

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ
AİLE HEKİMLİĞİ KOLU

1 AİLE HEKİMLERİ
BULUŞMASI
RAPORU



18-19 Nisan 2015 - Antalya

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ
AİLE HEKİMLİĞİ KOLU
BİRİNCİ AİLE HEKİMLERİ
BULUŞMASI
RAPORU

I. Bölüm
Bilgilendirme

II. Bölüm
Atölye Çalışmaları ve Grup Önerileri

18-19 NİSAN 2015

ANTALYA

Türk Tabipleri Birliği Aile Hekimliği Kolu
Birinci Aile Hekimleri Buluşması Raporu

Birinci Baskı, Kasım 2015

Türk Tabipleri Birliği Yayınları

Yayına Hazırlayan

D. Yaşar ULUTAŞ

Özgür AKBABA

Fethi BOZÇALI

Filiz ÜNAL

Ersan TAŞCI

Teknik Hazırlık & Baskı

Hermes Tanıtım Ofset Ltd. Şti.

Büyük Sanayi 1. Cd. No: 105 İskitler / Ankara

Tel: 0.312 341 01 97 – Faks: 0.312 341 01 98

hermes@hermesofset.com

KATILIMCILAR

A. Erhan ÖZEREN	İbrahim ÇELİK
Adalet ÇIBIK	İlyas ORHAN
Ahmet COŞKUN	İsmail BULCA
Ahmet Erdal UĞURLU	Mehmet ZENCİR
Akın ALALALTUN	Mehmet Akif YÜZER
Ali İhsan GÜNDOĞDU	Mehmet ÇETİN
Ali KANATLI	Mehmet Uğur BARAN
Ali Kemal AZDER	Meltem ÇİÇEKLİOĞLU
Alper Tunga TÜRKBAKRAK	Meral UYSALGENÇ
Alper ZOBARLAR	Mihrap Gürel SEZER
Atila ERGENEKON	Muğdat BALTA
Ayça GÜMÜŞ	M. Murtaza BAYKAN
Aykut SOY	Mürşit Enis AKYÜZ
Ayten İNAN	Nevzat DUMAN
Barış ALDEMİR	Nuri Utkan TUNCA
Cansu İNTİZAMOĞLU	Orhan TEKİN
Celal CANPOLAT	Ö. Egemen EMRE
Ebru BASA	Ömer EŞKİ
Emrah KIRIMLI	Ömer SEZER
Eren ERYOL	Özgür AKBABA
Ersan TAŞÇI	Ramazan ÇELDİR
E. Remzi UYSALGENÇ	Recep KOÇ
Fatih ÖZCAN	Selahattin OĞUZ
Fethi BOZÇALI	Selçuk ÜNAL
Fikret KURT	Sertaç UDUM
Filiz ÜNAL	Simay KAYA
Gizem KIZMAZ	Sonay ÖZDEMİR
Gökhan AKTAŞ	Şevki YÜCEER
Hakan ŞEN	Teoman UĞURLU
Hakkın HEKİMOĞLU	T. Tolunay TUTULMAZ
Hasan KÖRFEZ	Turan KARAKAŞ
Hatıra TOPAKLI	Ümit Selman PAYASLI
Heval TANER	Veysel DAĞ
Hülya GÖRGÜN	Yaşar ULUTAŞ
Hüseyin Naci EKER	Zafer ÇELİK
Hüseyin SOY	Zülfükar CEBE
Işık DOĞAN	

Not: Katılımcı listesi alfabetik sıraya göre düzenlenmiştir.

*Bu çalışmamızı,
olađanıřtđ koşullarda çalışan ve
hayatını kaybetmiş sağlık emekçileri adına
Sevgili Ata Soyer'e ithaf ediyoruz...*

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	9
ÖNSÖZ	11
NEDEN AİLE HEKİMLERİ BULUŞMASI	13
TTB-AHK I. AİLE HEKİMLERİ BULUŞMASI	17
HAZIRLIKLARI VE PROGRAMI	
I. BÖLÜM BİLGİLENDİRME	26
SAĞLIK HİZMETLERİNİN TARİHSEL SÜREÇ İÇERİSİNDE	27
GELİŞİMİ VE DÖNÜŞÜMÜ	
TÜRKİYE'DE KAPTALİZMİN GELİŞİMİ BAĞLAMINDA	33
SAĞLIK HİZMETLERİ	
İLKSEL BİRİKİM DÖNEMİNDE SAĞLIK HİZMETLERİ	35
(1920-1955/1960)	
İÇE YÖNELİK SERMAYE BİRİKİMİ DÖNEMİ: 1960-1980	40
DIŞA AÇIK SERMAYE DÖNEMİ (1980 VE SONRASI)	45
SAĞLIK SİSTEMLERİNİN TARİHSEL GELİŞİMİ VE	63
TEMEL SAĞLIK HİZMETİ YAKLAŞIMI	
BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNİN	71
TEMEL ÖZELLİKLERİ	
SAĞLIK EMEK GÜCÜ AÇISINDAN SAĞLIĞIN FİNANSMANI	81
II. BÖLÜM ATÖLYE ÇALIŞMALARI	102
I. SAĞLIK EMEK GÜCÜ	104
II. SAĞLIK HİZMETLERİ	104
III. YÖNETSEL SORUNLAR	104
IV. ÇALIŞMA MEKANI İHTİYAÇLARI ÇALIŞMA KOŞULLARI	105
V. ATÖLYE-5: EĞİTİM/SÜREKLİ MESLEKİ GELİŞİM	105

ATÖLYE I - SAĞLIK EMEK GÜCÜ.....	106
1.1- İŞ YÜKÜMÜZ	106
1.2- FAZLA- ESNEK ÇALIŞMA.....	107
1.3- AİLE HEKİMLERİNİN STATÜSÜ.....	108
1.4- ÜCRETLER VE KESİNTİLER	109
1.5- PERFORMANSA DAYALI SÖZLEŞMELİ ÇALIŞMA	110
ATÖLYE II - BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ.....	111
2.1- AŞILAR.....	111
2.1.1- Bebek aşıları:	111
2.1.2- Okul aşıları	111
2.1.3- Erişkin aşıları	112
2.1.4- Kampanya aşıları	112
2.2- TARAMALAR:	113
2.3- ANA ÇOCUK SAĞLIĞI VE AİLE PLANLAMASI	113
2.3.1- İzlemler.....	113
2.3.2- Aile Planlaması Hizmetleri	114
2.4- HASTA EĞİTİMLER.....	114
2.5- GENEL SORUN BAŞLIKLARI	115
2.5.1- Nüfus hareketleri ve hasta yoğunluğu	115
(az-çok nüfus, göçebe nüfus)	
2.5.2- Hasta-hekim uyumu sorunları.....	115
(dil-empati-sahiplenme)	
2.5.3- Hastaların sağlık bakımında 1. basamakla	115
işbirliği sorunu	
2.5.4- SGK'nın neden olduğu sorunlar.....	116
(repete/istirahat raporu/ilaç raporu/ ilaç kısıtı)	
2.5.5- Hekim-hekim ilişkilerindeki sorunlar	116
(Basamaklar arası ve aynı basamakta)	

ATÖLYE III - YÖNETSEL SORUNLAR.....119

- 3.1- Şu Andaki AH Sistemi Özel mi? Kamu mu? 119
Özelleştirilmiş mi? Özel Girişimci miyiz?
Özel Sektör Türkiye’de ASM Satın Alıp İşletir mi?
- 3.2- Genel Sağlık Sigortasında Kapsam Nedir? 120
Kapsam Dışı Bırakılan Hizmetler?
Ücretsiz-Ulaşılabilir-Eşit-Nitelikli
Sağlık Hizmeti nedir? Cepten Ödemeler Neler?
Tamamlayıcı sigortalar?
- 3.3- Birinci Basamağın Demokratikleşmesi ve Toplum Katılımı 121
Nasıl Olur?
- 3.4- Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin finansmanı, 123
SGK neyi kapsıyor, cepten ödemeler olmalı mı?

ATÖLYE IV - BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETİ125 **SUNULAN MEKANLAR-ÇALIŞMA KOŞULLARI**

- 4.1- FİZİKİ KOŞULLAR..... 125
- 4.2- ASMLERİN SINIFLANDIRILMASI 128
- 4.3- DONANIM-DEMİRBAŞLAR..... 129
- 4.4- ÖZLÜK HAKLARIMIZ: 132
- 4.5- SÖZLEŞME 135
- 4.6. DENETİMLER-CEZALAR 135
- 4.7- ÇALIŞANLAR ARASI İLİŞKİLER-MOTİVASYON 136

ATÖLYE V - EĞİTİM ve MEZUNİYET SONRASI.....139 **TIP EĞİTİMİ**

- Aile Hekimi Kimdir, Ne İş Yapar? 139
- Sayılarla Aile Hekimliği..... 140
- 5.1- AİLE HEKİMLİĞİ UZMANLIK EĞİTİMLERİ..... 141
Dünyada GP (AH) Meslek Eğitimi..... 143
AHU Eğitiminde AB Ülke Ölçütleri..... 143

Ülkelere Göre AHU Eğitim Süreleri.....	143
Uzmanlık Eğitimi.....	144
5.2- SÖZLEŞMELİ AİLE HEKİMLİĞİ UZMANLIK (SAHU).....	144
EĞİTİMİ	
Tıpta Uzmanlık Kurulunun (TUK) Görevleri	145
Tıpta Uzmanlık Kurulu Kararları.....	146
Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği	147
Sağlık Bakanlığı Sertifikalı Eğitim Yönetmeliği.....	148
Aile Hekimliği Asistanları Bildirisi	149
TAHUD Neden Kaygılanıyor?	149
SAHU Eğitimleri Konusunda Aile Hekimlerinin Görüşleri.....	150
SAHU Eğitimleri İçin Sonuç.....	151
5.3- GEÇİŞ DÖNEMİ EĞİTİMLERİ.....	151
Geçiş Dönemi Eğitim Sürecinin Amaçları.....	151
Uyum Eğitimleri.....	152
AHUZEM Nedir	152
Genel Pratisyenlik Enstitüsü Geçiş Dönemi Eğitim	154
Programı Özellikleri	
BREZİLYA Geçiş Dönemi Eğitimleri	154
PORTEKİZ Geçiş Dönemi Eğitimleri	154
5.4- SÜREKLİ MESLEKİ GELİŞİM EĞİTİMİ	155
5.5- BOARD SINAVLARI.....	155

SONUÇ **156**

KAYNAKLAR..... **157**

ÖNSÖZ

Aile Hekimliği Türkiye’de 1980’lerden bu yana tartişılıyor.

2003 yılında uygulamaya konan Sağlıkta Dönüşüm Programının ana bileşenlerinden biri de Aile Hekimliği Sistemi oldu. 2005 yılında pilot uygulamalarla başlayan sistem 2010 yılında tüm Türkiye’ye yaygınlaştırıldı.

Aile Hekimliği Sistemi ile birinci basamak sağlık hizmetleri nasıl dönüştürüldü? Gelineen noktada gerek yurttaşlarımızın aldığı sağlık hizmetleri gerekse alanda çalışan hekimlerin ve sağlık çalışanlarının özlük hakları, çalışma koşulları nasıl etkilendi? Sorunlar ve çözümleri, mücadele olanakları nelerdir? Tüm bu başlıklar TTB Aile Hekimliği Kolu tarafından 18-19 Nisan 2015 tarihlerinde Antalya’da gerçekleştirilen Aile Hekimleri Buluşması’nda ele alındı. Elinizdeki rapor toplantıdaki tartişma başlıklarını ve değerlendirmeleri içermektedir.

Toplantıyı düzenleyen ve raporlaştıran Aile Hekimliği Kolu yürütme kurulu üyelerimize, toplantıya sunumları ve katılımları ile destek olan tüm meslektaşlarımıza değerli çalışmaları nedeniyle teşekkürlerimizi sunarız. Bu çalışmanın Türkiye’de yürüttüğümüz sağlık hakkı ve sağlık çalışanlarının özlük hakları mücadelesine katkı sağlaması dileklerimizle...

Dr. Bayazıt İLHAN

TTB Merkez Konseyi Başkanı

ÖNSÖZ

Değerli Meslektaşlarım, Sağlık alışanları, Değerli Okurlar;

Sağlık Bakanlığının 2005 yılında pilot olarak Düzce’de, ‘her derde çare olarak’ başlattığı Aile Hekimliği Sistemi, daha çok Aile Hekimleri ve ‘ekip’ arkadaşlarının sırtından yürüyen, sorunları giderek artan, erken iflas etmiş sistemin adı olmuştur.

Sağlık hizmetlerinin tümüyle kar alanı olarak görüldüğü, tüketime dayalı, kamunun sunduğu hizmet alanı olmaktan çıkarıldığı, sağlık çalışanlarının güvenceden yoksun, sözleşmeli çalıştırıldığı, mesleki bağımsızlığın yerine performansın esas alındığı zor dönemlerden geçiyoruz...

Aile Hekimliği ile birinci basamak sağlık hizmetlerinin parçalı hale geldiği, sadece kayıtlı nüfusa, talebe ve performansa dayalı, kişiye yönelik koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetinin sunulduğu anlayış, birinci basamak sağlık hizmetlerinde yaşanılan mevcut sorunlara ek sorunlar katmıştır.

Aile hekimlerinin statüsünün ne olduğundan, her türlü angarya görevlere, onlarca ceza puan sistemine, alınan 100 ceza puanlarıyla sözleşme fesihlerine, negatif performans kriterlerine, aşıların soğuk zincirinde yaşanan sorunlarda ki tek suçlu muamelesine, hastadan gelen uygunsuz talep karşılığında iyi hekimlik anlayışı ve diyet olarak kesilen ücretlere; doğrusu neresinden bakarsanız bakın, Aile Hekimlerini ve diğer Aile Sağlığı Merkezi çalışanlarını sopa/havula terbiye eden yönetmelikler, uygulamalar; baskı altında çalıştıran sağlık çalışanları, yani her yeri dö-külen sistemle karşı karşıyayız.

Aile Hekimliği Kolumuzun yoğun emeğiyle, Odalarımızın Aile Hekimleri Komisyonlarında mücadele yürüten meslektaşlarımızı bir araya getirerek, sahada yaşadıkları sorunları içtenlikle tartışmaya açmaları, çözüm yolları için çaba sarf etmeleri, oldukça değerli bir birikime yol açmış, kıymetli bir kaynağa dönüştürmüştür.

2 Aralık 2012 yılında kurularak faaliyetlerine başlayan **TTB AİLE HEKİMLİĞİ KOLU** bir yandan Hekim ve diğer sağlık çalışanlarının çalışma saatleri, çalışma alanları, özlük hakları, mesleki sorunlar, emeklilik gibi konularda faaliyetlerini sürdürürken diğer yandan da koruyucu hekimlik, nitelikli ve ulaşılabilir sağlık hakları konularında çalışmalarını başarıyla yürütmektedir. Elinizde bulunan **Birinci Aile Hekimleri Buluşması Raporu** Aile Hekimliğinin tüm sorunlarının tartişıldığı iddiası olmadan bu konuda bugüne kadar hazırlanmış en derli toplu çalışma ve çok ciddi bir başlangıçtır.

Bu toplantının düzenlenmesi, raporun hazırlanması konusunda emeği geçen ve toplantıya katılan tüm hekim arkadaşlarımıza mücadele duygumuzu ve umutlarımızı arttırdıkları için binlerce kez teşekkürler.

Bu çalışmanın önünü açan, sağlık hizmetlerinin geneli ve birinci basamak temelinde, evrensel ve yerel gelişim aşamaları ile Aile Hekimliği sistemini anlamamızı kolaylaştıran n sunumlar yapan değerli arkadaşlarımız Prof. Dr. Mehmet Zencir ve Prof. Dr. Meltem ieklioğlu'na bu katkılarından dolayı ayrıca teşekkür ediyoruz.

Bu belgenin birinci basamak sağlık hizmetlerinin sorunlarına işık tutaına, sağlık ortamına faydalı olacağına, bu üretim ikinci ve sonraki buluşmalarla daha da zenginleşeceğini biliyor, Aile hekimliği Kolumuza can veren tüm mücadele arkadaşlarımızı kutluyor başarılarının devamını diliyoruz.

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ
AİLE HEKİMLİĞİ KOLU

NEDEN AİLE HEKİMLERİ BULUŞMASI

Türk Tabipleri Birliği Aile Hekimliği Kolu (TTB-AHK) I. Aile Hekimleri Buluşması, TTB'nin Tabip Odalarına yaptığı çağrı üzerine, 25 Tabip Odasının Aile Hekimliği Komisyonlarından 74 hekimin katılımıyla, 18-19 Nisan 2015 tarihlerinde Antalya'da gerçekleştirilmiştir. Bu toplantının detaylarını bulacağınız rapor, bir yandan birinci basamağın geldiği ve olması gereken yer konusunda aydınlatıcı olurken diğer yandan aile hekimliğindeki sorunlar ve bu sorunlara grup önerileri açısından da bir bakış sunmaktadır. Bu raporun düzenlenmesinde binlerce sayfa literatürü tarayarak zamanını/enerjisini bu işe adayan; emeği geçen bütün arkadaşlarımıza ve bu toplantının düzenlenmesinde desteklerini esirgemeyen Tabip Odası yöneticileri ile TTB MK üyelerine teşekkürü bir borç biliriz. Bu raporun sağlık idarecilerine ve sağlık emekçilerine faydalı olacağını umut ediyoruz.

GİRİŞ

Türk Tabipleri Birliği; Sağlık Bakanlığı tarafından, “Sağlıkta Dönüşüm Programı” adıyla sürdürölen, sağlık hizmetlerini piyasa koşullarına göre yeniden düzenleyen, sağlık kurumlarını özel işletmeler haline getiren, sağlık hizmetlerini kamusal hak olmaktan çıkaran, sağlık çalışanlarını iş güvencesinden yoksun bırakan, performansla dayalı, sözleşmeli ve esnek çalıştırmaya zorlayan bu programa, sağlık çalışanlarının temel haklarını korumak, toplum sağlığına verilecek olası zararları önlemek amacıyla etkin muhalefet hattı yürütmüşür/yürütmektedir.

Sağlıkta Dönüşüm Programının bir parçası olarak, birinci basamak sağlık hizmet alanı, Aile Hekimliği adıyla yeniden düzenlenmiş; program, 2005 yılında Düzce ilinde “**Pilot Uygulama**” olarak başlatılmış ardından 2010 yılında tüm Türkiye'de uygulamaya geçilmiştir.

Sağlık Bakanlığı, gerek Aile Hekimliği Sistemine geçiş kararını verirken gerekse geçiş sürecinde birinci basamak sağlık çalışanları ve onların örgütleriyle konuyu tartışmadan, görüş/önerilerini dikkate almadan; birinci basamakta, fiziksel, teknolojik, personel, eğitim, idari, yasal alt yapı gibi birçok konuda yeterli bir hazırlık yapmadan, bu programı yaşama geçirmeyi tercih etmiştir.

Aile Hekimliğiyle birlikte, birinci basamak hizmetlerinin bütünlüklü yapısı ortadan kaldırılmış; Aile Sağlığı Merkezi(ASM) ve Toplum Sağlığı Merkezi(TSM) adı altında, topluma yönelik birinci basamak sağlık hizmeti ile kişiye yönelik birinci basamak koruyucu ve tedavi edici hizmet veren birimler olarak iki ayrı birim haline getirilmiştir. Ekip hizmetine son verilmiş, bölge tabanlı hizmet terk edilip, liste tabanlı ve talebe dayalı sisteme geçilmiştir. Sağlık çalışanları içinse performansa dayalı güvenceden yoksun sözleşmeli-fazla-esnek çalışma biçimi dayatılmıştır.

Aile Hekimliği Sistemi, birinci basamak sağlık hizmetlerinde öngörülenlerden daha büyük sorunlara neden olmuştur.

Sağlık Hizmetlerinde vatandaşlardan alınan katkı/ katılım ücretleri, halen birinci basamak sağlık hizmetlerinden faydalanamayan bir nüfusun varlığı, basamaklar arası sevk zincirinin kurulamamış olması gibi daha birçok temel sorun giderilememiştir.

Ayrıca, kızamık salgınları gibi bulaşıcı hastalıkların tekrar hortlaması, DM gibi bulaşıcı olmayan kronik hastalıkların önlenemez artışı, Aile Hekimliği Sisteminin toplum sağlığını korumada geldiği aşamayı göstermek bakımından önemli örnek çıktılardır.

Uygulama devam ettikçe, sistem içindeki birinci basamak sağlık çalışanlarının çalışma koşulları, özlük haklarıyla ilgili sorunlar, koruyucu hekimlik alanı ve hizmet sunumunda yaşanan sorunlar giderek artış göstermiş, resmi sağlık yöneticileri dahil hiç kimsenin içinden çıkamadığı bir durum almıştır.

Birinci basamak sağlık çalışanları öncelikle kendi temel haklarıyla ilgili örgütlenmeye ve mücadele etmeye başlamış, Aile Hekimliği Dernekleri, Sendikalar ve Tabip Odaları içindeki Aile Hekimliği Komisyonları, Türk Tabipleri Birliği Aile Hekimliği Kolu birinci basamak sağlık çalışanlarının hakları için mücadele eden kurumlar olarak ön plana çıkmıştır.

zlk haklarındaki kayıplar, ceza puanları, hastane acil nöbetleri ve sonrasında ASM nöbetleri konusunda 2010 yılından bu yana çok sayıda eylemler, basın açıklamaları, iş bırakma eylemleri yapılmaya başlanmıştır. Bu hareket nöbet adı altında dayatılan hastane acillerinde ve Cumartesi günleri fazladan/ zorla çalıştırmaya karşı büyük bir direnişe dönüşmüş Cumhuriyet tarihinin en büyük ve en uzun sağlık direnişi örgütlenmiştir.

AMAÇ

Türk Tabipleri Birliği Aile Hekimliği Kolu I. Aile Hekimleri buluşmasında, sistemin tüm yönlerini ortaya koyabilecek, bütünlüklü bir bakış açısıyla sorunları tartışacak, zm önerilerini ve talepleri geliştirilecek bir ortam yaratmak; çalışanların örgütlenme yapısını ve mücadele yöntemlerini gözden geçirmek amacına yönelik iki günlük bir i eğitim programı hazırlamıştır.

YÖNTEM

1. TTB-AHK yürütmesi ve Tabip odalarının AH Komisyonlarında alışan arkadaşlarımızla yapılmak istenen çalışmanın amacı hedefleri tartışıldı.
2. Katılacak aile hekimlerini belirlemek için Tabip Odalarına yazılar yazıldı.
3. Çalışmaya eğitimci olarak katkı sunacak kişiler belirlendi.
4. Tüm katılımcıların elektronik ortamda programa katkı sunması organize edildi.

5. TTB'nin birinci basamak ile ilgili bilgi/birikimi ve geçmişte yapılan çalışmalar (zellikle Ata Soyer gibi yazarların değerli çalışmaları), yerli, yabancı kaynaklar araştırılıp, (kaynaklar 1500 sayfanın üzerinde) mail grubunda tüm katılımcılarla paylaşıldı.
6. Program ilk bölümünde TTB Halk Sağlığı Kolundan arkadaşlarımızın katkısıyla, birinci basamak sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi, sunumu, finansmanı, ülke rnekleleriyle bir n açıcı giriş yapıldıktan sonra Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Aile Hekimliği tartışmasıyla ilk bölüm tamamlandı.
7. İkinci bölüm, beş başlık altında atölye çalışmaları ile sürdürülmüş, her atölye başlığı altında sorun başlıkları ve cevap aranacak sorular belirlenmiş, elektronik ortamda Atölye grupları belirlenip, tartışmalar 1,5 ay boyunca sürdürülmüş, toplantının yapıldığı gün bir araya gelen atölye grupları önce kendi içinde daha sonra da tüm grupla bu tartışmaları yaparak ortak sonuçlar oluşturmaya çalışmış; bu tartışmaların toplantı sonrası da sürdürülmesinin faydalı olacağı düşüncesi kabul görmüş, atölye çalışmalarının yapıldığı günlerde ortaklaşılan görüşler toparlanmaya çalışıldı.
8. Buluşmanın son bölümünde çalışanların örgütlenme ve mücadele yöntemleri tartışıldı.

TTB-AHK I. AİLE HEKİMLERİ BULUŞMASI HAZIRLIKLARI VE PROGRAMI

Neyi bilmek ve ne yapmak istiyoruz?

- Öncelikle, sağlığın, birinci basamağın, temel sağlık hizmetlerinin vb. birçok kavramın ne ifade ettiğini,
- Birinci basamak sağlık hizmet sunumu, örgütlenmesi, finansmanı, gelişim süreci, şimdiki hali, nereye evireleceği ve bundan sonra nasıl olmalı sorularına yanıt aramayı,
- Halen yaşılan sorunların tartışılmasına olanak sağlamayı,
- Birlikte çözüm yolları geliştirmek, mücadele yöntemlerimizi, araçlarımızı gözden geçirmek, bu bilgi birikimlerimizi sahadaki arkadaşlarımızla nasıl paylaşacağımızı kararlaştırmak, öncelikli birçok konuyu iki gün içinde görüşmek, bundan sonraki çalışmalarımız için başlangıç yapmak istiyoruz.

Referans noktalarımız ve sorularımız

- Dünyada farklı Sağlık Sistemleri nelerdir?
- TTB sağlıkta nasıl bir sistemi savunuyor?
- TTB'nin birinci basamak sağlık hizmetlerine bakışı nedir?
- Alma-Ata Bildirgesi - 224 sayılı kanun
- Türkiye de Sağlık Sistemi ve Aile Hekimliği
- İdeal olarak olması gerekenle güncel durum arasında nerede durmalıyız?
- Kapitalizm, sağlığın metalaşması, mevcut sistem
- Toplumcu ve katılımcı sağlık sistemleri var mı? Mümkün mü?
- Türkiye koşullarında neyi savunmalıyız, neye karşı çıkmalıyız?

Hangi kavramlar üzerinden tartışalım?

- Halk Sağlığı,
- Toplum Sağlığı,
- Birinci Basamak Hizmetleri,
- Aile Hekimliği, Koruyucu Hizmetler,
- Örgütlenme,
- Toplum Katılımı,
- Ulaşılabilirlik,
- Bölge Tabanlı Hizmet,
- Parasız Sağlık,
- Kimin İçin Sağlık,
- Sağlık Endüstrisi

TOPLANTI PROGRAMI:**18 Nisan Cumartesi 2015**

	SAĞLIK HİZMETLERİ-BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ	Kolaylaştırıcılar
09.00 10.15	Prof. Dr. Mehmet Zencir: Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Süreç içerisinde Gelişimi ve Dönüşümü <ul style="list-style-type: none"> • Kapitalizm-Emperyalizm bağlamında sağlık hizmetleri • Dünya örnekleri • Geç kapitalistleşen ülke örneği olarak Türkiye 	Ayten İnan Ersan Taşçı
10.15 10.30	Ara	
10.30 11.30	Prof. Dr. Meltem Çiçeklioğlu: Birincil Sağlık hizmetleri-BSH (Primary Health Care) <ul style="list-style-type: none"> • Alma-Ata'dan 2008'e BSH • Alma-Ata öncesi birinci basamak birikimi (Türkiye- Dünya) • Dönemsel özgünlükler 	Hülya Görgün Recep Koç
11.30 11.45	Ara	
11.45 12.45	Prof. Dr. Meltem Çiçeklioğlu: Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Temel Özellikleri <ul style="list-style-type: none"> • Temel kavramlar 	Meral Uysalgen Celal Canpolat
12.45 14.00	Yemek arası	
	SAĞLIK EMEK GÜCÜ (Birinci basamak bağlamında)	
14.00 14.45	Prof. Dr. Mehmet Zencir: SDP-Ulusal İştihad Stratejisi bağlamında Sağlık Emek Gücü Birinci basamak <ul style="list-style-type: none"> • İştihad • alışma koşulları • Yönetmel reformlar 	Ebru Basa İbrahim elik

14.45 15.30	Prof. Dr. Mehmet Zencir: Sağlık emek gücü açısından sağlığın finansmanı <ul style="list-style-type: none"> Finans sistemleri ve sağlık emek gücünün ücretlendirilmesi Performansa dayalı ücretlendirme modeli olarak birinci basamakta ücretlendirme 	Ebru Basa İbrahim Çelik
15.30 15.45	ARA	
	BİRİNCİ BASAMAKTA MEVCUT DURUM/ SORUNLAR	
15.45 16.30	ATÖLYE ÇALIŞMALARI: SORUNLARIN ORTAYA KONULMASI	Cansu İntizamoğlu Özgür Akbaba Yaşar Ulutaş Selahattin Oğuz Hakan Hekimoğlu
	Atölye-1: Sağlık emek gücü	
	Atölye-2: Sağlık hizmetleri	
	Atölye-3: Yönetmel	
	Atölye-4: Mekan-Fiziki ortam-Çalışma koşulları-ortamı	
	Atölye-5: Sürekli Mesleki Gelişim/Eğitim	
16.30 16.45	ARA	
16.45 18.30	ATÖLYE SUNUMLARI VE TARTIŞMA	

19 Nisan Pazar 2015

	MEVCUT DURUM/SORUNLARLA İLGİLİ KISA VE UZUN VADELİ ÇÖZÜM ÖNERİLERİ	Kolaylaştırıcılar
9.00 09.45	ATÖLYE ÇALIŞMALARI: GRUP ÖNERİLERİ	Cansu İntizamoğlu Özgür Akbaba Yaşar Ulutaş Selahattin Oğuz Hakan Hekimoğlu
	Atölye-1: Sağlık emek gücü	
	Atölye-2: Sağlık hizmetleri	
	Atölye-3: Yönetmel	
	Atölye-4: Mekan-Fiziki ortam-Çalışma koşulları-ortamı	
	Atölye-5: Sürekli Mesleki Gelişim/Eğitim	
09.45 10.00	ARA	
10.00 11.15	ATÖLYE SUNUMLARI VE TARTIşMA	
11.15 11.30	ARA	
11.30 12.30	MÜCADELE BİRİKİMİ	
	TTB'nin Birinci Basamakta Birikimi ve Örgütsel Mücadele	
	Çalışanların Örgütlü Mücadelesi ve TTB Aile Hekimliği Kolu mücadelesi • Birinci basamak sağlık emek gücünün ekonomik-özlük hakları	Ayça Gümüş Zülfikar Cebe

12.30 13.30	Yemek arası	
13.30 15.00	BİRİNCİ BASAMAğI YENİDEN TOPLUMSAL KURUM HALİNE GETİRMEK (FORUM)	
	Birinci basamağın yeniden inşasında olanaklar Sağlık emekçilerinin mücadelesi-Sağlık hakkı mücadelesi	
	Mevcut mücadele ve Önümüzdeki Program <ul style="list-style-type: none"> • Dinamikler • Örgütlü yapılar • Sorunlar • Birleşik mücadelenin inşası 	Hatıra Topaklı Fethi Bozçalı
ATÖLYE-1: SAğLIK EMEK GÜCÜ <ul style="list-style-type: none"> • Mevcut Durumda AH/Hemşire İş Yükü? • Ortalama Poliklinik Sayısı Ve Yapılan İşlerin Oranı? • RPT İş Yükünün Çözülmesi, • Sağlık Raporları İş Yükünün Çözülmesi, • Defin/Adli Nöbetler, • Esnek çalışma, • Fazla Çalışma, Cumartesi Nöbetleri, • Sözleşmeli Çalışmaya Karşısız? • Performansa dayalı çalışma? • Ücretlendirme, minimum doktor maaşı ne olmalı? • Sağlık Bir Kamu Hizmeti Olmalı! • Sağlık Çalışanı-Kamu Memuru Olmalı! • SGK İle Sözleşme İmzalama İhtimali Var Mı? • Yıllık izin hakkı / Vekalet 		

ATÖLYE-2: SAĞLIK HİZMETLERİ (KORUYUCU, TEDAVİ EDİCİ, ESENLENDİRİCİ, GELİŐTİRİCİ)

- Koruyucu Sağlık Hizmetleri Nasıl/Nerde/Kim Tarafından Sunulmalı?
- AŐilama Çalışması Nasıl Yapılıyor/Yapılmalı?
- Okul AŐilamaları Nasıl Organize Edilmeli?
- Kanser Taramaları Nasıl Yapılmalı? Aynı Bir Kurum/Sistem/Personel mi Yapmalı?
- Risk Altındaki Grubun Kayıtlarını Tutup-Takip Etmeli?
- Kadın Sağlığı? AP? Bebek-Çocuk Sağlığı?
- Anne-Bebek Ölümleri Nasıl Azaltılır?
- Kronik Hastalıkların Takibi Nasıl Yapılmalı?
- Bulaşıcı Hastalık Kontrolü?
- VSD, AÇSAP gibi dikey yapılar ne olacak?
- İŞçi Sağlığı, yaşlı sağlığı, engelli sağlığı
- Evde sağlık hizmetleri, mobil hizmet
- Ev Ziyaretleri? Ne Zaman? Nasıl? Ne İçin? Kim Yapacak?
- Sunulması Gereken Ama Sunulmayan Hizmetler Neler?
- Hekim Seçme Özgürlüğü
- GP mi? AH mi? ASE mi? AŐ mi? Hemşire/Ebe mi?
- Birinci Basamak Ekibinde Kimler Olmalı? Ekiptekiler Ne İŞler Yapmalı? Diğer meslek grupları olmalı mı? İŞ Bölümü Ve İŞbirliği Nasıl Olmalı?
- Mevcut ASM-TSM Bölünmüşlüğü, ASM'ler Ne Yapıyor? TSM'ler Ne Yapıyor?
- 24 Saat Birinci Basamak Hizmeti Sunumu Gerekli mi? Mümkün mü? Nasıl Yapılmalı? Entegre sağlık hizmet modeli?
- Mesleki Gizlilik, Hasta Mahremiyeti, Bakanlığa Bilgi Göndermeli mi - Göndermemeli mi?
- Hasta kayıtlarının, konsültasyonların iyi tutulması in ne yapmalı? Aynı ASM içinde paylaŐıma açık olması gerekli mi?
- Laboratuvar? Görüntüleme?
- Misafir hasta sorunu? Bana kayıtlı olmayan hastaya bakmam?

ATÖLYE-3: YÖNETSEL SORUNLAR

- Sağlıkta Özel Sektöre, Sağlıkın Ticarileştirilmesine Karşıyız!
- Birinci Basamağın Demokratikleşmesi Ve Toplum Katılımı Nasıl Olur?
- Şu Andaki AH Sistemi Özel mi? Kamu mu? Özelleştirilmiş mi? Özel Girişimci miyiz?
- İşveren miyiz? İşverenimiz Kim?
- SGK'ya Devir?
- Sağlık Sisteminin Finansmanı Nasıl Olmalı?
- Farklı Modeller/Uygulamalar Neler?
- Genel Bütçeden Sağlığa Ayrılan Pay?
- İşyeri Hekimliği İle Birinci Basamak Arasında İş Bölümü/İş Birliği?
- Hasta Eğitimi - Bilinçli Sağlık Talebi?
- Kişi Başına Düşen Sağlık Harcaması Türkiye'de Ne Kadar? Diğer Ülkeler?
- Sağlık Tüm Basamaklarda Ücretsiz Hizmet Olmalıdır?
- SGK-GSS Uygulaması Nasıl İşliyor?
- 1.Basamaktan Hizmet Alanlarda GSS Sorgulamıyoruz SGK'lı mı Değil mi Sormuyoruz?
- Katkı Payları.
- Cepten Ödemeler Neler?
- GSS'de Kapsam Nedir? Kapsam Dışı Bırakılan Hizmetler?
- Ücretsiz-Ulaşılabilir-Eşit-Nitelikli Sağlık Hizmeti
- Birinci Basamak Özelleştirilmek İçin Cazip mi?
- Özel Sektör ASM Satın Alıp İşletir mi Türkiye'de?
- Bu Özelleştirme midir? Özelleştirmenin Ön Hazırlığı mıdır?
- Tamamlayıcı Sağlık Sigortası, Özel Sağlık Sigortaları.
- Sağlık Güvencesi Olmayan Nüfus?
- İlaç Ödemelerindeki Muayene Ücreti/Reçete Bedeli, Diğer
- Sevk zinciri olmalı mı? Ne zaman? Nasıl?
- Hasta kaydı AH'ne mi ASM'ye mi yapılmalı?
- AH başına hasta sayısı kaç olmalı?

ATÖLYE-4: MEKAN- FİZİKİ ORTAM-ÇALIŞMA KOŞULLARI-ORTAMI

- Çalıştığımız Yerler Kamu Binaları / Özel / Belediye?
- Devlet 1. Basamak Hizmeti Sunulacak Yerleri İnşa Etmeli?
- Tüm Donanımını Sağlamalı? Tıbbi ve Demirbaş?
- Malzeme Tedarikini, Faturasını, Çöpünü, Teknolojik İmkanlarını,
- Her Şeyini Karşılmalı? Sarf malzemeleri?
- Hali hazırda Hizmetin Devam Ettiği Fiziki Mekanlarda Ne Yapılmalı?
- Bundan Sonra Cari Gider Yardımı Kaldırılmalı mı?
- Nüfus Bazlı Hizmet Mi? Bölge Bazlı Hizmet mi?
- Kapsam dışında kalan nüfus ne olacak?
- Sınıflanan Halk mı ASM mi?

ATÖLYE-5: EĞİTİM/SÜREKLİ MESLEKİ GELİŞİM

- AHU Eğitimleri
- SAHU Eğitimleri
- Geçiş Dönemi Uzmanlık Eğitimleri
- Mezuniyet sonrası Sürekli Tıp eğitimi
- Board sınavları
- UDEK le ilişkiler

I. BÖLÜM
BİLGİLENDİRME

SAĞLIK HİZMETLERİNİN TARİHSEL SÜREÇ İÇERİSİNDE GELİŞİMİ VE DÖNÜŞÜMÜ

Prof. Dr. Mehmet ZENCİR

Bu başlıkta sağlık hizmetleri Kapitalizm-Emperyalizm bağlamında ele alınacak ve geç kapitalistleşen ülke rneği olarak Türkiye’de kapitalizmin gelişimi ile bağlantılı sağlık hizmetleri-sağlık politikaları ele alınacaktır.

Dünya’da coğrafi olarak Ortadoğu’da, kapitalizme geç başlamış bir ülkeyiz. Emperyalist (*erken kapitalistleşen-merkez kapitalist-gelişmiş ülke-ler*) dünya sistemi içerisinde, emperyalizme bağımlı gelişmiş, kendi alt yapısını kurma noktasında önemli bir dezavantajla başlamış bir ülkeyiz (*bağımlı ülke-geç kapitalist-perifer kapitalist-yarı sömürge-gelişmekte olan lke*).

Kapitalist retim biçimi bir alana girdiğinde, yani alan sermayeleştiğinde aynı zamanda bir işçileşme de yaratıyor. Günümüzde sağlık alanında kapitalist üretim ilişkisi içindeyiz ve sağlık çalışanları olarak bir işçileşme süreci yaşıyoruz. Mevcut ilişkilerin ve mücadele tarzının bu eksene doğru kaydırılması olmazsa olmazlardan biridir.

Kapitalizm ve işçi sınıfı arasında sürekli bir mücadele vardır ve bu gler arasındaki denge taraflardan birinin lehine sürekli değişir. şu anda sermayenin çok güçlü olduğu işçi sınıfının ve ezilen halkların yenildiği bir dönemdeyiz. Bir yenilgi dönemindeyiz, ama kıpırdanmaların da başladığı bir dönemdeyiz.

Kapitalizmin egemen olduğu dünya tarihini tek düze değerlendirmemek gerekir. Kapitalizm tarih içerisinde farklı dönemlerden geçmiştir. Ortak zellikleri sürse de her dönemin kendine ait özgünlükler vardır. Kapitalizmin tarihi olarak en çok kullanılan sınıflama şöyle:

- Vahşi kapitalizm dönemi (Liberal dönem): her şey serbest?
- Keynesyen dönem (Fordist dönem)
- Neoliberal dönem (post-fordist dönem)

Kapitalizmin her döneminde eş zamanlı giden toplumsal mücadeleler var. Vahşi kapitalizm döneminde sendikal-siyasal mücadeleler çok baskın. Keynesyen dönemi koşullayan faktörler içerisinde sosyalizm ve sömürge karşıtı mücadeleler çok baskın. Bugün de antikapitalist mücadele, sosyalizm mücadelesi, kadın mücadelesi, ekoloji mücadelesi, otonomi mücadelesi çok baskın. Bunlar kendi içinde bir diyalektik oluşturuyor. Bu diyalektik ilişki sağlık alanındaki mücadeleyi de etkiliyor.

