de nitelik olarak yeterli olmadığı görülmektedir. Çoğu yenidoğan konusunda eğitim dahi almamış ve deneyimsiz yardımcı hemşire, acil tıp teknisyeni ya da anestezi teknisyeni, özel hastanelerin yeni doğan yoğun bakım birimlerinde hemşire olarak istihdam edilebilmektedir.

Suiistimale açık olan bu düzenlemelerin gözden geçirilmesi gerekmektedir. Kamuya ait yenidoğan yoğun bakım yatak sayısı artırılmalı, SGK'nin özel hastanelerden hizmet alımı uygulamasına son verilmelidir.

Ülkemizin içinde bulunduğu üst-orta gelir grubunun 1,5 katı daha fazla prematür doğum gerçekleşmektedir; bu duruma yönelik koruyucu hekimlik önlemleri alınmalıdır.

Öte yandan, sağlık kurumlarının denetimlerinin yeterli ve gerektiği şekilde yapılmadığı da bilinen bir gerçektir. Bu denetimlerin daha sık ve uygun bir şekilde yapılması gerekmektedir. Denetim ekibi içerisinde, konunun uzmanı hekimler ile ilgili tabip odalarında da destek alınması daha sağlıklı sonuçlar alınmasını sağlayabilecektir.

Sezaryen oranlarını azaltmak için cezalandırıcı yaklaşımlar yerine vajinal doğumu teşvik eden politikalar benimsenmelidir.

Yenidoğanların kurumlar arası sevkini en aza indirilmesi için devlet ve üniversite hastanelerinde hizmet veren yenidoğan servislerinin güçlendirmesi; sevklerin koordinasyonun ve kontrolünün sağlanması en önemli hedefler olmalıdır.

Çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlığı ve yenidoğan yan dal uzmanlıkları özendirilmezse yaklaşık on yıl içinde, çocuk; özellikle de yenidoğan sağlığı yetişmiş insan gücü yetersizliği nedeniyle ciddi bir krize girecektir.

Sonuç olarak; neoliberal yaklaşımın sağlıkta yansımasının en olumsuz sonuçlarından biri de yenidoğan yoğun bakım birimlerinde yaşanan son olaylardır. Hastanelerin yoğun bakım hizmetlerini kendileri değil de hizmet alımı yoluyla sürdürmeleri bunun en büyük nedenidir. Bu nedenle, özel sağlık sisteminde giderek artmakta olan şirketleşme/taşeronlaşma sürecinin bir an önce kaldırılması yapılması gereken en öncelikli yaklaşım olmalıdır. Tüm sağlık kurumlarında çalışanlar için güvenli ve güvenceli istihdam sağlanmalıdır.

Sağlıkta çeteleşmelerin oluşmaması, sağlıklı bir toplum yaratılması için sağlık sisteminin yeniden inşasına gerek vardır ve bu mümkündür. Kamuda hizmet alım ve taşeronlaşma sistemin ve performansın kaldırılması, özelden SGK'nin hizmet almaması, erken doğumları ve yenidoğanların yoğun bakım ihtiyacını azaltan bir sistem kurulması ihtiyacı vardır.

KAYNAKLAR

Bölüm I-V kaynakları:

- <https://data.unicef.org/resources/Düzeys-and-trends-in-child-mortality-2024/>
- <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2023-53709>
- <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Ne deni-Istatistikleri-2023-53709>. Accessed at 14.06.2024.
- Aktürk G, Özese TA. 2021 Yılında Yargıtay Tarafından Karara Bağlanan Hatalı Tıbbi Uygulama İddiası Olgularının Değerlendirilmesi. ATD. 2023;37(1):19-25.
- Bhattacharjee NV, GBD 2021 Fertility and Forecasting Collaborators . Global fertility in 204 countries and territories, 1950–2021, with forecasts to 2100: a comprehensive demographic analysis for the Global Burden of Disease Study. The Lancet 2021, Volume 403, Issue 10440: 2057 - 2099
- Boos V, Bühner C. Use of mask ventilation and oxygen supplementation in German delivery rooms from 2008 to 2022. Acta Paediatr. 2024 Sep;113(9):2037-2038.
- Horowitz E, Hudak ML, Peña MM, Vinci RJ, Savich R. Child Health and the Neonatal-Perinatal Medicine Workforce: 2020-2040. Pediatrics. 2024 Feb 1;153(Suppl 2):e20230636780.
- Pineda R, Kati Knudsen, Breault CC, Rogers EE, Mack WJ, Fernandez-Fernandez A. NICUs in the US: Düzeys of acuity, number of beds, and relationships to population factors. J Perinatol. 2023 Jun;43(6):796-805.
- Sayılı U, Cansu Çulpan H, Erginöz E. The devastating impact of the earthquake doublet: An alarming increase in child mortality. Turk Arch Pediatr. 2024;59(5):429-431.Schulman J, Braun D, Lee HC, Profit J, Duenas G, Bennett MV, et al. Association between neonatal intensive care unit admission rates and illness acuity. JAMA Pediatr. 2018;172:17–23.
- Seren C. Child health in the first 100 years of Republic of Türkiye: a story of hope, labor and success. Turk J Pediatr 2024; 66: 387-400
- Topaktaş G, Beylik U. Türkiye sezaryen oranı durum analizi ve politika önerileri. Jinekoloji - Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi 2024; Volume 21, Sayı 2 <https://neonatology.org.tr/uploads/content/bulten/35.pdf>

