

# FÜSUN SAYEK TTB RAPORLARI / KİTAPLARI - 2011

Türkiye'de Sosyalleşirmenin 50 Yılı



FÜSUN SAYEK TTB RAPORLARI / KİTAPLARI - 2011  
**TÜRKİYE'DE SOSYALLEŞTİRMEİNİN 50 YILI**



## TÜRKİYE'DE SOSYALLEŞTİRMEİN 50 YILI

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

**ISBN 978-605-5867-65-2**



### **TÜRK TABİPLERİ BİRLİğİ MERKEZ KONSEYİ**

GMK Bulvarı Şehit Daniş Tunalgil Sok.  
No: 2 Kat:4, 06570 Maltepe / ANKARA  
Tel: (0 312) 231 31 79 • Faks: (0 312) 231 19 52-53  
e-posta: [ttb@ttb.org.tr](mailto:ttb@ttb.org.tr) • <http://www.ttb.org.tr>

# İÇİNDEKİLER

▪ SUNUŞ .....	5
<b>1. BÖLÜM: DÜNYA'YA, TÜRKİYE'YE VE SOSYALLEŞTİRMEYE GENEL BAKIŞ.....</b>	<b>7</b>
▪ YARIM ASIRLIK ALT-ÜST OLUŞ: NEOLİBERALİZM.....	9
▪ SOSYALLEŞTİRMENİN İDEOLOJİSİ.....	19
▪ DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ, ALMA-ATA, TEMEL SAĞLIK BAKIMI KAVRAMI VE SOSYALLEŞTİRME .....	29
▪ SOSYALLEŞTİRME SÜRECİNE KOŞUT DÜNYADA SAĞLIK SİSTEMLERİ: ÜLKE ÖRNEKLERİ .....	37
▪ DÜNYA BANKASI PROJELERİ / KREDİLERİ: EMPEYALİZMİN TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMİNİ ELE GEÇİRME PROJESİ .....	49
▪ SAĞLIK HİZMETLERİNİN SOSYALLEŞTİRİLMESİ HAKKINDAKİ KANUN VE BEŞ YILLIK KALKINMA PLANLARI.....	65
<b>2. BÖLÜM: SOSYALLEŞTİRME SÜRECİNDE YAŞANANLAR .....</b>	<b>77</b>
▪ SAĞLIK HİZMETLERİNİN SOSYALLEŞTİRİLMESİ VE MUŞ DENEYİ.....	79
▪ ETİMESGUT ÖRNEĞİ .....	83
▪ TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN SOSYALLEŞTİRİLMESİ UYGULAMALARINDAN ÖRNEKLER, İZLENİMLER .....	95
▪ SEKSEN SONRASI: “SOSYALLEŞTİRME”YE DARBE .....	105
▪ SEVK SİSTEMİ VE SOSYALLEŞTİRME .....	117
▪ SAĞLIK HİZMETLERİNİN SOSYALLEŞTİRİLMESİ, GENEL PRATİSYENLİK VE PRATİSYEN HEKİMLERİN MÜCADELESİ.....	127
▪ ÖZGÜN BİR ÇABA OLARAK TTB GENEL PRATİSYENLİK ENSTİTÜSÜ'NÜN SAĞLIK HİZMETLERİNİN SOSYALLEŞTİRİLMESİ İLE İLİŞKİSİ .....	137
▪ TÜRKİYE'DE AİLE HEKİMLİĞİ UZMANLIĞI SÜRECİ VE SOSYALLEŞTİRME.....	149
▪ SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM VE PRATİSYEN HEKİM İSTİHDAMI .....	157
▪ DÖNER SERMAYE, PERFORMANS .....	163
<b>3. BÖLÜM: AİLE HEKİMLİĞİ .....</b>	<b>177</b>
▪ TÜRKİYE'DE AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASI: 2005-2011 .....	179

<b>4. BÖLÜM: TTB NUSRET FİŞEK SAĞLIK OCAĞI ÖDÜLÜ ALAN DOKTORLARIN SOSYALLEŞTİRMEYE BAKIŞI .....</b>	<b>213</b>
▪ GÜNLÜĞÜMDEN .....	215
▪ NUSRET FİŞEK ÖDÜLÜ ALAN SAĞLIK OCAKLARI .....	217
▪ SAĞLIK OCAKLARI KAPANIRKEN .....	219
▪ BİR FİŞEĞİN İZİNİ SÜRMEK... ..	221
▪ MUĞLA-MİLAS ÇAMIÇI SAĞLIK OCAĞI .....	227
▪ SOSYALLEŞTİRME DEVAM EDİYOR (MU?) İSİMLER DEĞİŞTİ, YAPILACAK İŞ AYNI! .....	229
▪ ŞIRNAK BALVEREN SAĞLIK OCAĞI .....	235
▪ GELECEĞİ GEÇMİŞTE GÖREBİLMEK.....	239
▪ KAYNAŞLI MERKEZ SAĞLIK OCAĞI .....	241
▪ 2011'DEN BAKIŞLA EVRENSEKİZ SAĞLIK OCAĞI .....	243
▪ BALIKESİR MERKEZ 3 NO'LU SAĞLIK OCAĞI.....	249
▪ KAYIP ARANIYOR .....	255
<b>5. BÖLÜM: TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ SAĞLIK HİZMETLERİNDE PİYASALAŞTIRMA DEĞİL KAMUCU, EŞİTLİKÇİ SOSYALLEŞTİRME RAPORU .....</b>	<b>265</b>
▪ TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ SAĞLIK HİZMETLERİNDE PİYASALAŞTIRMA DEĞİL KAMUCU, EŞİTLİKÇİ SOSYALLEŞTİRME RAPORU.....	267

## SUNUŞ

Türk Tabipleri Birliği Başkanlarından Füsun SAYEK'i aramızdan ayrılışının her yıldönümünde (16 Ekim) bir "üretimle" anıyor ve "Füsun SAYEK TTB Raporları/Kitapları" adı altında kalıcılaştırıyoruz.

2011 gündemi olarak "Sosyalleştirme"yi belirledik.

Sosyalleştirme üzerine kuşkusuz çok şey yazıldı, söylendi ve önümüzdeki yıllar boyunca da gündem olarak ele alınacak. 2011'in teması olarak belirlerken temel gerekçemiz uygulanan sağlık politikasının bir sonucu olarak sosyalleştirmenin ve onun temel birimi olan sağlık ocaklarının 2010 Aralık sonu itibarıyla ortadan kaldırılmış olmasıdır.

Sosyalleştirme süreci 1961 Ocak-2010 Aralık arasında uzanan (öncesi ve sonrasını göz ardı edersek) elli yıllık bir serüvene sahip. Elli yıl birçok kişinin iddiası, emeği, duyguları, hayal kırıklıkları ve sevinçlerini içerdiği kadar birçoklarının da karşı duşu ve engellemesi ile yaşandı.

2011 Füsun SAYEK Raporu kurgulanırken sosyalleştirmenin kabaca 4 bölümde toplanacak yazılarla değerlendirilmesi düşünöldü. İlk bölüm dönemin dünyasından Türkiye'ye, dönemin sağlık anlayışına, etkileyen/belirleyen kurum kuruluşların müdahalelerine ve kuşkusuz sosyalleştirme uygulamasına ilişkin yazılara ayrıldı.

İkinci bölüm sosyalleştirme sürecinin ana unsurlarından pratisyen hekimler ile sistemin sevk, toplum katılımı gibi özellikleri ile sistemi çökertmede "katkı sunan" uygulamaları irdeleyen bir çerçeve olarak tanımlandı.

Üçüncü bölüm "yerine" getirilen aile hekimliği uygulaması oldu.

Dördüncü ve son bölüm ise TTB Nusret FİŞEK Sağlık Ocağı Ödölü alan meslektaşlarımızdan (ve ekiplerinden) istenecek yazılarla tamamlanacaktı. Çünkü bu ödölü alanlar her türlü olumsuz koşul ve engellemelere rağmen sosyalleştirmenin temel ruhuna ve ilkelerine uygun bir hizmet sunmak için çaba içerisinde olmuş ve sahiplenildiği takdirde ne kadar iyi bir model olabileceğini göstermişlerdir.

Samimiyetle söylemek gerekirse mutlaka olmasını istediğimiz yazıların bir bölümü -yeterli bir süremiz olmasına rağmen- şu ya da bu gerekçeyle yazılamadı, elinizdeki kitapta yok; eksiklik bu sorumluluğu alan bize ait. Ayrıca tahmin edilebileceği gibi yazıların bir kısmı içeriğinde -ister istemez- aynı konulara değinmekte. Bu değinilen başlıkların önemini ve dolayısıyla vurgusunu arttırdığı için değıştirilmedi.

Bu kitap en baştan birbirini tamamlayan yazılar olarak düşünölmedi. Süreçle ilişkisi olan yazarların bakışlarını yansıttıkları ve hepsi bir arada sosyalleştirmeyi tanımlayan bir bütün olarak değerlendirildi. Akademik titizlikte bir yayın kaygısı yerine "bitirilişi" takiben (inadına!) okunur bir kaynak hedeflendi.

Yazarların hemen tamamı sosyalleştirme sürecinin aktif bir öznesi olmuş, şu ya da bu ölçüde ve düzeyde emekçiliğini yapmış, gönöl vermiş ve taraf olanlardan oluşmuştur. Kanımızca bu kitabın kıymetini arttırmaktadır.

Elbette konu seçilirken Füsun SAYEK'le ilgisi de düşünöldü. Füsun SAYEK babası Dr. Ali TEKEŞİN'le ilgili anılarını paylaşırken sosyalleştirmedeki ona da yansıyan heyecanı, etkisini aktarırdı. Ayrıca bir Hacettepe'li ve Nusret Hoca talebesi olarak aldıklarını, hekimlik yaşamındaki etkilerini bahsederdi. TTB yılları ise bu değerlerin savunusunun mücadelesiydi.

Yayına hazırlayanlar olarak gerek yazı gönderenlere gerekse işin en zahmetli denebilecek yazıların takibinde yer alan Hülya Yüksel'e ve İkbal Solmaz'a, basıma hazırlayan Sinan Solmaz'a teşekkür ediyoruz.

**2011**

***Figen ŞAHPAZ - Eriş BİLALOĞLU***

## 1. BÖLÜM:

---

# DÜNYA'YA, TÜRKİYE'YE VE SOSYALLEŞTİRMEYE GENEL BAKIŞ





## YARIM ASIRLIK ALT-ÜST OLUŞ: NEOLİBERALİZM

**Prof. Dr. İzzettin ÖNDER**

*İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi Maliye Bölümü*

İkinci Paylaşım Savaşı sonrasında 1970'lerin ortalarına dek geçen yarım asra yakın sürede kapitalist dünyada hem politik hem de teknik alanlarda çok önemli değişiklikler meydana geldi. Bir insan ömrü için dahi kısa olan bir süre içinde sosyal demokrasi politikaları zirveye ulaştı, emekçiler ve geniş halk kesimleri bazı haklara kavuştu, böylece kapitalizmin parlak devri olarak anılan bir parıltı yaşandı. Aynı dönemde teknolojiye inanılmaz boyutta, bir insanın algılamasına sığamayacak kadar geniş alanda çok hızlı teknolojik değişim yaşandı. Tüm bu gelişmeler yaşanırken, nasıl oldu da, nedeni ve nasıl başladığı fazlaca anlaşılmasın tüm bu güzellikler neredeyse buharlaştı. Yaşanan parlak dönemin kapitalizmin geri dönüşüme tarihsel başarısı olarak görüldüğü anda, bu başarıyı pekiştiren tarihsel bir olgu yaşandı: Berlin Duvarı çöktü. Sistemler arasında bir asra yakın süre devam eden rekabetten, hatta rekabetten de öte boğazkesen mücadeleden kapitalist sistem galip çıktı. Bu galibiyetin “tarihin sonu” tezlerine mehzaz hazırladığı ve artık sistemin tüm doğallığı ile oturmuş olduğunun düşünüldüğü anda, hatta bu oturmuşluğa dayanılarak artık devletin ekonomiden elini çekmesi gerektiği dayatmaları yapılırken, bu kez de derin bir kriz sarsıntısı tüm gelişmiş ekonomileri sardı. Krizin çaresizliğe attığı akademik dünyanın ünlü çevreleri piyasa hâkimiyeti ya da bütçe disiplini gibi amentülerini unutup, neredeyse tüm direksiyon hâkimiyetini devlete teslim etmede bir beis görmediler. Tartışmalarımızı nedensellik bağlamında tüm bu olayların nasıl bir sebep-sonuç ilişkisi içinde birbirine geçtiği ve birbirini tetiklediği etrafında dokuyarak, bugüne nasıl geldiğimizi ortaya koymaya çalışacağız. Acaba, yürüyüş esnasında bugün geldiğimiz nokta giderilebilecek bir yol kazası mı, yoksa acaba, bugün geldiğimiz nokta olması gereken doğal yürüyüşün olağan sonucu da, arada yaşanan bir yol kazası mı idi!

\* \* \*

Çok kısa bir tarihsel dönem içinde kalın fırça darbeleri ile verilmiş olan çarpıcı gelişme ve değişimlerin irdelenmesi, tarihsel rastlantılar kadar, hatta ondan da öte, kapitalizm adı verdiğimiz sistemin tarihsel yürüyüşünün sınıflar arası çatışmalardan çok sermaye sınıfının iç çatışması ve emekçilere karşı yürüttüğü başatlık mücadelesini ortaya koyar. Bu itibarla, analizin neticesini baştan söylemek gerekirse, yol kazası olarak nitelenen dönemin bugün içinden geçtiğimiz kriz ve sosyal çöküş olmayıp, kısa bir yaşam süresi olan sosyal demokrasi dönemidir. Yanlış bilinçle demokratikleşme mücadelemizi şekillendirmediğimiz sürece, bir kez daha aldandarak kapitalizmin manevralarına kapılmamız önlenemez. Bu nedenle, reel yaşamda sosyal demokrasiden krize, teorik yansımalarda ise Keynes'den Hayek'e savrulan son yarım asırlık dönemin analizi sistem mantığını netleştirmemize ve gelecek dönemlere yönelik toplumsal tartışmalarımıza çok güçlü ışık tutacak niteliktedir.

Sosyal sistemler tarihi maddi koşullar içinde şekillenir ve evrilirken, her istenen şekle sokulamaz. Her dönem bir önceki dönemden birikim aldığı gibi, kendi oluşturduğu koşulların içinden geçerken devamlı dönüşüme uğrar. Sosyal sistemler bu

devinim ve dönüşüm manevralarında, canlı varlıklara analogik olarak, yaşamını sürdürmek için tüm enerjisini kullanır, hatta gerekli tüm fedakârlıkları da yaparken, geliştirdiği önlem ve/veya politikalarla algılamamızı körelterek toplumsal yanlış bilinçlenme ve yorumlamalardan yararlanıp yoluna devam eder. Sistem bir bütünsel organizmadır; tüm elemanlarını içine alır ve dönüştürür, tüm yabancı unsurları dışlar ve onlarla mücadele eder. Şu hale göre, sistemi tanıyabilmek için onu tarihsel koşulları ile birlikte ele almak gerekmektedir.

Objektifimizin altındaki elli yıllık süreyi İkinci Paylaşım Savaşı sonrasında başlatmak yazının çerçevesine uygun olduğu gibi, sistemi algılamamızı sağlayacak girift olayların yoğunlaştığı dönem olması itibariyle de fevkalade açıklayıcıdır. Geçmişte de krizler yaşanmış, birçok badirelerden geçilmiş olmasına rağmen, son elli yılda yaşananlar sistemin resmini çok daha net verme özelliği taşımaktadır. Son elli yıllık süre içinde, ilk aşamada Keynes Marx'a galip gelmiş gibi bir görüntü sergilerken, dönemin ikinci yarısında sahneye Hayek çıkararak Keynes'i geri plana itti. Sanki her şey yolunda imiş gibi Hayek'le yola devam edilirken, dönemin sonuna doğru bu kez müthiş kriz yine Keynes'i sahneye davet etti. Hatta bir ara Marx da konuşulur, tartışılır oldu. Sistemler tarihsel materyalizme paralel yol alırken, teoriler de, sistemleri kavramsallaştırarak, karşılaşılan sorunlara çare üretme çabası içinde aynı paralelde yol alır.

\* \* \*

Kapitalist sistemde üretim alt-yapısı devamlı kriz üretir. Diğer bir deyişle kapitalist sistem kriz içinde yürür. Bunun nedeni sisteme hâkim olan sermaye dokusunun birikim amacı ile devamlı büyüme hareketi içinde devinirken bazı dönemlerde engelle karşılaşıyor olmasıdır. Birikim tutkusu ile devinen sermaye devamlı üretim yaparken, damarlarının beslenebilmesi ve yaşamını sürdürebilmesi için devamlı büyüyen piyasalara ihtiyaç duyar. Piyasa ihtiyacının karşılanmadığı durumda sistem krize sürüklenerek, bu kez de diğer seçenek olan üretim fazlasını piyasadan silmeye çalışır. Ekonomilerde dengenin temel koşulu olan arzın talebe eşit olmasıdır. Kapitalizmin devamlı genişleme doğrultusundaki işleyiş dinamiği devamlı genişleyen piyasa ihtiyacı içinde olduğundan sürekli örtülü kriz yaşanır. Ancak örtülü kronik kriz olgusu toplum tarafından algılanmaz, çünkü sistem çeşitli kriz öteleme politikalarını devreye sokarak yaşam süresini uzatır.

Sürekli kronik kriz sürecinin akut hale dönüşmesini önleyerek toplumlara sistemin çalıştığı görüntüsü veren politikaların en masumu reklâmlardır. Reklâmların ve moda kültürünün yaygınlaştırılmasında bütün amaç toplumun tüketim kalıplarının değiştirilerek piyasanın, dolayısıyla sermayenin önünün açılmasını sağlamaktır. Kapitalizmin bu masum piyasa genişletme aracını fazla suçlamadan, hızla İkinci Paylaşım Savaşı sonrası döneme gelirsek, burada yaklaşık ikiyüz yıllık deneyime sahip olan kapitalizmin önüne farklı yönde etki yapan iki durumun çıktığını görürüz. Bunlardan birincisini, Sovyetler'in yanında bir de Kızıl Çin'in dünya sahnesine çıkması ve kapitalizmi şiddetle sarsması oluşturur. O kadar ki, Samir Amin'in ifadesiyle, o dönemlerde kapitalistlerin tepesinde korku saçarcasına Marx hayali dolaylıydı. Daha Savaş bitmeden, savaşın en ateşli aşamasında Amerika Birleşik Devletleri'nde dönemin Başkanı ve iş dünyasının ileri gelenlerinin de katıldığı **Dış İlişkiler Komisyonu** adı ile bir komisyon kuruluyor ve burada kapitalizmin yaygınlaştırılarak, komünistlerle amansız mücadelenin bütün hızı ile sürdürülmesi gerektiği kararı alınıyor. Komisyonun hedefi "*Amerikan finans ve sanayi sermayesinin ihtiyacı olan materyalleri mümkün olan en az stres ve zahmetle elde edebilmek için gerekli ekonomik ve askeri hâkimiyetin tüm dünyada kurulması*" şeklinde

belirlenmiştir. (Gaye Yılmaz, Kapitalizmin Kaleleri, TTB, Ankara, 2000, s. 5) Komisyon kararları çerçevesinde komünistlerle mücadele ekonomik ve sosyal alanda olmak üzere iki kanaldan yürütülecekti.

Kapitalist dünyanın komünizmle ekonomik alanda mücadelesinde çok önemli avantajı İkinci Paylaşım Savaşı sonrası harap olmuş kapitalist blok ekonomilerinin ayağa kaldırılması faaliyetlerinin sağladığı olağanüstü ekonomik ivme olmuştur. Bunun yanında, Batı ekonomilerinin aksamadan hızlı büyümelerinin sürdürülmesindeki ikinci önemli etken de savaş esnasında geliştirilen icatlara dayalı ürünlerin geliştirilerek üretim alanına sokulmasıdır. Zamana yayılı olarak sağlık, iletişim ve sair alanlarda geliştirilen yoğun teknolojik atılımlar ekonomilerin sürdürülebilir büyüme yaşamalarında çok önemli rol oynamıştır. Schumpeter'in "yaratıcı yıkıcılık" olarak nitelediği yeni teknolojilerin piyasaları devamlı genişleterek canlı tutma dinamiği, kapitalizmin komünizme karşı giriştiği amansız mücadelede sisteme derin soluk verdiği gibi, komünizm karşısında girilen sosyo-ekonomik mücadelede de önemli olanak sağladı. Kapitalist dünya piyasaları genişletmek amacıyla çevre ekonomileri de sisteme dâhil etmeyi ihmal etmedi. Şöyle ki, Türkiye'nin henüz Osmanlı borçları dahi bitmemişken, 1950 yılında dış ticareti serbestleştirerek ancak sekiz yıl dayanabildiği politikalara sürüklenmesinin de, savaş sonrası yenileme hamlesindeki batı sanayisine piyasa oluşturma işlevine soyundurulmasından öte bir anlamı yoktur. 1948 yılında Marshall Planı çerçevesinde yardım almış olan Türkiye 1950 politikalarına ancak sekiz yıl dayanabilmiş ve 1958 yılında "moratoryum" ilan etmiştir. Gerek ABD'nin yardım ve desteği ile gerek savaş döneminde geliştirilmiş olan teknolojilerin üretime sokulmasıyla Batı ekonomilerinin önemli birikim sağlaması, komünistlerle sosyo-ekonomik alandaki mücadelesinde elini kolaylaştırmıştır. Kapitalistlerin komünist blokla sosyo-ekonomik alandaki mücadelesinde, 1929 Krizi sonrasında Keynes'in yayınlamış olduğu ünlü eseri önemli bir teorik alt-yapı oluşturdu. Savaş sonrası dönemde, komünistlerin yayılmasını önlemek amacıyla, tarihsel kökenleri geçmişe, hatta kısmen komünist felsefeye dayanan sosyal demokrasi politikalarının batı dünyasında yaşama geçirilmesinin tam zamanı idi. Zira yoğun işçilikle gerçekleştirilen üretim sürecinde tam istihdam yaşandığından işçiler vazgeçilemez unsurlardır ve aynı nedenden dolayı da çok güçlüdürler. Komünizmle mücadelede işçileri sisteme eklemleyebilmek için bazı fedakârlıklar da kaçınılmaz olmuştur. Kaldı ki, işçilerin mücadeleleri ile geliştirilen sosyal demokrat politikalar sonucunda toplumda gelir dağılımı düzeldi, hem emekçilerin bilinçleri bulandırılmış, hem de ulusal sınırlar içinde piyasalar genişletilerek sermayenin önü açılmış olacaktı. Kısacası, sosyal demokrat politikalar sadece emekçileri mutlu etmiyordu. Emekçilerin sadece gelirlerinin yükselmesi nedeniyle yaşadığı bir mutluluk karşısında sermaye sahipleri hem emekçilerin kalbini ve kafasını çeldiği, hem de emekçilerin cebine koyduğu parayı ürün satışı esnasında geri alacak olmasından dolayı iki kez mutluluk hissine kapılıyordu. Emekçileri sermaye mülkiyetine sokmadan sadece cebine para koymanın sistem üzerindeki hâkimiyet açısından sermaye açısından hiçbir riski olmadığı gibi, piyasaları genişletme etkisi ile önemli bir yararı da vardı. Ne acıdır ki, sermaye dışı kesimler sermayenin bu ekonomik ve politik manevrasının, komünizme karşı savunma, emekçilerin bilincini köreltme ve piyasaların genişletilmesi ile sermayenin kronik krizini erteleme manevrası olduğunu algılayamadı. Oysa sosyal demokrat politikalarla sermaye, emekçileri üretim araçları mülkiyetinden uzak tutup, sadece sosyal demokrasi alanına hapsederek, talep edilen hakların sağlanması erkini de parlamenter demokrasi aldatmacası ile bizzat sermayenin ajanı olan siyasete emanet etmiş oluyordu.

Kapitalist sistemlerde devletin ve siyasetin temelleri açısından parlamenter demokrasi, geçmişte de günümüzde de sermayenin önünde ve kalkını rolündedir. Devletin sermaye karşısındaki zafiyeti, kapitalist devletlerin mülksüzleşerek, ekonomide yaratılan katma değerden alabildiği paya göre topluma hizmet götürülen ve hizmet derecesine göre oy tabanı sağlayan siyasal örgüt olmasından kaynaklanmaktadır. Manevra alanını özel kesimde yaratılan katma değere bağlayan siyasal erk, katma değer üretiminde başat unsur olan sermaye yapısına bağımlı olmaya mecburdur. Böyle bir sistemde devletin piyasa işlevi görmesi ya da piyasanın işleyişine müdahalesi, istisnâ dönemler dışında, sermaye tarafından makbul görülmez, hatta buna izin verilmez. Aynı mantıkla böyle bir sistemde, en saf halinde, “*insan hakkı*” olgusu ve kavramı da yoktur. Kulaklara hoş gelircesine dillendirilen, eğitim ya da sağlığın insan hakkı olduğu, bu nedenle topluma bedava sunulması gerektiği anlayışı ve ifadesi kapitalizme uygun ve özgü bir ifade değildir. Çünkü eğitim ve sağlık ya da benzeri tip bir başka hizmeti devlet topluma sunarken kaynak kullanır ve bu kaynakların bir şeklide temin edilmesi gerekir. Söz konusu kaynakların devlet tarafından kullanılabilmesi, ancak birilerinin kendi kullanımından vazgeçerek, bir miktar kaynağı devlete vermesi ile olanaklıdır. Daha net bir ifade ile söylemek gerekirse, bir vatandaşın bedava sağlık ya da eğitim veya benzer başka bir hizmeti kamu kesiminden sağlayabilmesi, birilerinin bu hizmet için yapılacak harcamaya katlanmaya razı olmasına bağlıdır. İnsan hakkı kavramı ne kadar insancıl, ne kadar etiksel, hatta ne kadar vazgeçilemez olsa da, kamu kesiminde bir hizmetin bedava sunulabilmesi için öncelikle devletin para bulması, ikinci aşamada da parayı verenlerin verdikleri parayı devletin bu tür harcamalara tahsis etmesine razı olması gerekmektedir. Sermaye çevrelerinin devletin küçültülmesi ve hizmet alanını asıl devlet hizmeti niteliğindeki kamu malları ile sınırlandırmasının altında yatan felsefe de işte bu bireyci piyasa mantığıdır.