Halk sağlığı ve sağlık politikasıyla uğraşan her öğrencinin okuduğu ilk kitaplardan biri Friedrich Engels'in İngiltere'de Emekçi Sınıfların Durumları kitabıdır. Tam bir halk sağlığı kitabıdır. Tamamıyla sağlık üzerinden okuma çok baskındır. O dönemin İngiltere'sini anlatır ve kapitalizmin neden sağlık hizmetine ihtiyaç duyduğunu tanımlar. Kitaptan bazı alıntılar sizlerle paylaşacağım.

“Kentlerin oksijenden yoksun havası; çöpler ve kirli su birikintileri; yetersiz su ve kanalizasyon; küçük, rutubetli, damı akan, mahzen gibi barmaklar; kötü yiyecekler ve giyecekler...” diye erken sanayileşme döneminin kentlerini tanımlar ve bunun hastalıklarla ilişkisini kurar.

“Sonuçta; akciğer hastalıkları, özellikle verem; işçi bölgelerini perişan eden tifüs, kızıl; özellikle çocuklarda sindirim sistemi rahatsızlıkları, büyüme ve gelişme geriliği, omurga ve bacaklarda şekilsizlik; işçi sınıfının beden yapısının genel bir zayıflaması, sık hastalanma, erken yaşlanma, erken ölümler...”

Bu tespitler bugün herkes için kabullenilen tespitlerdir. Engels bu kitap da ***“İşçi Sınıfının Sağlık Koşulları Hakkında Rapor”***a da yer verir. Rapordaki çarpıcı tespitler şu şekildedir.

“Beş yaşını doldurmadan ölme işçi sınıfı çocuklarında %57, üst sınıflarda %20; Ortalama ömür süresi işçilerin, gündelikçi işçilerin ve hizmet sınıfının 15 yıl, iş adamları ve iyi durumdaki zanaatkarların 35 yıl ve üst sınıfların, orta sınıfın, meslek sahiplerinin 40 yıl...”

Bu sonuçlar ile erken dönem kapitalizmin sağlıkta yarattığı eğsizliğe ve sadece işçi sınıfını değil burjuvaziyi de etkilediğini vurgular. Ve devam eder:

“İşçi sınıfı için bir başka maddi kötülük, hasta oldukları zaman yetkin doktorlara görünmeleri olanaksızlığıdır. İngiliz doktorlar yüksek vizite ücreti alıyorlar; emekçiler o ücreti ödeyebilecek konumda değil. O nedenle hastalanınca ya hiçbir şey yapmıyorlar, ya da ucuz sahte doktorlara gidiyorlar, kocakarı ilacı kullanıyorlar...”

Engels, bu vurgular ile sağlık hizmetinin kullanımındaki engelleri dile getirir.

Engels'in kitapları halk sağlığı camiasında daha çok bulaşıcı hastalıklar üzerinden bir tartışma şeklinde yer alır. Daha az tartışılan kapitalizmin sağlıklı işçiye olan ihtiyacıdır. Ata Soyer'in bize öğrettiği temel noktalardan biri de buydu: O dönemlerde Prusyanın topladığı askerlerin büyük bir kısmında iş kazasına bağlı sakatlıklar mevcuttur, askerliğe elverişli değildir. Kapitalizmin sağlıklı işçiye ve bunun için de sağlıklı bir ortama ihtiyacı olmasına özel bir önem biçerdi Ata Soyer.

Engelsin kitabında kullandığı tüm veriler aslında İngiliz parlamentosunun ve halk sağlığı gruplarının çıkarttığı bilimsel araştırmalar ve raporlardır. Engels'in farkı aynı verilerin bir sistem meselesi olarak ele alması ve kapitalizmin işleyiş dinamikleri ile bağlantısını kurmasıdır.

Son yüz elli yıllık kapitalizm tarihinde sağlık hizmeti dediğimizde 3 ana işlevden bahsediyoruz.

1. Emek gücünü yeniden üretmek, yani kapitalizmin sağlıklı işçiye olan ihtiyacı
2. Siyasal işlevleri
3. Doğrudan sermaye birikim sürecine katkı

Bu üç işlev her dönemde geçerli olsa da bazı dönemlerde bu işlevlerden biri diğerinden daha fazla öne çıkar. Bunun nasıl gelişeceği konusunda toplumsal hareketlerin (*Fransız Devrimi, 1848 Avrupa devrimleri,*

Paris Komünü, Sovyetler Birliği işçi devleti vb.) etkisi büyüktür. Ve bu dönemler kapitalist üretim biçiminin ve devletin rolünün de yeniden biçimlendiği ve tanımlandığı dönemlere de denk düşer. On dokuzuncu yüzyıl sonundan İkinci Dünya Savaşı'na kadar olan dönemde (liberal dönem) kapitalizm sağlık hizmetlerine daha çok emek gücünün yeniden üretimi için ihtiyaç duymuştur. İkinci Dünya Savaşı'ndan 1980'lere kadar olan dönemde (Keynesyen/Fordist dönem) sağlık hizmetlerinin siyasal işlevleri öne çıkmıştır ki, bu dönem aynı zamanda "sosyal devlet" dönemidir. Üçüncü dönemde (1980'ler sonrası, post-fordist dönem) sağlıkta artı değer yaratma, sağlığın sermaye birikimine doğrudan katkı yapan işlevi öne çıkıyor ve bu dönem devlet şirket gibi çalışan "neoliberal devlet" olarak karşımıza çıkıyor.

Emek gücünün yeniden üretimi "*üreten bedenin üretim yapabilecek asgari düzeyde tutulması*" demektir. Bu sadece sağlıkla olmaz, eğitime ve ideolojiye de ihtiyaç vardır. Sistem işçi olacak gençlerin kendi istediği ideoloji ile yetişmesini ister. Almanya bu nedenlerle ilköğretimi zorunlu hale getiren ilk ülkedir. Nedeni de iş kazalarına bağlı ekstremitte kaybı olan işçi sayısının çok olmasıdır. Uzun süreli çalışma, tatillerin olmaması, ücret düşüklüğü nedeniyle kötü beslenme, emek yoğun çalışma, erken yaşlarda çalışmaya başlama vb. engelliğe neden olan iş kazalarının yaygın olmasının temel nedenleridir. Bu durum burjuvazi için çocuk işçiliğinin yasaklanmasının gerekçelerindedir. Çocuk işçiliğinin yasaklanması 1800'erin ilk yarısında önemli sağlık müdahalelerinden biri olarak da bilinmektedir.

Emek gücünün "*üreten bedenin üretim yapabilecek asgari düzeyde*" hazır tutulması, diğer deyişle "*sağlıklı*" olmasının yanı sıra "*yedek işçi ordusunun (işsizler)*" hazırlanması yoluyla emeğin ucuzlatılması ve değersizleştirilmesi de sistem için gereklidir. Bu durum sağlık alanında pronatalist politikalarla kendini göstermiştir. Hem doğurganlığın teşviki hem de erken ölümlerin azaltılması ile nüfus artışı yedek işçi ordusu için önemli sağlık müdahaleleridir. Emeğin değersizleştirilmesi, aynı işi yapan işçi sayısının artırılması ve daha düşük vasıfta işçi çalıştırılması yolu ile gerçekleştiriliyor. Bu durumu sağlık alanında henüz görmüyo-

ruz ama yavaş yavaş hissetmeye başlıyoruz. Sağlık okullarındaki öğrenci sayısının artması, hemşire yardımcıları, ameliyathaneye uzman hekimin yanında giren asistan işlevi ile çalıştırılan Acil Tıp Teknisyenleri bunun sağlık alanındaki nüveleridir.

Erken kapitalizm döneminde; sağlıklı işçi, sağlıklı nüfus için bulaşıcı hastalıklar ve salgınlar en büyük tehdit olmuştur. Bu nedenle İngiliz Hükümeti, 1842’de liberal bir hukukçu olan Chadwick, bulaşıcı hastalıklar konusunda araştırma yapmak için görevlendirmiş ve sonuçta 1848’de halk sağlığı yasası çıkarılmıştır. Yani Halk Sağlığı biliminin kuruluşu da aslında sağlıklı iş gücü ihtiyacından doğmuştur.

Chadwick Raporu (1842) “İngiltere’de sanayileşmeye bağlı sosyal ve sağlık sorunlarının incelenmesi”	
Sağlık mühendisliği önlemleri: <ul style="list-style-type: none">• temiz su kaynaklarının sağlanması, etkin kanalizasyon ve drenaj önlemleri, endüstriyel akıntıların kontrol edilmesi, kişisel ve çevresel temizlikte yeni standartların oluşturulması	“Halk Sağlığı Yasası” (1848) <ul style="list-style-type: none">• Halk sağlığı bir devlet sorumluluğu• Çevresel düzenleme ağırlıklı belediye faaliyetlerini denetlemekle görevli “yerel sağlık otoriteleri”

Aynı dönemde öne çıkan isimlerden biri de Virchow’dur. Virchow liberalizmi siyasal olarak kabul eden (özgürlükçü), bununla birlikte liberal ekonomiye karşı olan bir bilim insanıdır. Sosyal hekimlik anlayışının gelişimine önemli katkı sağlamıştır. Silezya’da çıkan Tifüs salgınını incelemiş ve bir rapor yazmıştır. Bu raporda (1848) sağlıklı olma hali için sosyo-ekonomik ve kültürel etmenlerin rolünden bahsetmiş, sağlığı korumak ve hastalıklarla savaşmak için sadece tıbbi önlemlerle yetinilmemeli, sosyal önlemler de alınmalı demiş ve sağlık için tam istihdam ve eğitim seferberliği gerekliliğini belirtmiştir. “Sağlık hakkı” söylemini öne çıkarmış ve sağlık hakkını “sağlıklı varoluş, yaşam hakkıdır” olarak tanımlamıştır. “İyi bir anayasa bu hakkı güvence altına almalıdır ve her türlü kuşkuyla giderecek şekilde, bireyin yaşam hakkı olduğunu beyan etmelidir” diyerek sağlık hakkı için anayasal güvencenin gerekliliğinin altını çizmiştir. Virchow bize de görev vermiştir: “Tıp, toplumun tümü-

le demokratik, refah tabanlı bir topluma dönüşümündeki politik sürecin bir parçası olmalıdır” diyerek hekimlerin siyasal mücadele sorumluluğunu vurgulamıştır.

Sağlık hizmetlerinin yapılanması bu dönemlerde başlamıştır. Birinci basamak, yatay ve dikey örgütlenmeler, işçi sağlığı ve iş yeri hekimliği uygulamaları bu dönemlerde başlamıştır. Sağlık Emek gücünün yeniden üretimi için de Tıp fakülteleri, Hemşirelik okulları, Ebelik okullarının açılması, Sağlık memurluğu, ücretsiz talebe yurtları bu dönemlerde başlamıştır.

Sağlığın siyasal işlevleri de vardır: “Sağlıklı nesiller ve sağlıklı aileler oluşturmak”; “toplum için ideolojik tutkal görevi görmek” ve “sosyal planlama (o ülkenin ideolojisine uygun gerekirse dini ya da etnik bir planlama)”. Sağlık, “toplumsal meşruiyet oluşturmak” için (rıza üretimi) de kullanılmıştır, kullanılmaktadır. Sınıf mücadelesinin bastırılmasında ve baskılanmasında sağlık hizmetlerinden de yararlanılmıştır. Örneğin 2. Dünya Savaşı sonrası dönemde sosyalist devletler güçlü çıkınca, kapitalist devletlerdeki sosyal devlet uygulamaları ve sağlık hakkının verilmesiyle sınıf mücadelesinin baskılanması sağlanmıştır. **“İdeolojik yanılısama yaratmak”** için de kullanılır. Günümüzden örnek verirsek yeşil kart uygulaması AKP hükümetine çok şey kazandırmıştır. İş, sosyal güvencesi, geliri, evi, arabası olmayan milyonlar yeşil kart ile sağlık hizmetinden yararlanma lütfu ile yönlendirilmeye çalışılmıştır. Yoklukları, yokluklarına bağlı ortaya çıkan sağlık sorunları görünmez kılınmaya çalışılmıştır.

Sağlığın sermaye birikimine dolaylı ve direkt katkıları vardır. Şimdiye kadar bahsettiğimiz üretken nüfus artışı, sağlıklı emek gücü, yetişkin ölümlerin azalması, bulaşıcı hastalık (sıtma, verem, ishal, vb. mücadelesi...) emek gücünün devamını sağlayarak sermaye birikimine dolaylı katkılar sağlamıştır. Sağlığın sermaye birikimine direkt katkısı, sermayenin sağlık hizmeti üretimini girmesi (ticarileşme, piyasalaşma ve metalaşması) ile gerçekleşir. Tıp endüstrisi (ilaç, tıbbi teknoloji, tıbbi malzeme-sarf), sigortacılık, hastanecilik, alternatif tedaviler, bilişim, emlak vb. sağlıkla ilgili birçok sermaye grubu sağlık hizmetinden artı değer üretmektedir.

TÜRKİYE’DE KAPTALİZMİN GELİŞİMİ BAĞLAMINDA SAĞLIK HİZMETLERİ

Şimdi de Türkiye’de sağlık sistemini gelişimini inceleyelim ve sağlığın bu üç işlevinin 100 yıllık Türkiye tarihinde nasıl gerçekleştiğine bakalım.

Türkiye’de sağlık hizmetleri için yapılan çeşitli dönemlemeler var. Birincisi Klasik Dönemleme, İkincisi Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) uygulayıcılarının ve savunucularının yaptığı dönemleme, üçüncüsü daha çok TTB Okulunun (Ata Soyer Okulunun) yaptığı dönemlemedir. Klasik dönemlemeye örnek olarak Recep Akdur (1999) sınıflandırması verilebilir.

Dr. Refik Saydam Dönemi (1923...)

Dr. Behçet Uz Dönemi (1946...)

Demokrat Parti Dönemi (1950..)

Sosyalleştirme Dönemi (1960..)

Neoliberal Geçiş (1970...)

Aktif Özelleştirme Dönemi (1980..)

Klasik dönemlemeye benzer şekilde SDP savunucuları da benzer sınıflamayı kullanmaktadır.

- **1920-1923** arası sağlık politikaları
- **1923-1946** arası sağlık politikaları
- **1946-1960** arası sağlık politikaları
- **1960-1980** arası sağlık politikaları
- **1980-2002** arası sağlık politikaları
- **2003 ve sonrası** sağlık politikaları (*Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı*)



Farklı olan 1980 ve sonrası dönemin adlandırılmasıdır. Recep Akdağ 1980 -2002 arası dönemini SDP'nin kuramsal hazırlık dönemi olarak tanımlamış ve sahiplenmiştir. Böylelikle bizim (TTB olarak) uzun süredir dile getirdiğimiz SDP'nin AKP ile başlamadığı, 24 Ocak 1980 kararları ile yaşama geçtiği söylemimiz, dönemin Sağlık Bakanı Akdağ tarafından açıkça kabul edilmiştir.

Ata Soyer'in yaptığı dönemlendirmede Türkiye Kapitalizminin gelişiminde önemli basamaklar dikkate alınmıştır. Korkut Boratav hocanın Türkiye İktisat tarihi için kullandığı dönemlendirmeye göre sağlık hizmetleri ele alınmıştır:

- Devrim ve Savaş Yılları (1908-1922)
- Açık ekonomi koşullarında yeniden inşa (1923-1929)
- Korumacı-devletçi sanayileşme (1930-1939)
- İkinci Dünya Savaşı (1940-1945)
- Dünya ekonomisi ile farklı bir eklemlenme denemesi (1946-1953)

- Tıkanma ve yeniden uyum (1954-1961)
- İe dönük, dışa bağımlı geniŐleme (1962-1976)
- Yeni bunalım (1977-1979)
- 1980 ve sonrası

Sağlık Emek Gücünün Dönüşümü ile ilişkili dönemlendirme, Ankara SBF'den ağla Ünlütürk Ulutaş'ın tezinde yaptığı dnemlendirmedi:

- Ulus İnşasında Araç (1923-1960)
- Sosyalizasyon (1960-1980)
- Sermayenin Saldırısı ve Sağlıkta MetalaŐma (1980-1989)
- Uluslararası Finans Kapitalin Gölgesinde Sağlık (1989-2002)

Benim kullanacağım dönemlendirme Yılmaz K. (2008); Ercan F, Tuna G (2008)'nın yaptığı dönemlendirme olacak:

- İlksel birikim dönemi (1920-1955, 1960)
- İe yönelik sermaye birikimi (1955, 1960-1980)
- Dışa açık sermaye birikim dönemi (1980 ve sonrası)

İLKSEL BİRİKİM DÖNEMİNDE SAĞLIK HİZMETLERİ (1920-1955/1960)

İlksel birikim dönemi ulusal devletin inşası dönemidir. Emek gücünün yeniden üretimine yönelik sağlık hizmetlerinin rolü bu dönemde en belirgindir. Sağlık hizmetlerinin yapılanması 1800'lerin sonunda "Memleket Tabipliği" ile baŐlamıŐ ve Cumhuriyetin ilk dönemlerinde de "Hükümet Tabipliği" ile devam etmiştir. Aslında memleket tabipliği dönemindeki yasalar Cumhuriyetin kurulmasıyla aynen devam etmiş sadece isim olarak hükümet tabipliği Şeklinde deđiŐtirilmiŐtir. Pronatalist politikalar var, bebek ölümlerinin önlenmesi ve bulaşıcı hastalıklarla mücadele çalışmaları var ve Umumi HıfzıŐıŐha Kanunu (UHK) var. Bunlar sağlıklı işi yetiŐtirmek için sağlık emek gücünün yeniden rimi için olmazsa olmazlardandır.

Bu dönemde tedavi edici hizmetler belediyelere bırakılmıştır. Koruyucu hizmetler Sağlık Bakanlığına bırakılmıştır. Bulaşıcı hastalıklar için de dikey örgütlenmeler kurulmuştur. Her ilçede hükümet tabiplikleri, muayene ve tedavi evleri, gezici tabiplik hizmetleri, dispanser, süt çocuğu muayene ve tedavi evi, belediye tabiplikleri, karantina tabiplikleri, küçük sıhhiye memurlukları vardır. Tedavi edici-hastane hizmetleri belediye sunar, devlet de örnek olacak hastaneler yapmıştır: Numune Hastaneleri adı buradan gelir: Ankara, Diyarbakır, Erzurum, Sivas (1924); Haydarpaşa (1936), Trabzon (1946) .

Bu dönemin sonunda, yani Behçet Uz döneminde (1945'ten itibaren) sağlık merkezlerini görüyoruz. Bu merkezlerin sayısı (10 yataklı) 1945'de 8, 1950'de 22, 1955'de 181 ve 1960'ta 283'tür. Birinci basamağın yaygınlaşması şeklinde değerlendirebiliriz. Yine bu dönemde Ana ve Çocuk Sağlığı Merkezleri (1953), Çocuk hastaneleri, sanatoryum ve doğumevleri, Hastane ve yatak sayılarında artış gerçekleşmiştir. Yataklı tedavi kurumları yönetimi yerelden merkeze doğrudur.

Bu dönemde Pronatalist politikalar çok belirgindir. Nüfus artışını sağlamak için aşağıda sıralanan yasaklar ve özendirici politikalar devreye sokulmuştur:

- Kontraseptiflerin ithalinin ve satışının yasaklanması
- TCK'ya düşük yapmayı yasaklayıcı maddelerin konulması (1926)
- Gebeliği önleyici tüm teşebbüslerin yasaklanması
- Evlenme yaşının 17-18'e düşürülmesi (1929-1930)
- 6 ve daha fazla çocuk doğuranlara ödüller dağıtılması
- Çok çocuklulara vergi indiriminin uygulanması
- Toprak dağıtımında çok çocuklulara öncelik verilmesi
- Yol vergisinden muaf saymak

Sıralanan pronatalist politikalar için toplumu da ideolojik olarak hazırlamak gerekmiştir. Bu söylemlerle kadının bedeni üzerinden devlet ve erkeğin tahakküm kurduğunu söyleyebiliriz.

Sosyologlar, kültürlü kişiler tarafından kullanılan dil bunu açıkça gösterir:

“Türk kadınları dünyanın en doğurgan varlıklarıdır.”

Neşet Halil Bey (1932)

“Türk kadını çok doğuran ve doğurmayı seven bir kuvvettir.”

Şevket Süreyya (Aydemir) (1932)

“Türk milleti dünyanın en doğurgan milletlerinden biridir.”

Yaşar Nabi (Nayır) (1941)

Nüfusun artırılmasında bebek ölümlerinin önlenmesi de önemlidir. Bebek ölümlerini önlemeye yönelik müdahaleler şunlardır:

Umumi Hıfzısıhha Kanunu ile bebek ve çocuk beslenmesine yönelik önlemler

- Doğumevleri
- Ücretsiz doğum yardımı
- Ana Çocuk Sağlığı Şube Müdürlüğü (1952)

Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) işbirliği

Pronatalist politikaları kapsamında çok el alınmayan, bununla birlikte emek gücünün yeniden üretimi için önemli olan sağlık işçidir. Bu bağlamda en önemli çalışmalar bulaşıcı hastalıklara yönelik olanlardır. Çünkü yetişkin işçi ölmemelidir. Yetişkinlerin, işçilerin ölümüne yol açan Sıtma, Tüberküloz, Sifiliz vb. bulaşıcı hastalıklar ülke ekonomisine bebek ölümlerinden daha fazla zarar vermektedir. Bu dönem bulaşıcı hastalıklara yönelik dikey örgütlenme anlayışı yetişkin insana gücünün varlığının sürdürülmesi konusunda çok fayda sağlamıştır. Bu kapsamda yapılanlara örnek olarak şunlar verilebilir:

- Belediye ve il özel idaresinin sorumlulukları
- Sıtma, frengi, trahom, verem, cüzzam gibi bulaşıcı hastalıklarla mücadele programlarının başlatılması (Dikey örgütler)

- UHK ile bulaşıcı hastalıklara yönelik önlemler (çevre, su, gıda, toplu yaşam yerleri, konut, mezbaha yapılması vb.)
- Gezici/sabit etüv sağlanması
- Temizlik istasyonları kurulması
- Verem ve frengi savaşları (ilaçların sağlanması dahil)
- Seks işçilerine yönelik önlemler

Bu dönemde (Ulus Devletinin inşası) Umumi Hıfzısıhha Kanunu'nun da emek gücünün yeniden üretiminde önemli rolü olmuştur. Aşağıda sıralanan çalışmalar genel olarak sağlıklı işçinin sürekliliği açısından önem taşımaktadır:

- Şehir, kasaba ve köylerin sağlık şartlarını düzeltmek
- Hamamlar kurulması
- İşçi sağlığı
- Şehir planlaması
- Göçmenler

Sağlıklı işçi için sağlık hizmetlerinde çalışacak sağlık emek gücünün yeniden üretimi de çok önemlidir. Bu amaçla birçok müdahale gerçekleştirilmiştir. Bunlar:

- Ücretsiz talebe yurtları, zorunlu hizmet karşılığı
- Ebelik okullarının açılması
- Sağlık memurluğu
- Hemşirelik okulları
- Milli Savunma Bakanlığı, Verem Savaş Hemşirelik programları
- Köy enstitüsü programları ile sağlıkçı yetiştirilmesi
- Yeni Tıp Fakülteleri: Ankara ve Ege
- Hemşirelik Yüksek Okulu: Ege

Bu dönemde sağlığın siyasal işlevleri anlamında “Ulus devletin inşası”, “Sağlıklı nesiller”, “Sağlıklı Türk ailesi” ve “İdeolojik tutkal” ön plana çıkmaktadır. Bir milletvekilinin (Yusuf Kemal Bey Kastamonu mebusu) söylediği sözler bunu açıklamak anlamında yardımcı olabilir.

“Çünkü sıhhat olmazsa, çünkü Türklük bulunmazsa o Türkler üzerine bina edeceğimiz hiçbir şey kalmaz; ne dahili işi, ne harbiye işi kalır. Türkleri muhafaza etmek için evvela sıhhat muhafaza edilmeli. ... Eğer biz memleketimizde sari olan ve doktorlarca malum bulunan, Türklüğü bitiren hastalıkları bir an evvel kaldırmazsak, eğer Türk ailesinin, Türk ferdinin refahını temin edecek esbabı istikmal etmezsek hepsi boştur. Ne yaparsak yapalım hepsi boştur. Onun için Sıhhiye nezareti başta zikredilmiştir.” Sistemin ideolojik aklının pratiğe yansımaları alanlarını sağlıkta da görebiliyoruz. Yine daha net bir şekilde ifade eden Fahrettin Gökay “İrk hıfzısıhhası nokta-i nazarından kadınlar bilhassa muhimdir. Kadınlarda irsi sanat ev hanımlığı ve valideliktir. Bundan dolayı mümkün olduğu kadar kadın umumi hayata atılmamalıdır. Ev işiyle ve çocuğunun terbiyesiyle meşgul olmalıdır... Kadınlar mümkün olduğu kadar erken evlenip iyi ana olmalıdır. Evlenmelerde histen fazla muhakemeye yer ayırmak lazımdır. Yalnız taşkın muhabbete dayanan sevgi ve yalnız materyalizme müstenit izdivaçlardan iyi netice çıkmıyor. Aşk izdivaçları en ziyade hayalperest isterikler arasındadır. ... Evlenmeden evvel iki taraf birbirini iyice tetkik etmeli. Beden ve ruh sağlığına çok kıymet vermelidir. ... Manasız telakki ve telkinlerden ziyade realiteye müstenit izdivaç ırk hıfzısıhhasının esasıdır. Milli kudret, enerjimizi artırmak için hiçbir vakit bu esasdan inhiraf etmemeliyiz” demıştır. Sağlık hizmetlerinin de ideolojik bir katmanının olduğunu unutmamak gerekir.

Mustafa Kemal Atatürk de halkın/milletin “sıhhatini korumak ve takviye etmek, ölümü azaltmak, nüfusu çoğaltmak, bulaşıcı ve salgın hastalıkların tahribine karşı koymak ve bu suretle millet fertlerinin dinç ve çalışmaya kabiliyetli, sıhhatli vücutlar halinde yetişmesini temin etmek” hem milli hem de medeni meseledir” diyerek sağlığın siyasal işlevleri açıkça ortaya koymuştur.

Bu dönemde sağlığın sermaye birikimine katkısı dolaylı da olsa, üretken nüfus artışı, yetişkin ölümlerinin azalması, sıtma mücadelesi (bunun üzerine yazılan bir tez de var, bilgi üniversitesinin Türkiye tarihine yönelik kitapları içinde yer alıyor) yoluyla olmuştur.

İÇE YÖNELİK SERMAYE BİRİKİMİ DÖNEMİ: 1960-1980

Yirminci yüzyılın ikinci yarısında Türkiye’de kent-kır nüfusu değişmeye başlamıştır. 1920’lerden 1955’e kadar %20-22 civarında olan kent nüfusu, 1960’larla birlikte giderek artmaya başlamıştır. Tarım toplumundan sanayi toplumuna doğru bir geçiş vardır. İçe yönelik sermaye birikimi dönemidir, sermaye gruplarına, fabrikalara ihtiyaç vardır. Fabrikalarda çalışacak işçiler için işçi sağlığı hizmetlerine ihtiyaç vardır. Bununla birlikte sağlık hizmetleri açısından ciddi bir müdahale olan “sosyalleştirme” ile birinci basamak sağlık hizmetleri fabrikaların olmadığı yerlerde yaşama geçirilmeye çalışılmıştır. Nusret Fişek bu sistemi Muş, Çankırı ve Edirne’de başlatmak gerekir demiştir. Her bölge için için ayrı projeler çıkartmıştır. Fakat Milli Birlik Komitesi (MBK) Nusret Fişek’e karşı çıkmıştır. MBK “sosyalleştirme”yi sadece Doğu ve Güneydoğuda sürdürülmesi kararı almıştır. Orada ciddi bir müdahale vardır. Sosyal planlama (?) yaşama sokulmuştur. Sosyalleştirme antinatalist politikalarla, okullarla birlikte bu bölgelere gitmiştir. Sosyalleştirmenin sosyal ve tıbbi bir kurum olma özelliği baştan beri vurgulanmıştır: “Sağlık ocağı, belirli bir nüfusun yaşadığı coğrafi bölgedeki sağlık hizmetlerinin, halk sağlığı bilim ve sanatının ışığı altında yürütüldüğü tıbbi ve sosyal bir kurumdur (SAĞLIK HİZMETLERİNİN YÜRÜTÜLMESİ HAKKINDA YÖNERGE, Madde 54).

Bu dönemde emek gücünün yeniden üretilmesi bağlamında sağlık hizmetleri müdahaleleri olarak sosyalleştirme, antinatalist politikalar, hastanelerin artırılması, SSK hastaneleri ve işçi sağlığı hizmetleri sayılabilir. Emeğin yeniden üretilmesi noktasındaki en kritik müdahalesi hastane sayısının arttırılmasıdır. Özellikle SSK hastaneleri işçilerin olduğu her yerde kurulmuştur, (sanayi arttığı ve bu sanayinin sağlıklı işçiye ihtiyacı

arttığı için). Sosyalleştirme de önemli bir müdahaledir. Sovyetler Birliği, İngiltere ve İsveç'teki sağlık hizmetlerinden esinlenerek Türkiye için özgün bir model hazırlanmıştır. Tarihsel dönemdeki solun hegemonyası, sosyalist ülkelerin ve kapitalist dünyada sosyal devlete yönelik değişikliklerin izleri sosyalleştirme yasasında kendini göstermiştir. Hala geçerliliği olan ilkeler sosyalleştirmede yer almıştır. Bu ilkeler şunlardır:

- Tüm nüfusa
- Entegre
- Ulaşılabilir
- Toplum katılımı
- Gereksinime uygun
- En yakın yerde
- Öncelikli
- Sevk zinciri
- Sektörler arası işbirliği
- Ekip çalışması
- Sürekli
- Koruyucu hizmetleri ve sağlığı geliştirici hizmetleri öncelik
- Dar alanda geniş hizmet

En önemli bir ilkede hizmetin ücretsiz olmasıdır. **Bu dönemde Sağlık ocaklarının kurulması** çok önemlidir. Ocakların halk sağlığı merkezleri olduğunu söyleyebiliriz. Sağlık ocakları dar bölgede çok yönlü hizmet yaklaşımı ile yaşama geçirilmiştir.



Bu dönemde Antinatalist politikalar uygulamaya geçirilir. Kırsaldan kente batı bölgelerine göç, istihdam olanaklarının kısıtlılığı, kır nüfusunun kontrolü, düşük ve yeni doğan ölümlerinde artış bunu tetikleyen nedenler arasında yer alıyor. Kapitalist rasyonalite devreye giriyor. Ve çok net olarak “ikinci beş yıllık kalkınma planı”nda antinatalist politikaların gerekçeleri sıralanıyor.

- “Doğurganlık seviyesi değişmezse adam başına geliri aynı ölçüde artırabilmek için iktisadi gelişme çabalarımızı gittikçe artırmak ve gittikçe daha büyük sıkıntıya katlanmak zorunda kalacağız.”
- “Nüfus artış hızının azalması ve özellikle çocuk nüfus oranının küçülmesi sermaye hasıla oranları büyük olan demografik yatırımlar yerine sermaye hasıla oranları küçük olan iktisadi yatırımları artırmak imkânı vereceği için ekonominin istihdam imkânlarını artırabilir.”
- “Ana çocuk sağlığını korumak, nüfusun yapısını iyileştirmek, nüfus artış hızının iktisadi, gelişme üzerindeki baskısını azaltmak amacıyla aile planlaması programları yürütülecektir.”

“İktisadi aklımız buna zorluyor”, o zaman ne yapacağız daha önce ki tüm yasaklarımızı serbestleştireceğiz. Kontraseptif yöntemlerle ilgili bilgilendirme ve eğitim hizmetleri serbestleştirilmesi

- geriye dönebilen kontraseptif yöntemlerin (RIA, hap, kondom gibi) dağıtımı, satışı ve uygulaması serbest bırakılması
- isteyerek düşük ve cerrahi sterilizasyona, tıbbi ve eugenic nedenlere bağlı izin verilmesi

Yani yasağı kuran serbestliği de kuruyor ve devlet kadın vücudu üzerine tahakküm aracı olarak varlığını bir kez daha farklı bir formatta sürdürüyor. Bu kısmı olumlu gördüğü için tepki göstermiyoruz aslında ama yine de her ikisinde de kadının kendi karar veremediğini de unutmamız gerekiyor.

Antinatalist politikaların yaşama geçmesinde sağlık ocaklarının kurulması, nüfus kliniklerinin kurulması, AÇSAP merkezleri, danışmanlık ve eğitim çalışmaları ve sağlık insan gücünün yetiştirilmesi önemli yer tutmaktadır.

Sağlık emek gücünün yeniden üretimi bağlamında yeni okullar, yeni tıp fakülteleri, hemşirelik yüksekokulu gibi sağlık emekçisi yetiştiren okullarda artış ve dolayısıyla sağlık çalışanı sayısında artış yaşanmıştır.

Siyasal işlev olarak da; toplumsal meşruiyet sağlama, emek mücadelesinin baskılanması, sosyal planlamada oynadığı roller vardır. Sana yi toplumuna doğru geçildiği için o dönemde Avrupa’daki Çin, Küba ve Sovyetler’deki dinamiklerden emek mücadelesi etkilenmesin diye sendika yasası çıkartılmıştır. O dönem için düşünürseniz, bir muhalefet olmasın diye, “proaktif” bir davranış diyebiliriz.

Sosyal planlama da önemlidir. Daha az tartışılan bu konunun derinleştirilmesinde yarar vardır. Planlama çalışmalarında “sosyal planlama” ya yer verilip verilmeyeceği tartışması var. Cemal Gürsel yeni kurulacak teşkilatta (DPT) sosyal planlamanın olması gerektiğini savunuyor. Bu nedenle hazırlanan iki taslaktan “sosyal planlama” içeren yol izlenmiş-

tir. Karaosmanoğlu şöyle aktarmaktadır: **“Cemal Gürsel bir de sosyal planlama dairesi kurulmasını istemiş ve bakanlardan birine, Ticaret Bakanına, “ben böyle bir şey yapılmasını düşünüyorum” demiş. Ticaret Bakanı da “bu işi yapacak bir kişi var. Nur Yalman, doktora tahsilini yaptı” (o zamanki adıyla Seylan’da) çalışma konusu iki etnik grup arasındaki çatışmalardı. Bunun için en uygun odur”** demiş. Bunun üzerine Cemal Gürsel’de Başbakanlık Müsteşarı Türkeş’e “Nur Yalman’ı bul, bir sosyal planlama dairesinin kurulması için çalışma yapsın” demiş (DPT ile ilgili Atilla Karaosmanoğlu ile Söyleşi, Aktaran Ümit Akçay, 2006/2008).

Milli Birlik Komitesi’ne sunulan alternatiflerden birisi de “Doğu ve Güneydoğu’da sağlık hizmetlerini geliştirmek programı”dır. Her ne kadar daha kapsamlı program kabul edilmiş ise de süreç başta bu bölgeler olmak üzere geri kalmış bölgeler ve kırsal bölgeler sosyalleştirmenin ilk yaşama geçtiği iller olmuştur (Öztek’in Fişek ile yaptığı söyleşi).

Yasanın 1963’te üç ilde (Muş, Çankırı, Edirne) uygulanmaya başlanması düşünülmeye karşın bütçe yetersizliği nedeniyle yalnızca Muş ili sosyalleştirildiğini ve Bitlis, Hakkari, Van, Ağrı ve Kars gibi illerde devam ettiği dile getirilmiştir (Aksakoğlu, 2008).

Kalkınma projesi olarak da sosyalleştirmenin rolünün altı çizilmiştir. “Sağlık ocağı-okul etkileşimi beklentisi ve tarım ve veterinerlik örgütleriyle işbirliği özlemi, sağlık evi bulunan köylerin ebenin kültürel katkısı sonucu bağlı köylerin bir araya geleceği bir merkez köy olacağı düşünceleriyle Nusret Fişek’in sosyalleştirmeyi bir “kalkınma projesi” olarak gönlünden geçirdiği” Aksakoğlu (2008) tarafından dile getirilmiştir.

Bölgesel eşitsizliğin giderilmesine de sosyalleştirmenin (sağlık ocaklarının kurulması) siyasal ve sosyal işlevleri arasında yer verilmektedir. Tekeli (2008) bu rolle ilgili şu tespitlerde bulunmuştur: **“Birinci plan bölgeler arası dengenin sağlanmasında esas sorumluluğu devlette görmektedir, devlet sosyal hizmetleri ve tesisleri geri kalmış bölgelere yöneltecektir, bu bölgelerde alt yapı yatırımlarını hızlandıracaktır.”**

Bölgesel eşitsizliğin giderilmesi siyasi ve sosyal bir fonksiyon olarak okunmalıdır. Kapitalist gelişme için geri bölgelere yatırım rasyonel değildir. Fakat sosyal yatırım mümkün (siyasi ve sosyal işlevi var). Nitekim planlardaki ekonomik gelişmeye yönelik tedbirler karşılık bulmamıştır. Özetle sosyalleştirmenin “sosyal planlama” rolünün öne çıktığını söyleyebiliriz.

Sermaye birikim sürecine katkı yine direkt değil, üretken nüfus artışı, bebek ve çocuk ölümlerinin azalması yoluyla dolaylıdır.

DIŞA AÇIK SERMAYE DÖNEMİ (1980 VE SONRASI)



En çok da tartıştığımız bu dönem birden aklımız değişecek, daha çok sosyal siyasal işlevlerden konuşurken birden para kazanan bir alana doğru evrilmeyi göreceğiz ve formatın biraz değiştiğini göreceğiz.

Bu dönemde emek gücünün yeniden üretimine yönelik politikalar daha çok niteliğin artırılmasına yönelik olmuştur. Antinatalist politikalar daha belirgindir. Antinatalist politikalar bağlamında nüfusun kontrolüne yönelik politikaların 1982 yılında çıkartılan Nüfus Planlaması hakkında kanun ile güçlendiğini ve sağlık ocaklarının da 1983 yılında tüm ülkeyi

kapsar hale geldiğini akılda tutmalıyız. Nüfus Planlaması hakkında kanun ile aile planlanması açısından aşağıdaki olanaklar sağlanmıştır:

- Etkili aile planlaması yöntemlerinin uygulanmasında kurs görmüş ebe ve hemşirelerden yararlanılması
- Aile planlaması yöntemi olarak kadında ve erkekte sterilizasyonun yaygınlaştırılması,
- Gebeliklerin 10 haftaya kadar istek üzerine sonlandırılması (küretaj)
- Erken dönemde MR yöntemi ile gebeliğin sonlandırılmasında uzman hekim denetiminde kurs görmüş pratisyen hekimlerden de yararlanılması
- Yasa dışı düşüklerle ilgili cezaların artırılması

Gerek yasal gerek sağlık emek gücünün aile planlaması konusunda yeteneklerinin ve olanaklarının geliştirilmesi ile nüfus artışı kontrol altında tutulmuştur. Bununla birlikte 2003 sonrası emek gücünün yeniden üretiminde ciddi değişikliğe gidilmiştir. Hem pronatalist politikalar (nüfus artışının teşviki) hem de ideolojik politikalar ataerkil, muhafazakar, aile merkezli ile emek gücü yeniden şekillendirilmeye çalışılmıştır, çalışılmaktadır.

Pronatalist politikaların arkasında hem ucuz emek gücünü artırma isteğini hem de ideolojiyi düşünmemiz gerek. Güneydoğuyu Türkiye'nin Çin'i yapmak, Hindistan'ı yapmak gibi söylemleri de aklımızda tutmamız gerek. Eğitim sistemindeki 4+4+4 sitemi de bu dönem için ortaya çıkan ucuz emek gücü üretme hedefli pronatalist politikaların bir parçası diyebiliriz. Bu söylem ilk olarak 2005'lerde

- “*bir çocuk iflas iki çocuk iflas üç çocuk*” diye başladı (<http://www.sontiraj.com/1-cocuk-iflas-2-cocuk-iflas-3-cocuk/>).
- “*3 çocuk yapın. Bu 3 çocuğu da vatana hibe edin*” http://www.radikal.com.tr/politika/erdogan_3_cocugu_vatana_hibe_icin_istemis-1145379
- “*İş işten geçmeden her ailede en az 3 çocuk olmalı. Nüfusumuz ne kadar artarsa o kadar güçlü olacağız, bundan emin olun*” <http://www.ntvmsnbc.com/id/25008774/>

Söylemleri ile devam etti. Maddi teşvik devreye sokuldu (<http://www.ensonhaber.com/3-cocuk-tesvikinin-detaylari-belli-oldu-2013-02-01.html>).