Bölüm VI-VII kaynakları:

- Acar Sinan. Sağlıkta Dönüşüm ve Yeni İstihdam Biçimleri: Taşeron Sağlık Çalışanları Üzerine Sosyolojik Bir İnceleme Doktora Tezi. Eskişehir Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Eskişehir, 2018
- Ağartan T. "Sağlıkta Reform Salgını". Ç. Keyder, & N. Ü. :vd. (Dü) içinde, Avrupa'da ve Türkiye'de Sağlık Politikaları, Reformlar, Sorunlar, Tartışmalar. İstanbul: İletişim. 2007.

- Aksakoğlu G. Dünya Sağlık Örgütü ve Sağlık Politikalarında Değişim. Sol 199, 2003
- Aslan O. E. Kamu Personel Rejimi. Ankara: TODAİE. 2005
- Ataay F. "Sağlık Reformu ve Yurttaşlık Hakları". Amme İdaresi Dergisi, 41(3), 2008
- Bayramoğlu S. Yönetişim Zihniyeti, Türkiye'de Üst Kurullar ve Siyasi İktidarın Dönüşümü. İletişim Yayınları. Ankara, 2005
- Breman A. ve Shelton C. Structural Adjustment and Health: A literature review of the debate, its role-players and presented empirical evidence. Commission on Macroeconomics and Health Working Paper Series No.WG6:6. Geneva: WHO. 2001
- Candansayar S. Taşeron Bilim, İşçi Doktor ve Denek Yoksul Ülkeler. Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni, 12(2), 2009
- DİSK (2014). Kamu İstihdam Bülteni. <http://www.genel-is.org.tr/wp-content/uploads/2014/08/RAPOR>.
- Dünya Bankası. "World Development Report 1993 Investing in Health", 1993
- Elbek O., ve Adaş, E. B. Sağlıkta Dönüşüm: Eleştirel Bir Değerlendirme. Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni, 33-45, 2009
- Elbek O. Hekimliğin Dönüşümü". O. Elbek (Dü.) içinde, Kapitalizm Sağlığa Zararlıdır. Hayykitap, İstanbul, 2013
- Erdoğan S. "Sosyal Politikada Değişim ve Sosyal Güvenlik Reformu". Mülkiye, 30(252), 211-236(2006).
- Gönç Temmuz. Neo-Liberal Politikaların Küresel Düzeyde Sağlık Üzerindeki Etkileri. Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, Cilt/ Vol .: 17 - Sayı/ No: 1, 2017
- Görmüş A. Sağlık Sistemindeki Neoliberal Dönüşümün Sağlık İnsan Gücü Üzerindeki Etkileri. Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı Doktora Tezi. 2011
- Groenewegen P. P. Doğu Avrupa'da Sağlık Reformu. Ç. Keyder, N. Üstündağ, & vd. (Dü) içinde, Avrupa'da ve Türkiye'de Sağlık Politikaları Reformlar, Sorunlar, Tartışmalar.: İletişim Yayınları. İstanbul, 2007
- Güler B. A. Yeni Sağ ve Devletin Değişimi, Yapısal Uyarlanma Politikaları 1980-1995. İmge Yayınları. Ankara, 2005
- Keshavjee Hayy S. Medicine and money: the ethical transformation of medical practice. Medical Education, 38(3), 2004
- Keyder Ç. "Giriş". Ç. Keyder, N. Üstündağ, & vd. (Dü) içinde, Avrupa'da ve Türkiye'de Sağlık Politikaları Reformlar, Sorunlar, Tartışmalar. İletişim Yayınları, İstanbul, 2007
- Klein R. Health care reform: the global search for Utopia. British Medical Journal. 307(6907), 1993
- Kotz D. M. "Globalization and Neoliberalism". Rethinking Marxism, 14(2), 2002
- Leys C. Piyasa ile politika arasında sağlık hizmetlerinin konumu. N. Üstündağ, T. Ağartan ve Ç. Voltar (Ed.), Avrupa'da ve Türkiye'de Sağlık Politikaları içinde. İletişim Yayınları. İstanbul, 2007