Sosyal demokrasinin uygulandığı dönemlerde varsılların bu yöndeki rızaları, yukarıda kısaca anlattığım gibi, kısmen korku, fakat özellikle de bizzat kendi yararlarına yönelik idi. Eğitim hizmeti, ulus devlet içinde vatandaş yaratmanın yanında, üretimde sermaye ile birleşirken sermayenin verimliliğini yükselten faktör üretme hizmetidir. Başka bir deyişle, eğitim hizmeti biyolojik varlığı niteliksel beşeri sermayeye dönüştürme hizmetidir. Emekçi kalifiye eleman olarak ne kadar yüksek ücret alırsa alsın, kapitalist piyasalarda aldığı ücret yarattığının karşılığı olmayıp, faktör piyasasında bulabildiği değişim değeridir. Emeğin aldığı ücret sermayeye yaptığı katkı ile doğru orantılı olduğu için, yüksek ücret, hak edişi değil, sermayeye yapılan katkıyı, başka bir ifade ile sömürüyü simgeler. Devletin eğitim hizmetini ve mezun sayısını yükseltmesi, yatırımların aynı hızda artmadığı koşulda, emeğin değişim değerini düşürerek, üzerindeki sömürü oranını yükseltir. Görülüyor ki, eğitim hizmeti ile örneklediğim sosyal demokrat politikalar, aldanişlarımızın aksine, kazanılmış haklar değil, zaman koşuluna uygun olarak, bizzat sermayenin avantajına yönelik, sipariş uygulamalarıdır. Aynı mantık sağlık için de geçerlidir. Emek açısından bakacak olursak, özellikle geçmişte tam istihdamın geçerli olduğu dönemlerde sağlık hizmetlerinin sosyalizasyonunu emeğin idame maliyetinin sosyalize edilerek topluma yaygınlaştırılması olarak görmek yanlış olmaz.

Gerçek yaşamda politikaların böylesi katı ve köşeli olarak uygulanmadığı açıktır. Ancak, bu konuda da tedbirli olmak gerekir. Zira siyasal yapılanma olarak devlet örgütünün kapitalist sistemdeki amacı her ne kadar sermayenin birikim kanallarını kolaylaştırmak ve genişletmek ise de, ikinci görevi de, sistemin ayakta tutulabilmesi için bazı olumsuzluklara da gerçek anlamda çare değil ama merhem olmaktır. Örneğin, günümüzde çok yaygın yoksulluk tartışmaları yapılmaktadır. Fakat bu

tartışmaların hiçbirinde yoksulluğun ortadan kaldırılması gündeme gelmemekte, sadece yoksulluğun sürdürülebilir kılınma çareleri irdelenmektedir. Bu yürüyüş kapitalist dokularda devletlerin işlevini açıkça ortaya koyduğu gibi, akademik dokunun da ne denli üst-yapı olarak tetiklendiğini göstermektedir. Bu koşullar altında, tabii ki eğitimin ve sağlığın insan hakkı olduğu gerekçesi ile bedelsiz sunulması savunusu yapılmalıdır, ancak tarihsel maddi koşullara bağlı olarak belirli dönemlerde bazı hakların kazanıldığı zehabına kapılmadan ve bu savunu ile yetinilmeyip, asıl hedefin, gerçek anlamda insan hakkına saygılı ve sömürüye dayanmayan ekonomik sistem talebi olmalıdır. Aksi halde, dönemsel maddi koşullara bağlı olarak elde edilen fakat kapitalizmin öz dokusuna aykırı bazı hakların, uygun koşullarda buharlaşması mukadderdir. Kapitalist sistemde tüm zamanlarda güç, maalesef sermayededir, ancak bazı dönemlerde maddi koşullar görece emek yanında gelişebilir.

\* \* \*

Komünizm tehlikesini atlatan kapitalizm için, öz dokusuna aykırı toplumsal sosyal politikalarda ısrar etmenin politik bir gerekçesi kalmamıştı. Üstelik de Berlin Duvarının yıkılışı kapitalizm açısından çok şanslı bir döneme denk geldi. İkinci Paylaşım Savaşı ertesinde yenileme ve teknolojik atılımlarla devamlı yükselişte olan pembe dönem 1970'lerin ortalarında solmaya başlıyordu. 1970'lerin ortalarından itibaren ileri Batı ekonomilerinde kar oranları düşmeye ve sistem sıkışmaya başladı. 1974 ve 76 petrol şokları da kapitalist dünyada önemli alt-üst oluş dalgası oluşturdu ve toplumsal sosyal politikaların gözden geçirilerek saf kapitalizmin bireyselci ve piyasacı ruhunu yansıtan politikalara geçilme zamanının geldiği anlaşıldı. Toplumsal sosyal politikalarından bireyselci piyasa yaklaşımlarına geçiş ani olmadığı gibi, sancısız da olamazdı. Ne var ki, komünist dünyanın çöküşte olmasının kapitalistlere sağladığı olağanüstü avantajdan da öte, sermayenin organik bileşimindeki değişim emek gücünü de zayıflatmış ve örgütsüzleştirmeye mahkûm etmişti. Artık ortada ne komünist korkusu ne de emekçilerin mücadele gücü vardı. Artık dönem gerileyen kâr oranlarını telafi etme yollarını arama dönemi idi. Ne var ki, üretimde emek/sermaye oranı emek aleyhine küçülmüş olduğundan, geçmişin tam istihdam koşulu yerini işsizlik ve örgütsüzlüğe bırakıyordu. Bu durum sosyal devlet taleplerinde emekçilerin gücünü zayıflatıyordu, ama aynı durum sermayenin emek üzerindeki sömürü havzalarını da daraltıyordu.

Bazı açılardan ferahlama yaşayan sermaye, emek/sermaye oranının gerilemesi neticesinde düşen kar oranlarına çare yolları olarak bir yandan maliyetleri kırmak, diğer yandan da satış gelirlerini arttırmanın yollarını aramaya koyuldu. Gerileyen kâr oranlarını telafi etmenin yollarını arayan sermaye saldırırcasına piyasaları genişletme sevdasına kapıldı. Böylece, yeni üretim alanları açmak, kamusal yükleri hafifletmek yanında, faktör ve ürün piyasalarını genişletmek Batı sermayesinin hedef politikasını oluşturdu. Saldırı politikalarının arka yapılarına baktığımızda; ekonomik faaliyet ve üretim alanlarının genişletilmesi bağlamında, kamu iktisadî teşebbüslerinin özelleştirilmesi, devletin hizmet sunumu yaparken üretimi özel sektöre ihale etmesi ve özel kesimden hizmet satın alması dayatmaları gündeme gelmeye başladı. Özelleştirme uygulamalarında Türkiye'de gördüğümüz üzere bazı çevreler tepki geliştirdi, hatta Danıştay'da davalar açıldığı gibi, bazı özelleştirmelerin dönemin Anayasa hükümlerine aykırılığı nedeniyle Anayasa Mahkemesi'ne de gidildi. Ne acıdır ki, Anayasa'daki "kamu yararı" hükmü iptal edildiği gibi, "kamulaştırma" maddesi de zaman içinde değiştirilerek, davacıların da Danıştay'ın da eli kolu bağlandı. Bu üzücü gelişmede sistem açısından bir yanlışlık bulunmamaktadır; zira hukuk sistemi de hukuk kurumları da ekonomik alt-yapının üst yansımala-

rıdır. Bu nedenle, “evrensel hukuk” olarak ifade edilen soyut bir kural yoktur. Daha da ileri giderek diyebilirim ki, bir ülkenin iç hukuk müesseseleri de uluslararası güçlü ekonomik alt-yapının çıkarsal yansımasıdır.

Tüm bu gelişmelerle, merkez kapitalist ekonomiler dışındaki çevre konumlu ekonomilerde de tedrici düzenlemeler gerçekleştiriliyor ve merkez sermayenin girişine hazır hale getiriliyordu. Diğer bir deyişle, küreselleşme harekâtı başlatılıyordu. Gelişmiş ekonomilerde konuşlanmış merkez sermayenin hareket alanını tektipleştirme girişimlerinin fazla tepki almadan gerçekleştirilebilmesi için uygun ve ikna edici bir söylem ve içerik oluşturulması gerekiyordu. Bu gereksinim Vaşington Uzlaşması (Washington Consensus) kavramı ile sağlandı. Vaşington Uzlaşması'nın bireyselci piyasa uygulaması, bir tür uyulması gereken “uzlaşma” gibi tüm ekonomilere yaygınlaştırıldı. Vaşington Uzlaşması'nı da bir teorik kalıba oturtmak gerektiğinden, bu amaca yönelik olarak bir dizi gerçeğe fazla uymayan varsayımlar üzerine oturtulmuş “arz-yanlı iktisat” geliştirildi ve yaygınlaştırıldı.

Arz-yanlı iktisat politikasıyla serbest ekonomik ilişkilerin ve uluslararası ticaretin tüm ülkelere refah sağlayacağı görüşü savunularak, tüm ekonomilerin dış ticarete ve serbest piyasa koşullarına açık hale getirilmeleri gerektiği tezi ileri sürüldü. Bu görüşün ana hatları ise, 1989 yılında John Williamson tarafından esaslarının saptanmış olduğu Vaşington Uzlaşması ile şöyle belirlendi: (The Free Encyclopedia)

- Her ülkede kamu kesiminin boyutları küçültülecek ve özel kesim üzerindeki vergi yükü hafifletilecektir;
- Ticaret serbestleştirilecek, özel firmaların bulunduğu veya girebileceği alanlardan kamu kesimi çekilecektir ve devlet piyasa işleyişine müdahale etmeyecektir;
- Kamu iktisadî teşebbüsleri özelleştirilecektir;
- Deregülasyon kuralı uygulanacak, bu bağlamda emek piyasalarında eski uygulamalar terk edilecek ve endüstri ilişkileri alanında yeni üretim koşullarına uygun yeni kuralların (emek istihdamının kuralsızlaştırılması) uygulamaya koyulması yanında, işçi sendikalarının gücü zayıflatılacaktır;
- Dışarıdan gelecek rekabete karşı hiçbir koruma önlemi alınmayacaktır;
- Malî politikalar gözden geçirilecek ve kamu harcamalarında israftan kaçınılarak, harcamalar eğitim ve alt-yapı gibi ekonomiyi güçlendirici alanlara yönlendirilecektir;
- Faiz haddi reel düzeyde tutulacaktır;
- Rekabetçi döviz kuru oluşturulup, korunacaktır;
- Özel mülkiyetin korunmasına özen gösterilecektir.

Vaşington Uzlaşması gölgesinde sermayenin küreselleşmesi kronik krizin perde-lenmesinde çelişkili bir son aşama olarak görülmelidir. Sermayenin gerileyen kar oranlarını telafi etme amacıyla yeryüzüne yayılmasında yeni ekonomik faaliyet alanı oluşturulması kadar, maliyetlerin baskılanabilmesi için üretim faktörü arzının, satış hâsılatının yükseltilebilmesi için de ürün taleplerinin artırılması da hedeflenmiştir. Söz konusu politikalardan en yüksek verimin alınması, faktör piyasasında tek alıcı (monopson), ürün piyasasında ise tek satıcı (monopol) olma koşuluna bağlıdır. Ancak, uluslararası piyasalar tüm sermayeye açık olduğundan, ürün ve faktör piyasalarında hedeflenen netice alınıyor iken, bu kez de aynı amaçla küre-

selleşen sermaye unsurları arasında baş gösteren şiddetli rekabet ürün ve faktör piyasalarındaki görece avantajları eritmeye başladı. Bunun anlamı şu ki, kronik krize ekstansif sömürü ile kısmî çözüm yoluna girildiğinin sanıldığı anda, bu kez de sermaye dokusu içinde yaşanan yoğun rekabet kronik krizin akut duruma dönüşme olasılığını yükseltti.

Merkez kapitalist sermaye dokusu çevre ekonomileri hâkimiyeti altına alarak işleri yoluna koyma aşamasında ilerlerken, bizzat kendi içinde giderek yoğunlaşan rekabet dünyaya sanki Üçüncü Paylaşım Savaşı'nı yaşatıyordu. Kâr oranlarının gerilemiş, çevreye yayılarak ekstansif sömürü alanlarında sona yaklaşmış olduğu durumda, doğal olarak sosyal demokrasiye de yer yoktu. Bu arayışlar içinde bu kez de imdada yükselen finans çılgınlığı çıktı. Finans çılgınlığının hikâyesi şöyle verilmektedir: 1987 ile 2007 arasında ABD Merkez Bankası (FED), Alan Greenspan yönetiminde düşük faiz politikası uyguladı ve bundan yararlanan finans çevreleri kredi genişlemesi yaratarak balonlar oluşturuldu ve sonuçta kriz patladı. Resim gerçekten böyle bir görüntü veriyor. Ancak, akademik analiz yöntemi nedensellik izi sürerek, hangi olayın hangi dokuyu tetiklediğini araştırarak, oluşumun köküne iner. Böyle baktığımızda şu soruyu sormamız gerekiyor: Kapitalizmin giderek artan piyasa ihtiyacı devam ediyorken, niçin bu amaca bir nebze de olsa hizmet eden sosyal demokrasi terk edildi de, finansal genişleme yoluna girildi? Bu sorunun yanıtı bizi ekonomide reel kesime ve sermaye davranışlarına götürür. Şöyle ki, komünist ve emekçi tehlikesi ortadan kalkmışken sosyal demokrasiyi sürdürmenin gereği kalmadığı gibi, yükün bir bölümü vergi yoluyla varsıl kesim üzerine yıkıldığından, maliyetlidir de. Şu halde piyasa gereksinimi çözümünü hiç yük çekmeden, hatta karşılığında ek gelir de sağlanabilen bir sisteme devretmek gerekiyordu. İşte bu sistem, eskilerden beri bilinen finans sistemidir. Reel sektör krizde olduğuna göre, birikmiş artık değerleri kar oranları düşük olan reel sektör yerine, daha yüksek getirisi olan finans sektörüne yatırmakla hem piyasa gereksinimi karşılanıyor, hem de faiz getirisi sağlanabiliyordu.

Reel kesimle finans kesimi arasında çok önemli bir fark vardır; reel kesimde kar oranları sektörün gelişmesine fren işlevi görebiliyor iken, finans kesiminde böyle bir fren sistemi yoktu ya da çok zayıftı. Çok hızlı gelişebilen finans sektörü, kredi mekanizmasıyla para da yaratma gücüne sahipti. Kapitalist işletme mantığı ile hareket eden finans kesimi ürününü artırmak için, kredi musluklarını devamlı genişletti ve tüketiciler ipotek karşılığı borç yaparak ev sahibi olma yolunu tuttu. Ancak, kredi hacmi o denli genişletildi ki, yükselen ipotek borçları evlerin reel değerinin çok üzerine çıktı. Böylece ödenemeyen borçlar krizin tetikleyicisi oldu.

Ödenemeyen borçlar krizin asıl nedeni değil, tetikleyicisidir. Bu muhakeme, finans piyasasının bu denli yükseliş nedenine dayanmaktadır. FED'in faizleri indirmesi ve finansal operasyonlara sınırsız serbesti tanınması dönemine baktığımızda, süreci başlatan asıl nedenin ABD ekonomisinin ve genelde ileri batı ekonomilerinin içine girmiş olduğu durgunluk olduğunu görüyoruz. 1970'lerden beri batı ekonomileri durgunluk içinde seyretmiş ve bu ortamdan bir türlü çıkamamıştır. Finans kesiminin zincirleme birbirine bağlanarak kredi hacmini bu denli genişletip bataklık riski oluşturmasının başlangıcı reel sektörün derin krizi ve piyasa ihtiyacından, kredi hacminin ve riskin bu denli büyütülmesi ise finans kesiminin kapitalist mantıkla hareket etmesinden kaynaklanmıştır. Finans kesimi de tipik bir kapitalist firma olarak piyasa hacmini dikkate almadan üretim yapar ve satmaya çalışır. Onun ürünü de ipotek kredisi gibi sanal para operasyonlarıdır.



ABD’de finansal sektörde başlayan krizin Avrupa ekonomilerine yansması sadece ABD bankaları ile Avrupa bankalarının “varlığa dayalı senetler” uygulaması ile birbirine zincirleme bağlanması sonucunda olmayıp, bizzat Avrupa’da bazı ülke ekonomilerinin AB’nin sıcak karnını oluşturmasıdır. Yunanistan, İtalya, İspanya vb hep aynı kapitalist mantıkla krize sürüklenmiş ekonomilerdir. ABD’de patlak veren krizin AB’nin en olgun ekonomisi olan Almanya’da değil, Yunanistan’da yansması, Almanya’nın Yunanistan’a dayanmasının göstergesidir. Avrupa’nın merkez ekonomisi sıfatıyla çevre ekonomilere dayanmış olan Alman ekonomisi şimdi ayakta kalabilmektedir. Yunanistan ekonomisi ise, geçmişte Alman ekonomisini beslediği için şimdi çökmüş durumdadır. Bu ilişki salt Alman ve Yunan ekonomileri arasında cereyan etmedi, bunlar sembolik ülkelerdir; teorik olarak akım, merkez ve çevre ekonomiler arasında oluşmuştur.

Kriz sonrası görüntü de tipik kapitalist mantığa uygundur. 1929 krizi sonrasında krizin nasıl önleneceği değil, oluştuktan sonra ne yapılabileceği öğrenilmiştir. Kriz sistemik devrim sonucunda oluştuğundan, sistem içinde kalındığı sürece kriz önleyici politika yoktur. Olmayan bir şeyin öğrenilmesi ise olanaklı değildir. Ancak kriz sonrası ne yapılabileceği az çok öğrenilmiştir. Bu kriz sonrasında da kriz yönetilmeye çalışıldı, hâlâ da çalışılmaktadır. FED milyarlarca doları piyasalara saçtı. Avrupa’da Yunanistan ve İtalya kurtarılmaya çalışılıyor. Avrupa henüz ABD gibi bütünsellik gösteren bir piyasa olmadığı için, parçalı bölgelerde başlamış olan yangınlar tam olarak söndürülemiyor. Ancak, gerek ABD’de gerek Yunanistan, İtalya ve diğer AB ülkelerinde halklar ve emekçiler ezilecek ve borçların bir şekilde ödenmesi gerçekleşecektir. Üstelik de krize karşı alınan önlemlerin bir bölümü uygulanmayacağı ya da kısa ömürlü olabileceği gibi, bir bölümü de krizi derinleştirici niteliktedir. Finans kesimine getirilmeye çalışılan denetim uygulanmaya koyulamayacağı gibi, koyulsa bile bir süre sonra gevşetilmeye mecburdur, çünkü reel kesim finans kesiminin kredilerle piyasaları genişletme imkânına mecbur. Hükümetlerin bütçe harcamalarını kısımaları, özellikle de yaşanan panik ve işsizlik ortamında krizi derinleştirici niteliktedir. Demek ki, krizden çıkış ne kolaydır, ne de olanaklı! Kısacası ne üretim planlanacak, ne de gelir dağılımı daha adil hale getirilecektir. İlginç olan şudur ki, krizleri bir nebze de olsa, önlemenin yolları bunlar olduğu halde, planlama ve gelir dağılımının adil hale getirilmesi gündeme bile getirilmiyor, çünkü bu önlemler kapitalizme ve sermaye mantığına aykırıdır.

Kapitalizm hesapsız değil, dengesizdir. Şöyle ki, mikro üniteler kendi yönünde fevkalade hesaplı ve rasyoneldir, ancak mikro kararların toplu tezahürünün her zaman denge oluşturması beklenemez, çünkü çoğu koşulda mikro amaçlar birbiri ile olduğu gibi, bütünüyle sistemle de uzun dönemde çatışmalıdır. Örneğin, 10 milyon dolayında bir ülke olan Yunanistan’ın ulusal borcu ulusal gelirinin %120’sine ulaşmaya kadar Avrupa Merkez Bankası, ya da Basel ölçütünü uygulamakla yükümlü finans denetçileri niye ses çıkarmadı ki? Yunanistan bu borcunu bir gecede mi yaptı? Bunun nedeni çok açıktır: Yunanistan diğer ülkelerin üretimlerini, bizzat onlardan borç alarak tüketecek, pembe rüya bittikten sonra da faizi ile bu borçlar ödenecekti. Nitekim tam da böyle oldu ve oluyor! Türkiye üzerinde de aynı politika oynandı ve oynanmaktadır. Olağanüstü büyük cari açık demek, dış dünyadan alınan borçları yemek, vadesi gelince de faizi ile ödeme zorunluluğu altında olmak demektir.

Her ülke dünya koşulları içinde yüzerken, görelî gücüne göre, çevreyi etkiler ya da çevreden etki alır. Betimlemede ikinci grupta yer alan Türkiye, kapitalizmin derin krizini aşma sürecinin adı olan neoliberalizm içinde politikalarını uyarlarlarken, halkın yanında durmamakta, güçlü merkez sermayenin çıkarları doğrultusunda hare-

ket etmektedir. Ne hazindir ki, ekonominin içinde bulunduğu durum itibariyle, siyasilerin işbaşında kalabilmeleri de güçlü merkez sermayeye hizmet etmekten geçmektedir. Bu sürecin anlaşılmaması halkın olduğu kadar, siyasilerin de aleyhinedir. Şöyle ki, güçlü merkez sermayeye karşı ancak halkını arkasına alabilen siyasal yapılar durabilirler! Bunun için, halkın kapitalizmin genetik yapısını algılayıp siyasi tercihini öyle yapması gerekmektedir.



# SOSYALLEŞTİRMENİN İDEOLOJİSİ

**Dr. M. Akif AKALIN**

*İstanbul Tıp Fakültesi; Tıp Eğitimi AD*

## Giriş

Günümüzde sağlık dendiğinde insanların çoğunun aklına hasta olduklarında başvurdukları sağlık kurumları gelmekte, sağlık sorunlarından ise hastalıkların ötesinde genellikle sağlık hizmetlerine ulaşabilme veya bu hizmetlerin bedelini ödeyebilme sorunları anlaşılmaktadır. Ancak bu sorunlar toplum içinde herkesi aynı ölçüde etkilememektedir. Maddi yönden refah içinde yaşayan belli bir toplumsal kesim, dilediği zaman istediği kadar sağlık hizmetini yurt içinden veya dışından bedelini ödeyerek alabilme gücüne sahip olduğundan, sağlık sorunları aslında *ödeme gücü olmayanların sorunudur* demek abartı olmaz.

Tarihsel olarak modern toplumlarda ödeme gücü olmayanların da sağlık hizmetlerinden yararlanabilmeleri için ortaya atılmış öneriler iki ana başlıkta toplanabilir: Birincisi, *sigorta sistemi* olup, bu sistemde devlet veya özel sektör tarafından oluşturulan sigortalara ödenen prim karşılığında gereksinim duyulduğunda düzeyi sigorta tarafından belirlenen bir sağlık hizmeti kamusal veya özel sektörden alınabilir. İkincisi *ulusal sağlık hizmeti sistemi* veya *sosyalleştirme*dir; bu sistemde devlet sağlık hizmetlerini genel bütçeden karşılar, sağlık hizmetlerini kendisi sunar veya özel sektörden satın alır. Genellikle 20. yüzyıl uygulamalarında bu iki sistemin değişik oranlarda kombine edildikleri *karma* sistemler yürürlükte. Örneğin kimi ülkelerde devlet sigorta sistemine genel bütçeden kaynak aktarmakta, diğerlerinde ulusal sağlık hizmeti tarafından genel bütçeden yeterince karşılanamayan hizmetler için maddi durumu daha uygun olanlar özel sigortalardan paketler satın almaktadır. Genellikle ağız ve diş sağlığı hizmetleri ile eczacılık hizmetlerinin bir bölümü her iki sistem tarafından kapsam dışı bırakılmaktadır.

Sonuç olarak *ödeme gücü olmayanlara* çeşitli yöntemlerle “belirli bir düzeyde standartlaştırılmış” bir sağlık hizmeti sağlanmaktadır. Bu “düzeyi” belirleyen iki faktör vardır: Birincisi, kapitalist üretimin (sermayenin) optimum üretkenliği sağlayacak (en azından işçinin işe gelebileceği ve işin gereklerini fiziksel ve mental bakımdan karşılayabileceği) emek gereksinimi; ikincisi, sağlık hizmetine gereksinimi olan emeğin bilinç ve örgütlülük düzeyi. Sermaye kâr oranını koruyabilmek için standartlaştırılmış sağlık hizmetlerini asgari düzeyde tutmaya çalışırken, emek bu düzeyi yükseltebilmek için mücadele eder. Bir ülkede belli bir andaki asgari sağlık hizmetinin düzeyi bu çatışmanın bir ürünüdür.

## Sağlık Hakkı Mücadelesi ve Sosyalleştirme Yaklaşımları

Sermayenin sağlık sorunlarına yaklaşımına karşı emeğin talepleri ilk kez 19. yüzyıl ortalarında F. Engels (*İngiltere’de Emekçi Sınıfın Durumu*) ve R. Virchow (*Yukarı Silezya’da Tifüs Salgını Üzerine Rapor*) tarafından formüle edilmiştir. Engels’in çalışmalarından geniş ölçüde yararlanan Virchow, yayınladığı *Tıpta Reform* dergisinde sağlık hizmetlerinin emeğin gereksinimlerine göre örgütlenmesinin ilkelerini sıralamıştır:

- Genel bütçeden finansman,

- Devlet kurumlarında, devlet görevlisi sağlık emekçileri tarafından ücretsiz sunum,
- Koruyucu ve önleyici sağlık hizmetlerine öncelik verilmesi.

Bu ilkeler kısa zamanda emek için bir *sağlık programı* haline gelmiş ve işçi sınıfı sağlık alanındaki ekonomik-demokratik (sendikal) ve siyasal mücadelesini uzun yıllar bu talepler üzerinden örgütlemiştir.