Bununla birlikte uzun bir dönem nüfus politikası olarak ortaya konulmadı. Sadece bunun gereklilik olduğu ile ilgili şeyler söyleniyordu. Fiili olarak süreç yaşama geçiriliyordu. İstemli düşüklerin (küretajların) fiili olarak engellenmesi, aile planlaması yöntemlerine erişimle ilgili sorunlar, ikna odaları vb. Nihayet 2015 yılının Şubat ayında bunun adı konuldu, yani 7-8 yılda olanın adı şu anda konuldu. Devlet bu alanda ne söyleyeceğini netleştirdi ve ismini koydu: Ailenin ve Dinamik Nüfus Yapısının Korunması Programı. Tanıtım toplantısına emek gücüyle uğraşan tüm bakanlıkların katıldığını söyleyebiliriz (Aile ve Sosyal Politikalar, Milli Eğitim, Sağlık, Kalkınma ve Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanları). Ve bu toplantıyla de-facto olarak yapılanları, basında sıklıkla dile getirilenlerin devlet politikasına dönüştüğü kamuoyu ile paylaşıldı. Ailenin ve Dinamik Nüfus Yapısının Korunması Programı kapsamında şunlara yer veriliyordu:

- Çocuk yardımı
- Çeyiz hesabı
- Yarı zamanlı çalışma (analiz izni bitimi sonrası)
- Kısmi süreli çalışma izni
- Kreş ve bakımevlerine destek
- Ailelere sosyal hizmet uzmanı
- Doğum izinlerinin emekliliğe aktarılabilmesi
- Babalık izni (<http://www.aile.gov.tr/haberler/basbakan-ahmet-davutoglu-ailenin-ve-dinamik-nufus-yapisinin-korunmasi-programini-acikladi>)

Ancak bu politikaların bir de gizli tarafı vardı yani adı konulmamış müdahaleler vardı. Aile planlaması yapılan ebeler vatana ihanet ile suçlandı. Kürtaj Roboski ile eşdeğer tutuldu yani bu kadar pervasız bir ideolojik söylemle bu pronatalist politikaların alt yapısının hazırlandığını söyleyebiliriz.

Bu dönemde sağlık emek gücünün yeniden üretimine de hız verildi, sağlık çalışanlarının sayısı arttı. Bunun için yeni tıp fakülteleri, hemşirelik fakülteleri, sağlık meslek yüksekokulları açıldı. Sağlıkçı yetiştiren okulların özel sektör aracılığıyla da yetiştirilmesine de izin verildi, sağlık eğitimi piyasaya açıldı. Aynı zamanda mevcut okulların kontenjanları artırıldı. Sağlık meslek liselerinin kapatılması engellendi, hatta özel eğitim kurumlarının sağlık meslek lisesi açmalarına izin verildi. Dahası sağlık emek gücünün çeşitliliğini artıran birçok yeni program da yaşama geçirilmeye başlandı, hemşire yardımcılığı, fizyoterapi teknikerliği, yaşlı destek personeli gibi. Adını bilmediğimiz, duymadığımız (en son hasta destek personeli gibi) bir sürü program ile sağlık çalışanı yetiştirilmeye başlandı.

Siyasal işlev bu dönemde varlığını sürdürdü. Ataerkil güçlü aile, yani birey yerine aileye giden bir hattın oturtulmaya çalışıldığını söyleyebiliriz. Yaşama geçirilen programın muhafazakar özelliğine de dikkat çekmek gerekir (hastanede din görevlilerin artışı, sağlık üzerinden din görevlilerinin aile ile temasının sağlanması, küretaj ve aile planlaması konusunda dini telkinler gibi.). Bunun yanında toplumsal rıza üretimi için yoksullukla mücadele, yeşil kart ve “şartlı nakit transferi” gibi programlar sağlık alanında da yaşama geçirildi. Özellikle yeşil kart ile hem çalışma yaşamında hem de sağlık alanında yapılanların toplumsal meşruiyet sağlanmaya çalışıldığı, tepkilerin nötralize edilmeye çalışıldığı ve neoliberal politikaların yarattığı acıların dindirilmeye çalışıldığını söyleyebiliriz.

Bu dönemde **sağlığın sermaye birikim sürecine katkısı** artık doğrudandır. Sağlık hizmetleri kapitalist üretim ilişkilerine açılmıştır. Yani sağlık alanına kapitalizm girdi ve artık bu alandan para kazanmak istiyor. O zaman kurallar eski kurallar olamaz yani dün sadece sosyal yönü olan bir sağlık hizmeti görür iken bugün doğrudan artı değer üreten bir sağlık hizmetine döneceğiz bu da sistemi etkileyecek. Neyi etkileyecek? Devletin yeniden yapılanmasını da etkileyecek yani şu an ki devlet de değişecek, değişti zaten ve o değişimi görüyoruz.

Kapitalizm neden sağlık alanına girdi sorusu ayrı bir tartişma konusu. Sağlık hizmetlerinin yeniden yapılanması tek başına gerçekleşen bir dönüşüm değil, devletin yeniden yapılanması, kapitalizmin yeniden yapılanması süreçlerinin parçası olarak karşımıza çıkıyor. Neoliberal politikaların makro ve mikro dedikleri düzenlemeler ile karşımıza çıkıyor. Makro düzenleme demek sermaye akışkanlığının önündeki engellerin kaldırılması, devlet ile piyasa ilişkilerinin yeniden belirlenmesi, devletin yeniden yapılanması ve sosyal işlevlerinden çekilmesini içeriyor. Biraz daha açarsak; örneğin eğer sağlık alanına yatırım yapan uluslararası bir sermaye grubu Türkiye'ye girmeye çalışırsa engellerin tümü ortadan kaldırılmasına yönelik düzenlemeler. Ulus devlet kalkanının ortadan kaldırılması... Sermayenin en ücra köşeye kadar sızmasının önünün açılması... Bu bağlamda sermayenin sağlık alanına doğru genişleyebilmesi için her türlü olanaklar noktasında önünün açılması, devletin rolünün yeniden tanımlanması, devletin sosyal işlevlerden çekilerek sermayeye alan açması gerekir.

Mikro düzenlemeler dediğimiz de (adı yanılıtmasın, aslında tam da dönüşümün kalbi düzenlemeler) üretim biçiminin yeniden yapılanması (üretim ve istihdamın esnekleştirilmesi), emeğin kontrolünün yeni biçimleri ve tüketicinin artan kontrolü (teşviki) ile ilgili düzenlemeleri kapsamaktadır. Üretim ve istihdamın esnekleştirilmesi işyerinin, işin ve işçinin, çalışma sürelerinin, ücretin, istihdamın, iş yasalarının (mevzuatın) esnekleştirilmesi anlamına gelmektedir. Yani daha kuralsız hale gelmesi... Tüketicinin artan kontrolünden kasıt, artık tüketicinin baskın hale gelmesi... Dikkat ederseniz yaşamın her alanında şu anda tüketici daha baskın. Sağlıkta da baskın, eğitimde baskın, her yerde tüketici işi belirler halde. Çünkü o herhangi bir yere ayak basmadan üretilenler tüketilmiyor, elden ıkartılmıyor. Hızlanan üretim nedeniyle tüketim çok önemli hale geldi. Bu nedenle tüketicinin teşvik edilmesi, kışkırtılması için çaba harcanıyor. Tüketim ideolojisi pompalanıyor...

Neoliberalizm bizim karşımıza sağlıkta dönüşüm diye ıktı. Sağlık finansmanında, hizmet üretiminde, istihdam ve çalışma koşullarında, sağlık

yönetiminde kendini gösteriyor. Sağlık emek gücünü geçicileşme ve güvencesizleşme olarak etkiliyor...

Sağlık alanına yatırım yapan sermaye grubu sayısı oldukça fazla. Dünya genelinde en çok kar getiren alanların önemli bir kısmı sağlıkla ilgili. İlk sırayı bilişim sektörü almakta, bilişim sektörü bizimle ilgili çok şey düşünüyormuş, tüm hastanelerin otomasyon sistemine geçmesi onlar için çok büyük yatırım alanıymış, biz iki binli yıllarda bunu çok görememişiz. Üçüncüsü ilaç endüstrisi, dördüncüsü tıbbi endüstrisi. Sağlık sigortacılığı da ilk onda. Bir anlamda sağlık alanından artı değer kazanmaya çalışan büyük sektörlerin sayısının arttığını buradan rahatlıkla söyleyebiliriz.

Top industries: Most profitable

(<http://money.cnn.com/magazines/fortune/fortune500/2008/performers/industries/profits>)

Industry Rank	Industry	2007 Profits as % of Revenues
1	Network and Other Communications Equipment	28.8
2	Mining, Crude-Oil Production	23.8
3	Pharmaceuticals	15.8
4	Medical Products and Equipment	15.2
5	Oil and Gas Equipment, Services	13.7
6	Commercial Banks	12.6
7	Railroads	12.4
8	Entertainment	12.4
9	Insurance: Life, Health (stock)	10.6
10	Household and Personal Products	10.2

Yeni olarak emlak sektörü de sağlık alanına girmeye başladı ve bunu 2010'lardan sonra hissettik. Kamu özel ortaklığına baktık ki emlak sektörü asıl buraya giriyor, yani tüm Türkiye'deki hastanelerin yeniden inşa edilmesi çok büyük bir pazar. Bu sektörler sağlık alanına girerken kendi aralarında da kavga ediyorlar kendi pastalarının büyümesi için.

YOİKK denen Yatırım Ortaklığı İyileştirme Koordinasyon Kurulu diye bir kurul var. Orada hem sermaye kesimleri var, hem bakanlık ve hem de Uluslararası yatırım yapmayı dūřünen sektörlere var. Herkes oradan devletin nereye teşvik vereceğine ve kendi önünü açmaya yönelik basınç yapıyor.

Sermaye sağlık alanına neden girdi dersek, yani 60'lar da girebilir miydi, 80'lerde girebilir miydi ya da 60'larda doğrudan sağlıktan para kazanabilir miydi? Aslında bugün girmesinin temel koşullarından bir tanesi sadece kriz değil. Bu alanda artık para kazanacak bir alt yapı var. Sağlık alanında sermayeye cazip gelen ya da cazip kılınanlar dört temel başlıkta toplanabilir.

Birincisi pazarın oluşumu: Nüfus artması ve ömrün uzaması, kronik hastalıkların sayıca artması, tıbbi müdahale çeşitliliğinin artması, tanı ve tedavi olanaklarının artması, sağlık alanının pazar payını oldukça geliştirmiştir.

İkincisi bu alana yapılan yatırımların artması: Sağlık kurumlarının yaygınlaşması, tıbbi teknoloji ve tıbbi araştırmaya yatırım yapılması, geleneksel tıbbın bile metalaştırıldığı bir dönem.

Üçüncüsü hizmet alımının garantiye alınması: Dikkat ederseniz son dönemlerin en büyük karakteristiği tüm dünyada sağlık hizmetinden yararlanacak toplum kesimini garantiye almak için sağlık sigortaların yaygınlaştırılması. Hatta tamamlayıcı (özel) sigortanın bile zorunlu hale getirilme çabaları.

Nüfusun artması kritiktir, sağlık sigortası zorunlu hale getirilerek pazarın büyüklüğü belirli hale getiriliyor. Türkiye'de sosyal güvence alanında zorunluluk hiç yokken sadece bu alanda zorunluluk görebiliyoruz. Cep-ten ödemelere vatandaşın aliştırılması bu kapsamda değerlendirilebilir.

Sonuncusu ise tüketicinin oluşturulması: Bu amaçla ideolojik olarak yaşam tıbbileştirilmiş, tıp bireyselleştirilmiş, beden makineleştirilmiştir. Biyoiktidar-mikrobiyoiktidar kavramları en iyi karşılığını sağlık alanında buluyor. Artık menapoz bir hastalık, doğum bir hastalık, her türlü es-

tetik kaygı bir hastalık, sosyal fobi bir hastalık gibi tıbbın alanının çok genişlediğini söyleyebiliriz. Sağlık alanında tüketim ideolojisinin sonucu kıskırtılmış talep olarak karşı karşıya kaldığımız kendini sürekli hasta hisseden kalabalıklar sağlık kurumlarını işgal eder hale gelmiştir. Kapitalist akademi ve medyanın bu çarpıtmada rolü büyüktür. Bu faktörlerin tümü birlikte düşünöldüğünde günümüzde sağlık alanı sermaye için yatırım yapmak için elverişli hale gelmiş-getirilmiiştir diyebiliriz.

Diğer tüm alanlarda olduğu gibi sağlık alanının sermayeleşmesi hizmet ürettiğimiz alanların dönüştürölmesi, sağlık yönetimin dönüştürölmesi, sağlık emek gücünün metalaştırılması ve sağlık emekçilerinin kontrolü şeklinde karşımıza çıkıyor.

Emek gücünün metalaştırılması denen kavramın altında şöyle bir şey yatıyor; dün bizler kullanım değerini olarak (toplumsal gereksinimi karşılamak için) sağlık hizmeti irken, bugün değişim değerini (artı değer) üretmek için çalışır hale geliyoruz. Emek gücümüzü satın alan sermaye (özel ya da devlet) yatırdığından daha fazla kazanma hedefi güdüyor. Bu nedenle bizlerin çalışma rejimimizle ilgili her alana çok fazla müdahale edilir hale geliyor. Emek gücümüz üzerindeki kontrolümüzü sermayeye veriyoruz. İkincil hale geliyoruz, emek gücümüze yabancılaşıyoruz. Hizmet üretimi artık bizlerin kontrolünde değil, bu alana yatırım yapan sermaye grubunun o anki reel istemlerine odaklanabiliyor. Bunu hastanelerde çok net yaşıyoruz. Mesleki otonomimiz kaybolmuş durumda. Mesleki bilgimizin dışında çok sayıda tanı ve tedavi girişimin aracısı haline gelmiş durumdayız.

Sağlık emekçilerinin isyanlarının durdurulması da kritik bir sorun. Yani bu kadar sert uygulamalara isyan ederseniz isyanın durdurulması için bir şey yapılması gerek. Emeğin kontrol altında tutulması bu açıdan önem kazanıyor.

Sağlık alanında bu değişimi yapmak için, bu saldırılar için ideolojik hazırlık gerek. 1980ler-90larda TTB'de bakanlık da sağlık hizmetleri konusunda benzer tespitleri yapıyordu. Hastalar memnun değil, verimli

- kaliteli değil. Personel nitelikli değil. Yoksul insanlar sağlık hizmetlerine erişemiyor. Yolsuzluk ve görev ihmalleri yaygın. Sağlık için bütçe yetersiz. Kamu kötü yönetiliyor, siyasi müdahalelere açık vb. Bu tespitleri kamu kötü, özel daha iyi şeklinde yorumlama eğilimine girdiler. Yine sağlıkta dönüşümün aktörleri tespit edilen her şeyden başka bir anlam çıkarttılar. Mesela sağlık için bütçe yetmiyor, öyleyse herkes elini cebine uzatsın. Ücretsiz hizmetler istismar ediliyor, öyleyse hizmet alan ödesin. Çalışanla çalışmayan ayrılmalı. Rekabet verimliliği ve kaliteyi artırır. Bu iki söylemi performans ile buluşturdular. Aslında ortak karşı çıkışlarımıza farklı anlamlar yükliyorduk.

En kritik başlıklardan bir tanesi de “önce insan”. Biz bu “önce insan” tartışmasını çok geç anladık. Önce insan dediğimizde ne demiş oluyoruz, ne akla geliyor, bunu neden bu kadar sık kullanıyorlar? Kritik şey bu arkadaşlar; neoliberalizm bireysellik üzerine kurulu bir şey, seni topluluk halinde görmek istemiyor, sınıf olarak görmek istemiyor, bireye odaklanıyor. Bireye odaklanınca işler kolay, o zaman sağlık senin bireysel meselendir. Eğer sen bundan yararlanıyorsan bedelini ödemen gerekiyor. Aynı şey hekimlere söyleniyor; senin bu alanda eğitim alma isteğin kendine avantaj sağlar, kendine yararı olan şeyin bedelini ödemen gerekir. Yani her bireysellik karşısında bir ödeme kalemiyle birleşmiş bir şey. Zaten neoliberal toplum birbiriyle rekabet halinde bireyler yaratmak istiyor. Birçok mesele de olduğu gibi bizim de itirazlarımızı kullandı. Toplumu sürü olarak görülmesine karşıydık, özgür bireyler var diyorduk. O da bireyselliği karşımıza çıkarttı. Geleceğe ertelenmiş, her şeyin belirli olduğu ve birbirine benzediği yaşamlarımızı eleştiriyorduk. “Carpe diem” (anı yaşa), “herkes özgürdür” vb. kavramları bizlere sunuldu. Toplumsallık dağıldı, atomize olan bireyler haline geldik.

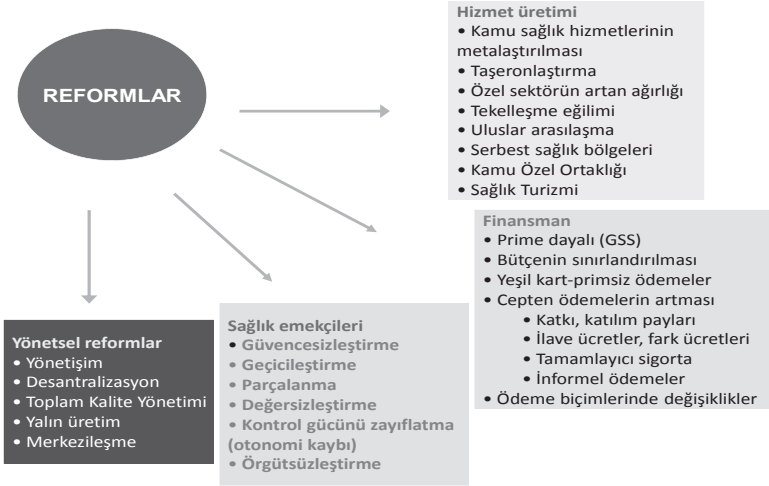
Süreç planlı bir şekilde sahneye kondu. Önce kuralızsızlaştırma dönemi ile başladı. 1980-94 arası kuralızsızlaştırmanın egemen olduğu dönem. 4-6. beş yıllık plan dönemleri. Hatta 3. beş yıllık planda bile sağlık alanında yapılanların emareleri var. Hedef devletin sağlık hizmetlerinden çekilmesi. Bunun için kamuya ideolojik saldırı ve özele teşvik uygulaması bu

dönemin en önemli karakteristiği. Kamu alanındaki yetmezlikler ve özel teşvik edilmesinde biz hekimlerde rolü yadsınamaz. Hepimiz çok iyi biliyorduk, çünkü bu alan aslında bizim kirli alanımız, sağlıkçıların kirli alanı, vatandaşa en çok kavga ettiğimiz alan. SSK hastanelerinden örnek verirsek, mesela 80-90 arası için, o dönemin sağlık alımı içinde en zengin kurumu olan SSK'nın hastanesinde MR yok, BT yok. Ama nasıl oluyorsa üç beş hekim özel sektörde MR kurabiliyor. Nasıl alıyor? Çünkü Özal teşvikleri açmış, ön ödemesiz krediyi vermiş, şirketler uzun vadelerde ödemeler yapmış bir anlamda kuralsızlaştırmadan biz de beslenmişiz. O dönemde, hastanın “özel daha iyidir” noktasındaki algısını oluşturmada bizim de katkımız var. Devletin bu alanda aşama aşama çekildiğini söyleyebiliriz ama son 7 ve 9. planlara bakarsanız birden planlar değişti. Artık kuralların yeniden yazıldığı dönemdeyiz. 7. plana kadar sağlıkla ilgili her şey olumsuz yazılıyordu. 7.plandan beri her şey iyiye gidiyor hiç kötü bir şey yok. Yazılanların dili birden değişti. Erken dönem planlarda dahi aile hekimliği var, sağlık sigortası var, kamu hastanelerinin özelleştirilmesi var. Yani bunlarda aşama aşama hepsini kullanmışlar ve ihtiyaç olduğunda devreye sokmuşlar.

Sağlıkta reform pandemisi...



Bizler için sıkıntı yaratan, SDP köklü değişimlerinin parça parça yaşama geçirilmesi oldu. Reformun bileşenleri ayrı ayrı geldi. Ayrı ayrı gelen reform bileşenlerini sağlık emekçileri olarak bütünlüklü olarak karşılamadık. Her bileşeni tek tek karşıladık, kime vurduysa o ayağa kalktı. Birilerimizin meselesi oldu, bir türlü bizim meselemiz olmasını beceremedik. Örneğin kalite verimlilik katsayısı üniversite hastanelerini ayağa kaldırdı. Eczaneler zincirinde eczacılar ayağa kalktı, taşeronlaştırmadan daha çok taşerona devredilen hizmetlerde çalışan arkadaşlarımız ayağa kalktı. Birbirimizi mücadelede yalnız bıraktık. Ancak bunun tümünün ortak bir mantıkla geliştiğini unuttuk.



Sağlık alanındaki bu reform pandemisini, sadeleştirerek dört başlıkla ele alabiliriz.

1. Hizmet üretimindeki reformlar;
2. Yönetimsel reformlar;
3. Finansman reformları;
4. Sağlık emekçileriyle ilgili reformlar.

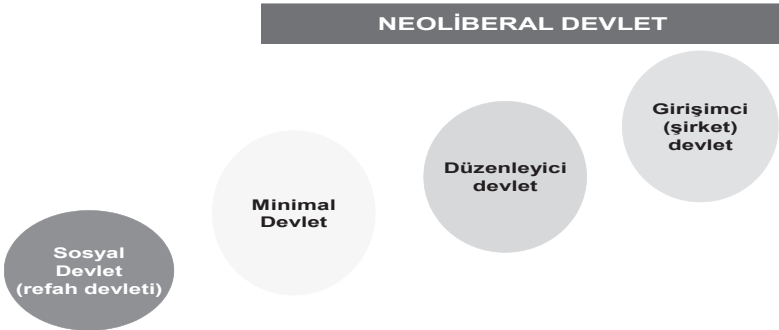
Burada birbiriyle ilişkili ilk iki reform öbeğine yer vereceğiz.

Hizmet üretimindeki reformlar:

Kamu sağlık hizmetlerinin metalaştırılması (sadece birinci basamakta değil ikinci ve üçüncü basamakta, hatta laboratuvarlarda); taşeronlaştırma; özel sektörün artan ağırlığı, tekelleşme ve uluslararasılaşma eğilimi; serbest sağlık bölgeleri; kamu özel ortaklığı ve sağlık turizmini bu başlıkta sayabiliriz.

Yönetimsel reformlar:

Burada yönetim, desantralizasyon, toplam kalite yönetimi, yalın üretim ve merkezileşme öne çıkmaktadır.



Hem hizmet üretimi reformları hem de yönetimsel reformlar için devletin yeniden yapılanmasını tartışmalıyız. Ve sağlık alanı ile ilişkisini kurmalıyız. Devlet eskisi gibi yönetilmiyor. Devlette de bir dönüşüm var. 1970lere kadar sosyal devlet (refah devleti) vardı. Bu dönem 70'lerden sonra silkelendi geriledi. 80'ler ile başlayan minimal bir devletti. Minimal devlet şu idi, devlet üstüne binen gereksiz yüklerden kurtulsun sadece kendi asli fonksiyonunu yapsın. Onun dışında ki alanları doğrudan sermaye kesimlerine versin. Ancak bunun sıkıntılı olduğu 90'ların ikinci yarısında gözüktü. Tüm dünyada devletle ilgili politikalar, dünya sağlık örgütü de dahil, düzenleyici devlet diye başka bir formata çevrildi. Yoksullukla mücadele programları; yoksulluk olacak biz bununla

mücadele edeceğiz, yoksulları devlet desteklesin geri kalan doğrudan özel sektörle karşı karşıya gelsin denen dönemdi yani.

Son dönem; “şirket devlet” dönemi. Girişimci rektör, girişimci vali, girişimci bakan, girişimci aile, girişimci sağlıklı... Hepsinin önüne bir girişimci getiriliyor. Girişim kapitalizmin ana siyasal ideolojisi. Girişim özgürlüğünün önündeki her engel kalkmalıdır, bu kapitalizmin olmazsa olmazı, 1800’lerden başlayan ana argümandır. O zaman bu ne demek ekonominin kuralları geçerlidir. Bunun yansıması ne oldu? Daha önce yönetim dediğimizde, devlet piyasa karşı karşıya gibi gösteriliyor-du. Onun yerine devlet-piyasa-sivil toplum ortaklığı dediğimiz “yönetişim” devreye girdi. Yönetişim dediğimiz şu; devletin, özel sektörün, sivil toplumun ortak bir konuda karar vermesi. Olay şu; siyasal olarak fren yapacak meclis gibi yapıları devre dışı bırakmak, yani meclisi işlevsizleştirmek... Mesela muhalefet partisi seçimle iktidara geldiğinde, sivil toplum ve özel sektör de var ise söz hakkı üçte bire düşüyor. Sivil toplum dediğimiz eğer sermayenin kurduğu şeyler ise örneğin sağlık alanında TTB sivil toplum diye çağrılmıyorsa, özel hastaneler derneği çağrılıyorsa o zaman işler de değişebiliyor. Bunun bir anlamda toplumun kolektif olarak siyasal mücadeleden kazandığı alana yönelik bir müdahale olduğunu hatırlamamız gerek.

Örnek şu arkadaşlar, “Sağlıkta Ortak Çözüm Toplantıları”nın ikincisi 20 -24 Nisan 2011 tarihlerinde Antalya’da yapılmış. Katılanlara ve destek verenleri açılış konuşmasından anlıyoruz: “Toplantıya katılan, katkıda bulunan tüm taraflara, firma olarak destek veren kurultay ana sponsoru Yağmur Enerji ve kurultay sponsorları Daruma Corporate Finance, Finansbank, Siemens, Novatek, Bilgi Sistemleri, Hd Medi, Acendis, Delta Trade Company, Avrasya Hospital, Kompozit, Kbb Ta-utmann, İncekaralar’a; katılımcı firma olarak kurultaya destek veren Hohenstein, Özcan Kardeşler, İzaydaş, İş Hukuku Enstitüsü, Gemsoft, Bilmedical Hastane Bilgi Yönetim Sistemi, Centro Laboratuvarları, Med15, Sağlıkbank, Koç, Ada Cephe Sistemleri, Akademi Tıbbi Cihazlar, Akme Medikal, Anesmed, Avrasya Medikal, Detay, Drager, Exper

Bilgisayar, General Electric, Genatek, Hijyen Sağlık, Meddata, Mesa Medikal, Pro-Tıp, Samatıp Hospital Furniture, Sesa, Medisoft Hastane Yönetim Sistemi, Visus, Maquet Getinge Group firmalarına teşekkürlerimizi sunarız. Ayrıca toplantıya bizzat katılan veya destekleyen Sağlık Bakanımız ve Sosyal Güvenlik Bakanımız ile tüm kamu bürokratlarına, İstanbul Üniversitesi başta olmak üzere üniversite rektörleri ve öğretim üyelerine ve özel sektör yöneticilerine gelecek toplantılarda buluşmak dileğiyle teşekkür ederiz.” Yrd. Doç. Dr. Cevat ŞENGÜL, OHSAD Genel Sekreteri.

Yeni yönetme biçimi bu, yani bizim karar alma sürecimizde özel sektörün çok ciddi katkısı olacağını görüyoruz. Yönetişim derken devletin şirket gibi yönetilmesinden bahsediyoruz aslında. Ancak burada kritik olan şu devlet dediğimiz yapının bir firma gibi örgütlenmesi, piyasanın önünü açma ve ona destek olmaktan çıkması, kendini piyasadaki aktörlerle eşit ilişki kuran piyasanın kurallarıyla dağılan bir aygıtı dönüştürmesi. Bu en büyük tehditlerden bir tanesi. Şu demek mesela; özel hastane patronları diyor ki haksız rekabet var, hekimlere ücret olarak devlet bütçesinden aldığınız paraları veriyorsunuz, ben vatandaştan aldığımdan, sattığım hizmetten maaşlarını veriyorum. Siz haksız bir ticari rekabet yaratıyorsunuz, bu haksızlıktan kurtulmamız gerekir. Siz de diyor kamudan sağlıkçılara ödediğiniz paraları çekin. Bu söylemi uzun bir süredir kullanıyorlar. Hatırlayın R. Akdağ’ı ne diye sıkıştırdılar; hastanelerde performans yüksek diye sıkıştırdılar, performansın limitinin düşürülmesi noktasında bir basınç yaptılar 2010’ların başında. Amaç özelde çalışan hekimlerin emeğini ucuzlatmaktı.

Yine devlet aygıtının kar zarar muhasebesini kamu hastaneleri birliğinde çok daha rahat görürsünüz. Piyasanın işleyişinin ve örgütlenme felsefesinin devlete yedirilmesi, kamu kontrolünün profesyonellere verilmesi. İşte CEO dediklerimiz, genel sekreterler bunlara örnek.

Aslında hepimizi ilgilendiren temel başlıklardan bir tanesi “desantralizasyon”. O kadar yanlış tartışıldı ki... Ama SDP’nın tüm yazılı metinlerinde desantralizasyon tartışması ekonomik desantralizasyon olarak

ele alınmıştır. Yani her kurumun kendi yağında kavrulmasıdır; hizmeti satacaksın, kazandığın parayı çalışanlarına dağıtacaksın. Hedef etkinlik, verimlilik ve rekabet... Onun için şu anda Halk Sağlığı Kurumu'na dayatılıyor Aile Hekimliğine de dayatılacak. Bylelikle kamu sağlık hizmetlerinin metalaştırılması sağlanacak. Tabi ki mücadele edilirse dayatılmaz, bir anlamda niyetleri bu.

Üniversite hastaneleri çok kötü durumda bu anlamda. Çünkü niversite hastanelerinin kendi yağında kavrulma ihtimali yok, yani komplike hasta gelen bir yerde batarsınız. Btyeyi az verip mümkünse kesip buraya doğru her hastanenin kendi yağında kavrulması tüm hastanelerin kendi aralarında rekabet içerisinde olmaları gereken bir sistem yaratıldı.

Özetle sağlıkta hizmetin yönü değişmiş; artık artı değere (kar elde etmeye) endekslenmiş bir sağlık hizmeti var, yani bu sağlıktaki sosyal ynn terk edilmesi anlamına geliyor. Artık sağlık sosyal bir şey değil kar elde etmek için meta üreten bir alan. Hedef daha fazla artı değer kazanmak ise üretimin hızlanması gerekiyor, aşırı üretilmesi gerekiyor, tktimin de hızlanması gerekiyor ve ikisinin de kitlesel olması gerek. Yani bizim fabrikaların (hastanelerin) ok hızlı insanların çok girip çıktığı yerler olması gerek. Nitekim bunu da rahatlıkla görebiliyoruz.



AKP'nin sağlık alanında yaptıkları aslında buna hizmet eder: Üretimin hızlanması, tktimin artması. Teknolojik yatırımlar, sağlık kurumlarının sayısının arttırılması, tüm hastanelerden hizmet alınabilmesi, tanı, tedavi ve girişim olanaklarının arttırılması, MR-BT sayısının arttırılması, hastanın hastaneye ayak basma ihtimalinin arttırılması... Ayak basmayı engelleyecek finansal, coğrafi, hizmet üretimi nedenli her engeli orta-

dan kaldırmak... Sağlık çalışanlarının sayısının ve çeşitliliğinin artırılması... Ve “yalın üretim” dediğimiz toplam kalite yönetimi... Bakan (Müezzinoğlu) aşırı üretim-aşırı tüketim meselesini çok güzel açıklamış, diyor ki, **“bizler hiç ayırım yapmadan iktidara geldiğimiz günden bu güne kadar sağlıkta benim vatandaşım bir tereddüdü bir korkuyu yaşamadan hekime ulaşabilmeli dedik. ‘Tıbbi teknolojiye ulaşabilmeli’ dedik, ‘ilaca ulaşabilmeli’ dedik, ‘O bize ulaşamıyorsa biz ona ulaşabilmeliyiz’ dedik ve bu anlayışla sağlığın önündeki bütün engelleri kaldırdık”**__<http://www.winally.com/contens.asp?id=6199#.VCPFM-lJxm1s>. Bu erişim dediğimiz çok kıymetli bir şey. Erişim şöyle düşünün, ben bu hastaneye yatırımlar yaptım, özel hastaneyi açtım. Ben bir sermaye grubuyum. Dedim ki bu tekstil fabrikası çok para kazanamıyor ben bir hastane fabrikası açayım. Hastane fabrikası açtım MR aldım, BT aldım, hekimleri aldım, yatırımları yaptım şimdi bir hasta gelmeden buranın çalışma ihtimali var mı, batar o zaman. Batmanın engellenmesi için hastanın her yere gidebilmesi gerek. Hatırlarsanız ilk dönem sağlık-taki ödeme sistemlerinde herkes her yere gidebiliyordu. Yani SSK’dan, devlet hastanesinden, özelden hizmet alabilme olanakları ve ilaca kolay ulaşılması sağlanmıştı. O bize ulaşamıyorsa biz ona ulaşmalıyız. Mesela göz doktorları çok meşhur bu konuda; köylerde göz otobüsleri dolaşılıyor, hastayı buluyor sonra ameliyat ediyor. Çünkü ben para yatırmışım, para yatırdığım bu makine boş kalırsa, yani saatler boşa giderse, ben onu dolduramazsam, yatırım yaptım karşılığını almam gerek, yoksa batırım. Marx buna “metanın ölüm paranesi” diyor, eğer hastane açan sermaye grupları olarak erişimi sağlayamazsak bu hastaneleri batırırız. O zaman ne yapacağız? Talebi kışkırtacağız. Nasıl kışkırtacağız? En önemlisi medya... Seda Sayan’ları şunları bunları sabahleyin televizyonlara koyacaksınız, onun yanına bir profesör koyacaksınız, doğruyu yanlış anlatması önemli değil, ne anlatırsa anlatsın, önemli olan sağlıkla ilgili korkuların büyütülmesi. Yani herkes sağlığından çok korkacak ve bunun şifası olduğunu hissedecek. Bunu hissettiğinde bir doktora gidecek, şifa bulamazsa başka yere gidecek. Onun yarasına merhem olma potansiyeli olduğu için bir şekilde dolaşacak.

Tüketim kültürünün ideolojisinin iki kuralı çok önemli... Birincisi “istekler ve ihtiyaçlar arasındaki ayrımın ortadan kaldırılması”. Tanı ve tedavi girişimlerini vatandaş istediği için mi yapıyoruz yoksa tıbben gerektiği için mi yapıyoruz şeklinde sağlık alanına uyarlayabiliriz. İkinci kural diyor ki, “bir tüketici bir malı aldıktan sonra gözü öbür malda kalıyorsa işinizi iyi yapıyorsunuzdur”. Bu nedenle hastanenin hastayı “şunu şunu yaptık şunu da yapabiliriz” sinyaliyle eve göndermesi gerekiyor, kuruma olan bağımlılığını devam ettirmesi gerekiyor, hastanın yapılanları komşusuna da önermesi gerekiyor.

“Biyo-iktidar” ile tıp vücutlarımızı ele geçirip, aynı zamanda bizi çaresiz bırakıyor. Hem yaşamın tıbbileştirilmesi, popüler sağlıklı yaşam söylemi ile sağlığımızı için daha daha fazla şey yapmamız, sağlığımızı sürekli tehdit altında görmemiz ve hem de sağlığımız için daha fazla sağlık kurumuna bağlanmamız isteniyor. Artık tıp kurumu, yani biz sağlıkçılar konuşmadan kimse sağlıklarıyla ilgili kendi kendilerine değerlendirme yapamaz hale geldi, felç oldular yani. Ufak bir ateşte, grip, nezlede, ishalde mutlaka bize gelme ihtiyacı duymaya başladılar. Bir anlamda biz söylemeden yaşam yürümez hale geldi, tıbbın iktidar kurma hali diyebiliriz buna.

Önemli başlıklardan birisi de çarpıtılan sağlık algısıdır. Sağlık açısından ciddi boyutta tehdit oluşturan devasa toplumsal sorunlar (çevre, gıda, çalışma koşulları, işsizlik, ekonomi, savaş, hava kirliliği, iklim değişiklikleri, vb.) değil bireysel hatalara/sorunlara (sigara, hareketsizlik, dengelessiz beslenme vb. olumsuz yaşam biçimleri) odaklanılıyor. Tüm tanı ve tedavi süreçleri, erken tanı dahil bireyselleştirilmiş sorunların çözümleri üzerine odaklanılıyor. Sağlık üzerine tartışmalar bu minvalde yürütülerek gerçek, devasa sorunlar görünmez kınıyor. Mesela, Türkiye’yi düşünürsek ruh sağlığı açısından tartışıyorsak, depresyon ilacını mı tartışacağız işte birinci basamak depresyon ilacını çok yazıyormuş... Yoksa savaş var, savaşı mı konuşacağız, işsizlik var, ruh sağlığını bunlar bozmaz, yoksulluk bozmaz deniliyor, ikinci plana itiliyor. Tıp endüstrisi ile ilgili çözümler merkeze alınıyor. Koruyucu hizmet kapsamında

olan birçok müdahalenin de bu alanda endüstriyel üretimlerin ortaya çıkması ile gündemi işgal eder hale geliyor. Dikkat ederseniz sigara, hareketsizlik, dengesiz beslenme, bunların hepsinin tartışılmaya başlamasıyla birlikte burada bir endüstriyel üretimin başladığını unutmamalıyız. Hareketsizlik dedik; neredeyse hepimizin evinde fitness cihazları var... Soma, sağlık sorunu değil diye tartışılıyor. Silikozis sağlık sorunu değil diye tartışılıyor. Yani bunlar önemli değil siz sigarayı bırakırsanız, dengeli beslenirseniz sağlığınıza erişirsiniz deniliyor... Tüm toplumu etkileyen genetiği değiştirilmiş gıdalar, küresel ısınma sağlık alanında gelir getirmeyen çözüm için büyük ölçekli ve siyasal iktidar işini zora sokacak müdahaleler gündeme geleceği için çarpıtmaya, görünmez kılmaya ihtiyaç var. Yine bireyselleşme algısı olmayınca sağlıkta tüketim başlamıyor. Onun için sağlıkla ilgili sorunu bireysel hissetmemiz gerekiyor ve sağlık kurumuna gitmemiz gerekiyor. Çözümlerimizi bireyselleştirmemiz gerekiyor. Böylelikle sağlık hizmetlerinde artı değer üreten sarmal çalışmaya başlayacaktır.

SAĞLIK SİSTEMLERİNİN TARİHSEL GELİŞİMİ VE TEMEL SAĞLIK HİZMETİ YAKLAŞIMI

Prof. Dr. Meltem ÇİÇEKLİOĞLU

Bu sunum, esasında kolektif bir ürün. Mehmet Zencir, Zeliha Öcek, Kevser Vatanserver ve Şafak Taner'in katkıları var ve hepimiz de Ata Soyer Güz okulunun öğrencileriyiz.

2007 yılı bizim için çok önemlidir, İzmir'de bir kırılma noktası oldu, dönüşümü çok sıcak, parçalayıcı ve çok ayrıştırıcı olarak yaşadık. Ama ben ilk defa 2013'te yine TTB'de hem aile hekimleri hem pratisyen hekimlerini aynı masada birinci basamak sağlık hizmetinin yeni durumunu tartışmak için bir araya geldiğini gördüğümde çok mutlu oldum. Bağımızın kopmaması bu kadar ayrı düşmememiz gerekiyor. O yüzden bu toplantıyla ilgili çabayı çok değerli buluyorum. Emeği geçen herkese de teşekkür ediyorum.

Burada olmak benim için de çok önemli, çok öğretici. Pratikten ayrı düşmek teoriyi de zayıflatan bir şey oluyor. Bu nedenle elimden geldiğince teoriyi aktarmaya çalışacağım pratikten de çok uzaklaşmış olmayacağımı umuyorum.

Bugünü anlamak için tarihe bakmak gerekiyor. Mehmet Zencir'in anlattığı 19. yy, sanayileşme ve İngiltere konusunda da gördüğümüz gibi İngiltere'de özellikle sanayi kentleri çok kalabalık, plansız ve çok ciddi alt yapı sorunları var. Ayrıca çalışma koşulları çok kötü, günlük çalışma saatleri çok uzun ve çocuk işçiliği yaygın. Özellikle çevresel faktörlerin etkisine bağlı bulaşıcı hastalıklar ve ölümler çok yaygın. Temel politik anlayışın üç temel özelliği var; -Laissez Faire- devlet işlere karışmasın, yoksullar kendi yaşamlarından kendileri sorumludur, esas olan sermaye birikimidir.