- Lister J. ve Labonte R. Küreselleşme ve Sağlık Sistemleri Değişimi. R.Labonte, T. Schrecker, C. Packer ve V. Runnels (Ed.), Küreselleşme ve Sağlık: Süreç, Kanıtlar ve Politika. İnsev Yayınları. İstanbul, 2011
- Mooney G. Ulusların Sağlığı: Yeni Bir Ekonomi Politığı Doğru. (Çev.: Cem Terzi). Yordam Yayınları. İstanbul, 2013
- Moynihan R. ve Cassels, A. Satılık Hastalıklar. (Çeviren: Gökçesu Tamer ve Evren Yıldırım). İstanbul, 2006
- Navarro V. Neoliberalism and its consequences: the world health situation since Alma Ata. Global Social Policy, 8(2), 2008
- Navarro V. " What We Mean By Social Determinants Of Health". Global Health Promotion, 16(1), 2009
- OECD ve WB. OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri: Türkiye. OECD Publishing. 2008
- Roemer M. I. National Health Systems of The World Volume One The Countries. New York;Oxford: Oxford University Press. 1991
- Sağlık Bakanlığı. Sağlık İstatistiği Yıllığı, 2023. <https://www.saglik.gov.tr/TR-107086/saglik-istatistikleri-yilligi-2023-yayinlanmistir.html>
- Sayan İ. Ö., ve Küçük, A. Türkiye'de Kamu Personeli İstihdamında Dönüşüm: Sağlık Bakanlığı Örneği. Ankara Üniversitesi SBF Dergisi, 67(1), 2012
- Terzi C. Hekimler Geçerli ve Güvenilir Bilgi için Tıbbi Literatüre Güvenemezler. Toplum ve Hekim, Ankara. 25(5), 2010
- Terzi C. Türkiye'de Sağlıkta Neoliberal Saldırı: Sağlıkta Dönüşüm Programı. G. Mooney içinde, Ulusların Sağlığı Yeni Bir Ekonomi Politığı Doğru. Yordam Yayınları. İstanbul, 2014
- Topak O. (2012). Refah Devleti ve Kapitalizm 2000'li Yıllarda Türkiye'de Refah Devleti. İstanbul: İletişim Yayınları.
- TTB (Türk Tabipleri Birliği). Hekimlerin Değerlendirmesi ile Performansa Dayalı Ödeme. Ankara: TTB. <http://www.ttb.org.tr/kutuphane/performansadayaliode.pdf>, 2009
- Ünlütürk-Ulutaş, Ç. Türkiye'de Sağlık Üretiminin Dönüşümü. NotaBene Yayınları. Ankara, 2011
- Vincent, Andrew Modern Political Ideologies. Hoboken, New Jersey: Wiley-Blackwell. 2009
- Zencir M. Sağlık Hizmetlerinde Metalaşma ve Sağlık Emekçilerinin Sömürüsü Kapitalizm ve Sağlık Hizmetleri. A. Soyer (Dü.) içinde, Sağlığın Siyasal Ekonomisi Hekim /Sağlıkçı Emek Tartışmaları. Sorun Yayınları. İstanbul, 2012
- Akyürek, Ç.E. Türk Sağlık Sisteminde Dış Kaynaklardan Yararlanma Uygulamalarının Yasal Altyapısı. Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi, 12(2). 2013
- Aslan Şebnem, Çelik Ömer. Kamu Hastanelerinde Dış Kaynak Kullanımı Yoluyla Personel İstihdam Edilmesinde Karşılaşılan İnsan Kaynakları Yönetimi İle İlgili Sorunlar ve Çözüm Önerileri. Sosyal Araştırmalar ve Yönetim Dergisi, (1), 1-8. Derleme/Review. 2019