Tarihte emek, ilk kez Paris'te iktidara gelmiştir. 18 Mart ile 28 Mayıs 1871 tarihleri arasında iki aydan biraz uzun bir süre için iktidarda kalan Paris Komünü, sağlık hizmetlerini toplumun ezici çoğunluğunu oluşturan emeğin gereksinimlerine göre örgütlenme çabası içine girmişse de, bu alanda önemli adımlar atılamamıştır. Ancak bu deneyimden işçi sınıfı kadar sermaye de önemli dersler çıkartmış ve işçi sınıfı üzerindeki egemenliğini sürdürebilmek için emekçilere bazı toplumsal ve ekonomik tavizler verilmesi gerektiğini savunan sosyal demokrasi, burjuva liberal ve muhafazakâr fraksiyonlar yanında yerini sağlamlaştırmıştır.

Emeğin sağlık alanındaki talepleri ilk olarak, başta Almanya olmak üzere, işçi sınıfının en örgütlü olduğu ve mücadelesinin doruğa ulaştığı kıta Avrupa'sında sosyal demokrat burjuva partilerin ve emek partilerinin programlarına yansımıştır. Almanya yükselen muhalefeti şiddetle bastırırken, sosyal alanlarda da bazı tavizler vermek zorunda kalmıştır. Sağlık ve sosyal güvenlik alanlarında emeğin taleplerini bir ölçüde karşılamak amacıyla *Bismarççı sosyal politikalar* bu dönemde formüle edilmişlerdir. Sigorta sistemleri aracılığı ile emekçilerin sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştıran bu düzenlemeler, sağlığın işçi sınıfı üzerindeki yükünü, burjuvazinin katkısıyla bir ölçüde hafifletmeyi amaçlamıştır.

20. yüzyıla girildiğinde işçi sınıfı ile burjuvazi arasındaki mücadelenin merkezi doğuya kaymış ve Çarlık Rusya'sı 1917 yılında emekçilere teslim olmuştur. Çarlık Rusya'sı yerine kurulan Sovyetler Birliği'nde sağlık hizmetleri Virchow'un ilkeleri temelinde *sosyalleştirilmiş* ve tarihte ilk kez genel bütçeden finanse edilen koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin, devletin sağlık kurumlarında, kamu görevlisi sağlık emekçileri eliyle herkese eşit ve ücretsiz sunulduğu *dispanserler* açılmıştır.

Emeğin dünya coğrafyasının altıda birinde sağlık alanında elde ettiği bu kazanımların yankıları büyük olmuştur. Kapitalist dünyada sermaye sağlık alanında daha fazla tavizler vermek zorunda kalırken, bu ülkelerde burjuvaziye karşı mücadele eden emekçiler sağlık taleplerini daha gür bir sesle dile getirmeye başlamışlardır.

1930'lu yıllarda emeğin sağlık programı bir Latin Amerika ülkesi olan Şili'de yaşama geçme olanağı bulmuştur. Kendisi de Virchow gibi bir patoloji uzmanı olan ve faşizmin güçlenmeye başlaması üzerine Almanya'dan ayrılarak Şili'ye göçmek zorunda kalan Virchow'un asistanları tarafından eğitilen *Dr. Salvador Allende*, 1936'da kurulan Halk Cephesi Hükümeti'nde Sağlık Bakanlığı'na getirilmiştir.

Allende bu dönemde Virchow tarafından ortaya konan toplumcu tıp ilkelerini geliştirerek, *Sağlığın Toplumsal Belirleyicileri*'ni ilk kez ortaya koymuştur. 1939 yılında kaleme aldığı *Şili'nin Mediko-sosyal Gerçekliği* adlı çalışmasında Virchow'un ilkelerine ek olarak *emeğin barınma, beslenme, çalışma koşullarının iyileştirilmesi ve ülke kaynaklarının yurttaşlar arasında eşit dağıtılmasının* sağlıklı bir toplum bakımından önemini vurgulamıştır.

Aynı yıllarda, Kuzey Amerika'da hekimlik yapmakta olan *Dr. Norman Bethune*, Kanada'nın Quebec eyaletinde hükümete sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi için bir rapor sunmuştur. Sağlık sorunlarının ancak *hastalıkları üreten ekonomik*

*sistemin değiştirilmesiyle çözülebileceğini savunan Bethune, sağlık hizmetlerinin kamusal mülk haline getirilmesini ve ücretsiz sunulmasını talep etmiştir.*

Sağlık alanındaki bu ilerici gelişmeler, Avrupa'da faşizmin tırmanışıyla gerilemeye başlamıştır. Emek düşmanı faşist hükümetler iktidara geldikleri veya zorla ele geçirdikleri ülkelerde emeği köleleştirerek, sağlık da içinde emek lehine kazanılmış bütün hakları rafa kaldırmışlardır. Batı'da toplumcu tıbbın yeniden dirilmesi ancak faşizmin yenilmesinden sonra mümkün olabilmıştır. Sovyetler Birliği'nin ve ilerici güçlerin önemli katkılarıyla kurulan Dünya Sağlık Örgütü, toplumcu sağlık anlayışını yansıtan bir sağlık tanımı yaparak, sağlık hizmetlerinin toplumun gereksinimlerine göre örgütlenme çabalarına hız katmıştır.

20. yüzyılın ortalarına gelindiğinde, ilerici güçlerin Emperyalistler Arası İkinci Savaş'tan zaferle çıkmasıyla, emeğin sağlık programı artık dünya coğrafyasının üçte birinde yaşama geçirilmektedir. Sosyalist hükümetlerin iktidara geldiği Doğu Avrupa ülkeleri ve Çin'de sağlık bir *meta* olmaktan çıkartılmış ve emeğin gereksinimlerine göre yeniden örgütlenmiştir. Bu süreçte Sovyetler Birliği'nin 1917'den beri sağlık alanında edindiği çeyrek yüzyılı aşkın birikimlerden yararlanan bu yeni sosyalist ülkeler, sağlık alanında kısa sürede özellikle bulaşıcı hastalıklar, koruyucu ve önleyici tıp ve işçi sağlığı alanlarında önemli başarılar imza atmışlardır.

İkinci Paylaşım Savaşı sonrasında emeğin sağlık programı karşısında kayıtsız kalamayan sermaye, kapitalizmin kalelerinde yükselen işçi sınıfı mücadelesini dindirebilmek için sağlık alanında ciddi tavizler vermeye başlamıştır. Bu dönemdeki en önemli sosyalleştirme faaliyeti İngiltere'de gerçekleşmiştir. Gazanfer Aksakoğlu'na göre "İşçi Partisi, İngiliz işçilerinin SSCB emekçilerini örnek alarak ayaklanmasını önlemeye dayalı genel stratejisi çerçevesinde, temel ilke olarak herkese eşit ve parasız sağlık hizmeti sunmayı kararlaştırmıştır".

Kuşkusuz İngiliz sosyalleştirme modeli ne Virchow tarafından ortaya konan ilkeler, ne de Allende tarafından geliştirilen sağlığın toplumsal belirleyicileri anlayışı çerçevesinde değerlendirilebilir. Sovyetler Birliği'ndeki sosyalleştirmeyle kıyaslanamayacak olan bu çabayı, dünyada sermaye egemenliğine beşiklik etmiş bir ülkede emeğin sağlık alanındaki bir kazanımı olarak görmek gerekir. İngiltere'de İkinci Paylaşım Savaşı sonunda yürürlüğe giren *Ulusal Sağlık Hizmeti (USH)*, sosyalist ülkelerde olduğu gibi sağlıktaki eşitsizlikleri, toplumsal eşitsizlikleri ortadan kaldırmak suretiyle yenmeyi *amaçlamamaktadır*. Burada sosyalleştirmenin amacı, toplumsal eşitsizliklerin yarattığı sağlık eşitsizliklerini devletin doğrudan müdahalesiyle (sağlığın genel bütçeden finansmanı ve kamusal bir hizmet olarak örgütlenmesi) hafifletmek veya en iyi olasılıkla asgariye indirmektir. Yine USH sağlığın toplumsal belirleyicilerine yeterli vurguyu eksik bıraktığı gibi, koruyucu ve önleyici sağlık hizmetlerine yeterli öncelik vermemekte ve bu hizmetleri tedavi edici hizmetlerle gerektiği gibi bütünleştirmemektedir.

Batı'da İngiltere'den sonra gerçekleşen en önemli sosyalleştirme girişimi, 1960'ların başında Kanada'dan gelmiştir. Bütün ilerici, sosyal demokrat ve sosyalist parti ve grupların oluşturduğu bir koalisyonla Amerika kıtasının ilk sosyalist hükümetini Saskatchewan Eyaleti'nde kuran Tommy Douglas, bu eyalette sağlık hizmetlerini İngiltere modeline benzer bir şekilde sosyalleştirmiştir. Dr. Bethune tarafından 1936 yılında Quebec eyaleti için hazırlanan sosyalleştirme planının büyük ölçüde benimsendiği Saskatchewan'da sağlık alanında çok kısa sürede büyük başarılar kazanması sonucunda, birkaç yıl içinde Kanada'nın sosyalist olmayan diğer eyaletleri de sağlık hizmetlerini sosyalleştirmek zorunda kalmışlardır.

Ancak burada da, İngiltere'nin USH gibi amaç toplumsal eşitsizlikleri ortadan kaldırmak değil, bunların sağlığa yol açtığı eşitsizlikleri hafifletmektir.

Bugün Kanada, her ne kadar yeni-liberal saldırılarla önemli yaralar almış olsa da, sağlık hizmetlerinde sosyalleştirmenin sürdürülebildiği birkaç ülkeden biridir. Bunun altında sosyalleştirmenin ardındaki muazzam emek desteğinin önemli payı vardır. Başta işçi sendikaları ve emekten yana partiler olmak üzere toplumun ezici çoğunluğu sosyalleştirme ile kendilerini özdeşleştirmişlerdir. O kadar ki, sıradan bir Kanadalı için sosyalleştirme ulusal bir gurur kaynağıdır. Bu durum geçtiğimiz yıllarda Kanada'da bir TV kanalının düzenlediği *En Büyük Kanadalı* yarışmasında kendini göstermiştir. Adaylar arasında Kanada'nın kurucusu politik liderlerden, Shania Twain gibi dünya ölçeğinde ünlü sanatçılara, Trudeau gibi efsanevi liderlerden, uzaya çıkan ilk Kanadalı astronota kadar onlarca meşhur isim olmasına karşın, Tommy Douglas açık arayla En Büyük Kanadalı unvanını kazanmıştır. (Acaba bu yarışma Türkiye'de yapılıyorsa, Nusret Fişek adaylar arasına girebilir miydi?)

Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesinde en büyük dalgalardan biri de, 1960 yılında Küba'da gerçekleşmiştir. Batista diktatörlüğünü yıkan Kübalılar, emeğin iktidara geldiği her ülkede olduğu gibi ilk iş olarak sağlık hizmetlerini sosyalleştirmişlerdir. Küba Anayasası Virchow'un toplumcu tıp ilkelerini anayasal bir metin haline getiren ilk Amerika ülkesi olmuştur. Aslında Sanayi ve Maliye Bakanlığı görevlerini üstlenen fakat hekim olduğu için sağlıktan da hiçbir zaman uzaklaşmayan Dr. Ernesto Che Guevara, Küba'da sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesinden birkaç yıl sonra, "Çocukların beslenmesi ve eğitimi, toprak sahiplerinin topraklarının, her gün bu topraklarda ter dökenlere dağıtılması görevi, Küba'da devrimin başardığı en büyük toplumsal tıp çalışmalarıdır" derken, Küba'da Virchow'un ilkeleri ile Allende'nin öğretisinin nasıl bütünleştirildiğini ifade etmiştir. Bugün Küba'da sosyalleştirme her şeye rağmen ayakta ve başarıyla Kübalılara sağlık dağıtmayı sürdürmektedir.

Sonuç olarak sigortacılığı bir yana bırakırsak, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesine yönelik yaklaşımları iki ana başlıkta toplamak mümkündür. Burjuvazinin yaklaşımı Dr. Bethune'un deyimiyse *hastalıkları üreten ekonomik sisteme* dokunmadan, bu sistemin sağlığa yarattığı eşitsizlikleri azaltmak için Bismarkçı yöntemlerle prime ve istihdama dayalı bir sağlık örgütlenmesi kurmak veya devletin sağlığa ulusal sağlık hizmeti ya da sosyalleştirme uygulamaları ile müdahalesi ile sınırlı iken; işçi sınıfının yaklaşımı, sağlıktaki eşitsizlikleri, toplumsal eşitsizliklerin kaynağı olan *toplumsal-ekonomik düzeni emek lehine değiştirerek ve sağlığı emeğin gereksinimlerine göre örgütleyerek* ortadan kaldırmaktır.

### **Türkiye'de Sosyalleştirme Tartışmaları**

Türkiye Cumhuriyeti 20. yüzyılın ilk çeyreğinde Osmanlı İmparatorluğu mirası üzerinde anti-emperyalist, ulusal kurtuluş savaşı verilerek kurulmuştur. İzmir İktisat Kongresi'nde kapitalist rotaya oturtulan Türkiye, on yıllarca süren savaşlarda telef olmuş emeğe kapitalizmin gereksindiği üretkenliği kazandırabilmek amacıyla sağlık alanında önemli atılımlar gerçekleştirmiştir.

Kapitalist kalkınma yoluna girmiş olmasına rağmen cılız bir sanayi ve yaygın tarım ekonomisiyle Türkiye, sağlık sorunlarının çözümü için bu dönemde kapitalist dünyada egemen olan sigorta sistemini benimseyebilecek bir durumda değildir. İzlenen pro-natalist politikalar, sağlık hizmetlerinin devlet tarafından finanse edilmesi ve sunulmasını zorunlu kılmıştır.

Bu dönemde Türkiye'nin sağlık alanında emeğin sağlık gereksinimlerini karşılayabilmek bakımından kendisine örnek alabileceği tek ülke, 1917 Ekim devrimiyle sağlık hizmetlerini sosyalleştiren Sovyetler Birliği'dir. Dünyada Sovyetler Birliği'nden sonra ilk dispanserler (isim de Sovyetlerden alınmıştır) 1924 yılında Türkiye'de açılmıştır (Bu dönemde ABD'nin uzak doğuda misyonerlik faaliyetleri çerçevesinde açılmış olduğu dispanserler de vardır, fakat bu dispanserlerde ya sadece topluma yönelik koruyucu hizmetler sunulmakta ya da sadece sınırlı tedavi edici sağlık hizmetleri verilmektedir. Bu anlamda koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin birinci basamakta bütüncü olarak sunulması uygulamasında Sovyetler Birliği ilk örnektir).

Genel dispanserler yanında emekçilerin hemen hemen hepsinin ortak sorunları olan sıtma, trahom, frengi ve tüberküloz gibi hastalıklarla mücadele amacıyla özgün dikey örgütlenmelere de gidilmiştir. 1930 yılında yayınlanan Halk Sağlığı Yasası'nda (Umumi Hıfzıssıhha Kanunu) sağlık hizmetleri açık olarak devlet hizmeti olarak belirlenmiş ve bu hizmetleri sunmakla Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı görevlendirilmiştir. Kuşkusuz bu gelişmeler bir *bağlam* içinde değerlendirildiğinde anlam kazanmaktadır. 1930'lu yıllarda dünyada sağlığı bir devlet sorumluluğu olarak gören iki ülke vardır: Sovyetler Birliği ve Türkiye. Ancak Sovyetler Birliği'nde sağlık hizmetleri emekçi sınıfların gereksinimlerine göre örgütlenirken, Türkiye'de sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi biçimsel olarak Sovyet sistemine benzese de, esas olarak sermayenin dönemsel gereksinimlerine göre yapılandırılmaktadır.

1950'lere gelindiğinde Türkiye'de bulaşıcı hastalıklarla mücadelede önemli kazanımlar elde edilmiştir. Sermayenin gereksinimlerinin değişmesiyle birlikte Demokrat Parti, Halk Sağlığı Yasası yürürlükte olmasına ve 1920'lerde kurulmaya başlayan dispanserlerin sayısının 300'ü bulmasına rağmen, sağlık hizmetlerinde önceliği koruyucu hizmetlerden iyileştirici hizmetlere kaydırmış ve sağlığı sermaye için kar alanı haline getirecek uygulamaların ilk adımlarını atmıştır. Devletin sağlık hizmetleri yerine özel sağlık hizmetlerinin desteklendiği bu dönemde 1955 yılında çıkartılan Hastaneler Yasası ile hastalardan ilk kez kamusal sağlık hizmeti için ücret alınmıştır. Artık Türkiye'de emek, prime dayalı sigorta sistemini besleyebilecek duruma gelmiş ve kamusal sigortacılık aracılığı ile emekçilerden sağlık için prim toplanmaya başlanmıştır.

Türkiye solunda niteliği üzerine günümüzde dahi tartışılan 1960 İhtilali ile Demokrat Parti'nin sağlık politikaları kesintiye uğramıştır. Bu durum kendisini Dr. Nusret Fişek önderliğinde 1961 yılında 5 Ocak'ta kabul edilen ve 12 Ocak tarihinde Resmi Gazete'de yayınlanarak yürürlüğe giren 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine Dair Kanun ile ifade etmiştir. Türkiye sağlık hizmetleri 1963 yılında yeniden örgütlenmeye başlamıştır. Türkiye'de sağlık hizmetlerinin kademe- li olarak 15 yılda sosyalleştirilmesi öngörülmüş ve bu amaçla her yıl 300 kadar sağlık ocağı açılması planlanmış olmasına karşın, ilk 5 yılda planlanan 1500 sağlık ocağından yalnızca 890'ı programa alınabilmiş ve bunlardan da sadece 561 tanesi hizmete açılmıştır.

Türkiye'de emekten yana siyasal partilerin 1960 İhtilali ve 61 Anayasası ile bunun bir ürünü olan sosyalleştirmeye ilişkin düşünceleri ve tutumları, Cumhuriyetin ilk yıllarına ilişkin tutumları gibi oldukça karmaşıktır. 1961 Anayasası'nın getirdiği görelî demokratikleşme ortamında Türkiye'de emeğin sesini ilk kez TBMM'ye so- kan Türkiye İşçi Partisi, 1965 seçimlerinde TBMM'ye 15 milletvekili göndermeyi başarmıştır. Bu yılların TBMM tutanakları incelendiğinde, özellikle bütçe görüşme- leri sırasında emek vekillerinin sosyalleştirmeyi destekledikleri ve hızlandırılması



için canla, başla mücadele verdikleri görülür. Özellikle 1965 ve 1966 yıllarında 400'e yakın sağlık ocağının açılabilmiş olmasında bu mücadelenin büyük payı vardır.

Gazanfer Aksakoğlu bu dönemi, “kapitalist ekonominin acımasızlığına birkaç ay gibi kısacık bir ara verilen ve toplumun ezilen çoğunluğuna yönelik önlemleri düşünebilecek bir ‘devrim’ süreci içinde: birincisi herkese ve özellikle de yoksul ve yoksuna; ikincisi politikacının ilçe yapılanması ve emri dışında, topluma ulaşan ve politikacının değil sağlıkçının denetiminde olan bir hizmet oluşturmuştur” şeklinde yorumlamaktadır.

Belek ve arkadaşlarına göre ise, 224 sayılı Yasa'nın temel noktaları olarak sunulan “eşit, parasız ve devlet eliyle hizmet” gibi kavramlar, Türkiye’de sosyalleştirmenin sosyalist bir yönelim olduğuna ilişkin yanılısıma yaratmıştır. Yazarlar sosyalleştirme yasasını değerlendirirken üç noktanın altını çizmektedir: Birincisi, Türkiye’de sosyalleştirme tamamen tarım ve ev ekonomilerini hedeflemiş ve sanayi ve hizmet sektörlerini (kenti) hiç gündemine almamıştır ve emekçilerin sağlığını öncelemeyen bir yasa sosyalist yönelimli olamaz. İkincisi, sosyalleştirme ile getirilen eşitlik “hizmetlere ulaşmada eşitlik”tir; ancak parası olanın özel hekime gidebilmesi nedeniyle bu “burjuva anlamda” bir eşitliktir. Üçüncüsü, koruyucu sağlık hizmetleri sağlık-sızlıkların kaynağı olan üretim ilişkilerine değil, ana-çocuk sağlığı hizmetleri ve çevre sağlığına vurgu yapmaktadır. Sonuç olarak Türkiye’de sosyalleştirme kapitalizmin sınırlarını aşmak bir yana, aksine kapitalizmin dönemsel çıkarları doğrultusunda gerçekleştirilmiştir.

Ancak ister bir “devrim süreci” içinde değerlendirilsin, ister dönemin ithal ikameci kalkınma modelinin gereksinimlerine ve Keynesçi politikalarına karşılık gelsin, özellikle emeğin en alt kesimleri (yoksul köylüler ve kent yoksulları) bu dönemde sosyalleştirme uygulamalarından büyük ölçüde yararlanmışlardır.

1965 sonrası Türkiye İşçi Partisi'nin çabalarıyla ivmelenen sosyalleştirme uygulamaları, birkaç yıl sonra 12 Mart faşizmiyle duraklamıştır. 12 Mart hükümetleri ve izleyen Milliyetçi Cephe hükümetleri sosyalleştirmeyi (yasası yürürlükte olmasına karşın) rafa kaldırarak yeniden Demokrat Parti politikalarına geri dönmüşler ve sağlıkta “eşitlikçi evrensel” bir model yerine, sosyal güvenceye dayalı “eşitliksizci korporatist” bir model benimsemişlerdir. Sosyalleştirmeye alternatif olarak gelen bu model, Emekli Sandığı'na bağlı memurların iyileştirici hizmetler için yararlanacakları kurum tabipliklerini yaygınlaştırmış, “işçi” statüsünde olanlara SSK hastane ve sağlık istasyonlarında iyileştirici hizmetler sunularak sağlık hizmeti paramparça bir yapıya büründürülmüştür (Silahlı Kuvvetler başından beri kendi sağlık örgütünü ayrı oluşturmuş ve kendi personeline ayrıcalıklı bir hizmet sunmuştur.).

12 Mart dönemi ardından CHP içinde önemli değişimler yaşanmış ve parti Ecevit liderliğinde sola yönelmeye başlamıştır. “toprak işleyenin, su kullananın” gibi sloganlarla 1978 yılında iktidara gelen Ecevit hükümeti, aslında tamamen sahipsiz bırakılmış sosyalleştirmeyi yeniden canlandırabilmek amacıyla bazı adımlar atmıştır. Bunlardan en önemlisi Tam Gün Yasası'dır. 1975 yılında Milliyetçi Cephe tarafından neredeyse tamamen boşaltılan sağlık ocaklarına (sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilebildiği 26 ildeki sağlık ocaklarındaki hekim kadrolarının sadece % 36'sı doluydu) yeniden sağlık emekçileri yerleştirilmeye başlamıştır. Ecevit hükümeti Türkiye’de yarım (hatta çeyrek) kalan sosyalleştirmeyi 1981 yılına kadar tamamlama kararı almıştır. Ancak Türkiye’yi bu kez geleceğini on yıllarca ipotek altına alan ve etkileri hala süren 12 Eylül faşizmi beklemektedir.

12 Eylül faşist hükümeti ve izleyen hükümetler 1980'lerden itibaren sağlık hizmetlerini sermayenin yeni gereksinimlerine (ihracata dayalı kalkınma modeli) göre örgütlemeye başlamışlar ve bu süreç AKP hükümetiyle neredeyse tamamlanmıştır. 2011 yılı itibariyle son sağlık ocakları ve sağlık evleri de kapatılarak Türkiye'de emeğin sağlığı tamamen sermayenin insafına terk edilmiştir.

## Sonuç

Özetlemek gerekirse sağlıkta sosyalleştirme, sağlık hizmetleri emeğin veya sermayenin gereksinimlerine göre örgütlenerek gerçekleştirilebilir. Aradaki temel fark, sağlık hizmetlerinin emeğin gereksinimleri doğrultusunda sosyalleştirilmesinde amaç, sağlıktaki eşitsizliklerin üstesinden toplumsal eşitsizlikler ortadan kaldırılarak gelinmesi iken; sermayenin gereksinimleri doğrultusunda sosyalleştirilmesinde, sağlıktaki eşitsizlikleri ortadan kaldırmak yerine iyileştirmek ve emeğe bir sus payı sunmaktır. Sermaye için önemli olan emeğin üretkenliğini sürdürebileceği düzeyde sağlıklı olmasıdır. Bunun üzerine çıkan her hizmet, emeğin bilinç ve örgütlülük düzeyi ile doğru orantılı olarak elde ettiği (veya edebileceği) kazanımlardır.

Diğer yandan kendisini siyasal yelpazenin solunda gören, hatta sosyalist olarak tanımlayan birçok aydın, kapitalist ülkelerdeki ulusal sağlık hizmeti ve sosyalleştirme uygulamalarına, özellikle İskandinav ülkeleri ve İngiltere'deki geçmişteki uygulamalara özenmekte ve bunları "idealize" etmektedir. Bu durum Türkiye'deki sosyalleştirme tartışmalarını da etkilemektedir. Kuşkusuz tıbbın olanakları bütün sistemlerde aynıdır, fakat bir sağlık sistemini 'sosyalist' yapan, bu olanakların *nasıl ve kimler için* kullanıldığıdır.

Sosyalizmin çözülmesi ve yeni-liberal dünya düzeninin egemen olmasıyla birlikte dünya ölçeğinde gerileyen emek, sağlık alanında kazandığı hakların büyük bölümünü yitirmiştir. Bu "yeni" durum günümüzde sosyalleştirme tartışmalarına yepyeni bir içerik kazandırmıştır. Yukarıda özetlenen 20. yüzyıla ait tartışmalar, 21. yüzyıl dünyasının "gerçekleri" karşısında bambaşka bir boyut kazanmıştır. Bunun en önemli nedenlerinden biri, kapitalizmin 21. yüzyılda sağlık alanını başlıca kar alanlarından biri haline getirmiş olmasıdır. Günümüzde sermayenin yatırım yaptığı alanların ilk sıralarına yerleşen sağlık sektörü kapitalist üretim içindeki yeri ve önemini 20. yüzyıl ile kıyaslanamayacak ölçüde genişletmiştir.