Bu dönemde Edwing Chadwick tarafından hazırlanan, Çalışan Nüfusun Sanitasyon Koşulları Raporu, şaşkınlık yaratır. Bu rapor İngiltere'deki

yaşam koşullarını ortaya koyan tam bir istatistiki değerlendirmedir. Raporu göre Manchester’da bebeklerin %50’si beş yaşını gormeden ölüyordu ve ortalama yaşam süresi işçiler için 17 iken orta sınıf profesyoneller için 38 idi. Rapor ’da bu ölümlerin yaşam koşullarının kötü olmasına bağlı hastalıklardan kaynaklandığı, bu yüzden temel olarak alt yapı ve sanitasyon sorununun çözümlenmesi gerektiği vurgulanır. İngiltere’de kolera salgını ve Chadwick Raporu parlamentodan Halk Sağlığı Yasasının çıkmasına neden olur. 1848 ve 1875’de çıkarılan Halk Sağlığı yasaları temiz su, kanalizasyon, atık toplama ve barınma koşullarının devlet tarafından iyileştirilmesini kapsıyor. Gerçekten bu önlemler hastalıkların ve ölümlerin azalmasına neden oluyor ancak sağlık açısından toplumdaki eşişsizlikler devam ediyor. Özellikle çalışanların sağlığa ulaşması kendi sorumluluklarında, işçiler ani ortaya çıkan sağlık sorunları ve o dönemde çalışamadıklarından yaşamları için gerekli parayı bulabilmek için vakıflar, dinsel kurumlar ve loncalar oluşturuyorlar. Bu kurumlardan daha sonra yardım kasaları gelişiyor. Yardım kasaları zorunlu sağlık sigortasının öncüleri oluyor.

Benzer süreçlerin yaşandığı Almanya’da Paris komünü etkisiyle yükselen işçi muhalefetinin önlenmesi için bir tedbir olarak Bismarck tarafından 1 Aralık 1884’de zorunlu sağlık sigortası uygulaması başlatılmıştır. Bu sigortanın kapsamı: hastalığa bağlı iş görememe durumu, hekim tedavisi ve ölüm parasıdır. Başlangıçta katkı payının 1/3’ü işveren, 2/3’ü çalışan tarafından ödenmiştir. Zorunlu sağlık sigortasının amacı mevcut toplumsal sistemin devamlılığını sağlamaktır. 1911’de de tüm Avrupa’da sigortaya dayalı sağlık hizmeti yaygınlaşıyor. 1880’lerin sosyal politikası örgütlenmiş işçi hareketinin bastırılmasını amaçlamıştır ve bu yolla işçilere de sisteme entegre olma “olanağı” vermiştir. Bu süreçteki temel anlayışı “kapitalizm sadece kendi sağlığı bakımından gerekli olduğu sürece işçi sağlığı ile ilgileniyor” diye özetleyebiliriz.

Aynı dönemde başka bir yerde başka bir sistem oluşuyor. 1917’de Rusya’da devrim gerçekleşiyor. Bunun sağlığa yansımaları; tüm topluma ücretsiz ve yaygın sağlık sistemi, sağlık kuruluşlarının ulusallaştırılma-

sı, sağlık bakanlığının kurulması, toplumun sağlığının iyileştirilmesi için merkezi olarak planlanma yapılması, sağlık hizmeti/kurumlarının halk tarafından denetlenmesi, hekimlerin toplumsal statüsünün toplumun diğer kesimlerine kıyasla ayrıcalık arz etmemesi, bilinçli, örgütlü ve tüm toplumu kapsayan yaygın bir sağlık hareketi olarak özetlenebilir.

İngiltere’de aynı yıl (1917) Dawson raporu çıkıyor, bu rapor basamaklı sağlık sisteminin ilk defa tanımlandığı rapordur. Bir zorlamanın ya da karşı taraftaki gücü görmenin sonucu, kendi işçi sınıfını biraz daha rahatlatmak amacıyla hazırlanmıştır. Rapor’da sağlık hizmeti “belli bir coğrafyada konumlanmış nüfusa hizmet” olarak planlanmıştır ve 1948’de kurulan Ulusal Sağlık Sisteminin (NHS) ilk adımı olarak görülür. Bu kadar gecikmenin nedeni Birinci ve ikinci paylaşım savaşlarıdır.

İkinci paylaşım savaşı sonrası devletin sağlık ve sosyal alandaki etkinliğinin arttığını görüyoruz; sosyal devlet, refah devleti, Keynesyen politikalar. Savaşta kırılan nüfusu yeniden geliştirmek, halkın sosyal ihtiyaçlarını, eğitim ve sağlığını iyileştirmek görevini devlet üstleniyor. Bu yaklaşımın sağlığa yansıması 1942’de ülkedeki yoksulluğun sebeplerini ve sosyal politikaları yeniden oluşturmak üzere hazırlanan Beveridge raporunda karşımıza çıkıyor; Beveridge Raporu’nda aşağıdaki sorunlar ve çözüm önerileri netleştiriliyor;

Sorun: Kişinin sürekli gelirinin olmaması.

özüm: Tam istihdamı sağlamak

Sorun: Aile giderlerini artıran hastalık, kaza, doğum, analık hali, gibi sebepler.

özüm: Gelirinin asgari sınırın üstünde ücret sağlamak

Sorun: Gelirleri azaltan yaşlılık, hastalık, kaza, sakatlık, ölüm, dulluk, yetimlik, işini kaybetme gibi sebepler

özüm: Bu risklere karşı sosyal güvenlik sistemi kurulması

Sorun: Genel olarak kamu sağlığının bozulması

Çözüm: Temel ve koruyucu sağlık hizmetlerinin tüm ülkede herkese verecek bir sağlık güvenliği sisteminin kurulması.

Bu rapordaki ilkelerden yola çıkılarak 1946'da İngiltere'de Ulusal Sağlık Sistemi (USS) (National Health System NHS) oluşturulmuştur. USS'nin temel özelliği finansmanın genel bütçeden (Vergiler) karşılanması, Hizmetin kamu ağırlıklı sunulması ve temel odağın birinci basamak sağlık hizmeti olmasıdır. Ancak USS'nin uygulanmaya başlaması ancak 1948 de olabilmıştır ve bu asla II. dünya savaşından sonra oluşan dünya dengelerinden ayrıştırılamayacak bir süreçtir. İngiltere gibi işçi sınıfının güçlü olduğu ülkelerde bu sistem yaygınlaşmıştır. Bu dönemde Avrupa'daki sağlık sistemlerinin şekillenmesi; ülkedeki sağlık sistemi o ülkedeki işçi sınıfının gücüyle ilgilidir, işçi sınıfı güçlü ise ulusal sağlık sistemi, işçi sınıfı güçlü değil ise sigorta sistemi şeklinde gerçekleşmiştir.

Rusya'da gerçekleşen 1917 devrimi sonrası oluşan sağlık sisteminin temel yaklaşımları şu şekilde sıralanabilir;

- Tüm topluma ücretsiz ve yaygın (Semashko)
- Sağlık kuruluşlarının ulusallaştırılması
- Sağlık sisteminin merkezi olarak planlanması,
- Sağlık hizmeti ve kurumlarının halk tarafından denetlenmesi,
- Hekimlerin toplumsal statüsünün toplumun diğer kesimlerine kıyasla ayrıcalık arz etmemesi,
- Bilinçli, örgütlü ve yaygın bir sağlık hareketi
- Salgın hastalıkların yayılmasını önlemek için uygun önlemler

Sağlık örgütlenmesi birinci basamak sağlık hizmetinin coğrafi tabanlı olarak nüfusa dayalı bir şekilde oluşturulduğu modeldir. Bu yapıda sağlık İstasyonları, Uçastok, Rayon ve Oblast olarak adlandırılan kurumlar yer alır. Bunların özellikleri aşağıda tanımlanmıştır:

Sağlık istasyonları

Sovyetler Birliği'nde en uę sağlık birimi, feldsher'lerin ve ebelerin sorumluluğu sağlık istasyonudur. Köylerde ve dağınık yerleşim gösteren birimlerde kurulmuştur.

Bu istasyonlar Rayon hastanelerinden gelen uzman hekimler için çalışma alanı olarak hizmet verirler. Denetim ve eğitimleri hem uastok hem de rayon rgtnce yapılır.

Uçastok

Hasta tedavisinde temel birim olan polikliniklerdir.

Her sağlık bölgesinde bir poliklinik bulunur.

Bir uastok nüfusu ortalama 4.000'dir. Yaklaşık 3.000 erişkin, 1.000'i 14 yaş ve altı çocuklardır.

Burada pediatrist, genel pratisyen, jinekolog ve diş hekiminden oluşan ortalama 7 hekim görev yapar. Bunlara ek olarak erişkin ve ocuk hemşireleri, evre sağlıkçıları ve ebeler de hizmet verir. Hekimler vardiya yöntemiyle çalışırlar. Bir günde 6,5-7 saat çalışır ve ortalama 30 hasta bakması beklenir.

Rayon

10 uastok birleşmesi ile bir Rayon oluşur.

Yönetim, eğitim, koruma ve tedavi görevleri olan rayonlar bölgelerindeki sağlık kurumlarından sorumludur. Bölgede 200-400 yataklı bir hastane ile 15 kadar uzman bulunur.

Oblast

600-1000 yatak kapasiteli st uzmanlık eğitim kurumu ve tedavi merkezi niteliğindedir.

Hastane, sanatoryum, araştırma merkezleri, laboratuvarlar, çocuklar için poliklinikler, kronik hastalık dispanserleri, özel uzmanlık dalları gerektiren dispanserler (diyabet, kanser vb.) oblastlara bağlıdır.

Rusya'da yaygınlaşan Semashko süreci ikinci dünya savaşından sonra etkin bir biçimde devam ederken Çin'de 1949'da bebek ölüm hızı binde 200, beş yaş altı ölüm hızı %30, ana ölüm hızı %1,5 civarındadır ve nüfusun %80'inden fazlası kırsal kesimde yaşamaktadır. 1950 ve 1951'de toplanan Ulusal Sağlık Konferanslarında sağlık örgütlenmesi ile ilgili şu ilkeler belirlenir; hastalıkların tedavisi yerine hastalıkların önlenmesine ağırlık verilmeli, sağlık personeli işyerlerine, tarlalara, fabrikalara gitmeli ve yalnızca hastaları iyileştirmemeli, aynı zamanda sağlıklı olanların da hastalanmalarını önleyici hizmetler sunmalıdır. Bu süreçte sağlık sisteminin yapılanmasında Rusya'daki sistemden çok yararlanılıyor. Ancak en büyük değişim 1965'de gerçekleşiyor ve sağlık hizmetlerinin temel odağının köyler olması ilkesel kararı alınıyor. Köylü ya da fabrika işçilerinden seçilmiş işçiler arasından sağlık görevlileri yetiştiriyorlar ve bunlara "Çıplak Ayaklı Hekimler" adını veriyorlar. Çıplak ayaklı hekimlerin resmi kadroları yok, çoğunluğu kadın ve düzenli gelirleri düşük, özellikle halkın desteğiyle geçiniyorlar. Buldukları yerde hizmet veriyorlar. Yine feldsherlere benzer küçük cerrahi hizmetten acil yardıma, bağışıklama hizmetini onlar yapıyor. Kendilerinin tedavi edemeyecekleri durumlarda sağlık merkezlerine yolluyorlar.

Her iki sistemin de ortaya çıktığı sosyal zemin; sağlık hizmetine erişim ve kullanmada derin eşitsizliklerin olmasıdır. Sistemin amaçladığı sağlık politikası da sosyal, ekonomik politikalar ile bütünlük içinde eşitsizliklerle mücadele edilmesidir. Sağlık iş gücü planlaması, eğitimi ve örgütlenmesi bu çerçevede gerçekleştirilmiştir. Sağlık çalışanlarının toplumun bir parçası olabilmesi ve sürekliliği hedeflenmiş, multidisipliner ekip hizmeti öncelikli olmuş ve ev ziyaretleri ve yerinde hizmet esas alınmıştır.

Sovyetler ve Çin sağlık sistemlerinin başarısı ve Avrupa'daki refah politikaları Alma-Ata'ya getiren bir süreç oluyor. Ama 1978 çok kritik bir tarih; yeniden kapitalizmin krize girdiği ve bunun da ekonomilere yan-

sıdığı ve Dünya Bankasının da kurulduğu yıllara denk geliyor. 1978 bildirgesi metinlerinde sanki temel sağlık hizmetleri ve topluma dayalı birinci basamak hizmetinde bir zirveymiş gibi görünmesine rağmen, 1980'den itibaren içinin boşaltılmasının da aynı süreçte hazırlandığını görüyoruz. Bildirgede Temel sağlık hizmeti “bir toplumda birey ve ailelerin geneli tarafından kabul edilecek yollardan, onların tam olarak katılımları ile ülke ve toplumca karşılanabilir bir harcama karşılığında, onlara götürülen esas sağlık hizmetidir” diye tanımlanıyor. Temel Sağlık Hizmetinin (TSH) İlkeleri ise; ulaşılabilirlik, kapsayıcılık, ekonomik olarak karşılanabilirlik, toplum katılımı, öncelikli hizmet, hizmetin sürekliliği, kişilere en yakın noktada sağlık hizmeti sunulması, entegre hizmet, ekip hizmeti, ilk başvuru birimleri ve sevk sistemi olarak sıralanabilir.

Ancak Alma Ata, devlet sorumluluğunda ulusal sağlık sistemi, yoksullukla mücadele, ücretsiz sağlık hizmeti ve toplumun üyesi olan birinci basamak sağlık çalışanları gibi TSH'nın ortaya atılmasındaki temel konulara yaklaşımda yetersiz kaldı. DSÖ “Herkes İçin Kapsamlı Hizmet” ilkesinden, pahalı bulduğu, sadece sık görülen sağlık sorunlarına yönelmenin daha maliyet etkin olduğu ve yüksek risk gruplarına yönelik müdahalelerin istatistikleri daha iyi bir şekilde geliştirdiğini gerekçe göstererek vazgeçti. Hemen 1978'den sonra, UNİCEF tarafından kapsayıcı sağlık hizmeti götürmek yerine seçici sağlık hizmeti yaklaşımıyla yani kaynakları seçilmiş özel önceliklere ayırma ve kampanyalar yoluyla bu sağlık sorunlarını çözme yaklaşımı benimsendi.

Alma Ata'dan çok önce Türkiye'de Nusret Fişek tarafından hazırlanan 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun 1961'de kabul ediliyor ve 1963 yılında Muş'ta başlıyor. Sosyalleştirme aslında TSH yaklaşımının temel ilkelerini içeriyor ve bir uygulama yöntemi sunuyor. Daha çok kırsal ve gelişmekte olan bölgeleri önceliyor. Sağlık hizmeti herkese eşit sunulacak, korunma ve tedavi entegre edilecek, tek elden verilecek, ücretsiz ve devlet güvencesinde olacak. Bina, malzeme, personel temininin sosyalleştirme planının uygulanması için şart olduğu ve yasanın tüm ülkede uygulanmasının 15 yılda

gerçekleŖeceđi özellikle vurgulanıyor. Hızla sağlık ocakları kurulmaya ve özellikle kırsal bölgelerde etkin olarak hizmet vermeye başlanıyor. 1977'ye geldiğinde 36 Ŗehre, 1983'te ise içi boşaltıldıktan sonra tüm Türkiye'ye yaygınlaŖtırılıyor. 1961 anayasasının sosyal niteliği, 1980-82'de yönetim ve anayasa deđiŖikliđinin sonrasında tamamen geriletiliyor. Türkiye'deki politik deđiŖişimler nedeniyle sağlık sisteminin de alt yapısı ve finansman desteği ortadan kaldırılıyor bu da uygulamaya yönelik sorunların ortaya çıkmasına neden oluyor. Tam süre alıŖma ilkesinden vazgeiliyor, ücretsiz bakımdan vazgeiliyor, sevk zinciri hiç iŖletilmiyor ve bu sevk zincirini güçlendirecek bölge yapılanmaları ve ikinci basamak bağlantıları hiç kullanılmıyor. Kent tipi sağlık ocakları yetersiz kalıyor ve personel, bina, donanım açısından desteklenmiyor.

Özet olarak TSH yaklaŖımına benzer bir Ŗekilde sosyalleŖtirmenin eŖitliki özünü ortaya çıkarması ve kapsayıcılığını geliŖtirmesi için gereken destek verilmemiŖtir.

SORU: Kapsayıcı sağlık hizmetinden bahsettiniz bunu terminolojik olarak tam anlayamıyoruz. Biraz açıklayabilir misiniz?

CEVAP: Kapsayıcı sağlık hizmeti toplumun geneline her türlü sağlık hizmetini hiç bir ayırım gözetmeksizin, tek bir soruna odaklanmadan, her türlü sağlık hizmetini kapsayacak Ŗekilde hizmet verilmesidir. Seçici sağlık hizmeti ise öncelik belirlenmesi ve tüm projelerin bu öncelikler bağlamında sürdürölmesi ve oralara kaynak aktarılması. 1979'dan itibaren ne dediler, çocukların büyümesinin geliŖmesini izleyin, oral rehidratasyon sıvısı verin, beslenmelerini düzenleyin, bulaŖıcı hastalıklarını engelleyin, bađıŖıklama yapın. Seçici sağlık hizmeti sunumunda hızlı etki görölüyor, sürdürülebilirlik zor, temel nedene odaklanamıyorsunuz, kampanya tarzı hizmet veriyorsunuz. Ama kapsayıcı hizmette tüm toplumu kapsıyorsunuz, toplumun içinde ve bütüncöl hizmet anlayıŖıyla sağlık sorunlarının temel nedenleri üzerine yođunlaŖıyorsunuz. Toplumla iletiŖim içinde oluyorsunuz, temel neden üzerinde yeterince durabiliyorsunuz.

BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNİN TEMEL ÖZELLİKLERİ

TTB'nin desteğiyle editörlüğünü Zeliha Öcek ile yaptığımız Aile hekimliği birinci basamak sağlık hizmetlerini nasıl dönüştürdü? adında bir kitapçık hazırladık. Kitaba TTB web sayfasından rahatlıkla ulaşabilirsiniz. Hem TSM hekimleri hem aile Sağlığı elemanları hem de aile hekimlerinden oluşan üç grupla görüşmeler yaptık. Yaklaşık 120 kişiye ulaştık ve bunların 50'ye yakını aile hekimi idi. Olabildiğince coğrafik bir dağılım gözetmeye çalıştık. Şimdi ben oradaki bazı bulgulardan yararlanarak size birinci basamak sağlık hizmetinin özelliklerini Sağlık Ocağı ve ASM karşılaştırması yaparak anlatmaya çalışacağım.

Birinci basamağın temel özelliklerini tanımlarken Starfield'in sınıflamasından yararlanıyoruz. Starfield birinci basamak sağlık hizmetinin (BBSH) yapı ve uygulamadan kaynaklanan temel özelliklerini; Toplum yönelimli olma ve eşitsizliklere müdahale edebilme olarak tanımlıyor. Amerikan Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine IOM), Toplum Yönelimli Birinci Basamak Konferansı'nda toplum yönelimli birinci basamak sağlık hizmetini; epidemiyolojiden, birinci basamak sağlık hizmetlerinden, koruyucu hekimlikten ve sağlığı geliştirmeden kaynaklı ilkeler temelinde kurulu olan, sağlık bakımına yönelik bir sistematik yaklaşım olarak tanımlanıyor. Abrahams ve Clarks toplum yönelimli birinci basamak sağlık hizmetini uygulamak için üç ilkenin yerine getirilmesi gerektiğini belirtiyor;

1. Erişilebilir, kapsamlı, koordine ve sürekli hizmet sağlanmalı
2. Sağlığı konusunda sorumluluk üstlenilmiş olan tanımlanmış bir toplum olmalı; aynı coğrafik bölgede yaşayan / aynı işyeri, okul vb bir kurum içinde bir araya gelen bireyler / aynı sağlık örgütlenmesi kapsamında yer alan bireyler toplum olarak tanımlanırken, belli bir kuruma / muayenehaneye başvuran "aktif" hastalardan oluşan gruplar bu tanımının dışında yer alır.

3. Toplumı tanıma, sağlık gereksinimlerinin tanımlanması, önceliklerin belirlenmesi ve yapılan müdahalelerin izlenmesi süreçlerinin gerçekleştiriliyor olması.

Toplum yönelimli ya da topluma yönelik birinci basamak sağlık hizmetini tanımlayan ifadelerden bazıları şunlardır;

- “Toplumsal yapı bireylerin sağlığında önemli bir rol oynar” görüşünü uygulamasının merkezine koyan bir birinci basamak hizmet modeli.
- Sağlık çalışanlarının toplumu tanıyarak ve toplumla etkileşim kurarak elde ettikleri bilgiler aracılığı ile sağlığın sosyal ve çevresel bileşenlerinin farkına varmalarını sağlayan hizmet modeli.
- Sağlık çalışanlarının sadece başvuranlar ile değil, tüm toplumla karşılaşmalarını sağlayarak hastalıkların tanı, tedavi ve korunmasındaki gelişmelerin önünü açan sağlık hizmeti.

Tüm bu açıklamalardan ülkemizde uygulanan aile hekimliği sisteminin toplum yönelimli olduğunu söylemek mümkün değildir.

BBSH'nin yapısal özelliklerini tanımlayacağız. Bunlar sırasıyla kaynak dağılımı, finansman ve sağlık çalışanının özellikleridir.

Kaynak dağılımının özelliğini değerlendirirken şunu soruyoruz; toplumda birinci basamağın yayılması için ulusal bir politika var mı? Var ise iki çeşit olabilir coğrafik temelli olur hasta listesine bağlı. Coğrafik temelliye örnek sağlık ocakları, liste temelli ise aile sağlığı merkezleri. Yaptığımız çalışmada bu özellik konusunda katılımcılar şunları söyledi;

- Eskiden ebelerimiz mahalleleri dolaşırды komşulara sorar bütün bebeği olanları tek tek saptardı. Bunu yapmıyoruz artık. O yüzden kayıtsız çocuk çöktür.
- İzmir'de İlçedeki her mahalleden hastam var. ... Coğrafi temelli bir örgütlenme olmaması çok olumsuz.
- Çalıştığım bölgede köpek ısırığı gibi, bulaşıcı hastalık gibi izlenmesi gereken bir durum olduğunda hasta bize kayıtlı değilse izleyemiyoruz.

- Herhangi bir nüfus kaydı olmayan kişileri tespit etmek oldukça güç, Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması 2008’de nüfus kaydı olmayan bir yaş altı bebek oranının %12 olduğu düşünülünce aile hekimlerine kayıtlı olmayan nüfusun var olduğunu rahatlıkla söyleyebiliriz.
- ASM’lerin alt yapı, donanım, vb harcamalarını aile hekimlerinin karşılaması önceliğin hastanın gereksinimlerine değil, kar zarar oranına göre belirlenmesi sorunu yaşıyor, bu ikilemde kalan aile hekimleri durumlarını şu sözlerle ifade etmişlerdir;
- Bize cari harcamalar adı altında bir para veriliyor. Kirasını, elektriğini, suyunu, diğer giderleri biz öduyoruz. Herhangi bir ek personel Aile hekimleri’ maaşlarıyla ödeniyor. Dolayısıyla AH hastasından çok ilgili giderlerle ilgili planlar yapmak zorunda kalıyor. ASM’de biz çoğu şeyi kendimiz cebimizden karşıladık, ama bir tadilat veya herhangi bir şey oldu mu daha ucuzuna kaçıyoruz. İnsanın yapısında bu var, cebinden ne kadar az çıkarsa o kadar mutlu oluyor. AH karşılayınca hekimlikten çıkıp tüccar mantığıyla düşünüyor, dolayısıyla hastasını mağdur edebiliyor. Bakanlığın ticari işlere hekimi sokmaması gerekiyor.
- Bakım onarım hekime ait olunca ne kadar kısabiliriz diye düşünüyoruz. Mesela yakıtımız bazen geç geliyor, bebekleri soğukta muayene ediyoruz. Kalorifer yanmayınca 24 saat elektrik sobası yanıyor. Elektrik faturasını biz öduyoruz. Mesela alkolümüz bitti, alkol almalıyım batikonla idare ederiz. Hastalar çok mu kaliteli hizmet alıyor, almıyorlar. Aşımız bitiyor, sana yazayım git al diyoruz. Hekime bırakırsan böyle olur.

BBSH Finansmanının devlet sorumluluğundaki sağlık güvencesi ile özellikle vergilerden sağlanması, cepten ödemenin ise olmaması önerilmektedir. Sosyal sigorta sistemlerinin kronik durumların yönetimine ve eşgüdümüne yönelik yeni yaklaşımların gelişimine ve uygulanmasına uygun bir ortam sağlamadığı, vergilerden finanse edilen Ulusal Sağlık Sistemlerinin, birinci basamak sağlık hizmetlerinin gereksinime göre yeniden örgütlenmesine daha uygun bir yapıda olduğu belirtilmektedir.

Sağlık çalışanları; BBSH yer alan sağlık çalışanının en önemli özelliği çok-disiplinli olması, birinci basamağın özelliklerine uygun bir eğitim modeli içinde eğitilmiş olmasıdır. Aile hekimleri bunu karşılıyor mu dersiniz hayır, çünkü birinci basamakta hiç vakit geçirmeden kliniklerde aile hekimi olunuyor. Pratisyen hekimlere yönelik uygulanan uyum eğitimleri ise bunu karşılamaktan oldukça uzak. Aile hekimliği modelinde sürekli mesleki eğitimlere katılım olamıyor.

Aile hekimliği modeli çok disiplinli değil, ortak amaç yok, rol belirsizliği var, istihdam tipi ve gelir farklılığı sürtüşmelere ve patron ilişkisinin girmesine neden oluyor. Bütün bunlar aile hekimlerinde rol çatışmasına dönüşüyor. Aile hekimleri kendilerini “Yarı kamusal yarı özel” , “devlet istediği zaman kamusal istediği zaman özel” olarak tanımlıyorlar. Müşteri memnuniyeti, kar-zarar oranı, rekabet, hizmet satın alma, işçi çalıştırma gibi yeni kavramların hayatlarına girdiğini ifade ediyorlar. İşletmeci / esnaf kimliği ve hekim kimliği ile çatışma halindeki durumlarını şu sözlerle dile getiriyorlar;

- Ticarethane gibi değerlendiriliyor. Bütün giderler bize ait. Son dönemde ASE’ni özelden de alabilme yolunu açtılar, bu da bizi patron gibi yaptı.
- Sağlık bakanı muayenehanelere ilişkin bir sürü düzenleme getirdi, ama 20 bine yakın küçük muayenehane(cik) ortaya çıkardı.
- Kendimi yarı tüccar yarı taşeron olarak görüyorum. Çünkü işçi istihdam ediyoruz önceden yapmadığımız bir şey.
- Aylık 460 lira bu odanın kirası. Önce bu özel idareler ihaleye çıktılar. İhaleye gittik. Özel idare odasında, “arttır bakalım” dediler. Ben mütaahit değilim ki, doktorum.

SALONDAN KATKI: Burada bir katkıda bulunmak istiyorum, eski uygulanan sağlık ocağı sistemi ile yeni sistemi karşılaştırırken aile sağlığı merkezlerini söylediniz ama hizmeti yeni uygulamada TSM ler de var. TSM ve ASM şu anki birinci basamak sağlık örgütünün temel özelliği, orada TSM vurgulanmadı belirtmek isterim.

CEVAP: Çok haklısınız ama TSM ler ve ASM ler özellikle koruyucu hizmetleri birey ya da toplum özelinde bir arada götürme potansiyeline şu anda sahipler mi? Değiller. Bu sorunun çözülmediğini söylemeye çalışıyorum.

BBSH'lerinin uygulama özellikleri ise ilk başvuru yeri olma, süreklilik, kapsayıcılık ve eşgüdüm olarak sıralanabilir.

Starfield, birinci basamağın en önemli özelliğinin ilk başvuru yeri olmasıdır diyor. Bundan emin miyiz? Birinci basamak bireylerin her bir sağlık sorununda başvurdukları ilk yer olmalıdır. Bunun gerçekleşebilmesinin koşulu erişilebilir (coğrafi, kültürel, dil ve finansman açısından) olmasıdır. Çalışmamızda birinci basamak çalışanları aile hekimliğinin ilk başvuru yeri olmasıyla ilgili görüşlerini aşağıdaki ifadelerle belirtmişlerdir;

- Sevk sistemi olmadığı için hasta ikinci, üçüncü basamağa gidiyor. Bize hiç işi düşmüyor.
- Vatandaş hizmete ulaşıyor, ama il merkezlerinde. İlçede, köylerde çok zor. Köylerdeki doktor sayısı bu sistemde çok azaldı.
- Eskiden 1000 nüfuslu bir yerde doktor da olurdu, ebe de sağlık ocağı da. Bütün çevre köyleri toplasan 1000 nüfus olmuyor. Şimdi doktor haftada bir gün şöyle bir dolaşıyor.
- AH'nin istediği hastayı kabul etmesi, istemediğini kabul etmemesi gibi bir durum oluşmaya başladı. Gebe bir kadın mevsimsel işçi, eşiyile beraber gelmiş İstanbul'a. İki-üç ay kalacak. Hekime ben izlemlemlerimi yaptırmak istiyorum diyor. Ama hekim bakıyor kadın 2-3 aylığına gelmiş, burada ikameti sıkıntı, her şeyi sıkıntı. Ekstra bir kazancıda olmayacak. Kusura bakma diyor benim bölgem dolu.
- Hastalarımın %20-30 kadarı ilk başvuru yeri olarak ancak kullanıyor, Ankara olmasından kaynaklı olabilir. Bize hiç uğramadan büyük merkezlere giden hasta sayısı o kadar çok ki.

Sevk sisteminin uygulanmaması ilk başvurunun önündeki en temel sorun gibi görünüyor, Aile Hekimliği sistemine geçilmesindeki en temel gerekçe olarak gösterilmesine rağmen sevk sistemi uygulanmadı. Aile hekimlerinin bu konudaki ifadeleri ;

- Nüfusum 4000, bunun en fazla 1500 'ü sürekli geliyor, sevk uygulanırsa hepsi gelir. Kapının önünde kuyruklar bitmez. Kişi başına kayıtlı nüfus 2000-2300 olursa sevk sistemi oturur.
- Bizim ilimizde kısa süre uygulandı, “mahallede bu kadar hasta mı varmış” dedim. Günde 150 hasta baktık. Özel hastaneler dolmuşlarla hastaları getirmişler, demişler “buradan sevk alın sonra bize gelin”.
- Hastalar devlet hastanesine yakın ASM'lere geliyorlar sevk almak için, yani sevk memuru olduk

Erişimi engellemeyecek ve birinci basamağı destekleyecek sevk sistemi ancak pazar unsurlarından arındırılmış, toplum tabanlı örgütlenme yapısına sahip, geniş bir hizmet kapsamı sağlayan bir yapıda ve toplumdaki statüsü yüksek genel pratisyenlik ile sağlanabilir.

BBSH'nde süreklilik; bireylerin düzenli bir bakım kaynağının olması, hizmet kaynağının toplumu tanınması, sorunları saptaması, müdahale etmesi ve izlemesi (bebek ölüm hızı, bağışıklama hızları, vb...) olarak tanımlanabilir. Sürekliliğin varlığı için temel koşul hem hastaların hem de hekimlerin karşılıklı bir ilişkilerinin olduğunu bilmeleridir. Hastanın birbirini izleyen ziyaretlerde veya belli bir zaman süreci içinde aynı hekime veya aynı kuruma gitme düzeyi kesintisizlik olarak adlandırılır. Süreklilik ile oldukça karıştırılan kesintisizlik herhangi bir sağlık sorununun varlığından bağımsız olarak bireylerin bakımına odaklanan değil, hastalık yönetimine yönelik bir kavramdır. Süreklilik ise hasta ve hekim arasındaki uzun erimli bireysel ilişkidir. Süreklilik konusundaki görüşler şunlardır;

- Bir topuk kanında, aşıda ya da izlemde telefonla ulaşamadığın zaman büyük bir problem oluyor. Sağlık ocağındaiken mahalleyi kapı numarasına kadar biliyordum. Şu an o kadar geniş alana yayılmış durumda ki hastayla iletişim kurmakta zorluk çekiyorum.

- Sen olmayınca sistem çöküyor, hastanın takibi aksıyor. Diğer hekimler tarafından sahiplenmesi azalıyor. Hasta yer değiştirdiğinde geçmişi takibi, tedavisi oldukça sekteye uğruyor.
- Kendi nüfusumun toplumsal anlamda nereye oturduğunu bilmiyorum. Sağlık ocağında çalışırken nüfusumuz tanımlıydı, yılsonu nüfusumuz belliydi. Bunu bilmemiz toplumsal sağlık göstergelerini görmemizi sağlıyordu, doğum hızını, bebek ölüm hızı gibi.
- Hasta altı ay bana uğramamışsa, söylediklerimin yapmamışsa, “bak söylediklerimi yapmamışsın” diyebiliyorum. Bunu ocakta yapmıyorduk. Ama orada da kişisel sağlık fişine yazılabilirdi, elle.

Kapsayıcılık birinci basamak tarafından doğrudan sunulan hizmetin geniş bir çerçevede olması ve doğrudan birinci basamak tarafından sunulmayan hizmetler için başka kaynaklardan yararlanımı düzenlenmesidir. Hizmet kapsamı ile ilgili temel ilke birinci basamağın hangi tipte olursa olsun toplumda tüm sık görülen sağlık sorunlarını tanımlayabilecek ve müdahale edebilecek düzeyde olmasıdır. Bütüncül hizmet (tedavi edici ve koruyucu, topluma ve bireye yönelik) ve tüm toplumun eşit olarak kapsanması kapsayıcı hizmetin varlığını gösterir. BBSH sunucularının aile hekimliğindeki hizmetin kapsayıcılığı ile ilgili görüşleri şu cümlelerle ifade edilmiştir;

- Bakan diyor ki aşılama %100. Elbette %100 olacak. Kayıtlı hastanı aşılamazsan paran kesiliyor. Sorun kayıtlı olmayan bebeğin aşısında. Eskiden ebelerimiz mahalleleri dolaşırdı, konu komşuya sorar bütün bebeği olanları tek tek saptardı. Bunu yapmıyoruz artık.
- Bazen yapmadığım aşıyı yaptım olarak gösteriyorum performans yememek için çünkü biliyorum ki benim aradığım zaman aile gelmedi ama o takip döneminde üç gün sonra gelecek.

Mesela, bölgemizde adölesan gebelik çok sık, ama postpartum hizmetler performans getirisi olmadığı için çok uygulanmıyor.

- Hastalara ancak şöyle ulaşıyoruz, tansiyon ölçtürmeye ya da başka bir kronik rahatsızlık varsa geldiğinde kullandığı ilaçları soruyoruz. Ama ne kadar kullanmış, takiplerini yapabilmış mi bunlardan haberdar değiliz. Bize gelmeyenlerden ise hiç haberimiz olmuyor.

Eşgüdüm daha önceki sağlık sorunları ve hizmetler hakkındaki bilgilerin elde edilebilir olması ve bu bilgilerin bugünkü ve gelecekteki çalışmalar için gerekli olduğunun kabul edilmesi olarak tanımlanabilir. Çalışmamızda bu konuyla ilgili kullanılan ifadeler şunlardır;

- Hastanın başka yerlerde yaptırdığı tetkiklere ulaşmak için AHBS veri sistemi var ama açılması çok problemlidir, verilere ulaşabiliyorsunuz, örneğin tomografisine ulaşabiliyorsunuz, ama tomografi raporuna ulaşamıyorsunuz.
- Sevk ettiğim zaman tanısını tedavisini yazıyorum ama uzmanların büyük bir çoğunluğu geri dönmüyor. “Şu hastalığı düşünüyorum, şunları yaptım, ne dersiniz” diye yazdığım halde “şu teşhisi koydum, şu ilaçları verdim” diye bana dönmüyorlar.
- Hastaların başka yerlerde aldıkları hizmetler konusunda bilgi veremeleri çok nadirdir. Getirenler de kan tahlillerini, filmlerini filan getirebiliyorlar. Tedaviyi orada aldıysa getirmiyor. Zaten dosyası kalıyor ikinci basamakta.
- Sağlık ocağı zamanında bir çocukta hepatit A olgusu olduğunda okulu bölge sınırlarında olurdu, okula su numunesi, kantin denetimi ve diğer vakaları tespit için giderdik, evi bölge sınırlarında olurdu, gider su numunesi alır ve eğitim verirdik. Hepsi bir yerde çözüldü. Şimdi çocuğun yaşadığı yer ayrı, kayıtlı doktor ayrı, okulu ayrı ve görev dağılımı da iki ayrı kurumda, hatta farklı AHM’lerde.

Özetlersek, Sosyalleştirme; topluma yönelik örgütlenme modeline ve toplumsal sorumluluğa sahip, ekip hizmetine dayanan, eşitlikçi öze sahip, kapsayıcılığının geliştirilmesi için desteklenmemiş, ilk başvuru konumu engellenmiş (döner sermaye ve işletilmeyen sevk sistemi), hükümetlerin değil, sağlık çalışanlarının sahip çıkması ile ayakta kalabilmiş çağdaş bir birinci basamak hizmet modelidir. Aile Hekimliği ise; toplum kaygısı olmayan, doktor merkezli (ceza, performans, rekabet vb baskısı altında), ucuz ve güvencesiz emeğe dayanan, eşitsizlikleri derinleştirecek yapıda, kapsayıcılığı ilkesel olarak ret eden, hastalık odaklı, başvurulara hizmet veren, hükümetin her türlü desteğine rağmen çatırda-maya başlayan piyasa yönelimli bir tercihtir.

SALONDAN KATKI: Sunumunuzu bir politik tercihle yapıyorsunuz öyle gözüküyor, siz politik tercih yapınca biz bir soru sorsak ya da karşı çıksak sanki bizde bir başka politik tercih yapmış gibi oluyoruz. O yüzden de bu dengesiz bir tartışmaya ve gruptan gelen sıkıntılı bir gerilime sebep oluyor. Bence TTB'nin aile hekimliğine genel bakışıyla ilgili bir şey. TNSA ile ilgili iki şey söyleyeceğim; kayıtsız çocuk oranı %12 değil %1,2. Aşılarla ilgili de; TNSA kadınlar üzerinden araştırma yapıyor ve tarihi bir bilgi olarak çocuklar değerlendiriliyor. Üreme sağlığına bakan bir örneklendirme yapıyor. Yani çocuk seçmiyorlar sonuçta. Aşı oranına bakmak için yapılan bir araştırma değil. Genellenebilir doğrudur ama... Aşı kartının olup olmaması ve ailenin aşığı hatırlayıp hatırlanmaması üzerinden soruyor TNSA. Doğrudur yanlıştır bir şey demiyorum ama bir politik duruş tercih ettiğiniz için, bu karşı çıkışta haklı yanlar var. Söyledikleriniz içinde doğrular var ama tekrar söylüyorum bu bir politik tercih üzerinden yapılıncsa Sağlık Bakanlığının yaptığından çok uzakta olmuyor. O da politik tercihle bir takım sayılar veriyor. Gerçek hayat böyle değil, bizim gerçek hayatımızı başka bir yere getirmek için çalışmamız lazım.

SALONDAN KATKI: Bu sunumda eksik olan şeyler var. Aile hekimliği sırf aile hekiminden ibaret değil, bunun TSM'si var, AÇSAP, VSD var. Şu an hepsi boşaltılmış durumda. Yani biz burada AÇSAP'ı dile getirmeden verem savaşı dile getirmeden, TSM'nin çalışmalarını kadrolarını onların görevlerini dile getirmeden sadece aile hekimi üzerinden gidersek, zaten sistem çok eksik gözüküyor. Ben bu sunumda biraz daha toplum sağlığı merkezleri, onların yapmaları gerekenleri ve şimdiye kadar yapmadıklarını da tartışmak isterdim.

SALONDAN KATKI: Sağlık sistemlerini sundunuz tabi ki bir yerde sağlıkta ekonominin bir parçasıymış gibi gözüküyor ve bir sistem sorunuymuş gibi gözüküyor. Merak ettiğim şu; örneğin, birincisi ülkeler bazında sizler Sovyetleri de incelemiştir, diğer ülkeleri de çok incelemiştir. Psikiyatrik hastalıkları ön planda tutarak yani depresyon anksiyete bozukluğu olur toplumdaki bu insidansı karşılaştırsak, örneğin Küba'daki depresyon ve anksiyete insidansı Türkiye'deki ya da Amerika'dakini araştırma fırsatınız oldu mu.