- Arslantaş C. Yeni Bir Yönetim Stratejisi Olarak Dış Kaynaklardan Yararlanma (Outsourcing) ve İlaç Sanayiinde Faaliyet Gösteren Firmaların Dış Kaynaklardan Yararlanma Uygulamaları. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İ.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul. 1999
- Corbett M.F. Outsourcing As A Strategic Tool. Canadian Business Review 23(2):16, 1996
- Domberger S. The Contracting Organization: A Strategic Guide To Outsourcing. Oxford University Press, New York 49-63. 1998
- Döğücü M. Şemsettin, Sayim Ferhat. Hastanelerde Dış Kaynak Kullanımı Kocaeli Örneği. Conference: Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, Antalya Volume: Cilt 3, 2009
- Eriş, Hüseyin. Hastanelerde Dış Kaynak Kullanımı Yöntemiyle İstihdam Edilen Personelin Performansları Hakkında Yönetici Görüşleri: Şanlıurfa İli Kamu Hastaneleri İle Harran Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesinde Örnek Bir Uygulama. Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, Yayınlanmamış Doktora Tezi, s: 78-79. 2015
- Ertürk M. İşletmelerde Yönetim ve Organizasyon. 2. Basım, Beta Basım Yayım Dağıtım, İstanbul. 1998
- Gökdere H. Bilgi Sistemlerinde Dış Kaynaklardan Yararlanmanın Başarısını Etkileyen Faktörler (Bankacılık Sektöründe Bir Alan Araştırması). Yayınlanmamış Doktora Tezi, Sakarya Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sakarya. 2000
- Gözükcüçük Muharrem, Çelik Yusuf. Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde Dışarıdan Sağlık Hizmeti Alımı: Karşılaşılan Sorunlar ve Çözüm Önerileri. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt: 15, Sayı:2, 2012
- Greaver Maurice F. Strategic Outsourcing: A Structured Approach To Outsourcing Decisions An Initiatives. AMA Publications, New York. 3(51):129-171. 1999
- Güngör Mine. Dış Kaynak Kullanımı (Outsourcing): Kahramanmaraş'taki Hastanelerde Bir Alan Araştırması, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. 2007
- İşçi E. Hastanelerin Yönetiminde Dış Kaynak Kullanımının Önemi ve İstanbul İlinde Bir Uygulama. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yönetim Organizasyon Bilim Dalı, İstanbul. 2004
- Kakabadse A. And Kakabadse N. Trends In Outsourcing: Contrasting USA And Europe. Journal Of European Management 20(2):189-195. 2002
- Kaplan A. Sağlıkın Özelleştirilmesi Hakkındaki Düşünceler. Yeni Türkiye Dergisi, S. 40, 2001
- Karahan A. Dış Kaynak Kullanımının Verimlilik Üzerine Etkisi. Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 12(21):185-199. 2009
- Kavuncubaşı, Ş. Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Siyasal Kitabevi, Ankara. 2000
- Kavuncubaşı Ş., Yıldırım S. Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Ankara, 2010

- Kaya, Gazanfer. Kamudaki Taşeron İşçiler Üzerine Bir Alan Araştırması: Adıyaman Örneği Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi Cilt:14, Sayı:55, s: 257-267, 2015
- Koçel T. İşletme Yöneticiliği. 8. Baskı. Beta Basım Yayım Dağıtım, İstanbul. 2001
- Köksal Fatih. Sağlık Kurumlarında Dış Kaynak Kullanımının Çalışanlar Tarafından Değerlendirilmesi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, s: 18-25. 2016
- Miller R. K., Washington K. D. The 2006 Healthcare business market research handbook, 2007
- Palmer Renner E. Outsourcing to increase service capacity in a New Zealand Hospital. Journal of Management in Medicine, Vol.13, No.5, 1999
- Quinn J.B. And Hilmer F.G. Strategic Outsourcing. Sloan Management Review Summer. 1994
- Sayan İpek Özkal. Türkiye’de Kamu Personeli İstihdamında Dönüşüm: Sağlık Bakanlığı Örneği. Ankara Üniversitesi SBF Dergisi, Cilt 67, No. 1, 2012
- Shinkman R. Outsourcing On The Upswing. Modern Heathcare 30(37):46-51. 2000
- Sunseri R. Outsourcing On The Outs. Hospital&Health Networks 73(10):5153. 1999
- Tezel Y. İşletmelerde Dış Kaynaklardan Yararlanma Süreci ve Eskişehir Arçelik İşletmesi'nde Bir Araştırma. Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi, Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eskişehir. 1998
- Yiğit Vahit. Dış Kaynaklardan Yararlanma ve Hastane İşletmelerinde Uygulanması. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, Ankara. 2004
- Yıldırım M. O., Dış Kaynak Kullanımı ve Hastanelerde 3PL Lojistik, Bahçeşehir Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Tedarik Zinciri ve Lojistik Yönetimi Programı, YYLT, İstanbul, 2011
- Yılmaz Nadiye. Dış Kaynak Kullanımı (Outsourcing) ve Hastanelerde Dış Kaynak Kullanımı (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, 2013