Bu durumun günümüzde neleri değiştirdiğini somutlamak için Kanada'daki sosyalleştirme örneğine daha yakından bakabiliriz. Önce 1929 bunalımı ve sonra Emperyalistler Arası İkinci Savaş'ın getirdiği olumsuz sosyal ekonomik koşullar karşısında sola kayan Kanadalı emekçilerin desteği ile Saskatchewan'da iktidara gelen sosyalistler, kapitalist üretim ve bölüşüm ilişkilerine dokunmadan emeğin durumunu iyileştirmek amacıyla sağlık hizmetlerini sosyalleştirmek istediklerinde, karşılarında esas olarak iki güç bulmuşlardır: Bunlardan birincisi, çoğunun merkezleri ABD'de bulunan sigorta şirketleridir. Kanadalılara sağlık sigortası paketleri satan sigorta şirketleri, farmasötik endüstri ile beraber sosyalleştirmeye karşı büyük bir savaş başlatmışlar, ABD'yi Kanada'ya ambargo uygulamaya zorlamışlar, fakat başarılı olamamışlardır. Bu başarısızlığın en büyük nedeni bu sektörlerin, diğer sektörler arasında özellikle bugünün ölçüleriyle sözü dahi edilmeyecek kadar küçük bir payının olmasıdır. Kuşkusuz belirli sermaye grupları Kanada'daki sosyalleştirmeden ciddi zararlar görmüştür, fakat genel olarak sermayenin kaybı ihmal edilebilir düzeyde kalmıştır. İkincisi ise geçimlerini sağlık hizmeti satmaktan sağlayan Kanadalı hekimler ve örgütleridir (Kanada Tabipleri Birliği). Sosyalleştirme uygulamasının serbest hekimliği yasaklamasıyla gelirlerinin azalacağını düşünen hekimler, tarihteki en uzun ve etkili grevi başlatmışlardır. Bu grevi ancak İngiltere ile

Saskatchewan arasında aylarca bir hava köprüsü kurarak getirdiği hekimlerle kırabilen Douglas hükümeti, hekimleri devletle anlaşmaya zorlamıştır.

Tekrar günümüze dönersek, Douglas hükümeti 1960'larda yaptıklarını bugün yapmaya kalkışsa, karşısında çok daha geniş bir ulusal ve uluslararası muhalefetle, hatta belki “sistem dışı” kalan Arap ve Balkan ülkeleri gibi şiddetle karşılaşması olasılığı hiç de küçük değildir. Bu nedenlerle günümüzde sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi sorunu, geçmişte olduğu gibi kapitalizmin dönemsel gereksinimlerini karşılayabilecek bir politika olmaktan çıkmış ve emek için bir iktidar sorunu haline gelmiştir.

Çağımızda sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi ancak emekten yana bir siyasal iktidarın kurulmasıyla olanaklıdır. Yenidünya düzeninin siyasal partileri, “solda” olanlar dâhil (örneğin Türkiye’de CHP) sosyalleştirmeyi programlarından bütünüyle çıkartmışlar, bunun yerine pazar mekanizmalarına uyumlu, sağlıkta özelleştirme ve piyasalaştırmayı öngören programlar getirmişlerdir. Özellikle medya aracılığıyla sağlık hizmetinin diğer hizmetlerden farkı bulunmadığı ve diğer hizmetler gibi bedeli ödenerek satın alınması gerektiği düşüncesini yaygınlaştıran kapitalizm, küresel ölçekte Dünya Bankası gibi uluslar üstü kuruluşlar aracılığıyla bunun alt yapısını oluşturmuş ve sağlığı artık kelimenin tam anlamıyla metalaştırmıştır. İnsanın yitirdiği kazanımlara tekrar kavuşabilmesi, ancak bu düzenin yıkılmasıyla olasıdır.

### **Kaynaklar:**

1. Akalın M.A. (2000). Sağlık Ocağı Hizmetleri ve Yönetimi. İzmir: Konak Sağlık Grup Başkanlığı Yayınları.
2. Akalın M.A. (2005). The Battle of Medicare is not Over. People’s Voice, 13 (8): 6–7. May 1–15 2005. Vancouver.
3. Akalın M.A. (2007). Dr. Bethune: Örnek Bir Yaşam Öyküsü. Toplum ve Hekim, 22 (4): 291 – 305. Ankara.
4. Akalın M.A. (2010). Toplumcu Tıp: Sovyetler Birliği Deneyimi. İstanbul: Yazılama Yayınları.
5. Aksakoğlu G. (2008). Sağlıkta Sosyalleştirmenin Öyküsü. Ankara: Memleket Siyaset Yönetim, 8: 7 – 62. Ankara.
6. Allende S. (1939). Chile’s Medical Social Reality-1939 (excerpts). Social Medicine, 2006. 1(3): 153.
7. Belek İ., Onuroğulları H., Nalçacı E. ve Ardıç F. (1998). Sınıfsız Toplum Yolunda Türkiye İçin Sağlık Tezi. 2. Baskı. İstanbul: Sorun Yayınları.
8. Belek İ. (1998). Sınıf, Sağlık, Eşitsizlik. İstanbul: Sorun Yayınları.
9. Belek İ. (2001). Sosyal Devletin Çöküşü ve Sağlığın Ekonomi Politikası. Genişletilmiş 2. Baskı. İstanbul: Sorun Yayınları.
10. Belek İ. (2002). Küba’da Sağlık: Sosyalizmin Başarısı. İstanbul: Nazım Kültürevi Kitaplığı.
11. Demirdizen H., Akalın MA. (2009). Sağlıkta Dönüşüm: Türkiye’de Sağlık Politikaları Üzerine Yazılar II. İstanbul: İstanbul Tabip Odası.

13. Günal A. (2008). Health and Citizenship in Republican Turkey: An Analysis of Socialization of Health Services in Republican Historical Context. Unpublished Ph.D. Thesis. Boğaziçi University. Istanbul.
14. Navarro V. (1986). What Is Socialist Medicine? Monthly Review, 38(3): 61 - 70.
15. Özkan Ö. (2003). Sovyet Sosyalist Cumhuriyetler Birliği'nde Sağlık Hizmetleri. Toplum ve Hekim, 18 (1): 32-40. Ankara.
17. Soyer A. (2003). Sosyalizm ve Sağlık / Tıp Hakkında Kısa Notlar. Toplum ve Hekim, 18(1): 17-19.
18. Soyer A. (2005). Hekimlerin Sınıfsal Kökeni. İstanbul: Sorun Yayınları.
19. Sigerist H.E. (1937). Socialized Medicine in the Soviet Union. London: Victor Gollancz Ltd



# DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ, ALMA-ATA, TEMEL SAĞLIK BAKIMI KAVRAMI VE SOSYALLEŞTİRME

**Prof. Dr. Necati DEDEOĞLU**

*Emekli Öğretim Üyesi*

Halk sağlığı yazınında sıklıkla “Türkiye, Alma-Ata’dan 17 yıl önce, daha 1961’de, sosyalleştirme ile birlikte Alma-Ata’nın temel hizmet modeli olan temel sağlık bakımı (Primary Health Care) kavramını uygulamaya geçirmiştir.” söylemi dile getirilir. Bu acaba doğru mudur? Sosyalleştirmenin ve Alma-Ata toplantısının ilkeleri çakışıyor mu? Bu sorulara yanıt vermeden önce Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve bu kurumu Alma-Ata’ya götüren koşullar ile sosyalleştirmenin yaşam bulmasının koşullarını kısaca gözden geçirmek gerekmektedir.

## **Dünya Sağlık Örgütü**

Uluslar üstü bir konumu olması gereken DSÖ, kuruluşu olan 1948’den başlayarak belli politik etkilere maruz kalmıştır. Daha kuruluşunun birinci yılında, Sovyetler Birliği, ayrıca Ukrayna ve Beyaz Rusya, DSÖ’nün tutumundan memnun olmadıklarını belirterek üyelikten çekilmek istediler. Bundan bir yıl sonra Bulgaristan, Romanya, Arnavutluk, Çekoslovakya, Macaristan ve Polonya da üyelikten çekildiklerini duyurdular. Sovyetler Birliği ve diğer sosyalist ülkeler 1955 yılına kadar DSÖ toplantılarına hiç katılmamışlardır. Aynı şekilde ABD’nin karşı koyması nedeniyle Çin Halk Cumhuriyeti, 1960’ların sonuna kadar DSÖ’ye kabul edilmemiş, 1964 ve 1965 yıllarında Afrika ülkelerinin baskısıyla, ırk ayrımcılığı yapan Güney Afrika Cumhuriyeti DSÖ’den çıkartılmıştı (Dedeoğlu N.,1988).

DSÖ’nün ilk yıllarından beri ABD örgütte çok etkili idi. Önceleri DSÖ bütçesinin yarısını ABD karşılıyordu; sonradan sakıncaları görülerek bu pay azaltıldı ancak hala mali kaynakların üçte bir kadar kısmı ABD’den gelmektedir. Aslında genel kurulda tek bir oyu olmasına karşın ve DSÖ’nün, anayasası gereği, ülkeler arasındaki ideolojik farklar ve politik çekişmelere taraf olamamasına karşın ABD, örgütteki mali gücü ve kendisi ile beraber hareket eden yandaşlarının desteği ile DSÖ’nün politikalarında ve DSÖ anayasasının temel ilkesi olan sağlığın bir sosyal hak olarak algılanışının sona erdirilmesinde yönlendirici olmaktadır. ABD, yıllar içinde, kendi veya temsilcisi olduğu uluslararası tekellerin çıkarına dokunan eylemlerde DSÖ’nün karşısında yer almıştır. Örneğin, tekeller özellikle Afrika’da, anne sütü yerine bebek maması verilmesini teşvik etmiş ve yoksul anneler bu mamaları süt yerine su ile hazırlayınca bebeklerin beslenmesi bozularak on binlerce bebek ölmüştür. ABD, anne sütü varken mama verilmesine karşı çıkan ve bu katliamı durdurmaya çalışan DSÖ’yü uluslararası ticareti engellemekle suçlamıştır. Aynı şekilde, 18 dev ilaç şirketinden 11’ine ev sahipliği yapan ABD, DSÖ’nün akılcı ilaç politikalarının benimsenmesi ve ülkelerin gerek duydukları temel ilaçları kendi üretmeleri gibi önerilerine şiddetle karşı çıkmış, bir süre DSÖ’ye parasal katkısını durdurmuştur (Aksakoğlu G., 2002).

Kısacası, DSÖ pek çok kişinin düşündüğü gibi objektif, bilimsel bir uluslararası örgüt, tarafsız bir referans merkezi değildir. Uzun süreden beri egemen kapitalist

ideolojinin yandaşı ve onu yeniden üreten bir kurum olmuştur. DSÖ bu politik yönelimi yanında ağır işleyen bürokrasisi, giderek artan merkeziyetçiliği, kadrolarında bazı ülkelerin uzmanlarının ve erkeklerin fazlalığı ile de eleştirilmiştir (Dedeoğlu N., 2002). Dünya sağlığının giderek bozulduğu, milyarlarca insanın yeterli yiyecek, sağlıklı su ve tuvaletten yoksun olduğu, çocukların kolayca önlenebilecek hastalıklardan öldüğü, ülkeler arası sağlık düzeyinin giderek açıldığı ise diğer bazı gerçeklerdir. Bu durumuyla DSÖ'nün geleceği ne olacaktır? İşlevini yitirmiş midir? Tam tersine iklim değişikliği, grip pandemileri, afetler, tüberküloz salgını gibi uluslararası sağlık sorunlarının önem kazandığı günümüzde, eşgüdüm sağlayan, programlar geliştiren, destek olan, bir forum ve referans merkezi olarak işlev gören bir DSÖ'ye her zamankinden çok gereksinim vardır. Ne zaman ki toplumlar dünyanın ve insanlığın kaynaklarını sömüren, baskıcı, acımasız, adaletsiz, piyasacı bu dünya düzeninden kurtulurlarsa, kendi ülkelerinde ve dünyada kardeşliği, barışı, paylaşmayı, özgürlüğü, demokrasiyi egemen kılarlarsa, DSÖ de o zaman gerçek işlevine kavuşabilecektir. Ülkeler ne zaman ekonomik ve siyasal bağımsızlıklarını tekrar kazanır, DSÖ ve diğer uluslararası örgütlerde etkin olabilirlerse, sosyal haklar o zaman savunulabilecektir (Dedeoğlu N., 2010).

### **Alma-Ata Toplantısı ve Bildirge**

6-12 Eylül 1978 tarihinde SSCB Kazakistan Cumhuriyetinin başkenti Alma-Ata'da toplanan konferans DSÖ tarihinde önemli bir yer tutar. DSÖ ve UNICEF yürütme kurulları kararı ile ve SSCB hükümeti daveti üzerine 134 hükümetin delegeleri, Birleşmiş Milletlere ait 67 örgüt, onlarca sivil toplum örgütün temsilcileri dünya sağlık sorunlarını görüşmek üzerine toplandılar. Türkiye, toplantıya Sağlık Bakanı Dr. Mete Tan, Müsteşar Tonguç Görker, DPT Sosyal Planlama Dairesi Başkanı Timur Erkman, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'ndan Prof. Dr. Rahmi Dirican, Çocuk Sağlığı Enstitüsü'nden Prof. Dr. Mithat Çoruh ve hemşire öğretim üyesi Naciye Akyıldız'dan oluşan bir ekiple katılmıştır. Toplantı sonrası yayınlanan Alma-Ata Bildirgesi maddelerinin her birine, önemleri açısından değinmekte yarar bulunmaktadır:

1. Sağlık temel bir insan hakkıdır ve bunun en üst düzeyde sağlanması uluslararası sosyal bir hedeftir. Bu hedefin gerçekleşmesi için sağlık yanında sosyal ve ekonomik sektörlerin katkısı gerekir.
2. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler arasındaki ve ülkelerin içindeki büyük sağlık eşitsizlikleri, politik, sosyal ve ekonomik açılardan kabul edilemez ve bu nedenle bütün dünya ülkelerini ilgilendirir.
3. “Yeni Uluslararası Ekonomik Düzen<sup>1</sup>”e dayalı ekonomik ve sosyal kalkınma, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin arasındaki uçurumun kapatılması ve “Herkesin Sağlık” amacının gerçekleştirilebilmesi açısından temel önem taşır.
4. Toplum sağlığının korunması ve geliştirilmesi sürdürülebilir ekonomik ve sosyal kalkınma için kritik olduğu gibi daha kaliteli bir yaşama ve dünya barışına da katkıda bulunur.
5. İnsanların kendi sağlık bakımlarının planlanmasına ve uygulanmasına bireysel veya toplu olarak katılmaları hem görevleri hem de haklarıdır.

<sup>1</sup> 1970'lerde oldukça popüler olan, gelişmiş kapitalist ülkelerin gelişmemişleri sömürdüğü mevcut düzenden farklı olarak daha adil ve eşitlikçi bir dünya modelini arzulayan görüş. Emperyalizm ve sınıf kavramları hiç gündeme getirilmediği için romantik bir talepten öteye gidememiştir (yazarın notu).

6. Hükümetler, kendi halklarının sağlığından sorumludurlar ve bu sorumluluk ancak yeterli sağlık ve sosyal önlemlerin sağlanmasıyla yerine getirilebilir.

7. Dünya toplumunun, uluslararası örgütlerin ve hükümetlerin önümüzdeki on yıllarda temel sosyal hedefi, 2000 yılına kadar bütün dünya halklarının sosyal ve ekonomik olarak üretken bir yaşam sürmelerine olanak sağlayacak sağlık düzeyine ulaştırılmasıdır. Bu amaca ulaşmada sosyal adalet içinde kalkınmanın temel ögesi “Temel Sağlık Bakımı” (Primary Health Care) dir (DSÖ, 2011).

Yukarıdan da anlaşılacağı gibi alınan kararlar sosyal adalet, yeniden paylaşım ve eşitlik ile ilgilidir. Sağlık doğuştan bir hak olarak algılanmakta, hükümetler ve uluslararası camiaya bunu gerçekleştirmede görevler yüklenmektedir. Sağlıkın temel girdilerinin sağlık hizmeti değil, yaşam koşulları olduğu, insanların kendileri ile ilgili kararlara katılmaları gerektiği vurgulanmaktadır. Alma-Ata kararlarının önemi bunların bir felsefe olması, sağlığa yeniden yaklaşımı ve DSÖ için bir paradigma değişikliğini getirmelerindedir. Kararlar sadece gelişmekte olan ülkeleri değil, gelişmiş ülkeleri de ilgilendirmektedir.

### **Temel Sağlık Bakımı Kavramı**

Son maddede sözü edilen Temel Sağlık Bakımı (TSB) toplum bireylerine yeterli, uygun, kabul edilebilir ve kapsamlı bir sağlık hizmeti sunma yöntemidir. En azından yeterli yiyecek ve sağlıklı beslenme, su ve tuvalet sağlığı, anne ve çocuk sağlığı, aile planlaması, sağlık eğitimi, aşılama, yerel endemik hastalıkların kontrolü, yaralanma ve hastalıklarda uygun tedavi, temel ilaçların sağlanması gibi hizmetleri içerir. Sektörler arası eşgüdümü, sağlık hizmetinin planlanma, örgütlenme ve yürütülmesine hizmet alanların katılımını, entegre ve işlevsel bir sevk sistemini, ekip çalışmasını öngörür. Ülke yetkilileri TSB uygulaması için ulusal politikalar, stratejiler, eylem planları yapmaya, ulusal kaynakları harekete geçirip akılcıca kullanmaya ve diğer ülkelerle işbirliği yapmaya çağırılmışlardır. Savaş ve silahlanmaya ayrılan paraların yeniden yönlendirilmesi ile TSB için gereken kaynakların yaratılıp 2000 yılına kadar “Herkesin Sağlığı” amacına ulaşılacağı belirtilmiştir. Konuyla ilgili kapsamlı bilgi için DSÖ kaynaklarına veya Zafer Öztekin kitabına başvurulabilir (Öztek Z., 1986).

### **Alma-Ata Bildirgesinin Önemi**

Nasıl olmuş da kapitalizmin egemen olduğu bir dünyada, ABD'nin en güçlü dönemlerinde bu kadar radikal, neredeyse sosyalizm söylemine uygun kararlar alınabilmiş, sözler söylenebilmiştir? Nasıl olmuştu da yukarıda egemen kapitalist sistemin kuyruğuna bağlı olduğu belirtilen DSÖ bu tür bir girişimde bulunabilmiştir? 1970'lerde kapitalizm elbette egemendi ama karşısında alternatif bir dünya oluşturan ve oldukça güçlü bir cephe oluşturan uyuyan dev Çin, SSCB ve diğer komünist ülkeler vardı. Ayrıca kapitalist bir dünyadan başka, daha adil ve eşitlikçi bir dünya özlemi içinde olup bazıları bunu kısmen gerçekleştirmiş bulunan, sayıları ve güçleri giderek artan Hindistan, Yugoslavya, Küba, Afrika ve Latin Amerika'nın bağımsızlıklarını yeni kazanmış bazı ülkeleri gibi, Üçüncü Dünya tabir edilen ülkeler vardı. Üçüncü Dünya Ülkeleri her uluslararası platformda beraber hareket ediyorlar ve etkili oluyorlardı. Dünyanın çoğu ülkelerinin sağlık düzeyi kabul edilemez kötülükte idi ve insanlar kolayca önlenilecek hastalıklardan ölüyorlardı. Dünya nüfusunun 2/3'ü sürekli bir sağlık hizmetinden yoksundu. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler arasındaki uçurum büyüyordu. Uluslararası sağlık sorunlarının çözümü için o güne kadar DSÖ tarafından önerilen Temel Sağlık Hizmetleri (Basic Health Services), Toplum Sağlığı Çalışanı (Community Health Worker) gibi sağlık



programları başarılı olamamıştı. Buna karşın SSCB, Yugoslavya ve Küba gibi ülkelerde sağlık göstergeleri hızla düzelmişti. DSÖ'nün Genel Müdürlüğünde de tüberküloz mücadelesinden geldiği için yoksul ülkelerin durumunu iyi bilip onlara sempati duyan, Yenidünya Düzeni terimini dilinden düşürmeyen Dr. Halfdan Mahler bulunmaktaydı. Bütün bu faktörlerin tarihin bir döneminde bir araya gelişi, sosyalist ülkeler ve üçüncü dünya ülkelerinin baskısı, önce DSÖ genel kurulunda böyle bir toplantı yapılması kararının çıkmasını, toplantının Alma-Ata gibi gelenek dışı bir kentte düzenlenmesini, sonra da daha önce hiç görülmemiş ve daha sonra da görülmeyecek şekilde Alma-Ata gibi geniş katımlı uluslararası bir toplantıda eşitlikçi, sosyal adaletçi kararların alınmasını sağlamıştır.

### **Alma-Ata Kararlarının Sonu**

Sağlığın bir hak olduğu, devletlerin bu hakkı sağlama sorumlulukları olduğunu, sağlığın sağlık hizmetleri dışında sosyal ve ekonomik faktörlere bağlı bulunduğunu, ülkelerin içindeki ve ülkeler arası eşitsizliklerin kabul edilemez olduğunu, daha adil bir yenedünya düzeni kurulması gerektiğini, insanların kendileri ile ilgili kararların alınmasına katılma hakları bulunduğunu, “2000 Yılına Kadar Herkese Sağlık” amacına ulaşmak için sağlık hizmetlerinin TSB ilkeleri doğrultusunda yeniden düzenlenmesi gerektiğini duyuran bu devrimsel nitelikteki kararlar uygulanabildi mi? Bildirgeyi oybirliği ile imzalayan 134 ülke ve 67 uluslararası kuruluş görevlerini yerine getirebildi mi? Ne yazık ki hayır. Kararlar ve öneriler kulağa hoş geliyordu ama dünyadaki yoksulluğun, eşitsizliğin, sağlıksızlığın temel nedenlerine hiç değinmiyorlardı. Belgelerde ne kapitalizm, ne emperyalizm, ne sömürü, ne sosyal sınıf terimleri, ne de cinsiyet ayrımcılığından hiç söz edilmemiştir. Temel sorunun tanısı yanlış olunca tedavi de tutmayacaktır. Nitekim daha kararların üzerinden 3 yıl geçmeden Reaganizm, Thatcherizm, Özalizm gibi neo-liberal politikaların uygulanmaya başlanması ile sağlık hizmetleri daha da kötüleşmiş, ülkeler arası ve ülke içi eşitsizlikler daha da artmıştır. Dünya Bankası, IMF, Dünya Ticaret Örgütü gibi kurumların da bastırması ile Alma-Ata'da alınan kararların tam tersi uygulamalara gidilmiş, sağlık bir hak olmaktan çıkarılıp meta haline getirilmiştir. Baskıcı, antidemokratik hükümetler en ufak katılım teşebbüslerine bile şiddetle karşılık vermişler, savaşlar ve silahlanma azalacağına artmıştır. “2000 Yılına Kadar Herkese Sağlık” amacı başka baharlara kalmış, gerçekleşebilmesi için önce herkese demokrasi, eğitim, iş, konut gibi temel girdilerin sağlanması gerektiği tekrar kanıtlanmıştır.

### **224 Sayılı Sosyalizasyon Yasasının Arkasındakiler**

27 Mayıs 1960 İhtilali ile iktidarı yeniden eline geçiren asker ve bürokrat kesim bazı üst yapı değişiklikleri yapma gereği duydu. Değişikliklerin nedeni olarak hem ekonominin gerekleri hem 1950'den sonra durumu kötüleşen toplum kesimlerinin gereksinimlerine yanıt, hem de demokratik talepler vardır. Bu çerçevede görece özgürlükçü 1961 Anayasası hazırlanmış, Devlet Planlama Örgütü kurulmuş ve 5 yıllık kalkınma planları düzenlenmiş, işçilere ilk kez toplu sözleşme ve grev hakkı tanınmış, Çalışma Bakanlığı açılmış, bürokraside düzenlemeler yapılmış ve 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun yürürlüğe girmiştir. Yasa, o dönemin reformist atmosferini yansıtan geniş kapsamlı sağlık tanımı, ücretsiz hizmet, ekip hizmeti, birinci basamak ve koruyucu hizmetlere ağırlık, kullanıcı katılımı gibi kavramlar içeriyordu (Dedeoğlu N., 1994).

224 sayılı Yasa'nın hazırlanışında Sağlık Bakanlığı Müsteşarı Doç. Dr. Nusret Fişek ve Hıfzıssıhha Okulu'ndaki arkadaşları başı çekmişlerdir. Ancak Milli Birlik Komitesi üyelerinden Albay Sami Küçük ve Sağlık Bakanı Prof. Dr. Ragıp Üner'in de

önemli katkıları vardır. Yasanın hazırlanışı ile ilgili detaylara Nusret Hoca'nın anılarından ulaşılabilir (Öztek Z., 1992).

## 224 Sayılı Yasanın Yasalaşamayan ve Uygulanamayan Maddeleri

33

Yasa hazırlanırken düşünülen, teklif edildiği ve yasa taslağında yer aldığı halde yasalaşamayan maddeler vardır. Yasanın ruhunu kavrayabilmek için bunların bilinmesi gerekir. Planlandığı halde yasaya girmeyen maddelerin detayları ile ilgili bilgi Nusret Hoca'nın ve zamanın Sağlık Bakanı'nın yazdığı kitaptan öğrenilebilir (Üner R., Fişek N., 1961).