CEVAP: Olmadı

SORU: İkincisi sağlık ocağı sistemi ile aile hekimliği sisteminin bir karşılaştirmasını yapıyoruz. Siz aile hekimliğinin birinci basamak sağlık hizmetlerine uygun olmadığını söylediniz.

CEVAP: Bu haliyle

Devamı- Peki dünyada sağlık sisteminde başarı olarak ele alınan bebek ölüm hızı ve anne ölüm hızları temel alınıyor. Bu ikisi arasında bir karşılaştırma yaptınız mı? (Dünya ve Türkiye'yi karşılaştırma anlamında, Türkiye'deki son 10-15 yıllık aile hekimliği süreci ile)

CEVAP: Bebek ölümlülüğünü tartışmak için bir seminer daha yapmak lazım, uzun bir konu. Hangi sayılarla hangi istatistiklerle tartışacağız. Burada tartışmayalım bebek ölüm oranlarını. Ben şunu söylemek istiyorum; yani evet politik bir tercihim var ama bu tercihim sosyalleştirmenin koşulsuz en iyi şey olduğu üzerinden değil. Kesme noktamı sosyalleştirme üzerinden değil birinci basamağın temel özellikleri üzerinden yapmaya çalıştım.

SALONDAN KATKI: Politik tercihler konusu ile ilgili ben şöyle bir katkı yapmak istiyorum, Yani TTB ile ilgili politik tercih yapıyor diye konuşuyoruz ama hocanın verdiği bilimsel çalışmaları yapanlar, Starfield, Kringos bunlar da çok farklı şeyler söylemiyorlar ve bu kavramları belirleyenler o insanlar zaten. TTB'nin belirlediği değil dünya çapında birinci basamak için kabul edilmiş kavramlar bunlar.

SAĞLIK EMEK GÜCÜ AÇISINDAN SAĞLIĞIN FİNANSMANI

Prof. Dr. Mehmet ZENCİR

Bu konu üç başlık altında ilerleyecek...

1. Sağlık finansman sistemleri
2. Sağlık emek gücünün ücretlendirilmesi
3. Performansa dayalı ücretlendirme modeli olarak birinci basamakta ücretlendirme

SAĞLIK FİNANSMAN SİSTEMLERİ

Sağlık finansman sistemleri adı altında tartişılan temel olarak tıbbi bakım hizmetlerinin finansmanıdır. Mutlaka vurgulanması zorunlu olan bir konu da yürütölen sağlıkta finansman ile ilgili tartişmanın kapitalist üretim ilişkileri ile sınırlı olmasıdır. Sosyalist ölkelerdeki sağlık, diğer tüm kamu hizmetlerinde olduğu gibi ücretsizdir ve tartişmanın dışında tutulmuştur.

Kapitalist devletlerde sağlık hizmetleri, sosyal politikanın konusu olup sosyal güvencenin bir alt başliğı olarak ele alınmaktadır. Sosyal güvence kapsamının bugünkü hali de uzun süreli bir toplumsal mücadelenin ürünüdür. Günümüzde sosyal güvence başliğı altında sağlık, emeklilik, yaşlılık, iş kazası ve meslek hastalığı, analık, sakatlık ve ölüm, işsizlik, aile yardımları, vb. birçok bileşen yer almaktadır.

Kapitalist toplumda sosyal güvence tartişmasını tetikleyen emek gücünü satma halidir. Mülksüzleştirilen köylü, fabrika sahibine emek gücünü satarak yaşamını sürdürmektedir. Emek gücünü satamadığı her durum (hastalık, gebe kalma, sakatlanma, yaşlanma, iş kazası geçirme vb.) işçi için yaşamı sıkıntıya düşüren bir durumdur. Daha önceki feodal toplumda bağlı olduğu derebeyi (ağa, aşiret reisi) ve akrabaları tarafından karşılanan bu tip durumlar emek gücünü satarak geçirme ile birlikte

sanayi toplumunda da toplumsal mücadelelerin basıncı ile kurumsallaşmıştır.

Sanayi öncesi döneme ait sağlık işleri daha informel yollarla vakıf, dinsel kurumlar, loncalar yoluyla ya da doğrudan cepten ödemelerle gerçekleşiyordu. Sanayi toplumunun egemen olduğu kapitalist toplumda sağlık finansmanı konusunda ilk yapı işçilerin ekonomik amaçlı kurdukları dayanışma sandıklarıdır. Hala günümüzde de varlığını sürdüren, işyerlerinde işçilerin gönüllü katılımları ile biriktirilen para ile toplumsal gereksinimlerin karşılanması amaçlanmıştır. Sandıkların önemli işlevlerinden biri de işçinin hastalandığında tedavisinin ve günlük geçiminin sağlanmasına yöneliktir. 19. yüzyılın sonlarına doğru fabrikalarda işçi sandıklarının güçlendiğini ve işçilerin büyük çoğunluğunu kapsar hale gelmiştir. İşçilerin emek süreçlerine sahip çıkma, sömürüye karşı yürütülen mücadeleler sosyal kazanımlarla karşılığını bulmuştur. Hastalık sigortası da bunlardan biridir. Çalışma saatleri, tatil günleri, ücretler, sağlık vb. birçok talebin Bismarck tarafından şiddetle bastırılması sonrası bu taleplerden sadece Hastalık Sigortası karşılık bulmuştur. İşçi sandıkları, hastalık sigortasına döndürülmüştür. İşçilerin yanında işverenlerden de katkı payı alınmaya başlanmıştır. Bununla birlikte tedavi edici hizmetlerin kapsamı oldukça dar olup akut hizmetleri ve sadece sigortalıya yöneliktir. 19.yüzyılın sonu ve 20. yüzyılın başında Avrupa'da birçok ülkede sosyalist ve sosyal demokrat partiler ve sendikaların mücadelesi ile sigorta yaygınlaşmıştır. Aynı zamanda yararlanım ve işveren katkısı artmaya başlamıştır,

Yirminci yüzyılın başında Sovyet Sosyalist Cumhuriyetler Birliği (SSCB) ile ilk emekçi iktidarın şekillenmesi sağlık başta olmak üzere tüm kamu hizmetlerinde devlet sorumluluğu görünür hale gelmiştir. Bu hizmetlerin ücretsiz olması tüm kapitalist ülkeleri de etkilemiştir. Peşinden 1929 kapitalizmin dünya çapında bunalımı ve ikinci dünya savaşı sol-sosyalist partilerin iktidar olduğu kapitalist ülkeler ve sosyalist bloğun genişlemesi ile sonuçlanmıştır. Bu gelişmeler sağlık hizmetleri ve finansmana da yansımıştır. Özellikle Beveridge raporu mevcut gelişmeleri anlamaya yardımcıdır. Beveridge sosyalist blok ve sosyalist-sosyal demokrat par-

tilerin basıncının da etkisiyle devletin kamusal hizmetlerde sorumluluk alması ve hizmet yelpazesini genişletmesini önermiştir. Toplanan vergilerle bu hizmetlerin sağlanması ile kapitalist toplumun eşitsizliklerinin dindirilmesi (görünmez olması) amaçlanmıştır. Artan güvencenin aynı zamanda her İngiliz yurttaşın girişimci düşünceleri konusunda daha cesur olması yönlü kapitalist ekonomi için vazgeçilmez katkısının da altı çizilmiştir. Aynı zamanda sosyal görünümü ile devletin kapitalist doğası gizlenmiş, 1950'lerden günümüze sosyal devlet retoriğinin alt yapısı hazırlanmıştır.

1940'ların sonrasında dünyada üç tane sağlık finansman sistemi var;

1. Ücretsiz sağlık sistemi (daha çok sosyalist bloğun finansman sistemi),
2. Vergiye dayalı sistemi (İngiltere örnek verilebilir),
3. Sosyal Sigorta Sistemi

Hastalık sigortası genişlemiş, sosyal sigorta haline dönmüştür. Sosyal sigortanın özelliği paketin geniş olmasıdır, hem kendi hem yakınları hizmet alabilir, prim ödeme noktasında işveren ve devletin katkısı başlamıştır. İşçi primleri azalmıştır. Yine bir toplumsal mücadelenin basıncıyla oluşmuş bir alandır. İster vergiye ister sigortaya dayalı olsun bu dönemde işçi sınıfının bu sigortalardaki denetimi yüksektir. 1970 lerin sonuna kadar denetim yüksek seyretmiş, sonrasında gevşemiştir. 1970'lerin sonu ile birlikte neoliberal politikaların güç kazanması, Sovyetler Birliği'nin dağılması, işçi muhalefesinde gerileme ister vergi sistemi ister sağlık sigortası olsun sağlık sistemlerinin tümünü zora sokmuştur. Yararlanım daralmıştır, cepten ödemeler artmıştır, prim katkısı artmıştır. Tamamlayıcı sigorta (özel sigorta) devreye girmiştir.

Halk Sağlığı Kongresi'ne davetli olarak gelen İsveçli öğretim üyesi sağlık alanında en başarılı ülke olan İsveç'teki reform adı ile sunulan değişiklikleri anlattı. Bizlerin bütün hayalleri altüst oldu. İsveç'teki çok başarılı sağlık sisteminin de altı oyulmaya başlanmış, sermaye nüfuz etmeye başlamıştır. Sağlık alanındaki yapısal reformlar, finansman dahil tüm dünyada merkezi kapitalist olsun, perifer kapitalist olsun tüm ülkeleri et-

kilemekte. Bununla birlikte sermayenin saldırısının eşit etkilenilmediği, toplumun direnciyle test edildiğini aklımızda tutmamız gerekir. Çünkü sağlık alanına giren sermaye için bu alanda biriken paranın miktarı ve daha da artması vazgeçilmezdir. Sağlık için daha çok para harcanması en önemli sermaye talebidir.

Sağlık finansman sistemlerindeki tarihsel gelişim dönemini özetledikten sonra şimdi de kapitalist ülkelerde kullanılan iki temel sağlık finansman modelini inceleyelim.

VERGİYE DAYALI SİSTEM (BEVERIDGE MODELİ)

Ulusal Sağlık Sistemi diye de bilinir. İngiltere’de yaşama geçmiştir. Sağlık hizmeti toplanan vergilerden ayrılan pay ile yürütülür. Vatandaşın vergi dışında sağlık için ayrı bir ödemesi yoktur. İngiltere’nin yanında İskandinav ülkeleri (İsveç, Norveç, Finlandiya), Yeni Zelanda, Avustralya, İrlanda, Danimarka sağlık hizmetlerinde vergiye dayalı modeli kullanmaktadır. Yine demokrasiye geç geçen ülkeler olarak bilinen, diktatörleri devirip demokrasiye geçen Akdeniz ülkelerinde de (İspanya, Portekiz, İtalya, Yunanistan) vergiye dayalı sağlık sistemi vardır. Az gelişmiş ya da gelişmekte olan ülkelerinde büyük çoğunluğunda vergiye dayalı sağlık sistemi vardır. DSÖ’ye bağlı 106 ülkede, ülkelerin çoğunluğunda bu model geçerlidir.

Az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin büyük çoğunluğunda vergiden sağlık finanse edilmektedir. Neden çoktur? Yoksul ülkeler sigortaya dayalı bir sistem kuramaz. İşçileşme yeterince gerçekleşmemiş, sigorta primi toplayacak nüfus çok dardır. Sağlık için ayrı bir kaynak ayıracak kaynak da yoktur. Bu nedenle büyük oranda gelişmekte olan ülkelerin çoğunluğu vergiye dayalı sistem kullanır. Ama aynı zamanda daha çok bir siyasal tercih olarak, kapitalizm içerisinde siyasal tercih olarak sosyal demokrat, sol-liberal partilerin iktidar olduğu yerlerde daha çok vergiye dayalı sistem kabul edilmiştir. Bir şekilde sosyal yönelimli bir parti iktidarda ise işçinin denetimi artmıştır, devletin katkısı artmıştır.

Burada vergi kavramını biraz açmak gerekir. Vergi direkt (gelir ve servet) ve indirekt (tüketim, ÖTV, KDV gibi) iki çeşit toplanır. Vergi sisteminin en büyük savunusu progresive olması, yani eşitsizliği azaltmasıdır. Bunun yolu direkt vergilerden yani servet ve daha çok geliri olanlardan daha çok vergi alınmasıdır. Böylelikle zenginden alınan vergi, yoksula aktarılabilir. Vergiye dayalı sistem tartışmasında, ezbere vergiye dayalı sistem en iyi olandır dersiniz pek doğru olmayabilir. Çünkü “vergi adaleti” diye bir kavram tartışması vardır. Eğer verginin %65’i direkt vergi ise %35’i dolaylıysa adaletli sayılır. Ama bu ters ise -ki Türkiye de terstir- adaletsizdir. Türkiye’de direkt vergi çok düşüktür, toplanan vergilerin %30’udur. Bu %30’unda büyük bir kısmı gelirden alınan vergidir. Gelirin de %80-90’ını işçi sınıfı verir. İndirekt olsun, direkt olsun toplanan vergiler emekçilerden toplanıyor diyebiliriz. O zaman bizim vergi olarak verdiğimiz paraya sahip çıkmamız gerek. Vergi ile ilgili en azından şunu söyleyebiliriz; aile hekimlerinin, kamu hastanelerinde çalışanların, üniversite hastanelerinde çalışanların maaşı bütçeden ödenmesi devam etsin diyebiliriz, parayı veren biziz gibi şeyler söyleyebiliriz. Ama bu yetmez zenginden daha fazla vergi istenmesini ve kamusal hizmetlerin buradan karşılanmasını da zorlayabiliriz. Vergiye dayalı sistemin avantajları ve dezavantajları Tablo-1’de özetlenmiştir.

Tablo-1: Vergiye Dayalı Sağlık Sisteminin Avantajları ve Dezavantajları

Avantajları	Dezavantajları
<ul style="list-style-type: none">• Tüm nüfusu kapsamaması,• Daha eşitlikçi,• Gelire oranla artan oranda vergi toplanması,• Progressif vergi anlayışı,• Gelir dağılımını düzeltici etkisi	<ul style="list-style-type: none">• Vergi mükelleflerinin sayısının sınırlı olması, dolaylı vergiler yüksekliği, ekonomik kriz dönemlerinden etkilenmesi,• Özellikle gelişmekte olan ülkelerde kullanıcı katkılarının yüksekliği,• Yüksek gelire sahip kişilerin sağlık hizmetinden daha fazla yararlanması,• Uzun bekleme süreleri,• Yerel düzeyde vergi toplandığında daha adaletsiz

SAĞLIK SİGORTASI (BİSMARK MODELİ)

Tarihsel olarak sigorta ile ilgili üç dönemden geçildiğini söyleyebiliriz.

1. Hastalık Sigortası
2. Sosyal Sigorta
3. Genel Sağlık Sigortası

Prim yolu ile sağlık hizmetinden yararlanma diye başlayan sistem, ikinci dünya savaşı sonrası daha geniş kapsamlı sosyal sigortanın parçası olmaya evrilmiştir. Ancak günümüzde neoliberal politikalarla birlikte yeniden hastalık-tedavi edici hizmet kapsamına daralmıştır. Sosyal yönü ortadan kaldırılmıştır.

Sigorta DSÖ bağlı 60'dan fazla ülkede uygulanıyor. Almanya, Fransa, Hollanda, Avusturya, Belçika, İsviçre, İsrail... Kısaca gelişmiş veya orta düzey geliri olan ülkeler.

Sigorta sistemin özellikleri (Tablo-2), avantajları ve dezavantajları (Tablo-3) ve gereklilikleri (Tablo-4)'de özetlenmiştir.

Tablo-2: Sigortanın özellikleri

- Sağlık hizmeti için özel prim toplanmasıdır
- Tedavi edici ve kişiye özel koruyucu hizmetlerin finansmanı esastır
- Genellikle verilen hizmetler sınırlandırılmıştır
- Teminat Paketi (verilecek hizmetler) değişkenidir
- Kapsam dışı hizmetler sigortalı tarafından karşılanır (cepten ödeme)
- Katkı payları yaygındır
- Özel sigorta (tamamlayıcı sigorta) ile desteklenir
- Hizmet kamu ya da özelden alınabilir
- Hekim seçme özgürlüğü vardır

Tablo-3: Sigorta sisteminin avantajları ve dezavantajları

Avantajları	Dezavantajları
<ul style="list-style-type: none"> • Herkes kapsamayı hedefler • Primler kamusal denetim altındadır • İşverenin ve devletin katkısı vardır • Kesilen primler başka bir amaçla kullanılmaz 	<ul style="list-style-type: none"> • İkinci bir vergilendirmedir • İstihdam edilen nüfusu hedefler • Kapsam genellikle tüm nüfusu içermez • İşsizler, engelliler, yaşlılar • Bağımsız çalışanlar • Düşük gelire sahip gruplar kapsam dışında kalabilir • Sağlık harcamaları yüksektir • Artan primler hizmetin her aşamasında katılım payı vardır • Yönetmelik maliyet yüksektir • Sigortaların tek bir fonda toplanmayabilir.

Tablo-4: Sigortanın finans sistemin gereklilikleri

<ul style="list-style-type: none"> • İstikrarlı ekonomik politikalar önemlidir • Ekonominin kayıt altına alınmış olmalıdır • Çalışanların tümünün sigortalı kapsamına alınmalıdır • Tarımda çalışanların kapsama alınmasına yönelik girişimler olmalıdır • İstihdamın geliştirilmesi önemlidir • Güçlü sendikal mücadele geleneği yaşamsaldır • Sağlık çalışanlarının haklarının korunması için düzenlemeler olmalıdır • Sigorta kurumunun denetimi için demokratik geleneklerin güçlü olması gerekir. • Devletin katkısı önemlidir • Teminat paketinde sınırlamalara ve primlerin yükseltmesine karşı önlemler alınmalıdır

Almanya sistemi anlatıldı. Biraz daha açarsak sigorta ile ilgili ikinci vergi olması ve teminat paketi en kritik tartışmalardır. Eleştiri zaten vergi veriyoruz, neden kamusal hizmet olan sağlık buradan karşılanmıyor, sermayeye peşkeş çekiliyor minvalindedir. Emekçiler olarak vergi olarak gasp edilenlerin hesabının sorulmasıdır. İkinci kez vergilendirme ile sermayenin sömürsünün daha da derinleştirdiği, hem üretim aşamasında bölüşümde en büyük payı alma hem de toplanan vergilerde en büyük payı alma ile sömürünün tüm bölüşüm ilişkilerinde eşitsiz doğasına vurgu vardır.

Pakete ne girip ne çıkacak, işçi sınıfının toplumun burada denetimi var mı yok mu? Kritik olan bir tartışma da budur. Eğer sigorta için toplanan primlerin denetiminde emekçiler, toplum yoksa durum vahimdir. Türkiye’de bunlar yok. Toplumun teminat paketi ile ilgili kontrolü olmadığı için çok zorlanıyoruz ve bu paket sürekli küçülme eğilimi taşıyor, o zamanda katkı payları artıyor.

Diğer sorun, eğer kapsam dışı nüfus yükselse prim toplayamazsın. Prim toplayamazsan SGK zarar eder, devletin ona kaynak aktarması gerek. Aktarmayıp aktarmış gibi yaparsa o zaman havuzda para az ama hizmet alan grup çok fazla olur. Prim almamışsın açık vermişsin o zaman da katkı payı yükselir, teminat paketi küçülür. Ya da Sağlık Uygulamaları Tebliği fiyatları düşer. SUT fiyatları düştüğü için de hastane dün hastadan tek MR isterken, iki üç MR ya da tetkik ve tedavi sayısını artırmak zorunda kalır.

Bugün için teminat paketini kontrol etme noktasında emeğin denetimini, buna yönelik taleplerini netleştirmemiz gerekli, gücümüz varsa buraya yüklenmek gerek.

Sigorta sisteminde paranın yönetilmesi noktasındaki bürokratik maliyet %25-30’ları buluyor. İşleyiş açısından kuracağınız yapı kapsamlı hale geliyor. Bu durum da bürokratik maliyeti artırıyor. Gereksiz bir para harcanması diye geçiyor. Sağlık hizmeti ile doğrudan ilgisi olmayan paranın kontrolü için bir mekanizma kurmak gerekli. Bunu koşullayan hastanelerin sistemi istismar etme baskısı. Bu anlamda iki sistem karşılaştırıldığında sigorta sistemine karşı en çok kullanılan eleştirel argümanlardan biri bu yönetsel maliyet, sağlık hizmeti üretmeye doğrudan katkısı olmayan kaynak ayırma. Ayrıca bu durum sistemin her basamağı fiyatlandırılmasını zorunlu kılıyor. Hem hizmet pahalalanıyor, hem de mekanikleşiyor, standart hale geliyor. Bu kadar fiyat meselesi olunca da, sağlık mı tartışyorsun yoksa ekonomi mi tartışyorsun, işler karışıyor. **Bir de sigortanın kamusal bir fonda, herkes için tek tip ödeme yaptığı model değil de, fonların özel ve sayıca fazla olduğu, vatan-
daştan alınan primin yaş, cinsiyet, hastalık durumu, riskli davranış-**

ları, aile öyküsü vb. durumlara göre prim alındığı ve hizmet yelpazesinin de ödenen prime göre belirlendiği modele geçiş olduğunda işin içinden çıkılmaz hale geliyor. Kapitalist hastane ile kapitalist sigorta fonu arasında vatandaş sıkışık kalıyor, sağlık hizmet üretimi tamamen istismar ediliyor diyebiliriz.

SAĞLIK FİNANSMANINDA GÜNCEL EĞİLİMLER

Sigorta sistemi giderek daha yaygın hale geliyor. Sigorta sistemi hangi ülkelerde uygulanıyor; bizim gibi gelişmekte olan ülkeler, eski doğu bloğu ülkeleri, Latin Amerika ülkelerinin hepsinde modeller sigortaya dönüştürülmeye çalışılıyor. Sigorta kamusal mı özel mi tartışması kritiktir. Genelde Avrupa’da kamusal, Latin Amerika’da özeldir. Türkiye’de de sermayenin istediği SGK’nın özelleşmesidir, çünkü hazır para var. Parayı yönetip oradan para kazanmak ister. Latin Amerika’da diktatörlükleriyle bunu elde etmiştir. Şili’de, Arjantin’de, Brezilya’da bunu elde etmiştir, toplum şimdi onları püskürtmeye çalışıyor.

Kapitalist ekonomi de **“kullanan öder”** kavramı çok kıymetli... Sağlık alanında da karşılık bulmaya başladı. Hizmet alan bedelini ödemeli. Sadece sigorta sistemi için değil vergiye dayalı sistem içinde geçerli. Sağlıkta katkı-katılım paylarının, yani cepten ödemelerin artması anlamına geliyor.

Güncel olarak kullanılmaya başlayan bir kavram da çoğulcu finansman sistemleri. Sağlık için vergi, sigorta, yardım kuruluşları vb. ne kadar fazla kaynak varsa harekete geçirilmesi anlamını taşıyor. Para gelsin de nereden gelirse gelsin... Sağlık için harcanan paranın artması en önemli talep... Sağlık alanına yatırım yapan sermaye grupları için bu olmaz ise olmaz bir talep. Bu amaçla bütçe içinde sağlık için ayrılan bütçenin artırılmasından tutun da, primlerin esnekleştirilmesi, katkı paylarının çeşitlendirilmesi ve yükselmesi, sağlık için gündelik yaşamla ilgili her kaynaktan para toplanması (sigara, piyango, trafik cezaları vb.) yaşama geçirilmeye çalışılıyor.

GENEL SAĞLIK SİGORTASI

Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası (SSGSS) yasanın bir parçası sağlıkla ilgili. Sağlık dışında emeklilik, meslek hastalıkları, analık vb. her türlü sosyal güvence ile ilgili durumlar bu yasanın içinde yer alıyor. 2008 yılında geçen işte bu s'leri bol olan bu yasa sağlığı etkiliyor. SS kısmı zorunlu değil. GSS kısmı zorunlu. Bu ne anlama geliyor: Vatandaşın hepsi GSS primi ödemek zorundadır. *Tek istisna milletvekilleri, Anayasa Mahkemesi üyeleri ve aileleri...* Ödemediğin takdirde borç birikiyor... Hasta olup sağlık kurumu başvurduğunda yakalanıyorsun, borcun yapılandırılıyor. Yoksulluğunu ispat ederse ödemez, yoksulluğu ispat etmek için asgari ücretin 1/3 nün altında geliriniz olması gerek. Sadece gelir değil aynı zamanda giderlerin de göz önünde bulunduruluyor. Çocuğunuz var 18 yaşında, üniversite sınavını kazanamadı o zaman geliriniz kadar çocuğa prim yatırılırsınız. Üniversite'de çocuğun var, 25 yaşında, mezun olamadı prim ödemeye başlıyor.

G\$\$ primi

İşsizler, hiçbir sosyal güvenlik kurumuna bağlı olmayanlar, yeşil kartlılar GSS ödeme kararı için Sosyal Yardımlaşma fonuna başvurup "gelir testi" (*sadece gelir değil-harcamaları da kapsıyor*) yaptırmak zorunda. Yoksulluğunu kanıtlarsa (yani ailedeki birey başına düşen geliri asgari ücretin 1/3'ünden az ise devlet GSS primini ödüyor.

- Gelir testi yaptırmak zorunlu.
- Gelir + Harcamalar dikkate alınıyor.
- Tapudaki arsa, banka hesabı, kredi kartı harcamaları, kullanılan yakıt (doğalgaz mı tezek mi), yiyecek tüketimi (ayda kaç defa et, süt, sebze vb.)

Geliriniz yoksa harcama yapmamanız isteniyor

Eğer siz yakınlarınızdan destek alarak yaşıyorsanız; yakınlarınız GSS primini de ödesin deniyor

GSS primleri (2015 yılının ikinci altı ayı için) 51-306 TL arasında...

- Aylık geliri asgari ücretin üçte birinden asgari ücrete kadar 51 TL
- Asgari ücretin iki katına kadar olanlar için 153 TL
- Asgari ücretin iki katından fazla olanlar için 306 TL
- Gelir testi yaptırmazsanız aylık 306 TL ödeme zorunluluğu mevcut

Prim çok sertleşmiştir arkadaşlar, sadece gelirden değil harcamalara da bakıyorlar. Bu şu demek; sana yardım eden birileri var o zaman primini de o ödesin.

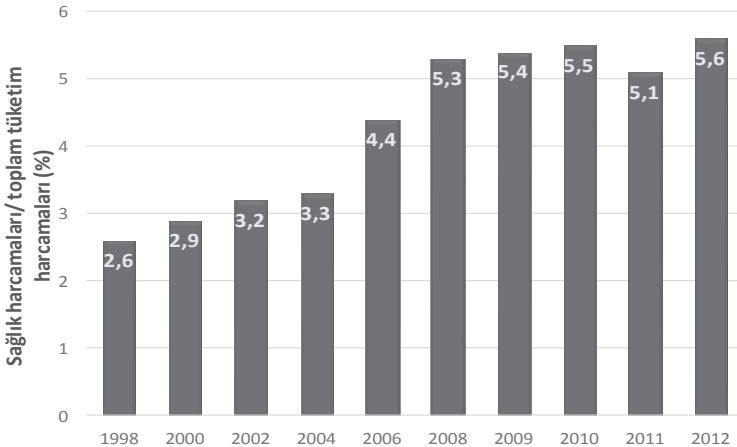
Özetlersek Türkiye’de sağlık için vergi verdik yetmiyor, GSS yaptık yetmiyor, Ek ödemeler isteniyor ve miktarı ve çeşitliliği her geçen gün artıyor. Katkı payı, fark ücreti, ilave ücret, istisnai sağlık hizmetleri, otelcilik hizmetleri, tamamlayıcı sigorta, tamamen cepten yapılan ödemeler sürekli artıyor. Sağlık için yapılan ödemeler yetmez hale geliyor...





Özünde kötü bir dönemdeyiz. Fakat mücadele anlamında iyi bir dönemdeyiz, sağlıkta dönüşümün gerilediği bir dönemdeyiz, sistem kendini kurtarmak için sürekli bir yerden açık veriyor. Hanedeki sağlığa yapılan harcamalar %2.6'dan AKP iktidara geldiğinde %3.3 buradan da %5.6 ya kadar çıkmıştır, iki katına yakın bir artış (Grafik-1).

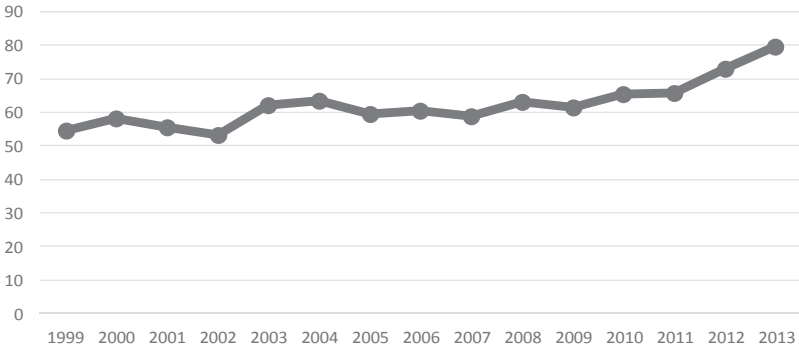
Grafik-1: Hane Halkı Tüketim Harcamaları İçinde Sağlıkın Payı (Yenimahalleli Yaşar G, 2015)



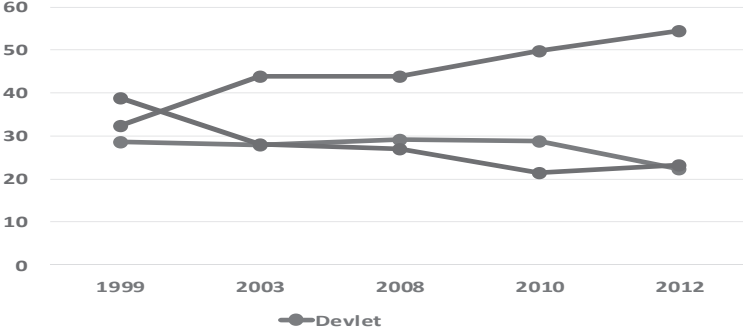
Sağlık harcamaları artıyor. Yerel ve merkezi devlet harcamaları içinde SİGORTA primlerinin payı artıyor (Grafik-2). Toplam sağlık harcamalarının içindeki prim-vergi-cepten dengesi değişiyor. Cepten ödemeden sigorta primi ödemeye geçiş... Bütçe harcamalarında azalma söz konusu (Grafik-3). Grafik-3'ü bakalım SGK'nın topladığı para %55lerden %70lere gelmiş. Yani toplumun %70'i sigortalı ve primini biz yatırıyoruz. Ne kadar yarısı işveren yarısı biz de desek, işveren bana vermediği ücreti oraya yatırmış oluyor. Kritik tartışma şudur; Ata Soyerin kritik cümlesidir GSS anlatırken; "havuzun belirlenmesi". GSS demek mümkünse toplumun %100'ün den para toplayacağız demek. O zaman ne oluyor daha önceki sistemle bu sistemi karşılaştırdığımızda, cepten ödemeler artacak sigorta ödemeleri azalacak diye bekliyorduk zaten. Bu dediğimiz çıktı.

Yeşil kartlı sayısı 12 milyonu geçti... (Grafik-4) Yeşil kart sayısına barksak bir artış var, bunların parasını devlet ödemiorsa SGK daha da zorlaşır yani.

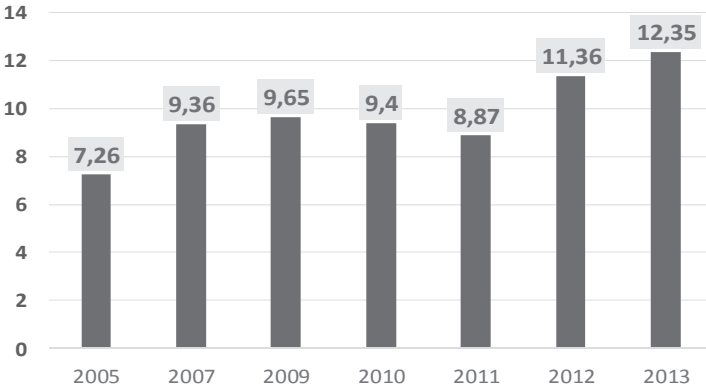
Grafik-2: Yıllara göre SGK toplam sağlık harcamalarının genel devlet(merkezi ve yerel) toplam cari sağlık harcamalarındaki payı (%) (Yenimahalleli Yaşar G, 2015)



Grafik-3: Toplam Sağlık Harcamalarında Finansman Kaynaklarının Payı (%) (Yenimahalleli Yaşar G, 2015)



Grafik-4: Yeşil Kartı Sayısı, milyon kişi (2005-2013) (Yenimahalleli Yaşar G, 2015)



SGK'nın sağlık hizmet sunuculara ödeme biçimi önemli, fakat sunum süresi sınırlı olduğu için bu kısma giremeyeceğiz. Daha çok sağlık emekçilerinin ödeme biçimlerini açacağız.

Kamuda çalışan bir sağlık emekçisi iki kalemde ücretini alıyor diyebiliriz. Maaş (Nöbet, Fazla çalışma süreleri vb.) ve Döner sermaye (Sabit, Performansa dayalı). Buna ek olarak informal ödemeyi de dahil edebiliriz. İnfomal ödeme çeşitli adlarla sağlık politikalarında geçiyor: Bahşiş, hediye vb. Yani vatandaşın elden para vermesi. Türkiye’de daha çok bıçak parası diye popülerize olan söylem. Özel sektörde çalışanlar için ise sözleşme ile belirlenen ücret ve performansa dayalı ödeme diyebiliriz. İnfomal ödeme özel sektör için de geçerli.

Bununla birlikte ücretler ve gelir güvencesini tartışmamız önemli. Çünkü ücretlendirme politikalarında ciddi bir değişim söz konusu.

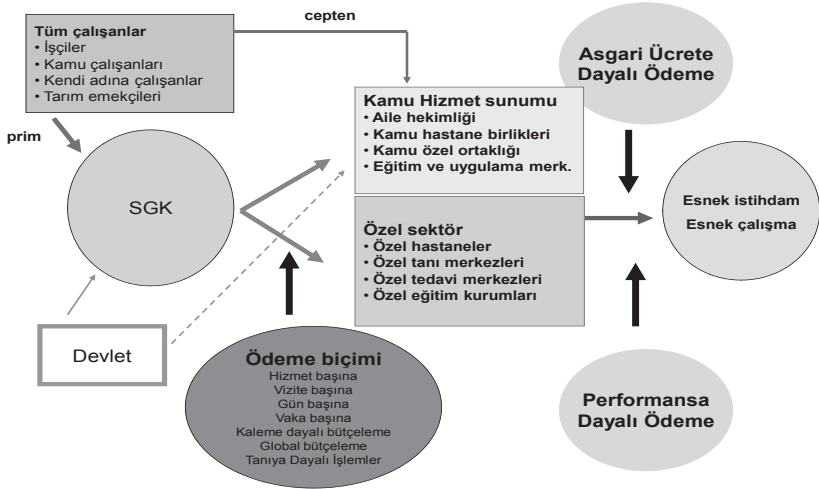
Yeni ücretin önemli temsilcisi Lawler (1990) **“ücretlendirmeyi güçlü bir örgütsel değişim aracı olarak görmekte ve ücret sistemlerinin örgütlere ürün ve işgücü piyasalarında rakiplerine göre görece rekabet üstünlüğü sağlaması için iş strateji ve süreçleriyle bütünleştirilmesi”** gereğini ifade etmektedir. Emek süreci ile ilgili akademi ücreti sadece emek gücüne yapılan ödeme olarak görmüyor. Ücretin tüm üretim sürecinin de yeniden yapılandırılmasına katkı sağladığını vurguluyorlar. **“Eğer ücret stratejik bir araç olarak işlev göreceyse ücretin değişken ve performans koşuluna bağlı olması gerekir. Ücret değişken koşullara uyumu sağlamada gereken esnekliğe sahip olmalıdır (Schuster ve Zingheim)”** deniliyor (Demir S. Performansa dayalı ücret sistemleri, Doktora tezi, 2007, Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kamu Yönetimi Ve Siyaset Bilimi (Yönetim Bilimleri).

Ücretlendirme politikası işveren olarak sağlık hizmet üretimini kapitalist üretim şeklinde dönüştürüyorsa bana aracılık eder, bu anlamda ödemeyi nasıl yaptığınızı çok kıymetlidir. Diyor ki, ürün, iş piyasasındaki rakiplerine (diğer hastaneler, sağlık kurumları) göre rekabet üstünlüğü sağlanması için bu bir strateji olabilir. Ama bizim fabrikanın nasıl çalıştığı önemlidir ücretin değişken ve performans koşuluna bağlı olması gerekir. Ücret değişken ve performansa bağlı ise bana her istediğini yaptırabilir.

Ücret derken iki kavram var. Bir tanesi çekirdek ücret diğeri de sosyal ücret (parasal olmayan aldıklarımızdır. Bu doğrudan olmayan ödeme biçimidir. Eğitimin kamusal olması, temel gıda fiyatlarının sabit tutulması, sübvans edilmesi, kamusal ulaşım, kamusal barınma ve ısınma vb.).

Türkiye’de sağlık emekçilerine ödeme nasıl yapılıyor (Şema-1)

Şema-1: Türkiye’de Sağlıkta Para Toplanması, Sağlık Kurumlarına ve Sağlık Emekçilerinin Ücretlendirilmesi



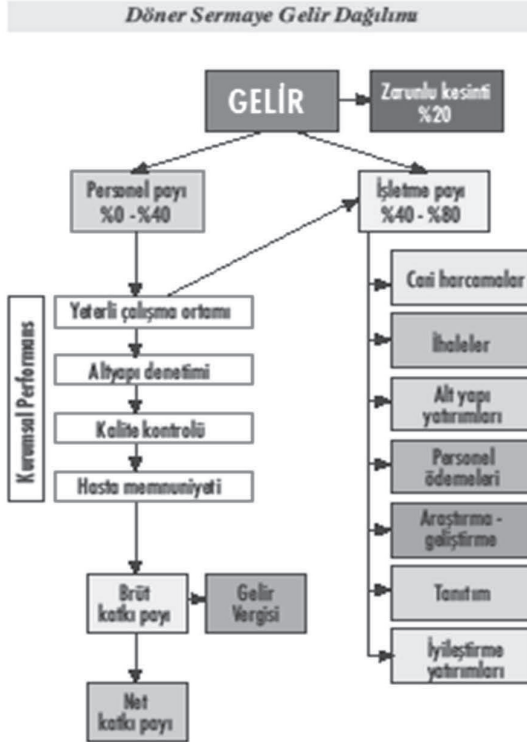
Prim verdik (SGK), vergi verdik. SGK doğrudan hizmet karşılığı sağlık kurumlarına ödeme yaptı. Vergi ile toplanan paralar yeşil kartlılar için yine SGK'ya aktarıldı. Vergiden sağlık için ayrılan paraların önemli bir kısmı da kamu sağlık kurumlarındaki (devlet hastaneleri, üniversite hastaneleri, halk sağlığı müdürlüğü, kamu hastaneler birliği, aile hekimliği vb.) 657'ye bağlı çalışanlara maaş olarak ödenmektedir.

SGK hem kamu hem de özel için temel hizmet alıcısı konumundadır. Yani hem kamu hem de özel sağlık sektöru SGK'ya hizmet satarak gelir elde ediyor. Kamu SGK'ya sattığı hizmetin bir kısmını döner sermaye aracılığıyla sağlık emekçilerine ödüyor. Yine sözleşmeli olarak çalışan sağlık emekçilerinin maaşları da SGK'ya satılan hizmetten karşılanıyor.

SGK hizmet satın alırken 2003'den bu yana değişik amaçlarla çeşitli yollar denedi. Bunlar: Hizmet başına, vizite başına, gün başına, vaka başına, kaleme dayalı bütçeleme, global bütçeleme ve tanıya dayalı işlemler. Bu ödeme biçimleri bizi nasıl etkiliyor; bize olan ödeme sürekli azalıyor, eskiden bir tetkike (BT, MR) 200 lira öderken şimdi 70-80 lira ödediği için hastane, aynı geliri elde etmek için daha fazla iş üretmek zorunda kalıyor. Her geçen gün iş hacmi ve yoğunluğu artıyor. Çalışılan saatler artıyor. Tatiller kullanılmaz hale geliyor.

Sağlıkta dönüşüm ilk başladığında hizmet başı ödeme vardı. Herkes her yere gitsin özel hastaneler açılıns denildiği için faturaların şişmesine hükümet geçici olarak göz yumdu. Onun için yaygın bir şekilde hizmet üretimi arttı bu artan üretimle birlikte vaka başına döndü, o da yetmediğinde global bütçelemeye kadar gidildi. Özetle SGK önce sağlık alanı kapitalist üretim biçimin kurallarına göre dönüşsün diye ilk başlarda sektörün yatırım yapması ve büyümesi için bilerek en kötü yöntemi (hizmet başı), sektör kapitalistleşince asli rolüne dönerek kısıtlamalara gitti, kendini korumaya çalıştı. Prim yetmediğin katkı-katılım miktarlarının payını artırdı. Teminat paketini küçülttü. Bazı ödemelerden vazgeçti. Yeşil-kartlıları özel hastanelere göndermekten vazgeçti. İlaç harcamalarını düşürdü vb.

Bir kritik başlık da hastane ne kadar gelir elde ederse etsin personele en fazla elde edilen gelirin %50'sine kadar döner sermaye dağıtılabiliyor. Onun için hastanenin çok hizmet üretmesi bir anlam ifade etmiyor. İlk başlarda sabit ücretimiz az, performansımız çoktu. Sabit ücrette çok büyük bir kıpırdanma olmadı, performansımız azaldı. Herkes için var performans; öğretim üyelerinde var, asistanlarda var. Ancak asistanlara tehditler yapıldı, bunlar vaat edilmiş para değil, istersek vermeyiz dedi başhekimler, nitekim vermeyebilirler...



Performans hem kamu hem özel için özellikle yüksek vasıflı personele (gelir getirme potansiyeli yüksek olanlar) yapılan ödemeler diyebiliriz. Hekim dışı personel performanstan yararlanmıyor.

Performans uygulaması birinci basamak içinde geçerlidir. Ancak hastanelerde gelir getiren işleri fazla yaptıkça artan ek bir ödeme/ uygulama iken, birinci basamakta yapmadığında ücretinden kesinti şeklinde karşımıza çıkıyor. Performans sadece aile hekimlerinde değil toplum sağlığı merkezlerinde de var. Toplum sağlığı merkezlerindeki performans aile hekimi açığı üzerine kurulmuş, yani iki ekibi birbirine düşman edecek bir alana dönüşmüş.

Aile hekimliği sisteminde gelirin güvencesizliği oldukça ciddi bir sorun. Güvencesiz gelire yol açan kısımlar şu şekilde özetlenebilir.

- **Kişi başına ödeme**
- **Negatif performans**
- **Değişken, sürekli olmayan nüfus**
- **Yıllık yasal izin durumunda ücretlerde azalma olması**
- **Sınıflandırılmış ASM'ler**
- **Çalışanlara yapılan ödemeler**

Gelirdeki güvencesizliği artıran yeni uygulamalarında gündemde olduğunu unutmamak gerekiyor.

Sağlık çalışanlarının önemli bir kısmının (%25'lere yaklaşan) hizmet alımı karşılığı taşeronu bağlı çalıştığını ve asgari ücret aldığını, döner sermaye ve performans almadığını unutmamak gerekir. Yine özel sektörde çalışan hekim dışı personelinde benzer koşullarda çalıştığını da unutmamak gerekir. **Özel sektör daha da insafsız. Kayıt dışılık, ödenmeyen ücretler, geç ödemeler, ücret kesintileri, aşırı çalışma, kullanılmayan tatiller, illegal çalıştırma biçimleri (asistanlar, öğrenciler, göçmenler) özel sektörde yaygın dile getirilen sorunlar.**

Performansın işveren katkısı ve sağlık emekçilerine etkisi Tablo-5 ve 6'da özetlenmiştir.

Sağlık çalışanlarının sorunlarına baktığımızda performans ödemesi ilk sırada çıkıyor. Sağlık Bakanlığı yaptığı bir anket çalışmasında, performansın en büyük sorun olduğu ve motivasyonda düşüklüğe neden olduğunu saptıyor. Neye yol açıyor performans; gelirin yükseltilmesi sadece hastane yönetiminin değil tüm çalışanların hedefi haline gelebiliyor. Piyasacı bir rekabet sağlıyor hastaneler arası klinikler arası. Hizmet üretiminin artmasına yol açıyor dahası emeğin üretkenliği talebin kışkırtılması, kışkırtılmış talebin karşılanması ve emeği denetleme aracı oluyor.

İşveren için birden fazla aracı var, parçalanmış sağlık çalışanı artı hastane çalışanlarının çalışacağı yeri seçmesi uzmanlık tercihi gibi her şeyi etkileyen temel bir stratejik tercih olduğunun aklımızda kalmasında fayda var. Mesleki otoritenin kaybı, yabancılaşmaya kadar giden bir haklı söylemi söyleyebiliriz.

Tablo-5: Performansın işverene katkıları

- Gelir yükseltilmesinin (*kar elde edilmesinin*) sadece hastane yönetiminin değil, tüm çalışanların hedefi haline gelmesi
- Piyasacı rekabet
 - Hastaneler arası
 - Klinikler arası
 - Klinik içi
 - Sağlık emekçileri arasında
- Hizmet üretiminin artması
- Emek üretkenliğinin artması
- Talebin kısıktırılması-kısıktırılmış talebin karşılanması
- Emeğin denetimi
- Parçalanmış-atomize edilmiş sağlık emekçisi...

Tablo-5: Performansın sağlık emekçilerine etkisi

- Çalışılacak ilin seçimi
- Çalışılacak hastanenin seçimi
- Uzmanlık tercihi
- Hastanede/bölümde çalışacak kişi sayısı (azaltma yönlü)
- Tıbbi kanaat
- Tanı yöntemi ve tedavi seçimi
- Tatil, dinlenme süresi kullanımı
- Sendika, meslek örgütü üyeliği
- Mücadele
- Mesleki otonominin kaybı
- Yabancılaşma (mesleğe, hastaya, insana, topluma, kendi emeğine yabancılaşma...)

Sağlık alışanları için önemli bir tartişma da sosyal ücret bileşenlerinin her geçen gün erimesi ve ödemesi yapılmayan işler ya da ödeme miktarları her geçen gün azalan işler. Bunlar şu şekilde özetlenebilir:

- Sürekli eğitim/mesleki gelişeme yönelik sertifika programlarına katılım
- Karşılığı alınmayan kalite vb. toplantılar
- Karşılığı ödenmeyen nöbet cretleri
- Yemek
- Ulaşım
- Sosyal güvenlik payı
- Kreş

cret meselesinde özetle performans bir anlamda bakanlığın tüm sağlık emekçilerine karşı kendini var edebilmesi için stratejik bir şey. Bu nedenle de performans bizim mutlaka stratejik olarak reddedeceğimiz bir şey olmalı. Yapılacak mücadelede istihdam ve iş güvencesiyle ilgili başlığımız bu olmalıdır. Çok ciddi bir başlıktır.

şu anda avantajımız var, vatandaş kendini kobay gibi hissetmeye başlamıştır. Avrupa'ya göre kıyasladığımızda Türkiye'de yapılan anjiyo başına düşen bypass Avrupa ortalamasının iki katı. İstismar edilen bir sistemin içerisindeyiz, paraya dönmüş bir performansı başka bir formatta tartişmak zorundayız.

cret mücadelesini sistemin bütünlüğü içinde ele almalıyız, sadece miktara odaklanmamak gerekir. Ücretin her iki bileşenini de artıracak, sağlık hizmet üretiminin toplumsallığını bozmayacak bir hatta, bir gelir tartişması yürütme gerekliliği önümüzde durmaktadır.

II. BÖLÜM
ATÖLYE ÇALIŞMALARI

18-19 Nisan 2015 tarihlerinde Antalya'da yapılan 1. Aile Hekimleri Buluşmasında beş atölye çalışması yapılmıştır. Atölye çalışmalarında amaçlanan mevcut aile hekimliği sistemindeki sor(u)nları bütüncül bir şekilde ortaya koymak ve TTB'nin ilkeleri doğrultusunda birinci basamak hizmetinin nasıl olması gerektiğine yönelik kısa ve uzun vadede çözüm önerileri ve taleplerimizi ortaya koymaktı.

Önümüze koyduğumuz görev çok büyük olduğu için ve bunun sadece iki günlük bir çalışmayla tamamlanamayacağını bilmemiz nedeniyle bu ilk buluşmanın bir başlangıç olduğunun ve bir seri atölye çalışmasının yapılması gerektiğinin farkındayız.

Atölye programı hazırlığı döneminde öncelikle genel anlamda ve pratikte yaşadığımız sorunlar ve sorular listesi oluşturuldu. Daha sonra bu sorular, belirlenen atölye başlıkları altına sıralandırıldı.

Atölye başlıkları:

1. Sağlık emek gücü
2. Sağlık Hizmetleri Sunumu
3. Yönetmel
4. Çalışma Koşulları-Fiziki Koşullar-Çalışma Ortamı
5. Eğitim

olarak belirlendi.

Sorular ve sorunlar listesinin çok uzun olması nedeniyle her atölye için öncelikli beş soru belirlendi. Öncelikli sorular üzerine tartışmalar, Antalya buluşması öncesi oluşturulan mail grubunda online olarak atölye üyeleri arasında ve tüm grupla beraber yapılmaya başlandı ve atölye öncesi tartışmaların belirli bir olgunluğa ulaşması hedeflendi.

Her atölye için belirlenen öncelikli beş soru(n) şöyledi:

I. SAĞLIK EMEK GÜCÜ

1. İş yükümüz
2. Fazla ve esnek çalışma
3. Statümüz: Kamu çalışanı mı? Özel çalışan mıyız? Kamu memuru olmalı mıyız?
4. Ücretler ve kesintiler
5. Performansa dayalı sözleşmeli çalışma

II. SAĞLIK HİZMETLERİ

1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri Nasıl/Nerde/Kim tarafından Sunulmalı?
2. Bulaşıcı Hastalık Kontrolü? Aşılama Çalışması Nasıl Yapılıyor/Yapılmalı?
3. Birinci Basamak Ekibinde Kimler Olmalı? Ekiptekiler Ne İşler Yapmalı? Diğer meslek grupları olmalı mı? İş Bölümü Ve İşbirliği Nasıl Olmalı? 24 Saat Birinci Basamak Hizmeti Sunumu Gerekli Mi? Mümkün Mü? Nasıl Yapılmalı? Entegre sağlık hizmet modeli? Birinci basamakta yardımcı tanı araçları?
4. Evde sağlık hizmetleri, mobil hizmetler Ev Ziyaretleri? Ne Zaman? Nasıl? Ne İçin? Kim Yapacak? Sunulamayan hizmetler?
5. Mesleki Gizlilik, Hasta Mahremiyeti, Bakanlığa Bilgi Göndermeli mi?

III. YÖNETSEL SORUNLAR

1. Şu Andaki AH Sistemi Özel mi? Kamu mu? Özelleştirilmiş mi? Özel Girişimci miyiz? Özel Sektör ASM Satın Alıp İşletir mi Türkiye’de?
2. Mevcut ASM-TSM bölünmüşlüğü, ASM ler Ne Yapıyor? TSM ler Ne Yapıyor? VSD, AÇSAP gibi dikey yapılar ne olacak?
3. GSS’de Kapsam Nedir? Kapsam Dışı Bırakılan Hizmetler? Ücretsiz-Ulaşılabilir-Eşit-Nitelikli Sağlık Hizmeti nedir? Cepten Ödemeler Neler?

4. Sağlık Güvencesi Olmayan Nüfus? Tamamlayıcı Sağlık Sigortacılığı
5. Birinci Basamağın Demokratikleşmesi Ve Toplum Katılımı Nasıl Olur?

IV. ÇALIŞMA MEKANI İHTİYAÇLARI ÇALIŞMA KOŞULLARI

1. Çalıştığımız Yerler Kamu Binaları / Özel / Belediye?

Birinci Basamak Hizmeti Sunulacak Yerleri Devlet mi İnşaa Etmeli?

2. Tüm Donanımını Sağlamalı? Tıbbi ve Demirbaş? Malzeme Tedariğini, Faturasını, Çöpünü, Personel desteği, Teknolojik İmkanlarını, Her Şeyini Karşılmalı mı? Sarf malzemeleri? Cari gider yardımı olmalı mı?
3. zlk haklarımız
4. İzinler, cezalar, sözleşme fesihle
5. ASM lerin sınıflandırılması, asgari hizmet alt yapısı ne olmalı?

V. ATÖLYE-5: EğİTİM/SÜREKLİ MESLEKİ GELİŞİM

1. AHU Eğitimleri
2. SAHU Eğitimleri
3. Geçiş Dönemi Uzmanlık Eğitimleri
4. Mezuniyet sonrası Sürekli Tıp eğitimi
5. Board sınavları

Atyelerde tartişılan konular, sorunlar, sorular ve üzüm nerileri aşadıdadır. Bazı sorunlar ve üzüm önerilerinde ortak düşünceler oluşmuş bazılarında ise çıkan farklı görüşler ortaya konmuş ve sonraki çalışmalarımızda tekrar ve derinlemesine ele alınmak üzere farklı görüşler belirtilerek bırakılmıştır. Bazılarına zaman bazılarınıaysa cevap bulunmamıştır. Başta da söylediğimiz gibi bu kadar çok sorun bu kadar kısa sürede tartişılamaz ve çözümlenemez. Bu sadece bir başlangıçtır ve bu toplantıların devam ettirilmesine ihtiyaç vardır.

ATÖLYE – I

SAĞLIK EMEK GÜCÜ

Atölye çalışmalarının birincisi olan bu çalışmada; İş Yükcümüz, Fazla-Esnek alışma, Aile Hekimlerinin Statüsü, Ücretler Ve Kesintiler, Performansa Dayalı Sözleşmeli alışma adı altında 5 konu tartışılmış olup ortaklaşılın konular ve gruptan gelen öneriler yorumsuz olarak tartışma sonuçlarının altına eklenmiştir.

1.1- İş YÜKCÜMÜZ

SORUNLAR

Aile hekimliği sağlık hizmetlerinin birinci basamağını oluşturmaktadır ve koruyucu sağlık hizmetleri de öncelikli görevlerindedir. Ancak uygulamada mesaimizin neredeyse tamamına yakını **poliklinik hizmetleri** oluşturmaktadır. Bu nedenle de birincil görevimiz olan, toplum ve kişi sağlığına katkısı tartışılmaz koruyucu hekimlik hizmetlerinin nitelikli, yeterli ve gereğince yerine getirilmesi mümkün ol(a)mamaktadır. Tarafımızca yapılan koruyucu sağlık hizmetlerine ait iş yükü analizi de; asıl ve öncelikli görevimiz olan koruyucu sağlık hizmetlerine mesai içinde ayrı, programlı ve yeterli zamanı ayırmak zorunda olduğumuzu göstermektedir.

Ancak başvuru sahiplerinin ısrarcı talepleri ve idarenin bu konuda poliklinik odaklı çalışmaya zorlayan tutumu, koruyucu sağlık hizmetlerinin ikinci plana itilmesine, yetersiz ve niteliksiz olmasına ve zaman zaman yapı(l)a(mamasına neden olmaktadır.

Bu nedenlerle; sağlık hizmetleri gibi yüksek beklentili, ertelenemez ve stres düzeyi son derece yüksek bir işi yaparken; işle ilgili kararlara katılamamak; düzen ve hızında söz sahibi olamamak gibi kontrol dışı çalışma koşulları; amaçlar, beklentiler, hedefler ve sorumluluklarındaki belirsizlikler ile buna bağlı çalışma düzeni ve şartlarındaki uyumsuzluklar gibi pek çok etmen biz sağlık çalışanlarına **“TÜKENMİŐLİK”** duygusu yaşatmaktadır.

GRUP ÖNERİLERİ:

Kısa vadeli:

- *Mesaimizi sadece poliklinik hizmetleriyle sınırlandırmadan, günlük çalışma saatlerimizin yarısını yukarıda belirttiğimiz izlem, değerlendirme, eğitim, saha vb çalışmalarını nitelikli olarak yapmamızı sağlayacak ve koruyucu sağlık hizmetlerinin etkin - kesintisiz hizmet sunumuna süre ayırabileceğimiz şekilde poliklinik başvuru saatlerinin yeniden planlanması sağlanmalı ya da buna fırsat tanınmalıdır.*
- *İkincil olarak aile hekimlerinin kurumlar arası koordinasyon etkinlik ve yetkisinin artırılması, Aile Sağlığı Merkezlerine lojistik destek hizmetlerinin hızlandırılması, koruyucu sağlık hizmetlerinde sağlık çalışanları üzerindeki tek taraflı sorumluluğun yerine hasta sorumluluğunun da getirilmesi, tedavi kurumlarından geri bildirimlerin düzenlenmesi, HSM ve TSM'lerde koordinasyon birimlerinin oluşturulması, TSM'lerin işlevlerinin paydaş bir değerlendirmeyle yeniden düzenlenmesi gerekmektedir.*

Uzun vadeli:

- *Aile Hekimliği Birimleri 2000-2500 nüfus ile 1 aile hekimi, 1 ASE, 1 hemşire, 1 tıbbi sekreter ve hizmetliden oluşan kadro yapısına dönüştürülmelidir. Tek kişilik aile hekimliği birimleri ortadan kaldırılmalıdır.*

1.2- FAZLA- ESNEK ÇALIŞMA

SORUNLAR

Sağlık Bakanlığı bir takım torba kanunlar, yönetmelikler ve genelgelerle sınıflama kriterleri ile Aile hekimlerini gereksiz, yorucu, başka hekimlerinde hastalarına bakacak şekilde Aile hekimliği sistemine aykırı çalıştırmaya zorlamaktadır.

Ayrıca popülist bir tavır olan sağlıkta dönüşüm politikalarıyla sağlık kuruluşlarına yılda başvuru sayısını 10 yılda üçlerden dokuzlara çıkarılmıştır. Hastane acillerine ve polikliniklere meydana gelen bu yığılmaları azaltmak için de Aile hekimleri hafta içi uzun, hafta sonu ise cumartesi günleri fazla mesaiye zorlanmaktadır. Bunun burada kalmayacağı pazar günlerine ve hatta ASM lerin 24 saat açık kalacağına dair beyanatlar bizzat Sağlık bakanı tarafından yapılmaktadır.

GRUP ÖNERİLERİ:

- **Sağlık Bakanlığı popülist politikalarından “pantolon alır gibi doktor doktor dolaşım” gibi söylemlerden derhal vazgeçmeli.**
- **Halkımızın Sağlık okuryazarlığını artırmak için ilköğretimden itibaren kaldırılan sağlık bilgisi dersleri zorunlu hale getirilmeli.**
- **Birinci Basamakta koruyucu sağlık hizmetlerine önem verilmeli çalışanlar motive edilmeli birinci basamak sadece poliklinik olmaktan çıkartılmalıdır.**

1.3- AİLE HEKİMLERİNİN STATÜSÜ

KAMU ÇALIŞANI MI? ÖZEL ÇALIŞAN MI? KAMU MEMURU OLMALI MI?

SORUNLAR:

Çözülemeyen bilmece: Aile hekimlerinin yasal statüsü nedir?

“Aile hekimleri kamu personelimidir değilmidir?” konusu çok tartışılan bir konudur.

Yukarıdaki sorudan da anlaşılacağı üzere Aile Hekimlerinin statüsünün ne olduğunu ne Aile Hekimleri ne de Sağlık Bakanlığı çözebilmiş değildir. Bakanlık işine gelen yerlerde Aile Hekimlerini özel hekim gibi görmekte işine gelmeyen yerlerde Aile Hekimlerini kamu hekimi olarak nitelendirmektedir. Mevcut durumda 5258 sayılı kanuna göre çalışan **Tek taraflı sözleşmeli, verilen her işi yapan hekim statüsünde görülmektedir.** Bu durum kamunun da özel olmanın da iyi yönlerinin

tıraşlanarak kötü yönlerinin uygulandığı adeta “devekuşu misali” bir pozisyon doğurmaktadır.

GRUP ÖNERİLERİ:

- ***Aile Hekimleri kamu çalışanı olmalı, sözleşme yapılacaksa mutlaka toplu sözleşme şeklinde, meslek örgütümüz ve sendikaların katılımıyla olmalı.***
- ***Ücretlerimiz ve özlük haklarımız burada açıkça belirtilmeli/yazılmalı.***
- ***Taşeron sistemiyle değil gerçek, emekliliğimize yansıyan haklar verilmelidir.***

1.4- ÜCRETLER VE KESİNTİLER

SORUNLAR

Sözleşmeli hekimlikle, kayıtlı hasta sayısına göre, performansa dayalı ücret sistemi başlı başına bir sorun olarak varlığını sürdürmektedir. Bu sistemde çok çalışan, iyi hekimlik yapan değil, uyanık, kurallara uyan değil onları kendine uyduran, kayıtlı hastası çok ama hastaları ASM ye gelmeyen (Özel sigortalı olan, zengin olup özel hastaneye giden vb. hastalar) Aile Hekimleri daha çok ücret alırken, iş yükü altında ezilen Aile Hekimleri daha az ücret alabilmektedir.

Negatif performans kesintileri ise dünyanın her yerinde olduğu gibi Aile Hekimliği Sisteminde de yapılmayan işlerin yapılmış gibi gösterilmesine neden olmaktadır.

GRUP ÖNERİLERİ:

- ***Ödeme yönetmeliği değiştirilmeli, negatif ya da pozitif performans kaldırılmalıdır. Eğer bir sözleşme yapılacaksa emek ve meslek örgütlerinin müdahil olduğu bir toplu sözleşme ve ödeme yönetmeliğine geçilmelidir.***

1.5- PERFORMANSA DAYALI SÖZLEŞMELİ ÇALIŞMA

SORUNLAR

Performans uygulaması sırasıyla “dürüst çalışmayı”, “mesleki doyum sağlayarak çalışmayı”, “bilimsel araştırma yapmaya ilgiyi” ve “topluma daha iyi hizmet verme olanağını” önemli oranlarda olumsuz yönde etkilemiştir. Bu bulgular, hem mesleki gelişim ve mesleki özgürlük anlamında hem de topluma yarar sağlama anlamında; süreçten duyulan memnuniyetsizliği ve sürecin sorgulanmasını gerektirdiğini göstermektedir. ”Bilimsel araştırmaya duyulan ilginin” azalması, gelişmelere açık olmama, “iyi hekimliğin azalması” ise daha bireyci ve yararçı bir anlayışla hizmet verilmesi anlamını taşır

Performans, hekimler arasında ücret eşitsizliği, sağlığı metalaştırması, hekimlerin emeğinin karşılığının verilmemesi, tanı ve uygulamalarda tıbbi endikasyonların genişletilmesine yol açmaktadır.

AH deki negatif performans, ne kamuda ne de diğer kuruluşlarda uygulanmayan katı kurallar içermektedir. Çalışanların kendi sorumluluklarını yerine getirmesine rağmen elinde olmayan olumsuz şartlardan kaynaklanan sorunlar karşısında haksız cezalandırma youna gidilmektedir. Bu da ücretinin kesilmesini istemeyen Aile Hekimleri ve Aile Sağlığı Elemanlarının uygunsuz bildirimlerine neden olmaktadır.

Sözleşmeli çalışma ile çalışanlar üzerinde her an işsiz kalma korkusu oluşturulmakta ve çalışanların çalışma şevki ve motivasyonunu olumsuz etkilenmektedir.

GRUP ÖNERİLERİ:

- **Performans (negatif veya pozitif) ve sözleşme sağlık alanında hatta tüm alanlarda kaldırılmalı, yerine özlük haklarının korunduğu, eşit adaletli, emekliliğe yansıyan bir ücretlendirme sistemi getirilmelidir.**

ATÖLYE- II

BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ

KORUYUCU SAĞLIK HİZMETLERİ SUNULURKEN YAŞANAN SORUNLAR

2.1- AŞILAR

2.1.1- Bebek aşıları:

- a) Hastanede prematüre /preterm olarak dünyaya gelen bebeklerin aşılarının belirli kiloya gelmeden yapılamaması, bu dönemde aile hekiminin yapamadığı aşılar nedeniyle performans itirazı yapmasını zorunlu kılmaktadır.
- b) Hastanelerin (kamu/özel) yaptıkları aşıları Sağlık-net'e girmekte gösterdikleri ilgisizlik ve yetersizlikler nedeniyle, aile hekimleri bebeğin ailesinden aldıkları bilgilerle kendi yapmadıkları aşıları "başkası tarafından yapılmış aşı" olarak girmek zorunda kalmakta ya da performans itirazı yapmaya zorlanmaktadırlar.
- c) Medyada yer alan bazı haberler ve bazı tevatürler nedeniyle aileler üzerinde aşıların sakıncalı oldukları konusunda yanlış bir algı oluşturulmakta ve aşıdan kaçınma durumu söz konusu olmaktadır. Bu durumda da aile hekimi ve aileler arasında istenmeyen çatışmalar yaşanmakta ve her aşı için ayrı ayrı tutanak tutup, performans itirazı yapmak zorunda kalınmaktadır.
- d) Aşı sonrası oluşabilen istenmeyen etkiler, ailelerin aile hekimine karşı güven yitirmesine neden olmakta ve sonraki aşılarda sorunlar yaşanmaktadır.

2.1.2- Okul aşıları

Toplum Sağlığı Merkezlerinin görev alanında tanımlanan okul aşıları, personel yetersizliği vb nedenlerle bir şekilde yeniden aile hekimliği çalışanlarının sorumluluk alanına girmekte ve Aile Sağlığı Merkezlerinden

personel çekilerek okul aşıları tamamlanmaya çalışılmaktadır. Bu da ASM'de kalan personelin iş yükünü artırmaktadır.

Okul aşıları konusunda kamuoyu yeterince bilgilendirilmediği için aileler, uygun olmayan okul ortamında yapılan aşılarla karşı güvensizlik hissetmekte ve aşıdan kaçınmaktadırlar. Böylece bu aşılar için aileler ve çocuklar yine ASM'lere yönlendirildiğinden hem 2 defa iş yükü oluşmakta hem de aşıların kayıt altına alınması zorlaşmaktadır. Aynı şekilde aşı günü okula gitmeyen çocukların aşıları da benzer sorunlara neden olmaktadır.

Okul çağında olup çalışmak zorunda kalan ya da okula gidemeyen çocuklar için de bir düzenleme yapılamamakta ve bu çocuklar aşısız kalmaktadır.

2.1.3- Erişkin aşıları

Gebelik dönemi aşıları, eğitim eksikliği nedeniyle dirençle karşılanmaktadır. Hastanelerde (özel/kamu) yapılan aşılar kayıt altına alınmadığı için aile hekimi tarafından görülememektedir. İşyerlerinde yapılan Tetanoz, Hepatit B vb aşılar da aile hekimi tarafından kayıt altına alınmamakta ve hastalarımızın sağlık bilgisine yeterince hâkim olunamaması sorununu doğurmaktadır. Çoğu işyerinde bu aşıların yapılmadığı da gözlenmektedir.

2.1.4- Kampanya aşıları

Belli dönemlerde uygulanan kampanya aşılarında, çalışanlar için ciddi bir iş yükü artışı söz konusu olmaktadır. Bakanlığın sahanın gerçeklerinden kopuk uygulamaları ve meslek örgütleri ile uyumlu çalışma/işbirliği becerisi olmaması bu sorunu derinleştirmektedir.

Toplum Sağlığı Merkezlerinin görevi olması gereken bu aşılar tıpkı okul aşıları gibi ASM'lerden personel talep edilerek tamamlanmaya çalışılmaktadır.

Kampanya aşıları özellikle çocukluk çağı döneminde vatandaş direnci ile karşılaşmaya neden olmaktadır

2.2- TARAMALAR:

Yaş gruplarına yönelik kanser taramaları (GGK, servikal smear, mamografi, rektal tuşe, PSA, meme palpasyonu gibi) hastaların yeterince sağlık eğitimi olmamasından dolayı dirençle karşılanmaktadır. Bu hastalara ulaşmakta zorluk, özellikle çalışan hastalar için önemli bir sorun olmaktadır. Başka merkezlerde yapılan taramaların merkezi sistemde kayıt altına alınmaması, aile hekimlerinin hastalarının sağlık bilgisine yeterince hâkim olamaması sorununu doğurmaktadır.

İllerde ağız-diş sağlığı merkezlerinin yaygın olmaması nedeniyle hastaların düzenli ağız-diş sağlığı kontrolleri yapılamamakta, tedavileri aksamakta ve ağız diş sağlığı bozuk bir toplum başka sağlık sorunları için ortam oluşturmaktadır. Ailelerin sosyo-ekonomik düzey düşüklüğü, sağlıksız ve yetersiz beslenme ciddi bir ağız diş sağlığı programı uygulanmasını zorlaştırmaktadır.

Özellikle ilkokul 1. sınıf sağlık kontrolleri olmak üzere okul taramalarında, Milli Eğitim Bakanlığı'nın taramayı yönetirken süre zorlamaları nedeniyle aile hekimlerinin kapılarında yığılmalar oluşmakta, olağan hasta profili ile taranacak çocuk aileleri arasında gerilimler yaşanmaktadır. Bu taramaların, doğumdan itibaren izlediğimiz çocuklar için yapılması belli bir süre sonra anlamsız olacaktır.

2.3- ANA ÇOCUK SAĞLIğI VE AİLE PLANLAMASI

2.3.1- İzlemler

Gebe izlemleri, özel kadın doğum uzmanı hekimler tarafından yapılan gebelere ulaşmak, özellikle çalışan kadın iseler ciddi bir zorluk yaratmaktadır. Bu hekimler tarafından Sağlık-Net'e veri girişi yapılmaması aile hekimlerini performans itirazı yapmak zorunda bırakmaktadır.

Yenidoğan izlemleri ve çocuk izlemleri özel uzman hekimler tarafından yapılan bebek ve çocukların aileleri bu bilgileri paylaşmakta sıkıntı yaratmaktadır.

Loğusa izlemlerinde hastaların ASM'lere gelmek konusunda isteksizlikleri (mesafe, hastane ortamı vb nedenlerle) aile hekimlerine ek külfet getirmektedir.

Gebe, lohusa, bebek ve çocuk izlemleri için hastalara ulaşılamaması başlı başına bir problem oluşturmaktadır. Bağlı nüfusun sık sık telefon numarası ve adres değiştirmeleri nedeniyle izlemlerin yapılmasında ciddi güçlüklerle karşılaşmaktadır. Gerek telefonla gerekse adresine gidilerek aranıp ta bulunamayan kişilerin kayıtlı nüfustan düşürülmesi ise adeta bir çile haline gelmiştir. Toplum Sağlığı Merkezi personelleri tarafından evlerine gidilerek tespit edilen şahısların ilişiği kesilmemektedir.

D vit ve Demir desteği yapılması gereken bebekler ve demir desteği yapılması gereken gebeler için ilaçlar zaman zaman bulunamamaktadır. Profiltatik tedaviler kesintiye uğramaktadır.

2.3.2- Aile Planlaması Hizmetleri

Aile planlaması hizmetlerinde bakanlığın lojistik sorunları birazda hükümet politikaları nedeniyle yeterli miktarda ve doğru zamanlarda AP malzemeleri (RİA, Oral Kontraseptif gibi) dağıtımını gerçekleştirilememekte, bu da hasta hekim arasında güvensizliğe doğum kontrolünün yetersiz olmasına neden olmaktadır.

Hükümetin "üreme" politikalarının medyadaki yansımaları modern aile planlaması yöntemlerinin kullanımına ilişkin çekinceler yaratmaktadır.

2.4- HASTA EĞİTİMLER

Koruyucu hekimliğin en önemli ayağı halkın sağlık okuryazarlığını artırmaya yönelik eğitimlerdir. Bu eğitimler toplu yapılabileceği gibi (Halk eğitimleri, Okul Sağlığı eğitimleri vb) hizmet için başvurmuş bireylere (Evlilik, AÇSAP, Poliklinik vb) de yapılabilir. Eğitim çalışmalarının önündeki en önemli sorun; hasta sayısının fazlalığı nedeniyle, poliklinik hizmetlerinin mesainin büyük kısmını kapsamaması ve hekimlerin eğitim konusundaki inançsızlığıdır. ASM lerde yer sorunu da ayrı bir boyutudur.

2.5- GENEL SORUN BAŞLIKLARI

2.5.1- Nüfus hareketleri ve hasta yoğunluğu (az-çok nüfus, göçebe nüfus)

Düşük nüfuslu yerleşimler Aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları tarafından tercih edilmemektedir. Diğer taraftan göç alan yüksek nüfuslu yerleşimler kayıt baskısından dolayı sorunlar yaşamaktadırlar. Yazlıkların yoğun olduğu bölgeler, mevsimlik işçiler, göçerler gittikleri yerlerdeki hekimlerde aşırı iş yüküne neden olurken kayıtlı buldukları hekimlerinde performans cezasına yemelerine neden olmaktadır.

2.5.2- Hasta-hekim uyumu sorunları (dil-empati-sahiplenme)

Bölgesel farklılıklar, yerel dillerin kullanımı, uygunsuz talepleri yerine getirilmeyen hastaların yarattığı sorunlar, hekimin hastayı, hastanın hekimi sahiplenmesindeki eksiklikler bu başlıkta değerlendirilebilir. Doğu ve Güneydoğuda yaşayan vatandaşlarımızın dil sorunu yanısıra; Komşu ölkemiz Suriyede ki iş savaştan kaçan insanların Türkiye ye sığınması dolasıyla artan bir şekilde dil sorunu yaşanmaktadır. Türkçe bilmeyen Arap nüfus Türkiyenin tüm illerine yayılmış durumdadır. Dil bilmeme nedeniyle derdini anlatamamakta hekimle iletişimde ciddi sorunlar yaşanmaktadır. Bu da yanlış teşhis ve tedavi endişelerini meydana getirmektedir.

2.5.3- Hastaların sağlık bakımında 1. basamakla işbirliği sorunu

Sözleşmeleri gereği aile hekimlerinin bütün hastalarını yılda en az bir kez değerlendirmeleri gerekmektedir. Oysa, gerek nüfusun fazlalığı gerekse hastaların (özellikle çalışan hastaların işyeri hekimi ya da izin alamama nedenleri ile) düzenli aile hekimi kontrolü konusundaki kayıtsızlıkları verilen bu görevin yerine getirilmesini zorlaştırmaktadır. SGK'nın bu konuda bir yaptırımı olmaması nedeniyle defalarca çağrılmasına karşın Aile Hekimliği uygulamasına geçilen altıncı yedinci yılda bile hiç Aile Sağlığı Merkezine başvurusu olmayan hastalar hala mevcuttur.

2.5.4- SGK'nın neden olduğu sorunlar (repete/istirahat raporu/ilaç rapor/ ilaç kısıtı)

SGK'nın toplumun gereksinimlerinden kopuk, çoğunluğu ekonomik gerekçeli kısıtlamaları aile hekimlerinin hastaları ile bağıını zayıflatmakta ve birinci basamağın kullanımını azaltmaktadır. Rapor gerektiren ilaçlar, rapor çıkartılması, raporlu bile olsa bazı ilaçların 2. basamağa bırakılması bunlara örnektir. Ayrıca sürekli ilaç kullanımında hastaların ilaçlarını eczanelerden alması sağlanabilmeli ve özel beslenme ürünleri, hasta alt bezi, yoğun bakım materyalleri gibi harcama kalemleri için reçete istenmesi gereksiz poliklinik yükü ve hasta yakınları için de zaman ve işgücü kaybını oluşturmaktadır.

Yine çalışan hastaların istirahat raporlarında 2 güne kadar ödeme yapılmayıp 3 ve üzeri günlerde ödeme yapılması hastaların daha uzun süreli istirahat konusunda baskı yapmalarına neden olmaktadır. Bu da işveren için işgücü kaybı ve SGK için ek mali külfet anlamına gelmektedir. Özelde çalışan dış hekimlerinin reçetelerinin SGK tarafından karşılanmaması nedeniyle o hastalar ilaçlarını yazdırmak için tekrar ASM ye gelmektedir. Yine gerek özel de gerekse kamu kurumunda çalışan hekimlerin zaman zaman hastalarına ilaçlarını ve tahlillerini küçük kağıt parçalarına yazarak aile hekimlerine yönlendirdikleri gözlenmektedir.

2.5.5- Hekim-hekim ilişkilerindeki sorunlar (Basamaklar arası ve aynı basamakta)

Birinci basamakta henüz oturmamış nüfus hareketliliği, hastaların uygunsuz taleplerini yerine getiren hekimlere yönelmesi, ilkeli ve etik çalışan hekimler için sıkıntı yaratmaktadır. Nüfus yoğunluğu fazla olan bölgelere göç eden hastaların yeni bölgede kayda alınmak istenmemesi, göç veren hekim için performans kaybına neden olmaktadır.

İkinci ve üçüncü basamağa sevk edilen hastaların geri bildirimlerinin yapılmaması, hastanın mevcut tedavisine yapılan gereksiz müdahaleler, hekimlerin birbirlerine karşı karalayıcı ifadeler kullanmaları hasta-hekim güven ilişkisine zarar vermektedir.

ÖN SUNUM İÇİN GRUP ÖNERİLERİ

- *Mevcut gelir düzeyi korunacak şekilde kayıtlı hasta sayılarının azaltılması*
- *Hekim ve ASE'ler için mevcut sistemdeki 3500 kayıtlı hasta düzeyinde bir aylık gelir sabit tutulacak şekilde, hasta sayıları hekim başına 2000-2500 arasına çekilmelidir.*
- *Belli sıklıklarla AH ile teması sağlayacak önlemlerin alınması*
- *Aile hekiminin kayıt ve izlemine kolaylaştıracak biçimde SGK ya da Sağlık Bakanlığı'nca meslek örgütlerinin görüşü alınarak yapılacak düzenlemeler ile yıllık kontrol (periyodik sağlık muayenesi) ve/veya sevk zinciri uygulamasının başlatılması*
- *Birinci ve ikinci basamak arasında işbirliğini sağlayacak geçiş örgütlenmeleri ve buralarda 1.basamakta iş yükünü azaltacak destek personel istihdamı (Ana branş uzmanları, Laborant, Kronik Hastalık Hemşireleri, Diyetisyen vb)*
- *Tüm aşılardan (okul, bebek, erişkin vb) Aile Hekimine gidilerek uygulanması*
- *Taramaların, halka yönelik tanıtım ile ve TSM sağlık personelinece yapılması*
- *Evde Sağlık Hizmeti personelinin güçlendirilerek başka birimlerce yapılması*
- *Filiasyonların ve toplum sağlığını ilgilendiren konulardaki çalışmaların TSM personelinece yapılması*

ÖN SUNUMA KATKILAR

- *Sevk, özellikle büyükşehirlerde hizmet almak istemeyen ama hizmet sunulması gereken hastaların durumu*
- *Gezici ve entegre hizmet sunumunda hastaların ASM'de aile hekimini bulamaması*

- **İş yükü fazlalığı. Koruyucu sağlık hizmetlerinin tamamını gerçekleştirmek zor. Farklı bir organizasyon oluşturmak mümkün mü?**
- **Kanser taramaları bakanlıkça takipte. Bu konuda önerilerimiz olmalı. Kanser taramaları için örneğin KETEM ile işbirliği yapılabilir mi? (Bursa örneği paylaşıldı. Hastalar Keteme gidiyor, sonuçlar AH'e geliyor. Ancak sadece aile hekimince "gönüllü" olarak yapılıyor. Sadece başvuranlara yapılıyor.) (İngiltere örneği : Ayrı bir kurumca yürütülüyor, hastalara mektup ile ulaşılıyor.) Aşında bu bir malpraktis sorunu olabilir. AÇSAP kurumlarının durumları nedir, birlikte çalışılabilir mi? Kanser taranmasını TSM yapsın. Özellikli hastaları AH gerekirse yönlendirsin.**
- **Gebe bildirim/izlemi etik mi? Hastanelerin gebe olmayanları gebe olarak ataması ve gebe görünen ama gebe olmayan hastanın durumunun yarattığı sıkıntı.**
- **KETEM, AÇSAP, VSD işlerini yapmayalım. Sonuçlar AH'e gönderilsin. AH yönlendirsin. (yanıt: AH bunları yapabilmeli, yapmalı)**

ATÖLYE III

YÖNETSEL SORUNLAR

1. Şu Andaki AH Sistemi Özel Mi? Kamu mu? Özelleştirilmiş mi? Özel Girişimci miyiz? Özel Sektör ASM Satın Alıp İşletir mi Türkiye’de?
2. Mevcut ASM-TSM bölünmüşlüğü, ASM’ler Ne Yapıyor? TSM’ler Ne Yapıyor? VSD, AÇSAP gibi dikey yapılar ne olacak?
3. GSS’de Kapsam Nedir? Kapsam Dışı Bırakılan Hizmetler? Ücretsiz-Ulaşılabilir-Eşit-Nitelikli Sağlık Hizmeti nedir? Cepten Ödemeler Neler?
4. Sağlık Güvencesi Olmayan Nüfus? Tamamlayıcı Sağlık Sigortacılığı
5. Birinci Basamağın Demokratikleşmesi ve Toplum Katılımı Nasıl Olur?