- Türkiye 16 sağlık bölgesine ayrılacaktı. Merkezîyetçiliği azaltmak, denetimi kolaylaştırmak için düşünülmüş olan Bölge Müdürlükleri yasalaşmamıştır.
- Sosyalleştirmeye gelir sağlamak amacıyla, kişi başına yılda 25 TL prim toplanması öngörülmüştü. Bu madde yasalaşmadı. Yasalaşan metnin 2. maddesinde prim konusuna değinilmekte ise de hiç uygulanmamıştır.
- Yine finansman için tuzdan, PTT hizmetlerinden, radyo ruhsatlarından vb. destek sağlanması taslakta yer almışsa da yasalaşmadı.
- İlk taslaklara göre vatandaşa kişi başı yılda 25 TL ilaç parası ayrılacak, protez, gözlük ücretsiz olacaktır. Acil ilaçlar dışında, ücretsiz ilaç konusu yasalaşmadı.
- Sosyalleştirme bölgesindeki dişçilik ve eczacılık hizmetlerinin ve özel laboratuvarların devletçe satın alınıp işletilmesi düşünüldü ama taslakta bile yer alamadı.
- Yasa taslağına göre sosyalleştirme Tekirdağ, Çankırı ve Elazığ'da başlayacak, 3 yıllık uygulamadan sonra değerlendirme yapılarak genişletilecekti. Bu ilde başka programların da yürütülüyor olması nedeniyle sadece Muş'ta başlanabildi ve değerlendirme yapılmadan ertesi yıl 7 il birden programa alındı.
- Her ilçede 50 yataklı, 5 uzman hekim, 2 laboratuvar uzmanı, 1 diş hekimi ve 1 eczacının çalışacağı, verem savaşı ve ana-çocuk dispanserlerini içeren bir sağlık merkezi kurulacaktı. Sağlık ocakları bu merkezlere bağlı olacak, onlar tarafından denetlenecek ve eğitileceklerdi. Bu merkezler yasalaşan metnin 11. maddesinde yer alıyorsa da hiç uygulanmadılar.
- Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği illerde satın almalar ihale yasası dışına çıkartılıp bürokrasiden kurtulmak istenmişse de yasalaşmadı.
- 224 sayılı Yasa ile aynı zaman diliminde önerilen ve gerçekleşmeleri sosyalizasyonun uygulanmasını kolaylaştıracak bir dizi yasa daha vardır. Örneğin, halk sağlığı konularında eğitim ve araştırma yapacak bir Halk Sağlığı Akademisi düşünülmüştü. Tıp Fakültesi öğretim üyelerinin muayenehanelerinin kapatılması önerilmişti. Sağlık Bakanlığı'nın yeniden yapılması planlandı. Bunların hiç biri yasalaşmadı. Aslında 224 sayılı Yasa'nın kendisi bile neredeyse hiç çıkmayacaktı. Getireceği mali yük nedeniyle Maliye Bakanı Ekrem Alican yasa taslağını imzalamayı reddetmiştir. Yasa, Milli Birlik Komitesinin çıkarttığı en son yasa olup Komitenin görevinin sona ereceği gecenin geç bir saatinde kabul edilebilmiştir (Öztek Z., 1992).

## Yasalaştığı Halde Uygulanmayan Maddeler

Öte yandan yasalaştığı halde uygulanmayan veya sonradan yozlaştırılan maddeler de bulunmaktadır. Bunları özetleyelim:

- Yasanın 8. maddesi ve 1961 Anayasası sağlık hizmetlerinin tek elde toplanacağını belirtmişse de, SSK ve diğer kamu kuruluşlarına bağlı hastaneler yasal nedenlerle Sağlık Bakanlığına devredilememiştir. Bu ise çok başlılığa yol açmıştır.
- Sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinin 1975 yılına kadar tüm yurda yaygınlaştırılması öngörülüyordu. Bu süre önce 1982'ye ertelenmiş, 1983 yılında ise 20 il birden sosyalleştirilerek hizmette bütünlük sağlanabilmiştir. Ancak ülke nüfusunun çoğunluğunu oluşturan bu 20 ilde sosyalizasyonun oturması yıllar almıştır. Pek çok kent ocağı apartman katlarında hizmet vermek zorunda kalmışlardır. Oysa yasaya göre bir ildeki hizmetler sosyalleştirilmeden önce oradaki binalar, araç-gereç, vasıta sağlanacak, personel eğitimi-den geçmiş olacaktı.
- Yasanın 3. maddesine göre sosyalleştirilmiş bölgelerde çalışan hekimler muayenehane açamayacaklardı. Ancak bu madde daha 1965'te Diyarbakır sosyalleştirilirken uzman hekimler için delinmiş, 1981'de pratisyen hekimlere de muayenehane izni verilmiştir.
- Yasanın 22. maddesinde yer alan ve sistemin değerlendirilmesi, sektörler arası eşgüdümün sağlanması işlevini gören ve her yıl toplanması gereken Sosyalleştirme Genel Kurulları sadece iki kez toplanabilmiştir. Bunlarda da alınan kararlar uygulanmamıştır. Bu kurullar çalışabilse idi sosyalleştirmeyi değişen koşullara, örneğin kent tipi sağlık hizmetine uyarlamak kolay olurdu.
- Yerel halkın taleplerinin dile getirildiği, katılımlarının sağlandığı İl, İlçe ve Sağlık Ocağı Sağlık Kurulları hiç toplanmamışlardır.
- Sosyalleştirme başladığında hekimler sözleşme ile çalışıyorlar ve diğer kamu görevlilerine göre oldukça yüksek ücret alıyorlardı. Bu avantajlar kısa süre sonra geri alınmış, izole yerlerde ve zor koşullarda gönüllü olarak çalışan hekimler başka görevleri tercih eder olmuşlardır. Bunun üzerine boş kadroları doldurmak amacıyla zorunlu hizmet konmuştur.
- Yasada sözü edilen sağlık ocağı-sağlık merkezi-hastane sevk zinciri işletilememiş, hastane kapılarına yığılım önlenememiştir.
- Yasanın 14. maddesi hizmetin ücretsiz sağlanacağını belirtmektedir. Oysa zamanla aile planlaması, enjeksiyon gibi hizmetlerden bile para alınmaya başlanmış, ocağa yazar kasa sokulmuştur.
- Yasanın 24. maddesine göre bir hekim sosyalleştirilmiş bölgede en az üç yıl çalışacak, sonra istediği yere atanacaktı. Oysa bazıları çok kısa çalışmış, bazıları ise uzun yıllar çalıştıkları halde başka yere atanamamışlardır. Adil ve etkili bir atama sistemi hiç kurulamadı
- Yönetmeliklerde sözü edilen ve hekimden sonra en çok eğitim almış olup ebeleri eğitip denetleyecek olan halk sağlığı hemşiresi hiç yetiştirilememiştir.

- Yasanın 10. maddesine göre her sağlık ocağına bir vasıta verilecekti. Hizmetin temelde gezici olduğu düşünülürse böyle de olması gerekiyordu. Ancak ocakların çok azına cıp verilebilmiş, bunlar da şoför, benzin, yedek parça sorunları nedeniyle tam işlev yapamamıştır.
- Ocaklarda çalışan hekimler sağlık merkezi uzmanlarınca denetlenecek ve iş başında eğitileceklerdi (Madde 11). Bu gerçekleşemediği gibi hekimlerin sürekli eğitimleri ve denetimleri için başka bir mekanizma da kurulamamıştır.
- 224 sayılı Yasa kaymakamın doğrudan hekimin amiri olmasını engellemiştir. Sonradan İller Kanunu'na göre değişiklikler yapılmış, hekim kaymakamın denetimine sokulmuş ve hekimler çok sıkıntı çekmişlerdir (Dedeoğlu N., 1997).

## Sonuç

Görülebildiği gibi, Sosyalizasyon Yasası'nın daha hazırlanması sırasında pek çok önemli madde kadük olmuş, yasa yürürlüğe girdikten sonra da bazı önemli maddeler ise hiç uygulanmamıştır. Bütün bunlar yasanın ruhunu yitirmesine, koruyucu hizmet ve birinci basamak hizmete dayalı, ekip hizmeti ve gezici hizmete ağırlık veren yapısının zedelenmesine yol açmıştır. Daha sonra uygulamada karşılaşılan kentsel bölgelerde hizmet yetersizliği, sağlık yöneticisi sorunları, Sağlık Bakanlığı içindeki organizasyon sorunları, personelin özlük, eğitim ve denetim sorunları, yeterince eğitim almamış personel, sık personel değişiklikleri, zor çalışma koşulları ile ilaç dolabı, laboratuvarı, yeterli personeli olmayan yanlış yerlere kurulmuş sağlık ocakları gibi sorunlar hizmeti yıpratmıştır (Dirican R., 1999, Çalikoğlu AS., Tunçbilek E., 1990). Halkın yaşam koşullarının değiştirilememiş olması verilen sağlık hizmetinin etkisiz olmasına yol açmıştır (Soyer A., 2001). Son olarak, sistemde gerekli değişikliklerin yapılamaması, tam tersine neo-liberal ekonomi politikalarının uygulanmaya konması ile birlikte iyice yozlaştırılması bu hizmet sunum modelini çalışamaz hale getirmiştir. Aslında amaç tam da buydu. Her şeye rağmen özellikle kırsal kesimde oldukça başarılı olmuş, halk tarafından tutulan sosyalizasyonu işlemez hale getirip gözden düşürerek yeni bir sistemin kabulünü kolaylaştırmak, bir kamu hizmeti olan sağlık hizmetini özel çalışan pratisyen hekim ve hastanelere devretmek, piyasaya açmak.

Ancak sosyalleştirme hiçbir zaman ilk düşünüldüğü gibi uygulanmadığı da göz önüne alınmalıdır. Acaba uygulanabilseydi, halk sahip çıkar, aile hekimliği sistemine razı olmaz mıydı? Büyük olasılıkla hiçbir şey değişmezdi. Nitekim Hacettepe Tıp Fakültesinin Eğitim ve Araştırma Bölgesi olduğu için yıllarca son derece iyi sağlık hizmeti almış bulunan Çubuk ilçesi halkı, bölge, fakültenin elinden alındığı zaman kılını bile kıpırdatmamıştır.

Sosyalizasyonun Alma-Ata'dan 17 yıl önce temel sağlık bakımı uygulamasını gerçekleştirdiği iddiasına gelince. Yukarıdaki TSB ve sosyalizasyonla ilgili kısımlardan da anlaşılacağı gibi, ilk tasarlandığı haliyle sosyalizasyon gerçekten TSB modeline oldukça yakındır. Toplum katılımı, temel ilaçların sağlanması, sevk zinciri, ekip çalışması, kolayca ulaşılan ve koruyucu hizmetlere ağırlık veren birinci basamak hizmetler gibi öğeler birbirine benzemektedir. Yine de sosyalizasyonda katılım, sevk zinciri gibi bazı çok önemli öğelerin hiç uygulanmadığı unutulmamalıdır. Öte yandan Alma-Ata'yı salt TSB perspektifinden görmek çok yanlış olur. TSB sadece bildirinin son maddesinde sözü edilen etkili, çağdaş ve insancıl bir hizmet sunma modelidir. Alma-Ata'nın asıl devrimci ruhu ise sosyal adalet, eşitlik, de-

mokrası, temel insani gereksinimlerin sağlanması zorunluluğu, sağlık hakkı, anti militarizm gibi ilerici söylemlerin yer aldığı diğer maddelerinde bulunmaktadır. Her ne kadar ilk maddesinde sosyal adaletten, sağlığın bir hak olmasından söz ediyor olsa da sosyalizasyonun hiç bu tür temel iddiaları olmamış, daha baştan bir sağlık hizmeti modeli olarak düzenlenmiştir. Bütün eksiklik ve uygulama hatalarına karşın çağdaş bir kamusal sağlık hizmeti modeli olan sosyalizasyonu çok arayacağız.

## Kaynaklar

1. Aksakoğlu G. (2002). Herkes İçin Sağlıktan Hedef 21'e: Dünya Sağlık Örgütü Değişiyor, Toplum ve Hekim, 17 (2); 91-100
2. Çalıkoğlu AS., Tunçbilek E. (1990). Çankırı İli Örneğinde Tedavi Edici Hizmetlerde 1. Basamak Sağlık Kuruluşlarının Verimliliğinin Değerlendirilmesi Sağlık ve Toplum, 2, 39-41
3. Dedeoğlu N. (1988). Uluslararası Sağlık Çalışmalarının Tarihçesi, Dünya Sağlık Örgütü ve Türkiye. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayını, 1, 45, Antalya
4. Dedeoğlu N. (1994). Bir Yasanın Hikayesi, Toplum ve Hekim, 9 (60); 59-60
5. Dedeoğlu N. (1997). 224 Sayılı Yasanın Dünü, Bugünü, Yarını, içinde: 224 Sayılı Yasada Dün-Bugün-Yarın, Adana Tabip Odası Yayını, 70-5
6. Dedeoğlu N. (2002). Dünya Sağlık Örgütü. Toplum ve Hekim, 17 (2),88-90
7. Dedeoğlu N. (2010). Dünya Sağlık Örgütü, Sağlık Hakkı ve Küreselleşme, Koruyucu Hekimlik Bülteni, 9 (4), 361-6
8. Dirican R. (1999). Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Muş İline Yapılan Gezi Hakkında Rapor, Toplum ve Hekim, 14 (5), 379-83
9. DSÖ.(2011) Declaration of Alma-Ata  
[http://www.who.int/publications/almaata\\_declaration\\_en.pdf](http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf) 05 08 2011
10. Öztekin Z. (1986). Temel Sağlık Hizmetleri, Hacettepe Üniversitesi. Tıp Fak. Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yayını, No: 86/33
11. Öztekin Z. (1992). Nusret Fişek İle Söyleşi, TTB Merkez Konseyi Yayını, Ankara
12. Soyer A. (2001). Otuz Yıl Önce Tıp Öğrencilerinin Yaptığı Bir Araştırma Nedeni İle "Sosyalizasyon ve Doğu". Toplum ve Hekim,15 (2), 130-5
13. Üner R., Fişek N. (1961). Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi ve Uygulama Planı Üzerinde Çalışmalar, SSYB Yayını, 256, Ankara

# SOSYALLEŞTİRME SÜRECİNE KOŞUT DÜNYADA SAĞLIK SİSTEMLERİ: ÜLKE ÖRNEKLERİ

**Prof. Dr. Kayıhan PALA**

*Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı AD*

Türkiye'de sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi süreci değerlendirilirken, o süreci belirleyen üç temel etkenin göz önüne alınması gerekmektedir. İlk olarak, sosyalleştirme planlı kalkınma döneminin bir girişimidir. Birinci beş yıllık kalkınma planında sağlık yönetiminin temel ilkesinin toplumun sağlık düzeyini yükseltmek olduğu ve bunun için toplum sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesine öncelik verileceği belirtilmiştir. İkincisi toplumun %70'inden fazlası kırsal kesimde yaşamaktadır ve bu kesimin her geçen gün artan sağlık istemleri geçici önlemlerle karşılanamayacak duruma gelmiştir. Üçüncü olarak da tedavi hekimliği hizmetlerinin, koruyucu hekimlik çalışmalarını tamamlayacak şekilde ele alınması ve tıbbi bakımın az sayıda nüfusun yararlandığı pahalı bir hizmet olan hastanecilik yerine, evde ve ayakta tedaviyi sağlayan ve küçük topluluklara kadar yayılan bir sağlık örgütlenmesi ile sağlanması öngörülmüştür (1).

Sosyalleştirme süreci 1960-1980 döneminde gerçekleştirilmeye çalışılmıştır. Bu dönemde dünyadaki sağlık sistemlerinde temel olarak ülkenin sosyalist ya da kapitalist olmasıyla ilişkili iki yaklaşım bulunmaktadır. Bu yazıda yer alan ülke örnekleri 1960-1980 dönemindeki özellikleri ile değerlendirilecektir.

## **Sosyalleştirme Sürecine Koşut Sosyalist Ülkelerde Sağlık Sistemleri\***

Sosyalist ülkelerdeki sağlık sistemlerinin genel olarak toplumda yaşayan bireylerin tümüne, gereksindikleri ölçüde/yerde ve sağlanabilen en üst düzeyde sağlık hizmetinin götürülmesi amacına uygun olarak örgütlendikleri gözlenmektedir. Bireylerin hizmetten eşit ölçüde yararlanabilmesini sağlamak amacıyla kentsel ve kırsal yörelerdeki küçük nüfuslara bile hizmet sunabilecek ilk basamaklar oluşturulmuştur. İlk basamak bakımı, sosyalist ülkelerin sağlık örgütlenmelerinin önemli ortak özelliklerinden birini oluşturmaktadır. Risk grupları önemsenmiş anne, çocuk, işçi, kronik hasta vb. için gereğinde özel örgütlenmeye gidilmiştir. Ücretsiz hizmet, temel ilkelere birisini oluşturmaktadır. Tüm sosyalist ülkelerde, bir ölçüde özel sektörün de sağlıkta yer aldığı Demokratik Almanya ve Polonya dışında, hizmet tamamen ücretsizdir. Sağlık hizmeti devlet tarafından üstlenilmiş bir yükümlülüktür. Bazı ülkelerde (Doğu Almanya, Polonya, Macaristan) özel hekimlik uygulaması olmasına karşın, bu hekimler günde 6-7 saat kamu hizmetinden sonra özel çalışmaya geçebilmekteydiler. Sağlık hizmetleri tümüyle entegre olarak sunulmaktaydı. Ekibin çalışmasına büyük bir önem verilmekteydi. Hizmetin tümü Sağlık Bakanlıkları tarafından yürütülmekteydi. Sağlık hizmetinin planlanması, genel kalkınma planı-

\* Bu bölümün hazırlanmasında Dr. Gazanfer Aksakoğlu'nun 1978 yılında Toplum ve Hekim Dergisi'nin 7. ve 8. sayılarında yayınlanan "Sosyalist Ülkelerde Sağlık Örgütlenmesi" adlı makalesinden geniş ölçüde yararlanılmıştır.

nın bir parçasıdır ve sanayi, tarım, gıda teknolojisi, eğitim, sosyal çalışmalar gibi dallarla birlikte diğerleriyle tam koordinasyon halinde düzenlenir (2).

O dönemde sosyalist ülkelerde sağlık hizmetinin dayandığı temel ilkeler şöyle özetlenebilir (2):

1. Sağlık hizmetleri ulusal sosyo-ekonomik planın parçası olarak hazırlanır ve yürütülür. Her yerel örgüt kendi planını hazırlamakta bağımsızdır, ancak bu planların birleştirilmesi ve ülkenin genel planı ile denkleğinin kurulması bir merkezce yapılır.
2. Tüm sağlık hizmetleri devlet eliyle tek bir merkez tarafından planlanır ve yürütülür. Ancak yerel örgütlerin uygulamada özerklikleri vardır.
3. Hizmet coğrafi özellik ya da kişi, grup, sınıf farkı gözetilmeksizin tüm kişilere ulaştırılmıştır.
4. Hizmet, bazı malzemenin maliyet ücreti dışında tümüyle ücretsizdir.
5. Her düzeyde koruyucu ve iyileştirici hizmetler entegre edilmiştir. Koruyucu hizmetlere özel bir önem verilir.
6. Tıbbi bakımın temelini birinci basamak hekimliği oluşturur. Bu noktada genellikle uzman hekimler çalıştırılır. Dağınık kırsal yerleşme yörelerinde hekim dışı personel de kullanılabilir.
7. Hizmet gören halk; sendika, yerel yönetim gibi kurumlar aracılığıyla ve bireysel olarak hizmete aktif olarak katılır ve hizmeti denetler.

### **Sovyet Sosyalist Cumhuriyetler Birliği (SSCB)**

SSCB bilindiği gibi işçilerden ve köylülerden oluşan çokuluslu bir sosyalist devletti ve yüzün üzerinde ulus ve etnik grubu barındırmaktaydı. SSCB'nin nüfusu 1966'da yaklaşık 234 milyonu ve bunun %55'i kentsel alanda yaşamaktaydı (3).

SSCB'de uygulamaya konulan sağlık sisteminin dört temel ilkesi vardı:

1. Sağlık hizmetinin ülke çapında planlanması esastır ve bütün sağlık hizmetleri ücretsiz olarak sunulur. Ülkede yaşayan herkes yüksek standarttaki bir sağlık hizmetine her hangi bir engel olmaksızın erişme hakkına sahiptir.
2. Sistem koruma odaklıdır.
3. Tıbbi araştırmalar ile uygulama arasında açık bir bağlantı bulunmaktadır ve
4. Halk sağlığı sisteminin gelişmesinde toplum katılımı esastır.

Devlet halkının sağlığının korunmasından tamamıyla sorumludur. Bu amaçla sanitasyon ve hijyen ile ilgili düzenlemeler yapar; toprak, su ve hava kirliliğini ölçer, beslenmeyi düzenler ve bulaşıcı hastalıkların yayılmasını önler. Bütün bunları yerine getirebilmek için bütçeden sağlık alanına aktarılan pay her geçen yıl arttırılır. 1955'te 3,12 milyar Ruble olan halk sağlığı harcamaları, 1967'de 7,4 milyar Rubleye yükselmiştir. Bu sayı bütçenin %6'sından daha fazla bir oranın ayrıldığı göstermektedir ve bu orana tıp eğitimi, tıbbi araştırmalar ve yönetim giderleri dahil değildir (3).

1913'te on bin kişiye düşen hastane yatağı sayısı Rusya'da 13 iken, bu sayı devrimden sonra SSCB'de 1940'ta 40,2'ye ve 1965'te 96'ya yükselmiştir. 1965'te on bin kişiye düşen hekim sayısı ise 23,9'dur (3).

Sağlık hizmetleri Sağlık Bakanlığı altında beş düzeyde örgütlenmiştir: Cumhuriyet, oblast, rayon, uchastok ve sağlık istasyonları. En uç sağlık birimi istasyonlardır.

Köylerde ve dağınık yerleşim gösteren birimlerde kurulmuştur. Bu istasyonlarda feldsher\* ve ek olarak bir ebe bulunur. Ortalama nüfusu 4.000 kişi olan her sağlık bölgesinde (uchastok) bir poliklinik bulunur. Burada pediatrist, yetişkin pratisyeni (terapevti), jinekolog ve diş hekiminden oluşan ortalama yedi hekim görev yapar. Bunlara ek olarak hemşireler, çevre sağlıkçılar ve ebeler de hizmet içerisinde yer alır. Bir hekimin günde ortalama 30 hasta bakması beklenir. On uchastokun birleşmesi ile bir rayon oluşur. Bölge 200-400 yataklı bir hastane ile 15 kadar uzmanlık dalını kapsar. Bir üst birim 600-1.000 yatak kapasiteli üst uzmanlaşma, eğitim, koruma ve iyileştirme merkezi niteliğinde olan oblasttır. Oblastların üzerindeki örgüt özerk cumhuriyetin sağlık bakanlığıdır (4).

SSCB'nin işçi sağlığı alanında özel bir yeri vardır. İşçi sağlığı, halk sağlığı uygulamaları ile birlikte merkezi örgütlenme ile koordineli olarak yürütülmüştür. İlk işçi sağlığı enstitüsü 1923 yılında Moskova'da kuruldu. Sovyet sağlık otoriteleri bir yandan I. Dünya Savaşı ve iç savaşın yıkımlarından kurtulmak için önlemler alırken diğer yandan da işçilere hizmet veren sağlık birimleri kurmaya yöneldiler. Sanayi bölgelerinde sendikaların da etkisi ile ilk yardım istasyonları kuruldu (4).

SSCB'de işçi sağlığı hizmetlerinin temel birimi (Sanayi bölgelerinde kurulur) 1.000-2.000 işçiyi kapsar ve bölge hastanesi ile bağlantılı olarak çalışır. Birimde periyodik tıbbi muayeneler, poliklinik hizmetleri (bazılarında gece yatırarak gözlem), çalışanların sağlığını etkileyen etmenlerle ilgili çalışmalar ve işyerlerinde sağlığın ve hijyen koşullarının geliştirilmesi gibi hizmetler sunulur (5).

### **Çekoslovakya**

Ülke nüfusu 1963'te 14 milyon kadardır. Ülkede kaba doğum hızı binde 15.7, kaba ölüm hızı binde 10.0 ve bebek ölüm hızı binde 22.8'dir (5).

Yönetmel yapıya göre iki ayrı hükümetten oluşan ülkenin, Çek ve Slovak olmak üzere iki ayrı Sağlık Bakanlığı vardır. Bakanlıklar hizmeti bağımsız olarak sürdürürler. Ancak bunların üstünde bulunan Sağlık Konseyi sağlık alanı ile ilgili hemen her konuda ulusal bütünlüğü sağlamaya yönelik çalışır. Uçta halk sağlığı birimi yer alır. Halk sağlığı hekimi denetiminde bir pediatrist, bir jinekolog, bir stomatolojist, bir hemşire, bir çocuk hemşiresi ve bir ebe ile ortalama 4.000 nüfuslu bir alanın tüm sağlık hizmetleri yürütülür. Bu birimler 200-300 yatağı ve dört departmanı olan bir hastanesi ile 8-10 departmanlı bir polikliniği ve gerekli laboratuvar olanakları olan 50.000 nüfusu kapsayan bir örgüte dayanır. İkinci basamak 10-12 departmanlı ve 700-800 yataklı bir hastane, 6 departmanlı bir poliklinik ile 150.000-200.000 nüfusu kapsar. Daha yukarıda 17-23 departmanlı bir poliklinik ve eğitim hastanesi bulunur. Hizmet alanı yaklaşık olarak bir milyon kişidir. Ülkede 1977 yılında kişi başına hekime başvuru sayısı 12,7'dir ve doğumların %98,7'si ilgili kuruluşlarda gerçekleştirilmiştir. Tüm hizmetler ücretsiz olarak yürütülür. Kişiler her reçete için 7 cent tutarında bir para ödemek zorundadır. (6).

### **Bulgaristan**

Ülkenin nüfusu 1962'de sekiz milyonun biraz üzerindedir. Aynı yıl kaba doğum hızı binde 16.7 ve kaba ölüm hızı binde 8.7'dir. Ülkede bin kişiye 7.9 yatak düşer (5).

\* SSCB döneminde bazı ülkelerde özellikle kırsal alanda çalışmak üzere orta öğretimden sonra iki-dört yıllık bir eğitim ile yetiştirilen, belli hastalıklara tanı koyma ve sınırlı olarak reçete yazma yetkisi bulunan ancak hekimlerin bütün yetkilerine sahip olmayan hekim ile hemşire arasındaki sağlık personeli.



Hizmetin hemen tümü Sağlık Bakanlığı'nın sorumluluğu altındadır. Bunun dışında kendi örgütlerine ait sağlık hizmeti alan üç kuruluş görülür: Ulaştırma Bakanlığı, Tarım ve Gıda Sanayi Bakanlığı ve Savunma Bakanlığı. İlk ikisinin hizmeti Sağlık Bakanlığı'nın denetiminde, Savunma Bakanlığı'ninki bağımsız yürütülür. Sağlık Bakanlığının örgüt yapısında en uçta kırsal alanda genellikle bir hekim, nüfusu düşük olan yerlerde ise bir feldsher bulunur. Hekimin yanında bir diş hekimi, bir de ebe bulunur. Bu üç birimler birinci basamak olarak kentlerde entegre hizmeti yürüten hastanelerle bağlantılıdır. İkinci basamakta 30.000-100.000 nüfus için 250-400 yataklı bölge hastaneleri ve üçüncü basamakta da tüm ülkede 28 adet olan il sağlık örgütü bulunur. Hem Sağlık Bakanlığı, hem halk konseyinin denetimi altında; kentsel/kırsal entegre çalışma yapar. Her il örgütü bir danışma hastanesi kapsar. Tıbbi akademi tüm bu kuruluşların üstünde yer alır. Hizmet, eğitim ve araştırma fonksiyonlarını yürütür. Mezun olan her hekimin üç yıl kırsal alanda çalışması gerekir (6).

### **Demokratik Alman Cumhuriyeti (DAC)**

Demokratik Almanya diğer COMECON\* ülkelerinden sanayide belirgin özel sektör varlığı ile ayrılır. Doğal olarak bu durum sağlık sektörüne de yansır. Ülkede 1973'te devlete ait bulunan 490 hastane yanında, dinsel kuruluşların elinde 82 ve özel sektörün elinde 16 hastane bulunmaktadır. DAC'ın diğer sosyalist ülkelerden bir diğer önemli farkı, sağlık hizmetinin önemli ölçüde sosyal sigortacılığın tarihsel geleneğine dayalı olmasıdır. Diğer sosyalist ülkelerde tüm sigorta primlerini işveren firma ödemek zorundayken, DAC'ta işçi de ücretinin %10'unu prim olarak ödemek zorundadır. Sağlık Bakanlığı hükümetin ve Sosyalist Birlik Partisinin ülke ekonomik planına dayanarak hazırladıkları sağlık uygulamalarını yürütmekle yükümlüdür. Eğitim hastaneleri dışında tüm sağlık kuruluşları yerel düzeyde yönetilir. Sağlık örgütü aşağıdan yukarıya doğru kırsal sağlık merkezleri, bağımsız poliklinikler ve polikliniği olan yerel hastaneler olarak sıralanır. Hekim yetiştiren eğitim hastaneleri Bakanlıkla özel anlaşmalı olarak çalışır. Üniversite klinikleri Bakanlığın gösterdiği hizmeti yürütmekle yükümlüdür. Tüm üniversiteler Yüksek ve Uzmanlaşmış Eğitim Bakanlığı'na bağlıdır. Sağlık sektöründe çalışan kişilerin sayısı çok yüksektir. 1972 yılında 380.900 kişinin sağlık hizmetinde görev aldığı saptanmıştır. Bu sayı, toplam çalışan nüfusun %4,7'sini oluşturur (6).

### **Sosyalleştirme Sürecine Koşut Kapitalist Ülkelerde Sağlık Sistemleri\*\***

Kapitalist ülkeleri, sosyalist ülkelerin aksine genel özellikleri bakımından tek bir sistem olarak ele almak olanaklı değildir. Hem merkez kapitalist ülkelerde, hem de çevre ülkelerde benimsenen sağlık sistemi modelleri farklılık göstermektedir. Ancak bu dönemde, başta Avrupa bölgesindeki ülkeler olmak üzere, pek çok ülkede devletin sağlık alanındaki giderek artan rolü göze çarpmaktadır. Bir yandan ikinci dünya savaşının halklar üzerindeki büyük yıkımı diğer yandan sosyalist ülkelerdeki sağlık sisteminin başarısı, kapitalist ülkeleri yönlendirmiş ve sosyalist sistemde benimsenen bazı ilkeler yürürlüğe konmuştur. İngiltere'deki Ulusal Sağlık Hizmetleri (USH) yaklaşımı bu konudaki en önemli girişim olmuştur.

Avrupa'da sağlık sistemlerini belirleyici etmenler; finansman, insan gücü, öncelikler, eğitim düzeyi, sanayileşmenin derecesi, ülkenin nüfus büyüklüğü, iklimi, ileti-

\* Sosyalist ülkeler arasında ekonomik işbirliği ve dayanışma amacıyla 25 Ocak 1949'da kurulan ve Batı ülkelerinde İngilizcesinin kısaltması Council for Mutual Economic Assistance: COMECON (Karşılıklı Ekonomik Yardımlaşma Konseyi) olarak adlandırılan uluslararası örgüt.

\*\* Bu bölümün hazırlanmasında Dünya Sağlık Örgütü tarafından 1965 yılında basılan "Health Services in Europe" adlı kitaptan geniş ölçüde yararlanılmıştır.

şim olanakları, nüfus yoğunluğu, tarihsel-sosyal ve dini gelenekleri, siyasi yapısı, yönetsel yapısı, savaşlar ve diğer krizler gibi tıbbi olmayan etmenler ve sağlıkla ilgili tehlike kaynaklarının çeşitliliği, teknik üstünlük ve keşifler, sağlık hizmetlerinin giderek artan maliyeti, eğitilmiş tıbbi personelin varlığı ve tıbbi gelenekler gibi tıbbi etmenler olarak sınıflandırılmıştır (5).

Bu dönemde örneğin dini inanışların bazı ülkelerde anatomik diseksiyonlar, organ transplantasyonları, kan transferi, terapötik düşüklükler ve aile planlaması uygulamalarını sınırlayıcı etkileri söz konusudur. Siyasi yapının bağışıklamanın yaygınlaştırılmasına izin vermemesi bir başka tıbbi olmayan etmen olarak karşımızda durmaktadır.

Bu dönemde ülkeler arasındaki demografik ve hastalık örüntüsü farklılıkları, sağlık sorunlarını veriye dayalı değerlendirme ile ilgili sorunlar, hizmeti birey/toplum odaklı sunmakla ilgili yaklaşım farklılıkları, nüfus başına düşen sağlık çalışanları ile ilgili farklılıklar ve birinci basamak hekimliği ile uzman hekimlik tercihi arasındaki farklılıklar kapitalist ülkelerdeki sağlık sistemlerini belirleyen temel tıbbi etmenlerdir.

Özellikle Avrupa'daki ülkeler için bu dönemde başta hizmet sunumu olmak üzere devletin sağlık alanındaki rolünün giderek artmasının yanında, sosyal refahın sağlık alanındaki belirleyiciliği ile ilgili farkındalık artışının, "önlenebilir hastalıklar" yaklaşımının giderek artan düzeyde benimsenmesinin, özellikle başta SSCB olmak üzere sosyalist ülkelerdeki deneyimin etkisiyle koruyucu ve tedavi edici tıbbi hizmetlerin entegrasyonunun, ruh sağlığı kavramının sağlık hizmetleri içerisinde giderek artan oranda yer bulmasının, sağlık eğitimine önem verilmesinin, kayıt ve istatistiklerden yararlanılmasının, yaşlanan nüfusun sağlık alanındaki etkisinin, tanı ve tedavi amacıyla yeni yöntemlerin kullanılmasının ve uluslar arası işbirliği artışının ana eğilimler olduğunu da söylemek olanaklıdır.

### **Avusturya**

Avusturya bilindiği gibi, Avrupa'nın kalbinde dağlık bir ülkedir. 1961'de nüfusu yedi milyonun biraz üzerindedir. Aynı yıl kaba doğum hızı binde 18.6, kaba ölüm hızı binde 12.1, bebek ölüm hızı binde 32.7 ve ana ölüm hızı binde 0.7'dir. Ülkede birinci ölüm nedeni kalp hastalıkları, ikinci ölüm nedeni ise kanserlerdir. Tüberküloz önlenebilir bulaşıcı hastalıklar arasında (1961'de 17.581 olgu) ilk sıradadır (5).

Toplumun %80'i sağlık sigortasına sahiptir. Sigortalı olmayan yoksullar için de bir sağlık hizmeti vardır. Bütün hastalar ilk aşamada hekimin muayenehanesine ya da evine başvurur. Hekimin ücreti hasta tarafından ödenir. Eğer hasta sigortalı ve hekim de sigorta ile anlaşmalıysa, hasta ücreti sigortadan geri alır. Yoksullar için ücret yerel yönetimler tarafından karşılanır. Sigortanın bütün sigortalıların yararlandığı radyoloji ve biyokimya laboratuvarlarının olduğu sağlık merkezleri bulunmaktadır.

1961'de bin kişiye 10.5 hasta yatağı düşmektedir. 1962'de hekim başına düşen nüfus 510 kişidir. Avusturya'da üç tıp fakültesi (Viyana, Graz ve Innsbruck) bulunmaktadır ve bu fakültelerden yılda 760 hekim mezun olmaktadır. Bütün hekimler mezun olduktan sonra çalışma izni alabilmek için en az üç yıl hastanede çalışmak zorundadır; bu süre uzmanlar için altı yıldır (5).

## **Belçika**

Ülkenin nüfusu 1963'te 9.3 milyondur. 1962'de kaba doğum hızı binde 16.7, kaba ölüm hızı binde 12.1 ve 1961'de bebek ölüm hızı binde 28.1'dir. Ölüm nedenleri arasında birinci sırada kanserler ve ikinci sırada kalp hastalıkları yer alır. Tüberküloz bulaşıcı hastalıklar arasında (4706 olgu) ilk sıradadır (5).

1944'ten beri tüm çalışanlar ve aile üyeleri (yaklaşık altı milyon kişi) zorunlu sosyal sigorta kapsamındadır. Sigortalılar istediği hekime, kliniğe ya da hastaneye başvurabilir. Ülkede koruyucu ya da tedavi edici hizmetlerle ilişkili birinci basamak sağlık merkezleri bulunmamaktadır. Ülkede bin kişiye 4.5 yatak düşmektedir.

Hekim başına düşen nüfus 1963'te 721 kişidir. Ülkede ikisi özel (Brüksel, Louvain) olmak üzere dört tane (Liege, Ghent) tıp fakültesi bulunmaktadır.

## **Danimarka**

Ülkenin nüfusu 1960'da 4.6 milyondur. Nüfusun %75'i kentsel alanda yaşamaktadır. 1962'de kaba doğum hızı binde 17.0, bebek ölüm hızı binde 20.1 ve kaba ölüm hızı binde 9.7'dir. Doğumda yaşam beklentisi 1956-1960 döneminde erkekler için 70.4 ve kadınlar için 73.8 yıldır. Birinci ölüm nedeni kalp hastalıkları, ikincisi kanserlerdir. En sık görülen bulaşıcı hastalık (290.000 olgu) influenzadır (5).

Nüfusun %90'ı sigorta kapsamı altındadır. Yılda 3.000 doların altında geliri olanların sağlık giderleri devlet tarafından karşılanır. Sigortalar evde bakım da içinde olmak üzere genel pratisyenlerle anlaşma halindedir. Kamu hastaneleri yerel yönetimlere bağlı olarak hizmet sunar. Bin kişiye 10.5 yatak düşer. Hekim başına düşen nüfus 1960'da 775 kişidir (5).

## **Fransa**

Ülkenin nüfusu 1962'de 46.2 milyondur. Kaba doğum hızı binde 17.8, kaba ölüm hızı binde 11.5 ve bebek ölüm hızı binde 21.7'dir. Doğumda beklenen yaşam ümidi erkeklerde 67.6 ve kadınlarda 74.1 yıldır. Ülkede en sık görülen bulaşıcı hastalık 12.756 olgu ile kızamıktır.

Ülkedeki sosyal sigorta sistemi tüm çalışanları aile bireyleri ile birlikte kapsam altına alır. Sigortalılar sağlık hizmetlerine erişim sırasında %0-20 oranında katılım payı öder. Fransa sağlık sistemi ayakta sunulan hizmetler ve hastanelerden oluşur. Ülkede bin kişiye 16 hasta yatağı düşmektedir. Hekim başına düşen nüfus 950 kişidir (5).

## **Federal Almanya Cumhuriyeti**

Ülke nüfusu 1962'de 53.6 milyondur. Kaba doğum hızı binde 17.9, kaba ölüm hızı binde 11.3, bebek ölüm hızı binde 29.3 ve anne ölüm hızı binde 0.9'dur. Ülkede birinci ölüm nedeni kanserler, ikinci ölüm nedeni ise kalp hastalıklarıdır. Ülkede en sık görülen bulaşıcı hastalık 25.289 olgu ile kızıldır.

Ülke nüfusunun %85'i zorunlu sosyal sigorta kapsamı altındadır. Sigortalılar başvuracağı hekimi seçme hakkına sahiptir. Ülkede bin kişiye 10.6 hasta yatağı düşmektedir. Ülkede üç tip hastane bulunmaktadır: Kamu hastaneleri (%55.6), kar amacı gütmeyen vakıf ve dini hastaneler (%36.7) ve özel sektör hastaneleri (%7.7).

1962'de ülkede 82.097 hekim hizmet sunmaktaydı. Hekim başına düşen kişi sayısı yaklaşık olarak 650'dir. Bunların 50.476'sı (%61.5) özel muayenehanelerinde

hizmet sunarken 29.966'sı (%36.5) hastanelerde tam zamanlı çalışmaktaydı. Hekimlerin %42.6'sı uzmandı (5).

### **İngiltere (Birleşik Krallık)**

Ülke nüfusu 1960'da 52.4 milyondur. Kaba doğum hızı binde 17.2, kaba ölüm hızı binde 11.5 ve bebek ölüm hızı binde 21.8'dir. Ülkede birinci ölüm nedeni kalp hastalıkları, ikinci ölüm nedeni ise kanserlerdir. Ülkede en sık görülen bulaşıcı hastalık 159.364 olgu ile kızamıktır (5).

Ülkenin sağlık sistemi 1946'da kurulan "Ulusal Sağlık Hizmetleri (USH)" ile belirlenmiştir. USH temel olarak, geniş kapsamlı bir sağlık hizmetinin ülke çapında desteklenmesini, bedensel ve ruhsal açıdan sağlığın geliştirilmesinin güvence altına alınmasını, hastalıklardan koruma, tanı ve tedavi hizmetlerinin bir arada yürütülmesini içerir. USH gönüllü kişi ve kuruluşlar tarafından büyük ölçüde desteklenir. Sağlık hizmeti her yurttaş için ücretsizdir. Ancak reçeteler alınırken bir miktar katkı payı ödenir. Nüfusun %97'si USH'den yararlanmaktadır.

Ülkede 138 UHS Yönetim Kurulu (Executive Council) bulunmaktadır. Bunlar birinci basamak sağlık hizmetlerinin yönetiminden doğrudan sorumludur. Her biri 12'si yerelde çalışan hekim, dış hekimi ve eczacılardan, 8'si yerel sağlık yetkilisi ve 5'i Sağlık Bakanlığı yetkilisi olmak üzere 25 kişiden oluşur. Yönetim kurullarının önemli bir işlevi de eşgüdümdür (7).

USH ile ülke çapında birinci basamak sağlık hizmetleri genel pratisyen hekimler tarafından sunulmaktadır. Genel pratisyen hekimler listelerine kayıt yaptırmış kişi sayısına göre kapıtasyon ile ücretlendirilir. Ana-çocuk sağlığı ve diğer hizmetler için çoğunlukla yerel yönetimlere bağlı çalışan kamu sağlık merkezleri bulunur. Bölge hastaneleri ile eğitim hastaneleri birinci basamaktan yöneltilen hastaların başvurusuna yanıt vermek üzere planlanmıştır. 1960'ta 2.626 USH hastanesinde toplam olarak 483013 yatak bulunmaktadır. USH dışında kalan 101 hastanedeki toplam yatak sayısı ise 6342'dir (%1.3).

Ülkedeki USH hastanelerinde 1960 yılında 12.496'sı tam zamanlı ve 5.753'ü yarı zamanlı (%31.5) olmak üzere toplam 18.249 hekim çalışmaktadır. USH kapsamı içerisinde genel pratisyen hekim ya da özel muayenehanesinde çalışan hekim sayısı ise 22.234'tür (5).

### **Sosyalleştirme Sürecine Koşut Dünyada Sağlık Sistemleri: Temel Belirleyiciler**

Türkiye'nin sosyalleştirme sürecine koşut olarak, dünyadaki sağlık sistemleri değerlendirildiğinde ülkeler arasındaki farklılıkların temel olarak iki değişkenden etkilendiğini söylemek olanaklıdır. Birincisi bu yazının başında da değinildiği gibi, ülkenin sosyalist sistemi benimsemiş olması sağlık sistemini doğrudan etkilemektedir. İkinci önemli değişken ise, kapitalist ülkeler arasında sağlığa verilen önemin derecesidir. Hiç kuşkusuz, o yıllarda da sağlık kar maksimizasyonunun en üst düzeyde yapılabileceği bilinen bir sektör olmasına karşın, başta İngiltere olmak üzere bazı kapitalist ülkeler devletin sağlık alanındaki etkinliğini artıracak sistem değişikliklerini benimsemişlerdir. Bunun savaşların toplumun geniş kesimleri üzerindeki yıkıcı etkisini azaltmak ve kapitalist sisteme karşı toplumun tepkisini soğurmakla ilgisinin olabileceğine daha önce değinilmişti. Çeşitli Avrupa ülkelerinde gayri safi yurt içi hasılanın oranı olarak kamu ve toplam sağlık harcamaları Tablo 1'de verilmektedir. İsveç ve Yunanistan'ın kamu harcamalarındaki oranı dikkat çekicidir.

Tablo 1. Çeşitli Avrupa ülkelerinde GSYİH\*\*'nin oranı olarak sağlık harcamaları (% , 1962)

Ülke	Kamu	Toplam
Avusturya	2,9	4,6
Belçika	3,1	4,3
Finlandiya	2,5	3,9
Fransa	3,1	4,7
Federal Almanya Cumhuriyeti	2,5	4,5
Yunanistan	1,8	2,8
İrlanda	2,8	3,8
İtalya	2,9	3,9
Hollanda	2,8	4,4
Norveç	2,4	3,3
İsveç	3,6	4,7
İngiltere	3,2	3,9

Kaynak: WHO, Health Services in Europe, 1981.

O dönemde tüm ülkelerdeki genel eğilim 1960'dan 1980'e gelinceye kadar toplam sağlık harcamalarının GSYİH içerisindeki oranının artışıdır (Tablo 2).

Tablo 2. Çeşitli OECD ülkelerinde GSYİH'nin oranı olarak toplam sağlık harcamaları (%)

Ülke	1960	1970	1980
Avusturya	4,3	5,2	7,4
Belçika		3,9	6,3
Finlandiya	3,8	5,5	6,3
Fransa	3,8	5,4	7,0
Federal Almanya Cumhuriyeti		6,0	8,4
Yunanistan		5,4	5,9
İrlanda	3,7	5,1	8,2
Japonya	3,0	4,5	6,4
Norveç	2,9	4,4	7,0
Portekiz		2,4	5,1
İspanya	1,5	3,5	5,3
İsveç		6,8	8,9
İsviçre	4,9	5,5	7,4
Türkiye			2,4
İngiltere (Birleşik Krallık)	3,9	4,5	5,6
Amerika Birleşik Devletleri	5,1	7,1	9,0

Kaynak: OECD Health Data 2011

<http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>

Kapitalist ülkelerde bir yandan GSYİH içerisinde toplam sağlık harcamalarının oranı artarken, diğer yandan da Amerika Birleşik Devletleri de içinde olmak üzere toplam sağlık harcamaları içerisinde cepten harcamaların oranında çarpıcı bir biçimde azalma gözlenmiştir (Tablo 3).

\* Gayri Safi Yurt İçi Hasıla.

Tablo 3. Bazı ülkelerde cepten sağlık harcamalarındaki değişim (1960-1980)

Ülke	Cepten sağlık harcamasının toplam sağlık harcaması içindeki oranı, %		
	1960	1970	1980
Finlandiya	43,6	23,8	18,4
Fransa	30,3	17,6	12,8
Federal Almanya Cumhuriyeti	--	13,9	10,3
Amerika Birleşik Devletleri	48,9	34,3	23,3

Kaynak: OECD Health Data 2011

<http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>

Sağlık sistemlerinin başarısı, temel olarak sağlık göstergeleri ile ölçülür. Sağlık göstergeleri içerisinde en önemlilerinden birisi bebek ölüm hızıdır (BÖH). BÖH'ün 1960'ta pek çok ülkede binde 16-190 arasında değiştiği gözlenmektedir (Tablo 4). 1980'e gelindiğinde BÖH'ün hem OECD hem de sosyalist ülkeler arasında birçok ülkede binde 10-20'ler düzeyinde seyrettiği; ancak Danimarka, Japonya, Hollanda, Norveç, İsveç ve İsviçre gibi ülkelerde ise binde 10'un altına inmiş olduğu gözlenmektedir (Tablo 4).

Tablo 4. Bebek ölüm hızındaki değişim (Binde, 1960-1980)

Ülke	1960	1970	1980
Avusturya	37,5	25,9	14,3
Belçika	31,4	21,1	12,1
Çekoslovakya	20	20,2	16,9
Danimarka	21,5	14,2	8,4
Estonya	31,1	17,7	17,1
Finlandiya	21	13,2	7,6
Fransa	27,7	18,2	10
Federal Almanya Cumhuriyeti	35	22,5	12,4
Yunanistan	40,1	29,6	17,9
Macaristan	47,6	35,9	23,2
İrlanda	29,3	19,5	11,1
İtalya	43,9	29,6	14,6
Japonya	30,7	13,1	7,5
Meksika	92,3	80,9	52,6
Hollanda	16,5	12,7	8,6
Norveç	16	11,3	8,1
Polonya	54,8	36,7	25,5
Portekiz	77,5	55,5	24,3
İspanya	43,7	28,1	12,3
İsveç	16,6	11	6,9
İsviçre	21,1	15,1	9,1
Türkiye	189,5	145	117,5
İngiltere (Birleşik Krallık)	22,5	18,5	12,1
Amerika Birleşik Devletleri	26	20	12,6

Kaynak: OECD Health Data 2011

[http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH\\_STAT](http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT)

Sağlık sistemleri arasındaki farklılıkları göstermesi bakımından kızamık bağışıklama oranları iyi bir örnektir. O yıllarda ölüm ve hastalık nedenleri arasında ön sıralarda olmasına karşın, kapitalist ülkelerde kızamık bağışıklama oranları düşük kalmış, sosyalist ülkelerde ise yüksek seyretmiştir (Tablo 5).

Tablo 5. Bazı ülkelerde kızamık baaşııklama oranları (%)

Ülke	1980
Çekoslovakya	98
Macaristan	99
İsrail	81
Japonya	54
Hollanda	91
Portekiz	54
İngiltere (Birleşik Krallık)	53

Kaynak: OECD Health Data 2011

[http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH\\_PROC](http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_PROC)

Sağlık hizmetlerinin giderek artan bir biçimde ön plana çıkması, bu dönemde, başta hekimler olmak üzere sağlık çalışanlarına duyulan gereksinimi de artırmıştır. Yirmi yıllık dönemde bin kişiye düşen hekim sayısında önemli bir artış kaydedilmiştir (Tablo 6). Bu durum doğal olarak kişi başına yılda hekime başvuru sayısında da artışa yol açmıştır (Tablo 7). Kapitalist ülkelerle karşılaştırıldığında, daha 1965 yılında bin kişiye düşen hekim sayılarının SSCB'de 2.39, Bulgaristan'da 1.97, Macaristan'da 1.92, Polonya'da 1.61 ve Çekoslovakya'da 2.04 olduğu bilinmektedir (3).

Tablo 6. Çeşitli ülkelerde bin kişiye düşen hekim sayısı (1960-1980)

Ülke	1960	1970	1980
Avusturya	1,6	1,7	2,2
Belçika	1,3	..	2,3
Çekoslovakya	..	1,8	2,3
Yunanistan	1,3	1,6	2,4
Macaristan	1,5	2	2,3
Japonya	1	1,1	1,3
Norveç	..	1,4	2
Polonya	1	1,4	1,8
Portekiz	0,8	0,9	2
İsveç	..	1,3	2,2
Türkiye	0,3	0,4	0,6
İngiltere (Birleşik Krallık)	0,8	0,9	1,3

Kaynak: OECD Health Data 2011

[http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH\\_REAC](http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_REAC)

Tablo 7. Kişi başına yılda hekime başvuru sayısı (1960-1980)

Ülke	1960	1970	1980
Avustralya	2,7	3,1	4
Avusturya	4,3	5,2	5,4
Belçika	..	6	7,1
Çekoslovakya	9,3	9,9	12,4
Finlandiya	..	2,4	3,2
Yunanistan	5,2	6,1	5,6
Polonya	3,3	4,9	6,5
Portekiz	1	2	3,7
Türkiye	..	..	1,2
İngiltere (Birleşik Krallık)	..	..	5,2

Kaynak: OECD Health Data 2011

[http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH\\_PROC](http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_PROC)

### Kaynaklar

1. Dirican R., Halk Sağlığı (Toplum Hekimliği). Uludağ Üniversitesi Basımevi, Bursa, 1993.
2. Aksakoğlu G. Sosyalist Ülkelerde Sağlık Örgütlenmesi. Toplum ve Hekim Dergisi, Temmuz 1978; 7:17-30.
3. USSR. The System of Public-Health Services in the USSR. Ministry of Health of the USSR. Moscow, 1967.
4. Bakırcı N., Eski Sovyetler Birliği Sağlık Sistemi. Toplum ve Hekim, Kasım 1994-Şubat 1995; 9(64-65):138-144.
5. WHO. Health Services in Europe. Regional Office For Europe, World Health Organization, Copenhagen, 1965.
6. Aksakoğlu G., Sosyalist Ülkelerde Sağlık Örgütlenmesi (II). Toplum ve Hekim Dergisi, Ağustos 1978; 8:28-37.
7. Health Services in Britain. Prepared for the British Information Services, London, 1962.





# DÜNYA BANKASI PROJELERİ / KREDİLERİ: EMPERYALİZMİN TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMİNİ ELE GEÇİRME PROJESİ

**Doç. Dr. İlker BELEK**

*Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD*

## **Saldırının Nedeni**

Sağlıkta Dönüşüm'ü halk sağlığına, halkın sağlık hakkına, kamucu sağlık sistemine, sosyalleştirme modeline yönelik bir saldırı olarak tanımlıyoruz.