3.1- Şu Andaki AH Sistemi Özel mi? Kamu mu? Özelleştirilmiş mi? Özel Girişimci miyiz? Özel Sektör Türkiye’de ASM Satın Alıp İşletir mi?

Bu sorulara verilecek yanıtlar için hükümetlerin ne yapmak istediğine uygulamalarına, mevcut duruma bakmakta fayda var.

1. Sağlık bakanlığı sağlık hizmet sunumundan çekileceğini resmen ilan etmiş bunun gereği olarak Birinci Basamak Sağlık Hizmetinde Aile Hekimliği modelini, ikinci basamak ta Kamu Hastane Birliklerini, üçüncü basamakta Vakıf üniversiteleri ve Kamu Hastaneler Birliklerine bağlı hastaneler biçiminde bir sistemin önemli adımlarını yaşama geçirmiştir.
2. BBSH denetleme, planlama, topluma yönelik koruyucu sağlık hizmetlerin yerel birimleri olarak TSMler kurulmuşken, dikey örgütlenme modeli içerisinde işlev gören AÇSAP, VSD; gibi birimler görev ve sorumlulukları henüz ASM-TSM arasında tam dağıtılamadığı için bir kalıntı halde TSM lere bağlı olarak hizmetlerini sürdürmektedirler.

ASM ler ise BBSH nin hizmet sunumunun yapıldığı en ağırlıklı birimlerdir. Bu birimlerin özerk bir yapıda olup olmadığı, ya da özerk bir işletme olduğu tartışmaları sürmektedir. Ancak bu birimlerdeki statü ve yönetsel yapı bir geçiş döneminde olduğu anlaşılmaktadır.

Ayrıca BBSH nin kent ve kırsal kesimde yönetsel bazda farklı sorunların olduğu, örneğin TSM ler bağlı hizmet veren sağlık evleri ile ASB nin verdiği hizmetler açısından süren karmaşanın hizmeti etkilediği bilinmektedir.

3. ASM lerin binaları, her türlü alt yapı ihtiyaçları, sekreter, hizmetli gibi insan gücü dahil özelleşmiş alanlar olarak yaşama geçirilmiştir.
4. Hizmetin finansmanı dolaylı olarak kamu kaynakları, SGK cepten ödemelerle giderilmekte.
5. Bakanlık BBSH alanında hizmet sunumundan tamamen ne zaman çekilecek? Şimdilik neden çekilemiyor? Yani ASM ler diğer ülke örneklerinde olduğu gibi SGK ya da özel sağlık sigortalarıyla ne zaman baş başa bırakılacak?
6. Hükümet, mevcut durumda SDP ile birlikte artan sağlık hizmet talebini karşılamada özellikle hastane acillerinde yaşadığı tıkanıklık bakımından oldukça zorlandığı, öte taraftan ASM çalışanlarının örgütlü mücadelesi bakanlığın ASM leri işletme şekliyle özel hastane zincirlerine devretme, ya da her ASM birimini SGK ile sözleşme yapmaya zorlama gibi sonraki adımları atmada rahat olmadığı anlaşılmaktadır.

3.2- Genel Sağlık Sigortasında Kapsam Nedir? Kapsam Dışı Bırakılan Hizmetler? Ücretsiz-Ulaşılabilir-Eşit-Nitelikli Sağlık Hizmeti nedir? Cepten Ödemeler Neler? Tamamlayıcı sigortalar?

1. BBSH kayıtlı olan nüfusa ücretsiz sunulacağı ilk başta yapılan yasal düzenlemelere konmuş olsa da sonradan cepten ödeme sistemine geçilmiştir. Buna göre her reçete yazıldığında 3tl, 3 ten sonraki kutu başına 1 tl ve alınan ilacın çalışan ise %20 emekli ise %10 oranında

ilaç katkı parası alınmakta, güvencesi olmayanlardan ilaç ücretinin tamamı alınmaktadır.

2. Aile hekimine kayıtlı olmayan göçmenler, kimliksizler ASM lerden hizmet alamamaktalar. Son yıllarda yaşanan savaş nedeniyle artan sığınmacı nüfus halk sağlığını tehdit eden hastalıkların kontrolünü imkansız hale getirmiş, bakanlık çareyi aşı kampanyalarıyla geçiştirmeye çalışmıştır. Keza bu kesimin sağlık giderlerini belediyeler, STK lar başbakanlığa bağlı affet koordinasyon birimi kısmen karşılasa da ciddi sorunlar çözüm bulamamıştır.
3. Sağlık hizmetlerini genel bütçe yerine sigorta sistemiyle finanse etmek amacıyla başlatılan GSS nin sağlıkta eşitsizlikleri daha da artırdığını:

Nüfusun tümünü kapsamaması, primini ödeyemeyen hatırı sayılır bir kesimin olması, hizmet paketlerinin sürekli daraltılması, katkı katılım, fark adı altında bir çok kalem cepten ödemelerin meşru hale gelmesi gibi sebepler sayılabilir.

Bir sonraki aşamada daha çok pirim, daha az hizmet anlayışının hakim olacağı, SGK nın özelleştirilmesi ve özel sağlık sigorta sisteminin yaygınlaştırılması sürecine geçileceği endişesi yersiz değildir.

3.3- Birinci Basamağın Demokratikleşmesi ve Toplum Katılımı Nasıl Olur?

1. BBSH Sağlık Bakanlığına bağlı birimler adı altında yeniden örgütlenerek Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığı ve periferde İl Halk Sağlığı Müdürlükleri ile bunlara bağlı ilçelerde TSM ve ASM birimleri eliyle yürütölmekte. Topluma yönelik koruyucu sağlık hizmetlerini TSM ler, bireye yönelik koruyucu tedavi edici hizmetleri ASM ler biçiminde yürütöleceği belirtilmektedir. TSM lere bu bağlamda 21 ayrı görev verilmiş ancak 10 yıllık pratikte görölen o ki TSM ler teknolojiye, uzmanlığa dayalı tedavi edici sağlık hizmet anlayışı dolayısıyla tercihen yetersiz insan gücü, sadece ASM leri denetleyen ya da insan gücü açığına kapatan bir rol üstlenmiş durumdadır.

2. Başta TSM lerin ve ASM lerin toplumun katılımıyla kapsamlı hizmet verme, kararlara, uygulamalara her kesimi katma anlayışının olmadığı açıkça görölmektedir. Toplumda eşitsizliklerin azaltılmasında toplum katımlı, koruyucu sağlık hizmetlerinin önemsendiği, kapsayıcı, bütünlüklü bir BBSH nin etkili olduğu kabul görmektedir.
3. BBSH yönetsel yapısı içinde hizmeti üretenlerin ve hizmeti alanların hiçbir şekilde söz sahibi olmadığı, karar mekanizmalarında bulunmadığı gibi öneri ve görüşlerine bile başvurulmadığı, hatta yerel idarelerin, örgütlerin bile bu sürece dahil edilmediğini biliyoruz.
4. Türkiye de BBSH ve sonuçları açısından bölgesel farklılıkların oldukça belirgin olduğunu, bu sorunların azaltılmasında yerel yapıların, tüm sağlık hizmetleri ve en öncelikli olarak BBSH nin her yönüyle demokratikleşmesi çok önemlidir.

Tüm kesimleri bu sürece katacak, görüş ve önerileni değerlendirecek, karar alma süreçlerine katacak bir mekanizma geliştirilmesi bir zorunluluk olarak önümüzde durmaktadır.

5. Gelir dağılımında eşitsizlikler, toplumun ağırlıklı nüfusunun yoksul olması kötü yaşam koşullarını beraberinde getirmekte, kötü barınma, ısınma, beslenme ve benzeri yaşam şartları, sigara, alkol, uyuşturucu alışkanlıkları, güvencesizlik, ruhsal sorunlara, sosyal yalıtılmış hale kadar birçok etkenle mücadelede BBSH sorumluluğu önemlidir.

Bu nedenle sektörler arasında ilişkinin geliştirilmesinden, tüm toplumu ilgilendiren sorunların çözülmesinde herkesimin en azından temsilci düzeyinde katkı sunması BBSH politikalarının belirlenmesinden, uygulanmasına, geliştirilmesine, denetlenmesine kadar tüm aşamalarda toplum katılımının sağlanması değerlidir.

3.4- Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin finansmanı, SGK neyi kapsıyor, cepten ödemeler olmalı mı?

1. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin finansmanı merkezi bütçeden, SGK ve cepten ödemelerle karşılanmaktadır. Özellikle SGK sı olmayan (Nüfusumuzun yaklaşık %8) ya da prim borcu olan önemli bir kesim ilaç ve tıbbi malzeme giderlerinin tamamını cebinden karşılamaktadır. SGK yayınladığı SUT ile şeker ölçüm stripleri gibi malzemeleri ödeme kapsamı dışına çıkarabilmekte, fiyatı yüksek ilaç ve tıbbi malzemelerde kısıtlamalara gitmektedir.

Sağlık hizmetlerini sigortacılık üzerinden finanse eden ülkelerde sağlık hizmetlerinin toplumun her kesimine eşit sunulmasında yaşanan sorunlardan, tedavi hizmetlerine yönelimden, tıbbi teknolojiyi gereksiz kullanımına, maliyetin daha fazla olmasına dek birçok soruna kaynaklık ettiğini görmekteyiz.

İleriki dönemlerde özel sağlık sigortacılığın yaygınlaşacağı, primlerin artacağı, hizmet paket kapsamının daraltılacağı kaçınılmaz gibi görülmektedir.

2. Sağlık hizmetleri temel insani hakların vazgeçilmezdir. Bu hizmetin kamu tarafından hiç bir ayırım gözetmeksizin herkese, tamamen ücretsiz, kolay ulaşılabilir yerlerde ve uygun mekanlarda, bütünlüklü, kapsamlı, korumayı önceleyen, nitelikli olması gerekir.
3. Sağlık hizmetlerinin finansmanı ülkemizde kamuya bağlı sigorta sistemiyle prim ödemelerine dayalı, katkı/katılım/fark vs adlar altında alınan cepten ödemeler karşılığında sürekli değişen hizmet paketlerine göre karşılanmaktadır.
4. BBSH nin tamamen kamusal imkanlarla finanse edilmesinin toplumda var olan eşitsizliklerin azaltılmasında, ikinci basamakta yaşanan yığılmaların azaltılmasında, tedavi edici sağlık hizmetlerinin daha az kullanılmasında, toplumu tehdit eden hastalıkların azalmasında bir çok avantaj içerdiği ülke örnekleriyle bilinmektedir.

Ne istiyoruz?

1. *BBSH kamusal bir hizmet olmalıdır*
2. *Genel bütçeden finanse edilmelidir, tamamen ücretsiz olmalıdır, hangi amaçla ve ne ad altında olursa olsun cepten ödemeler olmamalıdır.*
3. *Ayrım yapılmaksızın her kesime eşit sunulmadır*
4. *ASM ve TSM eşit statüde birbirleriyle dayanışma içinde kolektif çalışmalıdır. Kamu binalarında, her türlü lojistik ihtiyacın ve insan gücünün kamu tarafından karşılandığı, eşit, demokratik bir görev ve sorumlulukla iş birliği içinde bir işleyiş .*
5. *ASM nin ihtiyaçlarının etkin bir şekilde karşılanmasında cari ödemelerin yarar sağladığı, bu nedenle kendi içinde özerk bir sistemin oluşturulması için çarelerin geliştirmesini savunanlar olduğu gibi, cari ödemelerin tamamen kaldırılıp tüm ihtiyaçların bakanlık tarafından karşılanmasını savunanlar olmuştur. Bu konuda iki farklı görüş mevcuttur.*
7. *BBSH politikalarının belirlenmesinden, planlamasında, uygulanmasına, geliştirilmesine kadar birçok aşamada başta çalışanların, hizmeti alan toplum kesiminin ya da temsilcilerinin görüş ve önerilerinin karar süreçlerine katılımları sağlanmalıdır.*
8. *Bölgesel farklılıklar başta olmak üzere katılımcı bir yönetim için yerel yönetimlerin sistemin işleyişinde etkin rol alması faydalı olacaktır.*
9. *Entegre sağlık hizmeti ile Cezaevi hekimliğinin Aile Hekimliği sistemi içinde bulunmaması gerektiği, her iki hizmet sunumun kendi içinde özgünlükler içermektedir. Bu nedenle yeniden yapılandırılmalıdır.*
10. *ASM ler de sekreter ve hizmetli statüsünde çalışan kesimi güvenceli, kamu çalışanı statüsünde diğer çalışanlarla eşit düzeyde çalışmasının gerekliliği, ayrıca çalışanlar arasında demokratik bir işleyişin tesis edilmesi gereklidir.*

ATÖLYE IV: BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETİ SUNULAN MEKANLAR-ÇALIŞMA KOŞULLARI

4.1- FİZİKİ KOŞULLAR

4.1.1- Çalıştığımız fiziki mekanların bir kısmı kamu, bir kısmı belediye, bir kısmı ise özel mülkiyet sahiplerinden kiralanmış binalardır. Bazı yerlerde cami-vakıf-dernek vs binaları da kullanılmaktadır. Hatta bazı ASMLer aile hekimlerinin bizzat mülk edindikleri binalardır. Mülk sahiplerinin farklı kişi-kurumlar olması sorunlara yol açmaktadır. Farklı kurumların, (Aile-Sosyal Politikalar Bakanlığı, Çevre Bakanlığı, Belediye vs) ASM lerden farklı talepleri olmaktadır. Kamu ve belediye binalarına birçok yerde kira ödenmekle beraber nadiren olsa da kira ödenmeyen yerler de vardır. Bu kira bedellerini aile hekimlerine cari gider yardımı olarak aktarılan ödenekten karşılamanız beklenmektedir. Çalışılan bölgeye ya da binaya göre kira bedelleri az ya da çok yüksek olabilmekte ve bu da aile hekimlerinin aldıkları cari gider yardımının büyük kısmının buna ayrılmasına ve sonuçta iş yükünden bağımsız olarak aile hekimleri arasında ücret eşitsizliklerine neden olmaktadır.

Kiralanmış ASM olduğunda yer bulunması ve kiralarn yüksekliği çok büyük sorunlar oluşturmaktadır. Çalışılan kiralık binalarda için kontrat imzalanmaktadır. Kontratlarda kira değişikliği ya da sonlandırılması tehditleri olabilmekte bu durum da sözleşme feshini de getirebildiği için işimizi kaybetmemize neden olabilmektedir.

4.1.2- Bazı yerlerde TSM ya da başka kurumlarla, bazen lojmanlarla aynı binalarda çalışılması ödemelerde sorunlara yol açıyor. Aynı binada olunca TSM mobbingi de olabiliyor.

4.1.3- Ayrıca alışanların dinlenebilecekleri, sosyal faaliyetlerin olabileceği bir araya gelebilecekleri alanları neredeyse hiç yoktur.

GRUP ÖNERİLERİ:

- *Prensip olarak Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri bir kamu hizmetidir ve bu nedenle sağlık bakanlığı bu hizmetin sunulacağı mekanları sağlamakla yükümlü olmalıdır. “Kiralık ASM” gerçekliği ve konsepti tamamen ortadan kaldırılmalıdır.*
- *Kısa vade için yeni ASM ler yapılana kadar çalışma yerlerinin kiraları için mükuyet sahipleriyle bakanlık kira kontratı imzalamalı ve kiralar bakanlık tarafından ödenmelidir.*
- *Fiziki durumu kötü mekanlar için yapılması gereken acil tadilatlar bakanlık tarafından üstlenilerek standartlar sağlanmalıdır.*
- *Uzun vadede Bakanlık en kısa zamanda amaca uygun, TMMOB-TTB ve AH dernekleriyle de istişare ederek hazırlanacak mimari planlarla, en yüksek standartlarda, önümüzdeki en az 20-30 yıl hizmet vermeye devam edebilecek kapasitede ASMLer planlayarak inşa etmelidir. Binaların planlarında sonradan ekibe katılabilecek ebe, tıbbi sekreter, resepsiyonist, uzman hemşire, sosyal hizmet uzmanı, psikolog, ziyaret eden alan uzmanı vs gibi personel için de yer ayrılmalı, toplu hasta eğitimleri verilebilecek ve toplantı amaçlı kullanılabilir bölümleri de olmalıdır. ASM alışanlarının mutfak, dinlenme, banyo vb ihtiyaçları da göz önüne alınmalıdır. Personel ve hastalar için yeterli otopark imkanı sağlanmalı. Binalar ekolojik yapıyla uyumlu, lokal yapıyı bozmayacak şekilde tasarlanmalı estetik ve fonksiyonel yapılar olmalıdır.*
- *İnşa edilecek ASMLerin yer seçimi için çok özenli çalışmalar yapılmalı ve gelecek olan bölgedeki hastaların kolay ulaşabileceği yerler seçilmelidir.*

4.1.4- İster kamu ister özel isterse belediye binası olsun çoğunlukla binaların amaca uygun binalar olmaması nedeniyle fiziki koşulları sağlık hizmeti vermeye uygun değildir, hatta bazen sağliğı bozucu olabilecek fiziki koşullar bile mevcuttur.

GRUP ÖNERİLERİ:

- ***Mevcut ASMLerin fiziki kořulları yeni binalar yapıłana kadar acilen iyileřtirilmelidir.***
- ***ASMnin coğrafi yerleşimi iyi planlanması ve peyzajının yapılarak yeterli otoparklar inşa edilmelidir.***

4.1.5- Çalıştığımız binalarda yaşanabilecek her türlü sorunun çözümü, binaların yıllık bakımları, genişletme vs gibi her türlü işlemin masrafı için aile hekimlerinin cari gider yardımını kullanması beklenmektedir. Bu da kiracı olunan mekana yatırım yapılmamasını getirmekte, varolan yetersiz fiziki koşullar giderek daha da kötüleşmektedir.

GRUP ÖNERİLERİ:

- ***(Atölye katılımcılarından gelen öneriler iki farklı yödedir)***
- ***Cari gider yardımı olmamalı ve bakanlık binaların her türlü tamir-tadilat-bakım-onarım işlerini TSMler bünyesinde BBSH sunulacak mekanların fiziki koşullarının iyiliğinin devamı için oluşturulacak bir teknisyenler ekibi üstlenmelidir.***
- ***Bu öneriye getirilen eleştiri bürokrasi – “klasik devlet işleyişi” ve “devlet memuru zihniyeti” nedeniyle küçük işlerin halledilmesinin çok yavaş olacağıdır.***
- ***“Yeteri kadar bir miktar” cari gider yardımı devam etmeli ve gerektiğinde küçük işler için kullanılabilmelidir. Ancak büyük tamirat-bakım vs işlerden bakanlık sorumlu olmalıdır. Bu öneriye getirilen karşı eleştiri cari gider yardımı olduğu sürece bu cari giderden olabildiğince az harcıyıp gerisini “kazanç olarak görme” tavrının devam edeceği ve bunun yaratacağı sorunlar olacağıdır.***

- ***Kısa vadede, cari giderin devam etmesi ancak uzun dönemde kamu binaları yapıldığında kaldırılması fakat cari giderin kaldırılması durumunda hantal tamirat ve tadilat kuralları yerine dinamik ve hızlı bir şekilde sorunları çözen bir yapının uygulamaya konması uygun gibi gözükmektedir...***

4.1.6- Birçok yerde olduğu gibi TSMlerin fiziki koşulları da ASMLer gibi çok kötüdür.

GRUP ÖNERİLERİ:

- ***Kısa vadede varolan TSM binalarının sorunları çözülmeli, uzun vadede amaca uygun TSM binaları bakanlık tarafından inşa edilme-lidir.***

4.2- ASMLERİN SINIFLANDIRILMASI

ASMLerin sınıflandırılması en azından A ve B sınıfı olma kriterlerinin yüksek olması nedeniyle bazı yerlerde fiziki koşulların bir miktar iyileşmesine neden olsa da bu kriterlere ulaşmak için gereken masraflar AHnin cebinden çıkmaktadır.

C ve D sınıfı bir çok ASM ise kağıt üzerinde standartları karşılarsa da gerçekte çok da iyi durumda değildir.

Sınıflandırma ASMde verilen hizmetlerin niteliği ya da çeşitliliği üzerinden değil neredeyse tamamen fiziki koşullar üzerinden yapılmaktadır.

4.2.4- ASM hizmet alan halkı sınıflandırıyor. ASMnin hangi sınıf olduğu orda verilen hizmetin kalitesinin asıl belirleyicisi değildir halkın en yüksek fiziki standartlarda sağlık hizmeti almaya hakkı vardır.

Sınıflandırmada yüksek kategoriye girmek gelir düzeyini arttırsa da esnek mesaiyi ve sorunlarını da beraberinde getirmektedir. Ayrıca sınıflandırmadan kaynaklanan esnek mesaiye “ASE”ler de katılırken, ekstra ücret “ASE”lere yansımamaktadır (?)

Sınıflandırma Aile Hekimlerini, personel çalıştırma, donanım alınması vs işletmeci haline getirmekte ve bu bizim bilmediğimiz işlere zaman ayırmamıza ve hata yapmamıza neden olmaktadır. Ayrılan çalışanlara tazminat ödemeleri gibi uzun vadede ortaya çıkabilecek olaylar önümüzdeki günlerde sorun olarak karşımıza çıkacaktır.

4.2.7- Sınıflandırma hekim sayısına bağlı olduğu için 2-3 birimlik yerlerde daha fazla eşitsizlik oluşturuyor.

Sınıflandırma değişikliği, HSM ce kolayca yapılabiliyor ve bu durumlar da geriye dönük kesintiler bile gündeme gelebiliyor.

Sertifikasyonu olan hekim ayrılırsa sorun oluyor. Sertifika eğitimi sağlanamıyor.

GRUP ÖNERİLER:

- ***Kısa vadede sınıflandırma sistemi tamamen kaldırılmalı, sınıflandırma nedeniyle verilen ek gelir tüm ASMLer için şu andaki A sınıfı düzeyinden sağlanmalıdır. Bakanlık Birinci Basamakta hizmet sunulacak tüm binaları A sınıfından da yüksek standartlarda inşa etmelidir.***

4.3- DONANIM-DEMİRBAŞLAR

4.3.1- Bakanlık ASMLerin tüm tıbbi donanımını ve demirbaşlarını aile hekimlerinin sağlamasını ve bunun cari gider yardımıyla karşılanmasını beklemektedir. Bu hem sınıflandırma farklılıkları hem de bir seferde yapılacak yüklü harcama nedeniyle aile hekimleri arasında ücret eşitsizliklerine ve maddi külfete yol açmaktadır.

GRUP ÖNERİLER:

- ***Kısa vadede bütün ASMLerde olması gereken asgari tıbbi donanım ve demirbaş eksikleri saptanmalı ve bakanlık tarafından acilen sağlanmalıdır. Örnek; aspiratör.***

4.3.2- Donanımın özel mülkiyet olması durumunda ASMden bir AHnin ayrılması ve yeni birisinin gelmesi durumunda eski ve yeni AH arasına maddi anlaşmazlıklar olmaktadır.

GRUP ÖNERİLER:

- ***Uzun dönemde Asgari tıbbi donanım ve demirbaşlar kamu ait olmalıdır.***

4.3.3- Kuruluş aşamasında donanımın sağlık ocakları demirbaşlarının alımı, binaların kiralanması, belediye ya da vakıfların bağışları, eczaneler ya da ilaç şirketleri tarafından “bağış” adı altında sağlanması gibi değişik yollarla edinilmesi, bu donanımın fiziki durumunun yeterli olup olmadığı, “bağış” yapan eczanelerle kurulacak ilişkilerde yaşanan etik sorunlar, masrafların farklı kaynaklardan karşılanmasının yarattığı etik sorunlar gibi birçok soruna yol açmaktadır.

GRUP ÖNERİLER:

- ***İlaç şirketleri ya da eczanelerin bağışları yasaklanmalıdır. Her türlü ihtiyaç sağlık Bakanlığı tarafından sağlanmalıdır.***

4.3.4- Tıbbi malzemelerin masraflarını AHnin karşılaması beklenmekte ve bu da masrafları azaltmak için yeterli malzeme almama, düşük kaliteli malzeme alımı ya da malzemenin gerektiği kadar kullanılmaması, az kullanılması için çalışanlara baskı yapılması, malzeme tedariği için ilaç firmalarından yardım istenmesi gibi birçok soruna yol açabilmektedir. Ayrıca malzeme sarfını kısıtlamak için misafir hastaların sarf gerektirecek işlerini yapmama eğilimi de ortaya çıkmaktadır.

GRUP ÖNERİLER:

- Atölye katılımcılarından gelen öneriler iki farklı yöndedir:

1- BBSH sunumunda gerekli asgari tıbbi malzeme ve sarf malzemeleri listeleri ASM ve TSMLer için belirlenmeli, eksikler idare tarafın-

dan acilen karşılanmalı gerekli tıbbi malzeme alımları il bazında ya da bakanlık bazında yapılmalı, yüksek kaliteli malzeme tedarik edilmeli ve haftada bir ya da iki kez ASMLere-TSMLere eksik malzeme tedariki sağlanmalıdır. Sandartlar ancak böyle sağlanabilir

2- Tıbbi malzeme alımları ASMLere bırakılmalı ve cari gider yardımından karşılanmalıdır. İdare bu işi iyi organize edemez malzeme eksikliklerine neden olur.

4.3.5- Tüm donanım ve malzeme tedarigi, ASMnin faturalarının takibi, temizlik personeli bulunması-sigorta işlemleri, tıbbi atıklarla ilgilenilmesi, kira-stopaj, belediye, bankalar, resmi kurumlar vs ile ilişkiler gibi birçok konu hem ücret eşitsizliklerine neden olmakta hem de AHnin hasta bakımına ayıracağı zamanı kısıtlamakta, iş yükünü arttırmakta ve gereksiz stres ve yıpranmaya neden olmaktadır. Ayrıca bilmediği ve mesleği ile uzaktan yakından ilgisi olmayan konularda hata yapabilmektedir.

GRUP ÖNERİLER:

- **ASMLerin bu tarz tüm işleri ve idari işlerden Aile Hekimleri sorumlu olmamalı bu işler hekim dışı bir personelce idare tarafından görđürülmelidir.**
- **Kısa vadede, biz sözleşmeli çalışıyorsak onlar da sözleşmeli çalışacak; uzun vadede biz kamu personeli olarak çalışıyorsak onlar da kamu personeli olmalı.**
- **Ast-üst ilişkisi, personelin haber vermeden izine ayrılması gibi konular ekip çalışması ruhuna aykırıdır.**

4.3.6- ASMde hizmet sunumu için gerekli internet, bilgisayar, yazıcı, telefon vs ekipmanın bunlar için kullanılacak kağıt, toner, kartuş vs gibi sarf malzemelerinin AH tarafından cari gider yardımcı kapsamında karşılanması beklenmektedir. Bu ortak kullanımlar konusunda sorunlara yol açabilmektedir.

GRUP ÖNERİLER:

Atölye katılımcılarından gelen öneriler iki farklı yöndedir:

- 1- TSMLer bünyesinde oluşturulacak teknik ekip ASM ve TSMLerin internet, bilgisayar, telefon sistemlerini kurmalı ve bakım işlemlerini de üstlenmelidir. Diğer sarf malzemeleri sağlanması ve dağıtımından da bu ekip sorumlu olabilir.*
- 2- İnternetin sağlanması bakanlık tarafından çözülmeli ancak bilgisayar, yazıcı vs alınması ve bunların sarf malzemeleri cari giderden karşılanmalıdır.*

4.3.7- AHBS programlarının özel şirketlerden alınması ortak bir standart oluşturulmasını engellemekte ve çok daha önemlisi hasta bilgilerinin depolanması ve gizliliği açısından çok büyük riskler taşımaktadır. Bu şirketlerin kar amacıyla hasta bilgilerini başka şirketlere satma ihtimali çok yüksektir.

GRUP ÖNERİLER:

- 1) Kısa vadede AHBS şirketlerinin bilgi güvenliği politikaları ve pratikleri çok sıkı denetlenmelidir.*
- 2) Uzun vadede bakanlık düzeyinde, dünyadaki iyi örnekleri göz önüne alınarak bir AHBS yazılımı ve ekibi oluşturulmalı ve tüm 1. Basamakta aynı sistem kullanılmalıdır. Bu sistem 1. Basamağın koordinasyon görevini yerine getirebilmesi için ikinci ve üçüncü basamakla da entegre hale getirilmelidir.*

4.4- ÖZLÜK HAKLARIMIZ:

4.4.1- Güvencesizlik

GRUP ÖNERİLER:

- İş güvenceli çalışma sağlanmalıdır.*

4.4.2- Günlük ve haftalık çalışma saatlerimiz, öğlen tatili...

GRUP ÖNERİLER:

- ***Diğer meslek gruplarında olduğu gibi; Günlük maximum 8 saat (öğle arası dahil) ve haftalık 40 saat çalışma olmalıdır. Günlük çalışma planımızı poliklinik, koruyucu hizmet sunumu vs şeklinde planlamamıza izin verilmelidir.***

4.4.3- Emekliliğe yansımayan ücret

GRUP ÖNERİLER:

- ***Tüm ücret birimlerinin toplamı emekliliğe yansıtılmalıdır. Ek gösterge 3600 den 7200 e çıkarılmalıdır. Ayrıca görev ve makam tazminatı da verilmelidir.***

4.4.4- Yıllık izin / Vekalet

Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarının 30 günlük yasal yıllık izinleri olmasına rağmen yerlerine vekalet edecek bir arkadaşlarını bulamadıkları sürece ücretlerinin ciddi bir kısmı kesintiye uğramaktadır. Bu da aile sağlığı merkezinde çalışanların ücretli izin haklarının ellerinden alındığı anlamını taşımaktadır.

GRUP ÖNERİLER:

- ***Vekalet bulma zorunluluğu olmadan ve ücret kesintisi yapılmadan yıllık 30 gün izin hakkımız olmalıdır. İzne çıkan doktorun yerine TSMden görevlendirme yapılmalı ve görevlendirme için TSM hekim ek ücret almalıdır.***
- ***TSMden her zaman ya da kısa zamanda hekim bulunamayabiliyor. (AHne değilde ASMye kayıt yapılması)***

4.4.5- Hastalık izni / Vekalet

Birinci Basamak Sağlık Çalışanları Hastalanmaları durumunda dahi yerine vekalet edecek bir arkadaşlarını bulamadıkları sürece ücret kaybına uğramaktadır. Bu durum aile sağlığı merkezinde çalışanların iş göremez duruma düştüklerinde bile istirahat hakkının aslında fiilen mevcut olmadığının göstergesidir.

GRUP ÖNERİLER:

- ***Vekalet bulma zorunluluğu olmadan ve ücret kesintisi yapılmadan hastalık izni ve Refakat izni hakkı olmalıdır. (657'deki haklara eşdeğer?)***

4.4.6- Eğitim izni

Eğitim toplantılarına ve kongrelere giderken yıllık izin kullanılmamalıdır. Çalışanlar bu toplantılara katıldıklarında ücretli izinli sayılmalıdır.

GRUP ÖNERİLER:

- ***Vekalet bulma zorunluluğu olmadan ve ücret kesintisi yapılmadan yıllık 10 gün eğitim izni hakkımız olmalıdır.***

4.4.7- Emekli olup da AH ne başlayan hekimlerden yapılan kesintiler

GRUP ÖNERİLER:

- ***Emekli hekimlerden kesinti yapılmamalı geri ödeme istenmemelidir.***

GRUPLA TARTIŞMA: Malpraktis davalarında bakanlık bizi yalnız bırakıyor?

TSM çalışanlarının özlük hakları ve geçici görevlendirme gibi sorunları mevcut.

4.5- SÖZLEŞME

4.5.1- Sözleşmeli çalışma sistemi ve halen doğru düzgün bir AH kanunu olmaması, genelge ve yönetmeliklerle yönetiliyor olmamız ve bunların sürekli değiştirilebilir olması çalışma huzurunu bozmakta, iş güvencesini ortadan kaldırmaktadır. Yeni sözleşme şartları her an eklenebilmekte ve sözleşme feshi her türlü angarya için baskı unsuru olarak kullanılmaktadır. Şu anda AH sayısının yeterli olmaması nedeniyle sözleşme fesihleri yaygın olarak uygulanamasa da AH sayısı arttığında ciddi tehdit unsuru olacaktır.

GRUP ÖNERİLER:

- ***Bakanlık ve TTB-Sendikalar-AH Dernekleri arasında yapılacak görüşmelerle yeni ve kapsamlı-yeterli bir AH kanunu yazılmalıdır. Bu kanun ve bağlı genelge ve yönetmelikleri kolaylıkla ve sıklıkla değiştirilmemeli, herhangi bir değişiklik gerektiğinde meslek örgütlerinin görüşleri alınmadan yapılmamalıdır. Sözleşme fesihini zorlaştırılmalı, fesih gerektirecek durumlar oluşursa TTB hakem örgüt olmalıdır.***
- ***İLO standartları çerçevesinde çalışma şartları sağlanmalıdır***

4.5.2- Sözleşmelerle ilgili toplu sözleşme hakkı bir yana hiç bir söz hakkımız bulunmamakta, TTB'ye, sendikalara ya da derneklere fikirleri sorulmamaktadır.

GRUP ÖNERİLER:

- ***Kısa vadede sözleşme yenilenmesi dönemlerinde toplu sözleşme ve grev hakkımız olmalı, iş güvencesi garanti altına alınmalıdır. Uzun vadede sözleşmeli çalışma ortadan kaldırılmalıdır.***

4.6. DENETİMLER-CEZALAR

4.6.1- Denetimler sorunları düzeltmek için değil ceza verme amaçlı kullanılmakta ve bu da çalışma huzurunu bozmaktadır, ASM ve TSM personeli arasında olması gereken işbirliğine değil düşmanlıklara yol

açmaktadır. Denetimlerde aslında uzlaşmayla çözümlenebilecek konular nerdeyse her zaman denetimcilerin kararı yönünde sona ermektedir. Özellikle TSMLere idari yönetici görevi veren son yönetmelikle bu anlamda durumu daha da kötüleştirecektir.

GRUP ÖNERİLER:

- ***Ceza puanı sistemi tamamen ortadan kaldırılmalıdır. Denetimlerin içeriğinin belirlenmesinde meslek örgütlerinin de katkısı olmalı ve hatta denetim ekiplerinde meslek örgütü temsilcileri de olmalıdır.***

4.6.2- Rutin denetimler kağıt üzerinde yapılmakta ve amaca hizmet etmemektedir.

Farklı illerde farklı uygulamalar yapılması da ayrı bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır.

GRUP ÖNERİLER:

- ***Denetimler, sadece malzeme sayımı, önlük giyme gibi biçimsel şartlar üzerinden değil, ayrıntılı, sorun çözmeye ve hizmet kalitesini arttırmaya dönük ve yapıcı olmalıdır.***

4.7- ÇALIŞANLAR ARASI İLİŞKİLER-MOTİVASYON

4.7.1- Ekip çalışması ruhunun olmaması (ya da ortadan kalkması)

GRUP ÖNERİLER:

- ***Düzenli ekip toplantıları, ASMLer ile ilgili alınacak karar toplantılarına “ASE”lerin de katılması ve ekibin söz hakkı olan eşit üyeleri olarak katılmaları sağlanmalı.***
- ***Yönetici hekimin idari yetkisi olmalı mı?***

4.7.2- AHleri arası ilişkiler:

Bireysel alışma ve iş yoğunluğu nedeniyle yalnızlaşma-tükenmişlik sorunları yaşanmaktadır.

GRUP ÖNERİLER:

- ***En azından haftada bir saat ASM içi sosyal/eğitim etkinlikleri***

4.7.3- Hasta kaydı tartişmaları-vekalet sorunları-maddi anlaşmazlıklar nedeniyle bozulan ilişkiler

GRUP ÖNERİLER:

- ***Hasta kaydının AH ne değil de ASM'ye yapılması ve ödemenin ASMnin baktığı toplam nüfus üzerinden yapılması ?? Hastanın yine sürekli gördüğu bir "kendi aile hekimi" olur ama hasta isterse aynı ASMde başka bir AHden randevu alabilir.(Randevular olabildiğince eşit dağıtılır)***

4.7.4- AH ile "ASE"ler arası ilişkiler

ASE ler sözleşmesini AH ile yapmıyor ama AHnin oluru gerekiyor.

ASE ler ast ve sekreter olarak görüldüğu gibi görevini yapmayan ya da eksik yapan

ASE ler de oluyor. Bu da uzun vadede AH nin ceza puanı almasına neden oluyor.

GRUP ÖNERİLER:

- ***"ASE"ler astımız değil ayrı bir profesyonel disiplindir. ASMLerde Tıbbi sekreter de olmalı, hastaları karşılayan resepsiyonistler olmalı, ASEler kendi işlerine yoğunlaşabilmelidir.***

4.7.5- AH ile TSM alışanları arasındaki ilişkiler

BBSHnin iki bileřeni gibi deđil de dūřman kamplar gibi alıřıyor.

GRUP ÖNERİLER:

- ***TSMnin idareci-yönetici yetkisi olmamalı. TSMlerin BBSH içinde yapacağı işler net olarak tanımlandıktan sonra ASM personeli ile TSM personeli işbirliği içinde çalışmalı, aralarında sürekli bilgi alişverişi olmalı ve düzenli toplantılar yapılmalıdır.***

4.7.6- Halka hizmet verme motivasyonumuz yukarda ortaya koyduğumuz ve koyamadığımız birçok nedenlerle oldukça azalmış durumdadır. Özellikle de hasta sayısının fazlalığı, idari işler ve baskılar ve poliklinik-RPT iř yükünün fazlalığı önemli nedenler arasındadır. Hekim saygınlığımızı yitirmiş olmamız, halkın eğitimsizliği, kışkırtılmış sağlık talebi, sürekli şiddet ve malpraktis baskısı altında çalışmamız da motivasyonumuzu dūřürmektedir. Özellikle de asıl işimiz olması gereken koruyucu sağlık hizmetleri sunumunda motivasyon oldukça dūřüktür. “ASE”lerin de yaptığı motive bir hizmet sunumundan çok performansı tutturma çabasıdır. Artık sadece günlük iř yükümüzle ve idari baskılarla mücadele etmeye çalışıyoruz.

ATÖLYE V.

EĞİTİM ve MEZUNİYET SONRASI TIP EĞİTİMİ

18- 19 Nisan 2015 tarihlerinde Antalya'da yapılan TTB Aile Hekimliği Kolu 1. Aile Hekimleri Buluşması toplantısında yapılan Atölye çalışmalarını çerçevesinde; 5. Atölye olarak Yaşar Ulutaş, Atıla Ergenekon, Fikret Kurt A. Erhan Özeren, Ali Kemal Azder, Mürşit Enis Akyüz, Ümit Selman Payaslı'nın katılımlarıyla;

- Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimleri (AHU),
- Sözleşmeli Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimleri (SAHU),
- Geçiş Dönemi Eğitimleri,
- Mezuniyet Sonrası Eğitim
- Sürekli Mesleki Gelişim Eğitimi
- Board sınavları konuları masaya yatırılarak hazırlanan sunum bütün katılımcılarla paylaşılarak tartışılmıştır.

AİLE HEKİMİ KİMDİR, NE İŞ YAPAR?