Bu saldırı, aşağıdaki kısa özetten de görüleceği gibi, dış kökenlidir. Uluslararası finans çevrelerinin büyük ittifakıyla başlatılmıştır, sürdürülmektedir.

İçeriği kamucu sağlık sisteminin piyasaya açılması, özelleştirilmesidir. Sağlık sistemi derken birinci basamağı, hastaneleri, sistemin finansmanını ve sağlık hizmeti üreten emekçilerin konumunu kastediyoruz.

Sağlıkta Dönüşüm bu bileşenlerin tümünde köklü değişiklikler gerçekleştirdi. Sağlık sisteminde rekabete dayalı, piyasa ilişkileri yaratıldı. Sağlık kurumları işletmeleştirildi. Sağlık emekçileri sözleşmeli statüye getirilerek, iş güvenceleri ortadan kaldırıldı, ücretlerde performans sistemine geçildi. Hizmetin finansmanda vergi sistemine ek olarak prime ve katkı payına dayalı kamu ve özel sigorta sistemi oluşturuldu, özel sağlık kurumları kamusal fonlarla desteklendi.

Piyasalaştırma bir yandan özel hizmet üreticilerinin ve özel finansman kurumlarının varlığını ve gelişmesini garanti altına alan hukuksal bir düzenlemeyle gerçekleştirildi, bir yandan da (bu karakteri nedeniyle) özel aktörlerin tümü için iştah açıcı bir sağlık sisteminin yaratılmasını sağladı.

Dönüşüm'ün arkasındaki temel dinamik de budur. Global finans çevrelerinin, ülkemizdeki muhafazakâr iktidarların kanatları altında semiren yerli sermaye gruplarının iştahının 75 milyonluk bir piyasa potansiyelini hissettikten sonra iştahlarının kabarmaması olanaksızdı.

Sağlıkta Dönüşüm bu büyük piyasadaki para kazanmak isteyen sermaye çevrelerinin çıkarlarını karşılamaya yönelik siyasal bir operasyondur.

En başından beri tümüyle emperyalist odakların finansal, teknik, entelektüel destek ve yönlendirmesiyle gelişmiştir.

Bu kısa yazıda, Sağlıkta Dönüşüm'ün içeriğine hemen hiç girmeden, Türkiye sağlık sisteminin son 20 yılına damgasını vuran dış yönlendirmeli projeleri özetleyeceğiz.

Son 20 yıl gerçekten de bir "Projeler Dönemi"dir. Esas hedef, AKP döneminde Sağlıkta Dönüşüm adını alacak olan piyasalaştırma operasyonunun tamamlanmasıdır. Bu dönemde değişik isimler altında pek çok proje uygulanmıştır.

## **Sağlıkta Dönüşüm Sürecinin Başlangıcı ve Birinci Sağlık Projesi**

Türkiye sağlık sektöründeki dönüşüm için yeni stratejilerin çerçevesi ilk kez 1990

yılında, Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) için yürütülmüş olan Sağlık Sektörü Master Plan Çalışması ile saptanmıştır (Price Waterhouse 1990). Master Plan Çalışması kapsamlı bir raporla sağlık sektörünün mevcut durumunu tanımlamış ve gelişimi için dört ana strateji seçeneği ortaya koymuştur: Mevcut statünün iyileştirilmesi, serbest pazar stratejisi, sağlık hizmetleri stratejisi ve uzlaşma seçeneği. DPT bu seçenekler arasında dördüncüsünü seçmiştir. Daha sonraki dönemde, Sağlık Bakanlığı Ulusal Sağlık Politikasını geliştirmek üzere bu seçenek üzerinde çalışmıştır (Sağlık Bakanlığı 1995: 11). Bugüne yansıyan dönüşüm önerileri bu çalışmaların ürünüdür.

Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm çalışmalarının başlatılmasında, 1990 yılında, TC Hükümeti ile Dünya Bankası arasında 16 Ağustos 1990 tarihinde imzalanan Sağlık Projesi İkras Anlaşması’nın (İkraz No: 3057-TU) Bakanlar Kurulu’nca 24 Eylül 1990 tarihinde kabul edilmesi ve Bakanlar Kurulu onayının 7 Ekim 1990 tarihinde Resmi Gazete’de yayımlanması belirleyicidir (7 Ekim 1990 tarihli Resmi Gazete, No: 20658). Dönemin Cumhurbaşkanı Turgut Özal, Başbakanı Yıldırım Akbulut, Sağlık Bakanı Halil Şıvgın’dır (Sağlık Bakanlığı 31 Mart 1989-23 Haziran 1991 arasında). İkras Anlaşması ile Dünya Bankası Türkiye’ye 75 milyon Dolar’lık kredi vermiştir. İlk projenin toplam bütçesi yaklaşık 150 milyon Dolar’dır. Bunun 72 milyon Dolar’ı T.C. tarafından karşılanacaktır.

Bu anlaşmayla gelen kredi, Birinci Sağlık Projesi’ne aittir. Daha sonraki dönemde İkinci Proje başlatılacaktır. Birinci Proje kapsamında üç adet ulusal yapı oluşturulur: Proje Koordinasyon Ünitesi, Proje Koordinasyon Komitesi ve Komiteler (Bursiyer Seçim Komitesi, Yönetim Enformasyon Sistemi Yönlendirme Komitesi). Proje bölgesi Ankara, Diyarbakır, İstanbul, Mardin, Muğla, Tokat, Yozgat ve Sivas illeridir. Anlaşma’da borçlu olarak Başbakanlık Hazine ve Dış Ticaret Müsteşarlığı gözükmektedir.

Proje yönetiminin genel sorumluluğu ve Proje faaliyetlerinin yürütülmesi görevi ise Proje Koordinatörü başkanlığındaki Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü’nün (SPGK) elindedir. Proje’nin sağlık hizmetlerinin genişletilmesi ve geliştirilmesi, eğitim, enformasyon sistemleri, inşaat işleri ile ilgili faaliyetleri Bakanlığın ilgili genel müdürlüklerinin sorumluluğunda olacaktır. SPGK, 24 Mart 2004 tarihinde, Proje Yönetimi Destek Birimi (PYDB) adını almıştır ([www.pydb.saglik.gov.tr/node/69](http://www.pydb.saglik.gov.tr/node/69)).

Proje ile Banka tarafından verilen paraların nereye, ne miktarda harcanacağı belirlenmiş ve harcamaların kurallara uygun yapıp yapılmadığının denetimi konusunda Banka murakıpları yetkili kılınmıştır. Birinci ve İkinci Sağlık Projeleri kapsamındaki tüm danışmanlık, eğitim ve diğer hizmetler Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı Proje Hizmetleri Ofisi (UNDP/OPS) kapsamında sağlanacak ve bu anlaşmalar tümüyle Dünya Bankası ikraz kaynaklarından finanse edilecektir.

Birinci Sağlık Projesi, 30 Haziran 1997 tarihinde tamamlanmak niyetiyle, 1991 yılında başlar. Ancak 1998 yılında tamamlanır. İkras anlaşmasında bütün proje hesaplarının Banka murakıplarınca denetleneceği belirtilmekte, satın almalarındaki ihalelerin de Banka’nın yayımladığı ihale kurallarınca gerçekleştirileceği şarta bağlanmaktadır.

Anlaşma’da amaçlar şu şekilde belirlenmiştir: 1- Proje bölgesinde temel sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliği artırmak. 2- Sağlık hizmetlerinin sunumu ve sağlık sektörünün yönetiminde etkinliği artıracak önlemler almak. 3- Sağlık Bakanlığı’nın teknik ve yönetim kapasitesini güçlendirmek.

Uzun erimli amaç ise yüksek kalitede ve kısmen kendi kendisini destekleyen bir sağlık bakım sisteminin kurulmasıdır. Bunun önündeki en önemli engel Sağlık Bakanlığı'nın sınırlı kapasitesi olarak saptanmıştır.

Sıralanan ilk üç amaç sağlık sisteminin fiziksel, kurumsal ve yönetsel alt yapısını geliştirmeye yöneliktir. Uzun erimli denileni ise doğrudan Sağlıkta Dönüşüm'ü ifade etmektedir.

Proje'nin iki büyük bileşeni vardır:

- 1- İllerdeki sağlık hizmetlerinin reorganizasyonu ve güçlendirilmesi.
- 2- Üç alt bileşenle kurumsal gelişimin sağlanması: Sağlık insan gücünün geliştirilmesi, yönetim enformasyon sisteminin geliştirilmesi, merkezi yönetimin desteklenmesi. Kurumsal gelişim denildiğinde yönetim reformu da kastedilmektedir. Yönetim reformu içinde hizmetlerin il düzeyinde desantralize edilmesi de vardır.

Yönetim reformu, mevzuat reformu, hastane reformu, aile hekimliği gibi başlıklarda özel birimler kurulmuştur.

Bu tarihte Sağlık Bakanı Yıldırım Aktuna (ilk Sağlık Bakanlığı 20 Kasım 1991-25 Haziran 1993, ikinci Bakanlığı 7 Mart 1996-26 Nisan 1997 arasındadır) ve Proje Genel Koordinatörü Serdar Savaş'tır.

Proje sıralanan amaçlar doğrultusunda değişik yayınlar da çıkarmıştır. Bunlardan önemlileri, Hastane Bilgi Sistemleri, Kadın Yöneticiler ve Sağlık Bakanlığı Teşkilatına Dağılımı, Sağlık Bakanlığı Kültür Araştırması, Avrupa'da Genel Pratisyenlik/Aile Hekimliğinin İdari ve Mesleki Gelişimi, Türkiye Sağlık Harcamaları, Finansmanı ve 1994-1998 arasında çıkartılan Sağlıkta Strateji Dergisi'dir.

### **İkinci Sağlık Projesi**

İkinci Proje'nin hazırlıkları 1992-1993 yıllarında yapılmıştır. Proje'ye ilişkin İkraz Anlaşması 3805-TU nolu olarak T.C. Hükümeti ile Dünya Bankası arasında 28.9.1994 tarihinde imzalanmış, 22 Aralık 1994 tarihinde Resmi Gazete'de yayımlanmıştır (Resmi Gazete No: 22149). Zaman olarak 1995-2001 dönemini kapsamaktadır. Yürütüleceği bölge Adıyaman, Ağrı, Ardahan, Artvin, Batman, Bayburt, Bingöl, Bitlis, Elazığ, Erzincan, Erzurum, Gümüşhane, Hakkâri, Iğdır, Kars, Malatya, Kahramanmaraş, Muş, Siirt, Tunceli, Urfa, Şırnak ve Van illeridir. Bütçesi 200 milyon Dolar olup, 150 milyon Dolar'ını Dünya Bankası kredi olarak finanse edecektir. Proje kaynaklarının %32'si inşaat, %22.1'i tıbbi teçhizat, %5.2'si taşıt, %1.8'i mobilya, %15.9'u danışmanlık, %2.9'u yurt dışı eğitim, %8.7'si yerel eğitim için kullanılmak üzere planlanmıştır (Sağlık Bakanlığı Aralık 1994:3).

Bu Proje'nin amaçları da ilk Proje'nin amaçlarıyla önemli derecede benzerdir: 1- Proje illerinde halkın sağlık düzeyini yükseltmek, önlenebilir nedenlerden kaynaklanan hastalık ve ölümleri azaltmak ve temel sağlık hizmetlerinin kalitesini, kullanımını, erişilebilirliğini artırmak. 2- Sağlık hizmeti sunumunda etkinlik ve verimliliği artırmak, Sağlık Bakanlığı merkez ve taşra teşkilatlarında yönetim kapasitesini geliştirmek ve Sağlıkta Dönüşüm hazırlık çalışmalarını desteklemek.

İkinci Sağlık Projesi iki ana bölümden oluşmaktadır: Temel sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi ile sağlık politikaları ve yönetiminin geliştirilmesi. Temel sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi şu konuları içermektedir: Temel sağlık hizmetlerinin müdahale alanlarının belirlenmesi, alt yapının geliştirilmesi (yeni inşaatlar, onarımlar, bilgisayar desteği, taşıt alımları gibi) sağlık personelinin hizmet içi ve uyum eğitimlerinin sağlanması, sağlık programlarının güçlendirilmesi ve geliştirilmesi,

temel sağlık hizmetlerini izleme, değerlendirme ve denetim alışmaları.

Proje kapsamında temel sağlık hizmetleri hizmet içi eğitimi; sağlık programları; temel sağlık hizmetlerini izleme, değerlendirme, denetim; sağlık enformasyon sistemleri; hastane yönetimlerinin yeniden yapılandırılması; sağlık ekonomisi ve analizleri; sürdürülebilir finansman gibi başlıklarda pek çok çalışma gerçekleştirilmiştir.

Hastane yönetimi ile ilgili olarak Hastane ve Sağlık İşletmeleri Temel Kanunu ve bağlı yönetmeliklerin taslakları bu dönemde hazırlanmıştır. Hastanelerde işletme ve yönetim kapasitesinin değerlendirilmesi için Hastane Değerlendirme Matrisi oluşturulmuştur. Hastaneler/sağlık işletmeleri ile sağlık müdürlükleri arasında imzalanacak kontratların taslakları hazırlanmıştır. Sağlık ekonomisiyle ilgili olarak Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı kitapları yayımlanmıştır.

İkinci Proje'yi, Birinci'nin devamı ve diğer 23 ile yaygınlaştırılmış biçimi olarak ele almak doğru olur. Her iki Proje'de de sağlık hizmetlerinin alt yapısının geliştirilmesi ve yönetim kapasitesinin güçlendirilmesi ana bölümlerdir. Ancak bütün bunların dışında projelerin temel amacı Sağlıkta Dönüşüm'n planlanması, başlatılması, uygulanması ve bunlar için gerekli maddi, politik ve hukuksal olanakların sağlanmasıdır. Projeler'in alt yapı ve yönetim kapasitesinin geliştirilmesiyle ilgili bölümleri proje uygulama bölgelerini ilgilendirirken, Proje kapsamında ele alınan Dönüşüm politikaları bütün Türkiye'yi kapsamakta, Türkiye sağlık sisteminin tüm bileşenlerinde köklü, kalıcı değişiklikler gerçekleştirmeyi öngörmektedir. Alt yapı ve yönetimle ilgili bölümler Projeler'in teknik boyutunu oluştururken, Sağlıkta Dönüşüm ile ilgili bölümleri ideolojik ve politik yönünü ifade etmektedir. Bütün bu nedenlerle Sağlıkta Dönüşüm'n Projeler'in esası olduğunu kabul etmek gerekir. Teknik ynlerin politik esasın uygulanmasını sağlamaya yönelik tahkimatı oluşturmak amacını taşıdığı ortadadır.

### **Birinci ve İkinci Sağlık Projelerinin nemli Adımları**

Türkiye'de 1990'lı yıllarda sağlık reformu sürecinde atılan temel adımlar şöyle sıralanabilir:

- 1- 1989-1991 DPT Sağlık Master Plan Etüdü (Ana Model ve Strateji).
- 2- 1991 Birinci Sağlık Projesi (ilk araştırmalar, n tasarım).
- 3- 1991 Türkiye sağlık reformu tasarım alışmaları.
- 4- 1992 Sağlık Bakanlığı'nın düzenlediği 1. Ulusal Sağlık Kongresi
- 5- 1993 sağlık reformu ilk yasa taslakları ve 2. Ulusal Sağlık Kongresi.
- 6- 1994 nihai tasarım, yasa taslaklarında revizyon, hükümet onayı ve yasa tasarılarının TBMM'ye sunulması.
- 7- 1995 TBMM Sağlık ve Sosyal İşler Komisyonu'nda görüşmeler, İkinci Sağlık Projesi.
- 8- 1995 Sağlık Reformu Paketi'nin 7. Beş Yıllık Kalkınma Planı ve Uygulama Takvimi'ne alınması.
- 9- 1996 Sağlık Finans Kurumu Kanunu ile Sosyal Güvenlik ve Emeklilik Sistemleri çalışmalarının eşgüdümü.
- 10- 1996 yasa taslaklarının Maliye, Adalet, alışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlıkları, Hazine, DPT Msteşarlıkları ve SSK ile görüşülerek mutabakata varılan versiyonlarının oluşturulması.
- 11- 1996 Sağlık Reformu ve Sağlık Finansmanı Kurumu Modeli'nin özel sigorta şirketleriyle görüşülerek tanıtılması ve teknik özellikleri ile kapsam an-

- lamında görüşmeler.
- 12- 1997 Sağlık hizmetlerinin finansmanına yönelik olarak Kişisel Sağlık Sigortası (KSS) oluşturulması ve sağlık sistemindeki alt yapı çalışmalarının desteklenmesi ile eş yamanlı olarak ele alınması.
  - 13- 1998 Kişisel Sağlık Sigortası sistemi ve Sağlık Sigortası İdaresi Başkanlığı Kuruluş ve İşleyiş Kanun Tasarı Taslağı üzerinde mutabakat metninin hazırlanması.
  - 14- 1998 Kişisel Sağlık Sigortası Kanunu Tasarı Taslağı'nın Bakanlar Kurulu'na sevkı.
  - 15- 1998 KSS Kanunu Tasarı Taslağı'nın Bakanlar Kurulu'nda tartışılması ve son şeklinin verilmesi.
  - 16- 1998 KSS Kanun Tasarı Taslağı'nın TBMM Başkanlığı'na sunulması.
  - 17- 1999 KSS Kanun Tasarısı'nın 1999 milletvekili seçimleri nedeniyle kadük kalması.

Yukarıdaki kısa özetten de görüldüğü gibi Sağlıkta Dönüşüm'ün politik alt yapısının hazırlığı 1991-1993 döneminde tamamlandı. Bu dönemde Sağlıkta Dönüşüm'e Sağlık Reformları deniliyordu. Bu kavram uluslararası literatürle de uyumluydu. Çalışmaların Sağlıkta Dönüşüm adıyla anılmaya başlanması AKP dönemiyle olmuştur. İsim değiştirmekle birlikte içerikte ve politik hedeflerde herhangi bir değişiklik söz konusu değildir. Benzer şekilde, bu ilk dönemde sigorta sistemine verilen ad Kişisel Sağlık Sigortası'dır. Sonradan bu da Genel Sağlık Sigortası olarak değiştirildi.

1993 yılındaki 2. Ulusal Sağlık Kongresi'ne kadar olan dönemde Sağlık Bakanlığı reform çalışmaları konusunda dışa açık bir görüntü sergiliyordu. Aslında bu tutum doğrudan Dünya Bankası'nın önerisine dayanıyordu. Dünya Bankası sağlık sistemindeki yapısal değişimlerin zamanında başarıya ulaşmasının ilgili tarafların desteğinin alınmasına bağlı olduğunu belirtiyordu.

Bu tutumla ilgili olarak Sağlık Bakanlığı 1990-1993 arasında özellikle Türk Tabipleri Birliği'ni (TTB) sürece dahil etmeye yönelik bir tavır sergiledi. Bunun da ötesinde 1. Ulusal Sağlık Kongresi'ni (1992) ilgili bütün tarafların katılabileceği bir şekilde özel olarak organize etti. Dünya Bankası tarafından önerilen reform programını tümüyle tartışmaya açtı. İlk Ulusal Kongre'ye 500'ün üzerinde kişi katıldı. Bunlar sendikalardan, meslek örgütlerinden, üniversitelerden gelmişlerdi.

Ancak 1. Kongre'de Bakanlık önerileri büyük bir dirençle karşılaştı. Örneğin hastanelerin özelleştirilmesi ve işletmeleştirilmesiyle ilgili öneriler ve aile hekimliği modeli ilgili çalışma gruplarında reddedildi. O ortamda Sağlıkta Reform programı konusunda mutabakat sağlanamayacağı anlaşılmış oldu. Bunun üzerine Sağlık Bakanlığı 2. Ulusal Kongre döneminden itibaren sendikalarla, meslek örgütleriyle ve üniversitelerle (özellikle halk sağlığı anabilim dallarıyla) ilişkisini keserek, kendi içine kapandı ve çalışmalarını tamamen yurt dışındaki teknik, politik ve mali çevrelerle birlikte sürdürmeye başladı.

### **Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın Birinci Aşaması**

Dünya Bankası 1990 yılında başlatılan ve 1999 dönemine kadar devam eden Birinci ve İkinci Ulusal Sağlık Projeleri'ni (Sağlıkta Reform dönemi) yetersiz olarak değerlendirdi. Bunun temel nedeni, o dönemde Projeler'de öngörülen hedeflere ulaşamamış olmasıydı. Örneğin aile hekimliği, GSS, hastanelerin işletmeleştiril-

mesi konularındaki yasaların taslakları hazırlanmış olsa da, ilgili taslaklar bir türlü yasalaştırılmamıştı.

Süreç AKP'nin tek başına iktidara gelmesiyle birlikte büyük bir hız kazandı. Sağlık Bakanı Recep Akdağ yaptığı ilk basın açıklamasında Türkiye sağlık sisteminde, Sağlıkta Reform çalışmalarının adını anmadan, büyük bir yeniliğe gideceklerini duyurdu. Bu yeniliğin adını da Sağlıkta Dönüşüm olarak koydu. Aslında Sağlıkta Dönüşüm ile Sağlıkta Reform'un hiçbir farkı bulunmuyordu. Ancak kendisini yeni bir parti olarak sunan ve bir önceki koalisyon hükümeti dönemindeki büyük mali krizle sarsılan Türkiye'yi kalkındırmak niyetinde olduğunu sürekli olarak yineleyen AKP açısından özel programların da kendisi tarafından planlanmış olduğu izleniminin yaratılması önem taşıyordu.

Hükümet 2004-2005 döneminde sağlık sisteminin "güçlendirilmesi" çerçevesinde şu adımları attı: 1- SSK hastaneleri Sağlık Bakanlığı'na devredildi ve hizmetin sunumu ile satın alınması süreçleri ayrılmış oldu. 2- Yeşil Kart güvencesinin kapsamı ilaçları ve ayaktan tedavi hizmetlerini kapsayacak şekilde genişletildi. 3- Hastanelerde, performansa göre ücretlendirmeye geçildi, hastane yönetimlerine hastane bütçesinin kullanımını bakımından daha fazla otonomi verildi ve kamu hastane yatırımlarının hızlandırılması için kamu-özel ortaklığı programlarının önü açıldı. 4- Dağınık kamu sigorta kurumlarını tek çatı altında birleştirme çalışmaları başlatıldı. 5- Sağlık Bakanlığı sağlık hizmetlerini kalite açısından denetlemeye ve izlemeye başladı (Chakraborty S 2009).

Sağlıkta Dönüşüm, 1990 yılında Birinci Sağlık Projesi ile başlatılan Dünya Bankası menşeli büyük operasyonun devamı niteliğindedir. Ancak yine de AKP hükümeti dönemini Sağlıkta Reform açısından yeni bir aşama olarak kabul etmek gerekir. Çünkü aşağıda da görüleceği gibi bu dönemde hem Dünya Bankası'nın hem de hükümetin yaklaşımı çok daha ciddidir. Dünya Bankası ile imzalanan anlaşmalar daha standardizedir, kontrol mekanizmaları daha gelişkindir, AKP ise tek parti hükümeti olmanın avantajlarıyla elindeki yetki ve olanakların tümünü Dönüşüm için harekete geçirmiştir.

Üstelik bu dönemde Dünya Bankası ile imzalanan başka anlaşmalarla (Ülke Ortaklık Stratejisi, Program Amaçlı Kamu Sektörü Gelişim Politikası Kredileri) Sağlıkta Dönüşüm doğrudan desteklenmiştir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın birinci aşaması 20 Mayıs 2004 tarihinde Dünya Bankası ile Sağlık Bakanlığı arasında imzalanan bir anlaşma (Health Transition Project) ile başlatıldı. Bu proje 2004-2008 tarihleri arasında kullanılmak üzere 49.42 milyon Euro'luk (71.22 milyon Dolar) bir bütçeye sahipti\*.

Proje numarası 74053'tür, amaçları ve içeriği ilgili dokümanda (Project Information Document Appraisal Stage) şöyle belirlenmiştir\*\* : Yönetim kapasitesinin, etkinliğin, kullanıcı ve üretici tatmininin ve uzun erimli sürdürülebilirliğin geliştirilmesi. Sağlık hizmetine ulaşım ve hizmetin kalitesi açısından Türkiye ile orta gelirli ülkeler arasındaki farkın kapatılması hedeflenmektedir. Hükümetin belirlediği özel amaçlar şöyledir: 1- Sağlık Bakanlığı'nın, daha etkin politika yapma ve planlama, denetim, koordinasyon işlevleri açısından yeniden yapılandırılması. 2- Genel sağlık sigortası sisteminin kurulması. 3- Aile hekimliği sisteminin kurulması. 4- Hasta-

\* <http://siteresources.worldbank.org/TURKEYEXTN/Resources/361711-1206357596243/InfoUpdateonHealthTransitionProject2007oct3.pdf>

\*\* [www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/](http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/)

WDSP/IB/2004/03/10/000104615\_20040312101156/Rendered/PDF/Project0Inform1nt010Appraisal0Stage.pdf

nelerin finansal ve yönetsel otonomisinin sağlanması. 5- Tam kompüterize bir sağlık ve sigorta enformasyon sisteminin kurulması. Projenin (başlangıçta beş) altı bileşeni vardır.