Aile hekimi birinci basamakta görev yapan uzman hekimdir. Bireye ve ailesine kişi merkezli yaklaşım sergiler.¹

SDP ile Sağlık Bakanlığı tarafından;

Aile hekimleri, isteyen pratisyen ve diğer branş hekimlerinin daha kısa süreli bir eğitimle sertifikalandırılması ile yetiştirilecektir. (Aile hekimliği uzmanlarının sayıları yeterli düzeye ulaşana kadar). Görevleri aile hekimleri uzmanlarıyla aynı olacaktır. Aile hekiminin görevi, bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile ayaktan tedavi edici sağlık hizmetleri olarak belirtilmiştir.²

1 Sağlık Bakanlığı ve TAHUD'a ait dokümanlardan

2 TAHUD- Türkiye Aile Hekimliği Akademisyenleri Bildirisi-15 Ocak 2015

SAYILARLA AİLE HEKİMLİĞİ

Sağlık Bakanlığı 2014 verilerine göre Türkiye’de mevcut Aile Hekimlerinin yaş ortalaması 47 dir. 2013 yılı verilerine göre Aile Sağlığı Merkezlerinde 1100 Aile Hekimi Uzmanı çalışmaktadır. 2016 yılında bu sayının 1800 olacağı tahmin ediliyor. Tıpta uzmanlık öğrencileri, 24-35 yaş grubu olan genç bir hekim kitlesini oluşturmaktadır.³

Şu an itibarıyla 6832 Aile Sağlığı Merkezinde 21397 Aile Hekimliği biriminde 76 724 427 kişiye hizmet verilmektedir. Hekim başına Ortalama olarak 3586 hasta düşmektedir. Halihazırda 970 Toplum Sağlığı Merkezi mevcuttur.⁴ 2010 yılının Aralık ayına kadar toplam 41 000 hekim Aile Hekimliği 1. Uyum eğitimi almışken 2015 yılı itibarıyla bu sayı 45 302 olmuştur.⁴

2015 Nisan Tıpta Uzmanlık Sınavında Üniversite Tıp Fakültesi Hastaneleri 56 Devlet Eğitim Araştırma Hastaneleri 171 olmak üzere toplam 227 uzmanlık eğitimi öğrenci kadrosu açmıştır. Sözleşmeli Aile Hekimi Uzmanlık eğitimi kadrosu ise 148 dir.

AİLE HEKİMLİĞİ İLE DEĞİŞEN NEDİR?

Sözleşmeli çalışmanın başlamasıyla birlikte İş güvencesi yok olmuştur. İsparta’da bir Aile Hekiminin raporlu olduğu dönemde hem de kendisine haber verilmeden sözleşmesinin fesh edilmesi olayı bunun için oldukça çarpıcı bir örnektir.

Hekimler, temizlik elemanı ve fazladan hemşire çalıştırmaları nedeniyle İşveren pozisyonunda olurken aynı zamanda ücret karşılığı sözleşme yaptığı için İşçi pozisyonunda da olmaktadır (***İşçi: iş kanunu tarafından, hizmet akdine dayanarak herhangi bir işte ücret karşılığı çalışan kişi olarak tanımlanmaktadır***).

3 Tıpta Uzmanlık eğitimi Raporu-TTB-2015

4 Dr. Özlem Yiğitbaşıoğlu-THSK AH Eğitim ve Geliştirme Daire Bşk.- 16 Mayıs 2015 19. PHK sunumu

Ücretlerde geçici bir iyilik hali mevcut olsa da, sürdürülebilirliği tartışmalıdır. Esnek mesai dayatması ve gruplandırma nedeniyle Çalışma saatleri düzensizdir ve hekimler eve iş götürmeye başlamışlardır. Cep telefonlarının 24 saat açık kalması zorunluluğu nedeniyle mesai saati sonrası da hizmet devam etmektedir.

Daha önce sağlık ocaklarında Tıbbi Sekreter, Çevre Sağlığı Teknisyeni gibi personeller bulunurken Aile Hekimliği Sisteminde bu meslek mensuplarının olmaması nedeniyle ekip hizmeti bozulmuş iş yükü artmıştır. Aile Hekimliği çalışanlarının Ücretli izin hakkı elinden alınmış iznli oldukları dönemlerde yerlerine bakan bir vekil bulamazlarsa ücretlerinde ciddi bir kesinti meydana gelmektedir. Aradan geçen 10 yıla rağmen belirsizlikler devam etmekte ve mevzuatla ilgili birçok konuda davalar açılmış durumdadır.

5.1- AİLE HEKİMLİĞİ UZMANLIK EĞİTİMLERİ

Türkiye’de Aile Hekimliği tıp disiplini Tıpta Uzmanlık Tüzüğünde 30 yılı aşan bir süredir yer almakta ve bu alanda uzman yetiştirilmektedir. 63 Üniversite Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı ve 24 Devlet Eğitim Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği biriminde, 29 profesör, 71 doçent, 106 yardımcı doçent ve başasistan (Toplam 206 öğretim üyesi/ eğitim sorumlusu) kadrosuyla eğitim sürdürölmektedir. 1000’e yakın uzmanlık öğrencisi (asistan) Aile Hekimliği Tıp Disiplininin uluslararası tanımı ve içeriğine uygun, uluslararası standartlarda bir uzmanlık eğitimi almak için çalışmaktadır.⁵ 2013 yılı itibari ile yaklaşık olarak 2500 aile hekimliği uzmanı mevcuttur.

Türkiye’de 1985 yılında aile hekimliği uzmanlık programı başlatılmış 1993 yılında tıp fakültelerinde ilgili ana bilim dalları oluşturulmuştur.

Sağlık Bakanlığı, **Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP)** çerçevesinde Düzce’de 2005 yılında, pratisyen hekimlere tercih için bir, en fazla birkaç günlük bir süre tanıyarak, üzerlerinde psikolojik baskı da oluşturmak

suretiyle pilot uygulamayı başlatmıştır. 13.12.2010 yılında tüm Türkiye’de Aile Hekimliğine geçilmiştir. Bu tercihlerde Aile Hekimliği Uzmanları Derneği’nin de yardımcı olduğu anlaşılmaktadır. Derneğin yayımladığı bir sonuç bildirgesinde böyle bir ara geçiş formülü açık biçimde önerilmektedir.⁶

Sağlık Bakanlığı mevzuatına göre Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi İç Hastalıkları 4 ay, Pediatri 5 ay, Genel Cerrahi 1 ay, Kadın doğum 4 ay, Psikiyatri 2 ay, Kardiyoloji 1 ay, Göğüs Hastalıkları- Cerrahi 1 ay, Aile Hekimliği 18 ay olmak üzere toplam 3 yıldır. Mevzuat değişikliği ile eğitimin bir bölümünün 1. Basamakta geçirilmesi planlanmaktadır.

Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri henüz uygulamaya konamamıştır. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, İstanbul Haseki EAH ve Erzurum Atatürk Üniversitesi ile Eğitim ASM lerle ilgili kontratlar imzalanmıştır.

YIL	ASİSTAN SAYISI	YIL	ASİSTAN SAYISI
2002	112	2008	330
2003	63	2009	354
2004	721	2010	299
2005	511	2011	413
2006	499	2012	509
2007	283	2013 Nisan	215

DÜNYADA GP (AH) MESLEK EğİTİMİ

WONCA Aile Hekimleri için 6 çekirdek yetkinlik tanımlıyor, bunlar;

- Birinci basamak yönetimi
- Birey merkezli bakım
- Özgün sorun çözme becerileri
- Kapsamlı yaklaşım
- Toplumsal yönelim
- Bütüncül yaklaşım

AHU EğİTİMİNDE AB ÜLKE ÖLÇÜTLERİ

1993 yılında çıkarılan Avrupa Birliği Direktifine (AB Direktifi 93/16/EEC) göre 6 ayı birinci basamakta olmak üzere en az 2 yıl olmalıdır. 2001 yılında AB Direktifleri güncellenmiştir. Bu güncellemeye göre 2006 yılı başından başlayarak aile hekimliği meslek eğitimi üç yıl olacak şekilde değiştirilmiştir. UEMO nun 1994 yılındaki görüşlerine göre AH Uzmanlık eğitimi yarısı birinci basamakta olmak üzere 3 yıl olmalıdır.

ÜLKELERE GÖRE AHU EğİTİM SÜRELERİ

Almanya	4 yıl	Zorunlu, hastanede
Danimarka	6 yıl	Yarısı 1. basamakta
İrlanda	4 - 5 yıl	Zorunlu, yarısı 1. basamakta
İtalya	3 yıl	Ulusal sistemle sözleşmeli
Hollanda	3 yıl	1 yıl hastanede, 2 yıl 1. basamakta
Fransa	3 yıl	Hastanede

UZMANLIK EĞİTİMİ

Uzmanlık öğrencilerinin %67 si haftada 2 saat veya daha az eğitim gördüklerini belirtirken %53,5 i eğitimin kalitesini yetersiz bulmaktadır. %88,5 kliniklerinin eğitim kalitesi açısından denetlenmesi gerektiğini belirtirken %69 u bu denetlemeyi TTB ve uzmanlık dernekleri gibi bağımsız kurumların yapması taraftardır. Çalışma saatlerinin uzunluktan yakınmalar sürmektedir. Çalışma saatlerinin sosyal hayatlarını olumsuz etkilediğini düşünenlerin oranı %75 i aşmaktadır. Ankete katılanların %64 ü hafta içi 9-12 saat çalışmaktadır.⁷

Zorunlu hizmet Tıpta uzmanlık öğrencilerinin korkulu rüyası olmaya devam etmektedir. 725 asistan arasında yapılan ankette; asistanların %61,5 kesinlikle kalkmalı, %25 sadece tıp fakültesinde olsa kabul edilebilir, %8,5 kalkmasın demiştir.⁸

Genel Pratisyenlik Enstitüsü, aile hekimliği uzmanlık eğitiminin, uygulamanın başarılı olduğu tüm ülke örneklerinde olduğu gibi, temel sorumluluğun meslek örgütünde bulunmasını önermektedir.

YENİ DÜZENLEMELER

Sözleşmeli Aile Hekimliği Uzmanlık (SAHU) Eğitimi için ya da yardımcı olacak bir dizi düzenleme yapılmıştır. Bu düzenlemelerle ilgili mevzuatı aşağıdaki satırlarda görmek mümkündür.

5.2- SÖZLEŞMELİ AİLE HEKİMLİĞİ UZMANLIK (SAHU) EĞİTİMİ

02.11.2011 tarihli 663 sayılı KHK'nın geçici 9. Maddesi;

2020 yılına kadar sistemde sözleşmeli olarak çalışan aile hekimlerine Tıpta Uzmanlık Sınavına girmek ve altı yıla yayılmak suretiyle, şimdi

⁷ Tıpta Uzmanlık eğitimi Raporu- TTB - 2015

⁸ Tıpta Uzmanlık eğitimi Raporu- TTB - 2015

çalışmakta oldukları aile sağlığı merkezlerinde çalışmaya devam ederken ve uzaktan eğitim yöntemleriyle uzmanlık hakkı tanımıştır.

SAHU eğitimlerine 2014 yılı ilkbahar döneminde başlanmış TUS sınavında Adana, Ankara, Antalya, Bursa, İstanbul, İzmir, Kocaeli, Konya, Samsun, Rize, Sakarya olmak üzere 11 ilde 264 kontenjan açılmış ve bu kontenjanlara 212 Aile Hekimi kayıt yaptırmış fakat bunlardan 198 tanesi göreve başlamıştır. 2014 sonbahar TUS sınavında mevcut illere Edirne, Karabük ve Yozgat da katılmış ve kontenjan sayısı 318 e çıkarılmıştır. Maalesef bu kontenjanlara 67 Aile Hekimi yerleştirilmiş fakat 51 Aile Hekimi göreve başlamıştır. 2015 yılı ilkbahar döneminde toplam 11 ilde 148 kontenjan açılmıştır.⁹

TIPTA UZMANLIK KURULUNUN (TUK) GÖREVLERİ?

Tıpta Uzmanlık Kurulu 28.03.2007 tarihinde kabul edilen 5614 sayılı kanun ile Bakanlığının sürekli kurulu niteliğinde Tıpta Uzmanlık Kurulu teşkil olunmuştur. 9. Madde ile Eğitim kurumlarına eğitim yetkisi verilmesi ve eğitim yetkisinin kaldırılmasına ilişkin teklifleri karara bağlamak, uzmanlık ana dallarının rotasyonlarını belirlemek gibi görevleri mevcuttur.

Ayrıca 7. Maddede Kurulun görevleri tanımlanmıştır;

“MADDE 7 – (1) Kurulun görevleri şunlardır:

- a) Kurumlara uzmanlık eğitimi yetkisi verilmesi ve bu yetkinin kaldırılmasına ilişkin teklifleri görüşüp karara bağlamak,
- b) Uzmanlık eğitimi veren kurum ve birimin fiziki yapısı, yatak sayısı, eğitim araç, gereç ve personel durumu yönünden sahip olması gereken asgari nitelik ve standartları belirlemek,

- c) (Değişik bent:1.7.2011-27981) **İlgili uzmanlık dalının çekirdek eğitim müfredatı ve bu müfredata göre uzmanlık dalının temel uygulama alanları ile görev ve yetkilerinin çerçevesini belirlemek ve ilan etmek,**
- ç) Uzmanlık dallarının rotasyonları ve bu rotasyonların süreleri hakkında karar vermek,”

TIPTA UZMANLIK KURULU KARARLARI

Tıpta Uzmanlık Kurulu 02 -03 Ocak 2014 tarihinde yaptığı 53 nolu toplantıda aldığı 406 nolu kararda 1219 sayılı Kanununun Geçici 9. Maddesi çerçevesinde yapılabileceği belirtilen, sözleşmeli aile hekimlerine verilecek aile hekimliği uzmanlık eğitimine ait Tıpta Uzmanlık Kurulunca belirlenen esaslar ekteki gibidir denilerek bu eğitim esasları belirlenmiştir. Bu kararlara göre;

MADDE 1: Bu eğitiminin müfredatı; Amaç, Öğrenim hedefleri, Rotasyon dal ve süreleri, Ölçme-değerlendirme Yöntemleri, Tez süreci, 1219 sayılı Kanuna ekli çizelgede 3 yıllık eğitim süresi olduğu belirtilen AH uzmanlık eğitimininki ile aynı olmalıdır.¹⁰

MADDE 2: Sözleşmeli aile hekimleri için; ÖSYM tarafından TUS klinik tıp bilimleri testinden, 1 ağırlık katsayısı kullanılarak KTBT standart puanından hesaplanacak bir puandan alınacak 40'tır. Yabancı dil yeterliliği şartı aranmaz.¹⁰

MADDE 3: TUS, bu eğitime girmek isteyen adayları sıralamak için puan alacakları bir sınav olarak kullanılmalıdır; Kanun gereği merkezi yerleştirmeye tabi olmayacak adayların yerleştirilmesinde, Ölçme, Seçme ve Yerleştirme Merkezi görev almaz; yerleştirme işlemi Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (THSK) tarafından yapılır.¹⁰

MADDE 8: *Bu kapsamda; eğitime başlatılan adayların eğitim süreçleri, eğitim aldıkları aile hekimliği anabilim dalları veya eğitim klinikleri tarafından yürütülür.¹⁰*

MADDE 9: *Bu eğitimde; rotasyona ayrılan süre yılda 6 ayı geçmeyecek şekilde eğitim sorumlusu tarafından düzenlenir.¹⁰*

MADDE 10: *Bu eğitimin ve mevcut 3 yıllık eğitimin kalitesini desteklemek için eğitim kurumlarına “Eğitim-ASM’ler bağlanmalı ve bununla ilgili gerekli mevzuat düzenlemesi yapılmalıdır.¹⁰*

MADDE 11: *Bu eğitime başlayan hekimler eğitim süreci boyunca eğitim kurumunu değiştiremezler. Bu süreçte dört olumsuz kanaat notu alırlarsa eğitimleri sonlandırılır.¹⁰*

TIPTA VE DİŞ HEKİMLİĞİNDE UZMANLIK EĞİTİMİ YÖNETMELİĞİ

Sözleşmeli aile hekimi olarak çalışanların uzmanlık eğitimi ile ilgili olarak 26 Nisan 2014 tarih 28983 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan “”nin Geçici 5. Maddesinde;

GEÇİCİ MADDE 5 –

(1) Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanunun geçici 9 uncu maddesi hükümlerine göre icra edilen aile hekimliği uzmanlık eğitimine giriş, eğitimin şekli, müfredat ve rotasyonların uygulama esasları Kurulca belirlenir.¹¹

Mevcut mevzuatın uygulamaya girdiği 2014 yılı Nisan ayında TUS’a 253’ü Devlet Eğitim ve Araştırma Hastaneleri, 5’i Devlet Üniversitesi ve 6’sı Özel Üniversite olmak üzere toplam 264 kontenjan konmuştur. 2015 yılı Tıpta Uzmanlık Sınavı için ise açılan kontenjan sayısı 148 dir.¹²

SAĞLIK BAKANLIĞI SERTİFİKALI EĞİTİM YÖNETMELİĞİ

“MADDE 3 – g)

Sertifikalı eğitim programı:

Mezuniyet sonrası; belli bir konuda özel bilgi ve/veya beceriye dayalı yeterlik kazandırmak amacıyla sağlık alanında düzenlenecek örgün ve/veya uzaktan eğitim programını,...”¹³

AHU VE SAHU EĞİTİMLERİNİN ORTAK ve FARKLI YÖNLERİ

	AHU EĞİTİMİ	SAHU EĞİTİMİ
Eğitim Süreci; Eğitim alınan anabilim dalı ve/veya eğitim kliniğince yürütülür	Evet	Evet
Uyum eğitimi ve Eğitim müfredatı	Aynı	Aynı
Rotasyon eğitimleri	Aynı	Aynı
Rotasyonlara devamlılık ve gidilen kliniğin kurallarına uymak	Aynı	Aynı
Rotasyonlarda puantaj yapılmaktadır	Evet	Evet
Araştırma, bildiri ve poster çalışmaları Kongrelere katılım	Aynı	Aynı
Tezi dışında en az 1 araştırmaya katılım	Aynı	Aynı
Eğitim Süresi	3 yıl	6 yıl
Performans ücreti ve Ek Ödeme	Var	Yok
Mecburi Hizmet	Var	Yok
Yaş Ortalaması	20	47
Eğitim için Gönüllülük	Var	2020 yılına kadar zorunluluk
Eğiticilerin tutumu	Olumlu	Olumsuz?
Eğitim ASM	Yok?	Yok

AİLE HEKİMLİĞİ ASİSTANLARI BİLDİRİSİ

Aile Hekimliği asistanları TAHUD'un resmi web sitesinde yayınladıkları bildiri de; eğitim ve çalışma koşullarının her hastanede standardize olmadığını; mevcut akademisyen sayısı ile tam zamanlı AH'liği uzmanlık ğrencilerinin eğitimi için bile yeterli kadro bulunmadığını; Akademik kadroların arttırılıp gerekli alt yapı hazırlanmadan yeni yarı zamanlı asistanlık kadrolarının açılmasının mevcut uzmanlık eğitiminin kalitesini bozacağını; farklı mecburi hizmet uygulamasından rahatsız olduklarını mecburi hizmetten tekrar kendi memleketlerine atama istediklerinde tüm kadroların mevcut yarı zamanlı aile hekimliği uzmanları ve sözleşmeli aile hekimleri tarafından doldurulmuş olacağını belirtmişlerdir.¹⁴

Ayrıca, **“İçinde çalışmayı amaçladığımız birinci basamak sağlık camiası birbirine düşman edilmeye çalışılmaktadır ve bu ayrımışmayı krkleyenin de ne yazık ki ülke sağlığının emanet edildiği bakanlığın yanlış politikaları olduğunu”** söylemişlerdir.¹⁵

TAHUD NEDEN KAYGILANIYOR?

Türkiye Aile Hekimliği Uzmanlık Derneği SAHU eğitimleri ile ilgili kaygılarını dile getirmiştir.

Yasayla zorunlu hizmet yükümlülüğü kaldınılarak, büyük bir eşitsizliğe, haksızlığa ve adaletsizliğe yol açılacağı; Alternatif aile hekimliği uzmanlık eğitimi için Tıpta Uzmanlık Sınavı baraj puanının düşürülmesinin, uzmanlık eğitimi için ikinci bir yerleştirme usul getireceğini; Aile Hekimliği uzmanlık eğitiminin olmazsa olmaz parçası olan ve klinik ortamda eğitici ve uzmanlık öğrencisinin birlikte çalışması üzerinde kurgulanması gereken, 18 aylık saha eğitiminin bu asistanlar ile nasıl uygulanacağının belirsiz olduğunu; zorunlu rotasyonların yapılamaması ya da yapıldı gösterilmesi ihtimalinin endişe verici olduğunu; Tıpta Uzmanlık alanlarının geleceğini tehdit eden ve keyfi uygulamalara yol açabilecek, uzmanlık eğitiminin niteliğini düşürecek bu tür bir alternatif yolun, Aile

14 TAHUD web sitesi Aile Hekimliği Asistan Bildirisi

15 TAHUD web sitesi Aile Hekimliği Asistan Bildirisi

Hekimliği Akademisyenleri olarak kabul edilemez olduğunu deklare etmiştir.

Yine bu deklarasyonda: 52 Üniversite ve EAH Aile Hekimliği Anabilim Dalı Aile Hekimliği Akademisyenleri İmzasıyla **“Yarı zamanlı uzmanlık eğitimi için kadro talebinde bulunmayacağımızı, Tüm Sayın Meslektaşlarımızın, Sayın Yöneticilerimizin ve Sayın Halkımızın bilgilerine sunarız.”** Diyerek bu eğitime karşı olduklarını bildirmişlerdir.¹⁶

SAHU EĞİTİMLERİ KONUSUNDA AİLE HEKİMLERİNİN GÖRÜŞLERİ

Mevcut bulunan yaklaşık 21.000 sözleşmeli aile hekiminin SAHU eğitimleri konusunda farklı görüşleri bulunmaktadır. AH uzmanlarının Aile Hekimliği yerleştirmelerinde ön sıralara geçmesinin adil olmadığını, 6 yıllık eğitim sürecinin emekliliği gelmiş birçok hekim için çok uzun bir süre olduğunu ve bunun kabul edilemez bir uygulama olduğunu söylemektedirler.

Ayrıca, İl merkezlerine uzak olan ilçelerde çalışan Aile Hekimlerinin part- time eğitim şanslarının neredeyse yok olduğunu ve bazı illerde Eğitim Hastanelerinin bulunmaması nedeniyle SAHU eğitimlerinin yapılamamasının eşitlik ilkesine de aykırı olduğunu kaldı ki halihazırdaki akademik kadro ile SAHU eğitimlerinin 30 yılda bitirilemeyeceğini düşündüklerini belirtmektedirler.

Aile Hekimleri, SAHU eğitimlerine başlayan AH'lerinin ücretlerinin düşmesi ve Hastanedeki performans ücretlendirmesinden faydalanamıyor olmasının ciddi maddi külfet getirdiğini belirtmektedirler. Ayrıca, yeni mezun hekimlerle, yaş ortalaması 47 ve ortalama 20 yıllık iş tecrübesi olan hekimlerin aynı şartlarda değerlendiriliyor olması ve Akademisyenlerin AHU ve SAHU öğrencilerine farklı davranmalarının bir handikap olduğunu düşünmektedirler. Bizim, ülke koşullarına uygun kısa süreli 1 yılı aşmayacak ve mevcut çalışma düzenini bozmayacak

bir SAHU eğitim programına ihtiyacımız olduğunu, zaten bunun teorik kısmının Uzaktan eğitim Őeklinde (AHUZEM ile) yapıldığını dűŐunmektedirler.

SAHU EğİTİMLERİ İÇİN SONUÇ

Sözleşmeli Aile Hekimlerinin büyük bir çoğunluğu için SAHU eğitimlerinin kabul edilebilir tarafı yoktur. Başvuruların azlığından ve eğitimleri yarıda bırakanların sayısının çokluğu da bunun göstergesidir. 2020 yılında istenen sayıda Aile Hekimi uzmanına bu Şekilde ulaŐmanın mümkün olmadığı açıktır. Bazı mesleklerdeki lisans eğitimi ve TUK kararları ile verilen yan dal uzmanlıkları gibi uzmanlık düzenlemeleri mümkündür.

Ayrıca, 1994 yılında Ontario’da yapılan WHO-WONCA Joint Conference’da **“Her ülke kendi Őartlarına göre Aile Hekimliği uzmanlarını arttırmalıdır.”** kararı çıkmıştır. Aile Hekimliği eğitimi çerçevesinde Türkiye’nin de AB müfredatı ve kendi öznel koşulları çerçevesinde bir program yürütmesi daha doğru olacaktır.

5.3- GEÇİŞ DÖNEMİ EğİTİMLERİ

“Geçiş Dönemi” Tanımı;

Geçiş dönemi; Birinci basamakta halen çalışmakta olan pratisyen hekimlerde içinde olmak üzere; uzmanlaŐmanın en kısa sürede sağlanarak, birinci asamakta kalitenin artırılması ve farklı hekimlik uygulamalarının kaldırılmasını gerçekleŐtirmek üzere, bir bölümü geçici, bir dizi uygulamanın yapıldığı, süresi tanımlanmış dönemdir.¹⁷

GEÇİŞ DÖNEMİ EğİTİM SÜRECİNİN AMAÇLARI

Geçiş dönemi eğitim sürecinin amaçları açık - seçik belirlenmediyse eğitimin nasıl yapılması gerektiğine karar vermek çok zordur.

Eğitimin amaçlarını saptamak 5 nedenden dolayı önemlidir:

- 1- Öğrenci durumunda olanlar için,** eğitimden ne beklemesi gerektiğinin netleştirilmesi,
- 2- Eğitimciler için,** öğrenci durumunda olan kişilerin neler öğrenmesi gerektiğinin netleştirilmesi,
- 3-** Eğitim sürecinin amacının kesin çizgilerle belirlenmesi,
- 4-** Kesin amaçlar belirtilmeden bireyin neler öğrendiğinin değerlendirmesinin yapılamaması,
- 5-** Kesin belirlenmiş amaçlar, karşılaşılan gerçek durumların karşılaştırılabilmesini sağlar fakat eğitim yılı için amaçları belirlemek çok kolay değerildir. Öğrencinin ne şekilde davranması gerektiğini öğrenmiş olması amaçlanmaktadır.

UYUM EĞİTİMLERİ

Sağlıkta Dönüşüm Çerçevesinde 2005 yılında Düzce’de “**Pilot Uygulama**” olarak başlayarak 2010 yılında tüm Türkiye’ye yaygınlaştırılan Aile Hekimliği sürecinde tüm birinci basamakta çalışan AH’leri için iki aşamalı uyum Eğitimleri gerçekleştirilmiştir.

Birinci basamak uyum eğitimleri başlangıçta 10 gün süreli olarak verilirken daha sonra yedi güne indirilmiştir. Günümüzde yeni başlayanlar için bu sürenin üç güne kadar düştüğu görölmektedir. Sağlık Bakanlığı ve Yıldırım Beyazıt Üniversitesi işbirliği ile Aile Hekimliği Uzaktan Eğitimi (AHUZEM) çerçevesinde İkinci Aşama Uyum Eğitimleri gerçekleştirilmiştir.

AHUZEM NEDİR?

Birinci aşama eğitimleri Aile Hekimliği disiplini ile ilgili temel kavramları ve felsefesini içerirken, ikinci aşama eğitimleri aile hekimliği uygulamasına farklı alanlardan gelen hekimlerin benzer klinik bilgiye sahip olmalarını amaçlamaktadır. AHUZEM eğitimleri bahsi geçen ikinci aşama eğitimlerini ifade etmektedir.

Aralık 2012 yılında başlayan eğitimlere Halk Sağlığı Müdürlüğü, Toplum Sağlığı Merkezi ve Aile Sağlığı Merkezinde çalışan Aile Hekimliği 1. Uyum eğitimlerine katılmış pratisyen ve uzman hekimlerden oluşan 25 545 kişi kayıt yaptırmış bunlardan 16 286 sı eğitimlerini tamamlamıştır.¹⁸

AHUZEM eğitimlerinin dayanak aldığı mevzuat Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği aşağıdaki hükümleri içermektedir.

“Eğitim:

MADDE 21 – (1) Aile hekimlerine iki aşama halinde eğitim verilir ve bu eğitimlerin içeriği Kurum tarafından belirlenir. Birinci aşama eğitim programının süresi en çok on gündür. Üniversitelerde bir ay süre ile aile hekimliği stajı yapmış olarak mezun olan hekimler birinci aşama eğitimden muaf tutulur. İkinci aşama eğitimi ise uzaktan eğitim tarzında yapılacak şekilde planlanarak birinci aşama eğitiminin bitiminden sonra başlar ve süresi en az on iki aydır. Bu eğitimlerde Kurumun belirlediği kriterlere göre başarılı olmak esastır.

(2) Aile hekimliği uzmanlarının birinci ve ikinci aşama eğitimlere katılması zorunlu değildir. Sözleşme imzalamış aile hekimliği uzmanları, uzman tabip, tabip ve aile sağlığı elemanları; içeriği, süresi ve standartları Kurum tarafından belirlenen diğer hizmet içi eğitimlere alınabilirler.

Eğitimler imzalanan protokol kapsamında Yıldırım Beyazıt üniversitesiyle yürütülmektedir”

Katılımcıların bu eğitim kapsamında 12 Ay süreyle 15 modülde yer alan 168 dersin en az %80 ine devam etmeleri ve her modül içinde bulunan her bir ders için sonrasında uygulanan son testlerde en az %50 başarı sağlamaları zorunludur.¹⁹

18 Dr. Özlem Yiğitbaşıoğlu-THSK AH Eğitim ve Geliştirme Daire Bşk.- 16 Mayıs 2015 19.PHK sunumu

19 <https://www.sbn.gov.tr/icerik.aspx?id=39615>

GENEL PRATİSYENLİK ENSTİTÜSÜ GEÇİŞ DÖNEMİ EĞİTİM PROGRAMI ÖZELLİKLERİ

Genel Pratisyenlik Enstitüsü geçiş dönemi eğitimlerinin 4 ay temel modüller programı, 8 ay klinik modüller programı olmak üzere toplam bir yıl olmasını, 4-8 kişilik gruplar halinde etkileşimli (interaktif) yöntemler kullanılarak gönüllülük esasına göre düzenlenmesini önermektedir.

GPE, Sonuç ve Geleceğe İlişkin Değerlendirmesinde, Ülkemizde Genel Pratisyenlik Enstitüsü'nün kuruluşuyla ivme kazanan genel pratisyenlik eğitimi çalışmaları uluslararası programlara koşut biçimde gelişmektedir fakat uzun yıllardır pratisyen hekimlik yapan meslektaşlarımıza uygulanacak eğitimle, yeni mezun hekim eğitiminin süre ve kapsam yönünden oldukça değişik olması doğaldır demektedir.

BREZİLYADA GEÇİŞ DÖNEMİ EĞİTİMLERİ

Brezilyada 10 yıllık gönüllü hekimlere, kıdemli uyum programı adı altında 1 yıl süreyle, haftada 20 saat, yarı zamanlı eğitimlerle Aile Hekimliği geçiş dönemi eğitimleri verilerek birinci basamaktaki hekimler Aile Hekimi olmuşlardır.

PORTEKİZ GEÇİŞ DÖNEMİ EĞİTİMLERİ

Portekiz'de geçiş dönemi eğitimleri; Denetim altında 12 aylık bir klinik uygulama ile 120 saatlik bir hastane eğitimi ve iki yüz saat kadar da kurslar, seminerler ve danışmanlarla karşılıklı görüşmeler şeklinde olmuştur.

Portekiz'de, kişiler aynı zamanda normal faaliyetlerini yürütmeye devam etmişlerdir. Bir yandan Hekimliklerini yaparlarken bir yandan da kendilerinin denetiminden sorumlu olan GP (AH) ile birlikte bazı konuları, kursları yapmaktan sorumludurlar. (Dosya nasıl tutulur, sağlık ocağı yönetimi, pratiğin veya uygulamanın yönetimi, aile ile ilgili klinik sorunlar, karar verme mekanizması, koruyucu hekimlik uygulamaları ve özel bakım isteyen bazı gruplara verilecek sağlık hizmetleri gibi)

5.4- SÜREKLİ MESLEKİ GELİŞİM EĞİTİMİ

Hekimliğin olmazsa olmazlarından birisi de kongre ve kurs gibi sürekli mesleki eğitim ve sürekli mesleki gelişim gibi bilimsel etkinliklerdir. Bu etkinlikler için harcamalar kurum tarafından karşılanmalı ve çalışanlar ücretsiz izinli sayılmalıdır.²⁰

Her beş yılda bir tıpta bilgilerin büyük bir kısmının değiştiiğini varsayarak Sürekli tıp eğitiminin gerekliliği konusunda hiç kimsenin şüphesi olmadığını düşünöyoruz. Bu eğitimlerin belirli sayıda ve sertifikasyona tabi olması gerekmektedir.

Birinci basamakta, Akredite Sürekli bir mesleki yayının olmasının mesleki gelişime katkı sunacağı aşıkardır. Bu konuda TTB tarafından 1999 yılından beri çıkarılan, düzenli olarak yayınlanan ve akredite olan “**STED (Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi)**” isimli dergi iyi bir kaynak olarak görölmektedir.

5.5- BOARD SINAVLARI

Yeterlilik sınavları tüm tıp alanlarında tartışılmaktadır. Değişik Ülkelerde uygulamalar farklılıklar içermektedir. Ülkemizde gelişmiş ülkeler paralelinde gelişmeler göstermektedir.

SONUÇ

TTB Aile Hekimliği Kolu olarak;

1. Sağlık hizmetleri ile ilgili sıkıntılar olduğunu biliyoruz
2. Hem Sağlık Bakanlığının hem de bizim sorumluluklarımızın olduğunun farkındayız
3. Biz kendi alanımıza ilişkin çalışmalarımızı yapıyoruz
4. 10 yıldır iyi niyetle yapılan farklı önerileri izliyoruz
5. Dünyadaki uygulamaları ve gelişmeleri gözlüyor, inceliyor ve değerlendiriyoruz
6. Farklı nedenlerle ya da beklentilerle sağlık alanına müdahale edildiğini biliyoruz
7. Önerileri sağlık bilimi, toplum çoğunluğu, sağlık personeli ve yöneticiler yönünden değerlendiriyor; destekliyor ya da karşı çıkarak mücadele ediyoruz.
8. Birlikteliğin içtenlikle, beklentisiz ve sürekli olmasını istiyoruz.
9. Problemin hızlı ve sorunsuz şekilde çözümlenmesini arzu ediyoruz.
10. Çözümlerin planlanmasının ülke gerçekleri, hekim profili ve meslek örgütlerinin görüşleri doğrultusunda hazırlanması gerektiğini düşünüyoruz.

KAYNAKLAR:

1- SAĞLIKTA BİR “ALTERNATİF” TARTIŞMASI,

Ata SOYER, *Toplum ve Hekim Dergisi* Editörü, 5 Aralık 2010 Diyarbakır, DTK Sağlık Kurultayı’nda yapılan konuşma metni.

http://www.ttb.org.tr/th/62010/index_dosyalar/Page407.htm

2- Türkiye’de Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Birikimimiz:

2000-2004 Türkiye Fotoğrafı

Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Aralık 2007 Ata Soyer, Zeliha Öcek

<http://www.ttb.org.tr/kutuphane/birincibasamaksh.pdf>

3- Kentler, Sağlık ve Sağlık Hizmetleri,

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

http://www.ttb.org.tr/kutuphane/kentlerde_saglik_hizmetleri.pdf

4- KENTSEL BÖLGEDE SAĞLIK ÖRGÜTLENMESİ, ÇOK SEKTÖRLÜ YAKLAŞIM, AİLE HEKİMLİĞİ ÜLKEMİZ İÇİN UYGUN BİR MODEL MİDİR?

Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ekim 2007,

http://www.ttb.org.tr/kutuphane/kentlerde_saglik_hizmetleri2.pdf

5- Sunum: Sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde özel bir örnek olarak

“Küba’da Sağlık”, Prof. Dr. Kayıhan Pala, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı

6- TÜRKİYE SAĞLIK RAPORU 2014,

Baş Editörler, Prof. Dr. Melikşah Ertem, Prof. Dr. Gamze Çan, HASUDER, Aralık 2014

7- AİLE HEKİMLİĞİ BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK ORTAMINI NASIL DÖNÜŞTÜRDÜ?

Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ekim 2013 Editörler Zeliha Öcek, Meltem Çiçeklioğlu Yazarlar Meltem Çiçeklioğlu, Zeliha Öcek, Ummahan Yücel, Raziye Özdemir, Meral Türk, Şafak Taner

http://www.ttb.org.tr/kutuphane/aile_hekimligi.pdf

8- A snapshot of the organization and provision of primary care in Turkey

Dionne S Kringos1*, Wienke GW Boerma1, Ernst Spaan2 and Martina Pellny3,
Kringos et al. *BMC Health Services Research* 2011, 11:90

www.biomedcentral.com/1472-6963/11/90

9- The european primary care monitor: structure, process and outcome indicators

Dionne S Kringos1*, Wienke GW Boerma1, Yann Bourgueil2, Thomas Cartier2,
Toralf Hasvold3, Allen Hutchinson4, Margus Lember5, Marek Oleszczyk6, Danica
Rotar Paulic7, Igor Svab7, Paolo Tedeschi8, Andrew Wilson9, Adam Windak6, Toni
Dedeu10, Stefan Wilm11 Kringos et al. *BMC Family Practice* 2010, 11:81

<http://www.biomedcentral.com/1471-2296/11/81>

10- The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions

Dionne S Kringos1 *, Wienke GW Boerma 1, Allen Hutchinson 2, Jouke van der
Zee1,4, Peter P Groenewegen1,3 Kringos et al. *BMC Health Services Research*
2010, 10:65 <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/65>

11- Örgütlerdeki Değişimin Hizmet Yapısı Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi Sağlıkta Dönüşüm Programının Çanakkale Yerelindeki Etkileri, Yüksek Lisans Tezi,

Hülya GÖRGÜN, TEZ DANIŞMANI: Prof. Dr. Murat KASIMOĞLU,
Çanakkale 2009

12- TIPTA UZMANLIK EĞİTİMİ RAPORU

Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Mart 2015, Dr. İskender SAYEK Dr. A. Özdemir
AKTAN, Dr. Tunçalp DEMİR, Dr. Ali OZYURT,

<http://www.ttb.org.tr/kutuphane/tiptauzmanlikegitimi.pdf>

13- TÜRKİYE'DE SOSYALLEŞTİRMEİNİN 50 YILI

Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Birinci Baskı, Ekim 2012, Ankara

<http://www.ttb.org.tr/kutuphane/fsrpr2011.pdf>

14- Sürekli Tıp Eğitimi/Sürekli Mesleki Gelişim ULUSAL STANDARTLARI

Yayına hazırlayanlar Dr. İskender Sayek Dr. Hilal Batı Dr. Dilek Aslan Dr. Orhan
Odabaşı Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Birinci Baskı, Haziran 2012, Ankara

<http://www.ttb.org.tr/kutuphane/stesmg.pdf>

15- HEKİMLİK SORUNLARI 2012

Türk Tabipleri Birliği Yayınları

<http://www.ttb.org.tr/kutuphane/hekimsorunlari.pdf>

16- CRISIS OF CAPITALISM and HEALTH

XVI. Conference of International Association of Health Policy in Europe

September 29 -October 2, 2011

<http://www.ttb.org.tr/kutuphane/kapitalizm.pdf>

17- Sağlık Alanında “Hizmet Kaynaklı Zarar”: Hekimler Ne Diyor?

Yazarlar Murat Civaner Kızılcıca Yürür Kayıhan Pala Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Birinci Baskı, Haziran 2011, Ankara

<http://www.ttb.org.tr/kutuphane/hizmetzarar.pdf>

18- Dünya Tıp Eğitimi Federasyonu Tıp Eğitiminde Niteliğin Geliştirilmesi için Evrensel Standartlar Avrupa Spesifikasyonları

Yayına Hazırlayanlar Dr. İskender Sayek Dr. Melih Elçin Dr. Orhan Odabaşı Dr. Sevgi Turan DTEF Ofisi • Copenhagen Üniversitesi • Danimarka • 2007

<http://www.ttb.org.tr/kutuphane/standartlar.pdf>

19- TIPTA UZMANLIK EğİTİMİNDE PROGRAM GELİŞTİRME VE ÖLÇME-DEĞERLENDİRME ÇALIŞTAY KİTABI

Yayın Kurulu: Yıldırım Çete, Tolga Dağlı, M. Ali Gülpınar, Oya Gürbüz Sibel Kalaça, Ali Özyurt, Raşit Tükel, Berrak Yeğen Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Birinci Baskı: Ekim 2008, İstanbul

http://www.ttb.org.tr/kutuphane/UYEK_olcmedeg.pdf

20- HEKİMLERİN DEĞERLENDİRMESİ İLE PERFORMANSA DAYALI ÖDEME- Türk Tabipleri Birliği Etik Kurulu

Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Birinci Baskı, Haziran 2009, Ankara

<http://www.ttb.org.tr/kutuphane/performansadayaliyodeme.pdf>