1. bileşen: Sağlık Bakanlığı'nın daha etkin planlama, denetim, koordinasyon için yeniden yapılandırılması: Böylece Sağlık Bakanlığı temelde hizmet üreten bir kurum olmaktan çıkarılacak ve politika üreten ve düzenleyici bir işleve sahip olacaktır. Bunun da dört alt bileşeni vardır: a) Sağlık Bakanlığı'nın yeniden yapılandırılması, b) ulusal tıbbi cihaz ve ilaç kurumunun kurulması, c) sağlık hizmetlerinde kalite güvencesinin ve akreditasyonunun sağlanması, d) izleme ve değerlendirme biriminin kurulması.
2. bileşen: Sağlık sigortası fonunun kurumsal kapasitesinin geliştirilmesi: Bu tek bir sosyal güvenlik fonunun kurulmasını ve o anda sigorta sistemleri tarafından tam olarak kapsanmayan 22 milyon vatandaşın da sisteme dahil edilmesini amaçlamaktadır.
3. bileşen: Sağlık hizmetleri sunumunun reorganize edilmesi: Bunun da dört alt bileşeni vardır: a) Birinci basamakta aile hekimliği sistemine geçiş. b) Sağlık Bakanlığı ve SSK hastanelerinin tek çatı altında toplanması. c) Hastalar için sevk sisteminin kurulması. d) Hastalık taraması, ana çocuk sağlığı, bulaşıcı olmayan hastalıkların kontrolü gibi sağlık programlarının uygulamaya geçirilmesi.
4. bileşen: İnsan kaynakları kapasitesinin güçlendirilmesi: Bu amaç sağlık insan gücü planlaması ve politikası ve Halk Sağlığı Okulu'nun güçlendirilmesi üzerinden gerçekleştirilecektir.
5. bileşen: Sağlık ve sosyal güvenlik enformasyon alt yapılarının oluşturulması.
6. bileşen: Sağlık Bakanlığı ile Çalışma Bakanlığı arasındaki koordinasyonun proje yönetimi temelinde güçlendirilmesi. Proje'ye sonradan eklenen bileşen budur.

2004 yılında başlayan Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın 1. aşaması 31 Aralık 2007 tarihinde kapanıyordu. Bu tarih, daha sonradan 4 Haziran 2007'de yine Dünya Bankası ile imzalanan bir ek projeye 31 Aralık 2008'e uzatıldı (proje numarası 74053) ve 2007-2008 dönemi için ek olarak 55 milyon Dolar'lık bir anlaşma yapıldı (ayrıntılar Data Sheet Template for Project Paper adlı dokümanda mevcut\*).

Revize program ile şu iki amaç da Program'a eklenmiş oldu: 1- Sağlık Bakanlığı'nın ve SGK'nun sağlık politikaları ve sigortacılık konusundaki kapasitelerini geliştirmek ve 2- Aile hekimliğini ve hastanelerin otonom hale getirilmesini desteklemek.

### **Sağlıkta Dönüşüm Programı'na Destek Amaçlı Proje**

Sağlık Bakanlığı UNDP ile Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın uygulanmasının desteklenmesi amacıyla bir proje imzalamıştır. Amacı Sağlık Bakanlığı'na teknik yardım ve operasyonel destek sağlanmasıdır. Bu Proje'nin Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın integral bir parçası olduğu belirtilmiştir. Proje 2006-2007 yıllarını kapsamaktadır. Sağlık Bakanlığı'nın Dönüşüm Programı'nı tamamlayabilmesi için

\* [www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2007/06/12/000090341\\_20070612135757/Rendered/PDF/40018.pdf](http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2007/06/12/000090341_20070612135757/Rendered/PDF/40018.pdf)



UNDP koordinatörleri teknik destek verecektir. Koordinatörler bütün illerden sorumlu olmak üzere toplam 15 ilde çalışacaktır. Acil amaç Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın zamanında ve sorunsuz gerçekleştirilmesidir. Proje tümüyle Dünya Bankası ile imzalanmış olan 4734-TU sayılı borç anlaşması kapsamında finanse edilecektir. İki yıllık bu projenin toplam bütçesi 3.2 milyon Dolar'dır ve bunun 2.5 milyon Dolar'ı saha koordinatörlerinin, 257 bin Dolar'ı da üst düzey koordinatörlerin ücretleri için ayrılmıştır.

Bu proje ilgili taraflar arasında 29 Aralık 2005 tarihinde imzalanmıştır.

### **Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın İkinci Aşaması**

30 Haziran 2009 tarihinde Dünya Bankası ile SGK arasında Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik Reformu Projesi için bir Proje Anlaşması (Project Agreement: Health Transformation and Social Security Reform Project, No: 7717-TU) imzalandı. Aynı tarihte bu projenin yürütülebilmesi için Türkiye Cumhuriyeti ile Banka arasında bir borç anlaşması da gerçekleştirildi\*. Bu anlaşma 18 Mayıs 2009 tarihinde Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın ikinci aşamasının desteklenmesi amacıyla yönelik düşünülen Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik Reformu Projesi için Türkiye'ye Banka tarafından 75.12 milyon Dolar (56.10 milyon Euro) borç verilmesini öngören Proje Değerlendirme Dokümanı'na dayandırılmıştır (Report No. 46115-TR)\*\*. Dolayısıyla Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın ikinci aşamasını Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik Reformu Projesi oluşturmaktadır. 18 Mayıs 2009'da imzalanan bu doküman ikinci aşamanın temel belgesidir: Project Appraisal Document on a Proposed Loan in the Amount of Eur 56.10 Million (US \$75.12 Million Equivalent) to the Republic of Turkey for a Health Transformation and Social Security Reform Project in Support of the Second Phase of the Health Transformation Program (APL 2).

Proje'nin Türkiye tarafındaki sorumluları Sağlık Bakanlığı ve SGK'dır. Proje 31 Temmuz 2009'da başlayacak ve 31 Temmuz 2013'te sona erecektir. Projenin spesifik amaçları, SGK ve Sağlık Bakanlığı'nın hizmet üreticilerine yaptıkları ödemelerin etkinliğinin artırılması, sağlık sisteminin performansının geliştirilmesi, bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ve kontrolünde çıktı temelli finansman sağlanmasıdır.

Proje'nin üç bileşeni vardır:

A) Sağlık Bakanlığı'nın 2010-2014 stratejik planının desteklenmesi (46.17 milyon Euro): Bunun temel amacı sağlık reformlarının tamamlanmasıdır. Aile hekimliğinin ve hastane reformlarının uygulanması amacıyla sürdürülen eğitimlerin finanse edilmesi ve bu eğitimlere teknik destek sağlanması bu kapsamdadır. B) Bulaşıcı olmayan hastalıkların kontrolünün finansmanı (6.84 milyon Euro). C) SGK'nun kapasitesinin geliştirilmesi (3.09 milyon Euro). Bu bileşen SGK'nun stratejik satın alıcı konuma getirilmesi amacıyla teknik kapasitesinin geliştirilmesini ifade etmektedir.

2010-2014 döneminin temel amaçları şunlardır: 1- Sağlık Bakanlığı yeniden yapılanmasının tamamlanması ve üretim ve satın alma işlevlerinin ayrılması. 2- Sağlık hizmeti üreten kurumların bağımsız ya da yarı bağımsız statüye dönüştürülmesi. 3- Aile hekimliğinin yaygınlaştırılması ve sevk zorunluluğunun yerleştirilmesi. 4-

\* [www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/ECA/2010/04/20/AB4F1DB97E89F00485257615006F7C7D/3\\_0/Original/L77170PA0Health0Transformation.doc](http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/ECA/2010/04/20/AB4F1DB97E89F00485257615006F7C7D/3_0/Original/L77170PA0Health0Transformation.doc)

\*\* [www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2009/06/01/000334955\\_20090601050258/Rendered/INDEX/461150PAD0P102101Official0Use0Only1.txt](http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2009/06/01/000334955_20090601050258/Rendered/INDEX/461150PAD0P102101Official0Use0Only1.txt)

SGK'nın etkinliğinin artırılması ve hizmet üreticisi kurumlar karşısında temel satın alıcı kurum pozisyonuna getirilmesi. 5- Gereksiz müdahale ve tedavilerin azaltılması için katkı payı uygulaması.

Birinci ve İkinci Sağlık Projeleri'nin sorunu hükümetin sahip çıkmaması ve işin tamamen Proje Genel Koordinatörlüğü üzerinden yürütülmesiydi. Dünya Bankası bu iki Proje'yi, sonuç itibarıyla, "tatmin edici olmayan (unsatisfactory)" olarak nitelendirmişti. Sağlıkta Dönüşüm'de ise hükümetin projeye tam olarak sahip çıktığı belirtilmiştir.

İkinci aşamada Sağlık Bakanlığı'nın stratejik planının uygulanmasına teknik destek açısından Dünya Sağlık Örgütü de finansman desteği verecektir. Ayrıca aile hekimliği sisteminde UNICEF ile koordinasyon sağlanacaktır.

Borç anlaşmasında sürdürülebilirlik açısından finansal sürdürülebilirliğin önemli olduğu belirtilmiştir. Finansal sürdürülebilirlik B bileşeni içinde yer almaktadır (çıkıtı temelli finansman olarak). Banka, Sağlık Bakanlığı'nın cari maliyetlerini (kişi başı ödemeleri) finanse edecektir. Aile hekimliği sisteminin kişi başı ödeme mekanizmasının gerektirdiği harcamaların %5'ten azını Dünya Bankası karşılayacaktır. Kalanı Sağlık Bakanlığı ve çıktı temelli ödemelerin masrafları da Maliye Bakanlığı tarafından karşılanacaktır. Böylece Dünya Bankası'nın, aile hekimliği sisteminde çalışan hekimlerin kişi başı temelinde aldıkları ücretin yaklaşık %5'ini karşıladığını da öğreniyoruz.

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın ikinci aşamasının alt bileşenleri ve bunların bütçeleri şöyledir:

Bileşen A: 2010-2014 arasında Sağlık Bakanlığı'nın stratejik planının desteklenmesi (Bütçesi 46.17 Euro'dur). Bu bileşen 10 programdan sekizinin finansmanı ile ilgilidir. Ana amaç Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın öngördüğü değişimin tamamlanmasıdır. Proje'nin sonunda Sağlık Bakanlığı sağlık sektöründe esas olarak politika oluşturan, öncelik belirleyen, izleyen, değerlendiren bir konumda olacaktır. Hizmet sunmaktan çekilecektir.

A.1. Koruyucu sağlık hizmetlerinin ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi (Bütçesi 13.12 milyon Euro): Bulaşıcı ve bulaşıcı olmayan hastalıklarla mücadele, sigara ve alkol tüketiminin azaltılması gibi amaçları vardır. Para, malzeme alımı, kamu ilişkileri, teknik yardım ve hizmetler ve eğitim için kullanılacaktır.

A.2. Hastane reformunun uygulanması (Bütçesi 2.48 milyon Euro): Bütçe, hastane birlikleri modelinin yaygınlaştırılması için kullanılacaktır.

A.3. Sağlık hizmetlerinin kalitesinin geliştirilmesi (Bütçesi 1.58 milyon Euro): Ulusal performans yönetimi ve kalite sistemi kurulacaktır. Verimlilik ve etkinlik değerlendirmeleri yapılacaktır. Bütçe, malzeme alımı, danışmanlık hizmetlerinin alımı ve eğitim için kullanılacaktır.

A.4. Kurumsal yeniden yapılandırma ve kapasite oluşturma (Bütçesi 10.46 milyon Euro): Para, Bakanlığın liderlik, düzenleme, planlama işlevlerinin geliştirilmesi, ulusal kanser enstitüsünün kurulması için kullanılacaktır. Yönetim kapasitesi geliştirilecektir. Malzeme alımı, danışmanlık hizmetlerinin alımı, teknik yardım ve hizmetler ve eğitim hizmetlerinde harcanacaktır.

A.5. İlaç ve tıbbi cihazların düzenlenmesinin yönetimi (Bütçesi 0.59 milyon Euro): Sağlık Bakanlığı'nın ulusal ilaç politikasının uygulanmasında kullanılacaktır.

A.6. Sağlık enformasyon sistemlerinin geliştirilmesi (Bütçesi 8.63 milyon Euro).

A.7. Çok sektörlü sağlık sorumluluğunun desteklenmesi (Bütçesi 5.50 milyon Euro): Sağlık sektöründe kamu-özel ortaklığı birimlerinin inşa edilmesi ve sektörler arası işbirliğinin geliştirilmesi için.

A.8. Ulusal Kamu Sağlığı Kurumu'nun kurulması (Bütçesi 3.81 milyon Euro).

Bileşen B: Bulaşıcı olmayan hastalıklardan korunma ve önlenmesi için çıktı temelli finansman (Bütçesi 6.84 milyon Euro):

B.1. Aile hekimliği pratiklerinin çıktı temelli finansmanı (Bütçesi 2.99 milyon Euro): Bulaşıcı olmayan hastalıklara müdahale ve kontrol amaçlı test niteliğinde bir modelin uygulanması ve değerlendirilmesi gerçekleştirilecektir. Türkiye'de iki ilde denenecektir. Hekimlere bulaşıcı olmayan hastalıklarla mücadelede maliyet etkin bir hizmet paketini sunmaları karşılığında ödüllendirici bir ödeme yapılacaktır. Aile hekimleri tanımlanmış hizmeti sunmaları karşılığında ayda kişi başına 1 Dolar ek ödeme alacaklardır. Bu kapsamda üç sağlık sorunu gündeme alınacaktır: Diabet, hipertansiyon, obesite.

B.2. Bu çıktı temelli finansman mekanizması için merkezi ve yerel düzeylerde kapasite oluşturmak (Bütçesi 3.85 milyon Euro).

Bileşen C: SGK'nun kapasitesinin geliştirilmesi (Bütçesi 3.09 milyon Euro): Sigorta sisteminin uygulanması için SGK'nun kapasitesi geliştirilecektir. SGK hizmeti satın alan güç olacaktır.

C.1. SGK ulusal sağlık sigortasının geliştirilmesi için kapasite oluşturma ve geliştirme (Bütçesi 2.77 milyon).

C.2.SGK proje yönetimi (Bütçesi 0.32 milyon Euro).

Sonradan, Sağlık Bakanlığı ve SGK ile Dünya Bankası arasında 31 Mart 2009 tarihinde onaylanan bir proje ile Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın ikinci aşamasına destek kredisi sağlandı: Health Transformation and Social Security Reform Project, No. P102172\*. Bu anlaşmada, global ekonomik durum dikkate alındığında Türkiye'nin makroekonomik çerçevesiyle uyum gösterecek finansal politikaların daha önemli hale geldiği belirtilmiştir. Proje Temmuz 2009 ile Temmuz 2013 arasında kapsayacaktır. Bu dönem aynı zamanda Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın ikinci aşamasının geçerli olduğu dönemdir. Finansal sürdürülebilirlik açısından bu dönemde sağlık harcamaları kilit önemde olacaktır. Çünkü 2007 için genel sağlık harcamalarının bütçe içindeki payının %13 olduğu belirtilmektedir. Bu durumda harcama yönetimi önem kazanacaktır.

Proje'nin genel amacı sağlık sektörünün yönetimini geliştirmek, üretici tatmini sağlamak ve uzun süreli sürdürülebilirliği geliştirmektir. Sağlık ve genel olarak kamu sektörü reformlarında Dünya Bankası'nın teknik ve finansman desteğinin önemli olduğu belirtilmektedir. Bu Proje hem Ülke Ortaklık Stratejisi'yle hem de 2007 yılında hazırlanmış olan 9. Kalkınma Planı ile uyumludur.

Toplam borç miktarı 166 milyon Dolar'dır. Bu para beş yıl için sağlanacaktır. AB, UNICEF ve DSÖ'nün teknik desteği alınacaktır.

\* [www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2008/11/13/000104615\\_20081113095125/Original/final0PID0appraisal0stage0111208.doc](http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2008/11/13/000104615_20081113095125/Original/final0PID0appraisal0stage0111208.doc)

## Program Amaçlı Kamu Sektörü Gelişim Politikası Kredisi-1 (Programatic Public Sector Development Policy Loan – Ppdpl-1)

Sağlıkta Dönüşüm'ün desteklenmesi açısından çok önemli bir diğer proje serisi ise Program Amaçlı Kamu Sektörü Gelişim Politikası Kredileridir. Bunlardan şimdiye kadar iki tane imzalanmıştır.

PPDPL 1 Dünya Bankası ile 5 Haziran 2006'da imzalanan 403 milyon Euro'luk bir projedir (Program Document for a Proposed Loan in the Amount of Euro 403 Million to the Republic of Turkey for a Programmatic Public Sector Development Policy Loan, Report No. 36274-TR)\*

PPDPL 1, Haziran 2004 yılında Dünya Bankası tarafından desteklenmeye başlanan Sağlıkta Dönüşüm ile ilişkilidir (s. 23). PPDPL 1'in önemli bileşenlerinden birisi tatmin edici bir sosyal güvenlik ve ulusal sigorta sistemi yasasının Meclis'ten geçirilmesi ve sağlık sisteminin reforme edilmesidir. Sağlık sisteminde üç önemli değişiklik öngörülmektedir: a) İlaç ve tıbbi cihazlar kurumunun kurulması. b) Aile hekimliği ve sevk sistemi. c) Hastanelere otonomi verilmesi. Ayrıca sağlık harcamalarının sınırlanması da önemli hedefler arasındadır.

PPDPL 1 bu maliyet artışlarını sınırlamaya yönelik önlemler alınması gereğinden söz etmektedir (s. 38-40). Önlemler içinde ilk sırada katkı payı gelmektedir. Tek başına sağlık sigortasına geçilmesi maliyet artışı sorununu çözemeyecektir. Buna sağlık sistemi reformlarının eşlik etmesi mutlaka gerekmektedir.

### Tablo: PPDPL Serileri İçin Program Matrisi (Sosyal Güvenlik ve Sosyal Yardımla İlgili Bölümler)

Konu	PPDPL 1	PPDPL 2	Beklenen orta erimli sonuçlar ve izleme göstergeleri
Bileşen 1: Makroekonomik Dengeyi Sağlamak			
Makroekonomik denge mali düzenlemeler ve kamu sektörü reformu için önemlidir. Örneğin düşük yatırım oranları, borç sorununu azaltacak, bu da ileride kamunun yatırımlarına ve reformlarına uygun bir ortam yaratacaktır.	Hükümet tatmin edici bir makroekonomik çerçeveye hazırlamaktadır.	Hükümet tatmin edici bir makroekonomik çerçeveye hazırlamaktadır.	Ekonomik büyüme makroekonomik sorunları azaltacak ve sosyal dengeyi güçlendirecektir.
Bileşen 2: Sosyal Güvenlik ve Sosyal Yardım Reformu			
Türkiye'nin genç nüfusuna rağmen sosyal güvenlik sistemi (emeklilik ve devletçe sunulan sağlık hizmetleri) giderek büyüyen açıklar yaratmaktadır.  Hükümetin bu durum karşısında önlem alması ülkenin mali ve finansal dengesini	31 Mayıs 2006 tarihli 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu Meclis'te kabul edilmiştir. Bu yasada emeklilik sisteminin uzun erimli sürdürülebilirliğini sağlayacak ve evrensel sağlık sigortası sistemini yerleştirecek düzenlemeler vardır.	Yasa, ulusal gelirden sisteme aktarılan kaynakların oranı %4.5'i geçmeyecek şekilde, uygulamaya konulmuştur.	İleride yatırımları artırmak açısından Türkiye mali dengeler açısından uygun bir durumdur. Kredi derecelendirme kuruluşları Türkiye'yi yatırım yapılabilir ülke sınıfında puanlamıştır.

\* [www-wds.worldbank.org/external/default/WDSPContentServer/WDSP/IB/2006/06/08/000160016\\_20060608120652/Rendered/PDF/36274.pdf](http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSPContentServer/WDSP/IB/2006/06/08/000160016_20060608120652/Rendered/PDF/36274.pdf)

tehdit edecektir.  Nüfusun önemli kısmı sağlık sigortası kapsamında değildir.			
	<p>Sosyal güvenlik sisteminin yönetsel boyutlarını geliştirmek için üç sosyal güvenlik kurumu birleştirilmiştir: Meclis'te 16 Mayıs 2006'da kabul edilen 5502 sayılı yasa ile.</p> <p>Sosyal güvenlik sistemini yönetim açısından geliştirecek yasal hazırlıklar yapılmaktadır. Plan şunları kapsamaktadır: 1- Elektronik bir veri tabanı.</p> <p>2- Merkezi bir kadro yapısının yaratılması ve personel politikasının geliştirilmesi.</p> <p>3- Finansal yönetim sisteminin kurulması.</p> <p>4- Bütün kurumlarda vatandaşlık numarasının kullanılmaya başlanması.</p> <p>5- Sağlık hizmetlerinin periyodik olarak değerlendirilmesi.</p> <p>6- Sosyal güvenlik kurumlarında kullanılmakta olan farklı ilaç listelerinin ortaklaştırılması.</p>	<p>Üç sosyal güvenlik kurumunu birleştiren yasa uygulanmaktadır.</p> <p>Sosyal güvenlik sisteminin yönetsel yapısını reforme eden yasa tatmin edici biçimde uygulanmaktadır.</p>	<p>Reform mali sürdürülebilirliği sağlayacaktır. Sosyal güvenlik sisteminden kaynaklanan açık artık artmamaktadır. 2016'da %1 azalmış olacaktır ve 2040'da ulusal gelirin %1'inin altına inecektir.</p> <p>Tek bir emeklilik ve sağlık sisteminin ve koordine bir sosyal yardım sisteminin uygulanmasına bağlı olarak Türkiye eskisine göre daha verimli ve adil bir sosyal güvenlik sistemine sahip olacaktır.</p> <p>Emeklilik parametreleri bütün sosyal gruplar için aynı olacaktır: Kamu çalışanları, özel ve kamu sektörlerindeki ücretliler ve kendi hesabına çalışanlar. Ek olarak genel sağlık sigortası sistemi bütün nüfusu kapsayacaktır.</p>
Yoksulları korumak ve sürdürülebilir bir yaşam sürmelerini sağlamak için entegre ve amaçları iyi belirlenmiş bir sosyal yardım sisteminin kurulması.	İlgili bir yasa hazırlanmaktadır.	İlgili yasa Meclis'e sunulmuştur.	Yeterli bir bütçeye sahip olmak üzere koordine bir sosyal yardım sistemi yaratılmıştır.
Modern ve etkin bir sağlık sistemi bütün nüfusu kapsamaktadır.	<p>Şu reformları içeren bir sağlık sistemi reform süreci uluslar arası kurumlarla birlikte adapte edilmektedir: İlaç ve tıbbi cihazlar kurumunun kurulması, aile hekimliği sistemi, hastanelere daha fazla otonomi, halk sağlığı kurumlarının güçlendirilmesi.</p> <p>Sağlık harcamalarını izlemek için tatmin edici bir niceliksel çerçevenin oluşturulması ve tahmin edilemeyen sağlık harcamalarını karşılayacak bir sistemin uygulamaya konulması.</p>	<p>Üzerinde anlaşılmış sağlık reformları artık uygulamadadır. Planın sonuçları şunlardır: 1- Hizmet sunucularının akreditasyonu. 2- İyi işleyen aile hekimliği ve sevk sistemleri. 3- Hastanelere yeterli otonomi.</p> <p>Sağlık harcamalarını izlemek ve öngörülemeden sağlık harcamalarını karşılamak açısından gerekli olan niceliksel çerçevenin tatmin edici bir biçimde sürekli uygulanması.</p>	<p>Sağlık harcamalarını izlemek üzere tatmin edici bir niceliksel çerçeve uygulamadadır, artık sosyal güvenlik açıkları mali sürdürülebilirliği tehdit etmemektedir.</p>

## **Program Amaçlı Kamu Sektörü Gelişim Politikası Kredisi-2 (Programatic Public Sector Development Policy Loan – Ppdpl-2)**

DB ile Türkiye Cumhuriyeti Hükümeti arasında 17 Mayıs 2008 tarihinde 2. PPDPL anlaşması imzalandı (Program Document For A Proposed Second Programmatic Public Sector Development Policy Loan 2 in the Amount of Euro 255.4 Million -Us\$400 Million Equivalent-

to the Republic of Turkey Report No. 43473-TR). Anlaşmayla Türkiye'ye sağlanacak proje kredi miktarı 400 milyon Dolar'dır\*.

Mevcut sosyal güvenlik fonlarının birleştirilmesi, tek bir emeklilik fonunun oluşturulması, emeklilik, sağlık primlerinin entegre edilmesi ve ulusal sigorta sisteminin kurulması bu PPDPL'nin önemli hedeflerindedir. Zaten birinci PPDPL sürecinde fonların birleştirilmesi yasal olarak gerçekleştirilmiş ve bundan sonra da idari olarak gereken düzenlemeler (ayrı kurumlardaki personelin SGK kapsamında birleştirilmesi gibi) tamamlanmıştı. Sağlık kurumlarında veri işleme tabanı olarak MEDULA sistemi uygulanmaya başlanmıştır. 2. PPDPL bunların geliştirilmesini, özellikle elektronik veri işleme sisteminin uygulamaya konulmasını hedeflemektedir. PPDPL 2'de emeklilik sistemiyle ilgili ayrıntılar vardır. Emeklilik yaşı 2070 yılına kadar herkes için 65'e çıkarılmış olacaktır. Ayrıca emeklilik sisteminden kaynaklanacak açıkların küçültülmesi için emeklilik maaşlarında da düzenlemeler gerçekleştirilecektir (s. 21-22).

Var olan sosyal güvenlik kurumları birleştirilecek ve SGK bütün üretici kurumlardan benzer bir paket anlaşmayla hizmet satın alacaktır. Hükümet sigorta sisteminin etkinleştirilmesi amacıyla bazı önlemler de belirlemiştir: Sağlık hizmetleri kullanımına ulaşımın kolaylaştırılması ve sevk sisteminin kurulması, kamu ve özel sektörden sağlanacak hizmet ve mallar için rekabetçi bir ortam oluşturulması, elektronik veri sistemi sayesinde geri ödemelerin hızlandırılması, sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmak için hızlı işleyen temiz ve kaliteli bir sağlık sisteminin yaratılması.

Ulusal sigorta sisteminin amaçları, gelir düzeyiyle orantılı biçimde sisteme zorunlu katılım; yoksulların priminin hükümetçe ödenmesi; sistemin risk değerlendirme, yararlanım paketinin genişletilmesi ve ödeme sistemlerinin güçlendirilmesi üzerinden maliyet etkin biçimde işletilmesidir. Bunların yanı sıra Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın uygulanması sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliğinin ve niteliğinin artırılması açısından zorunlu görülmektedir (s. 27).

Reformlarla sağlık sigortası kapsamındaki nüfus 35.5 milyondan (2004) 44.5 milyona (2007) yükselmiştir. Buna ek olarak Yeşil Kart kapsamındakilerin sayısı aynı yıllar için 7 milyondan 9.3 milyona çıkmıştır. Eş zamanlı olarak 2004-2007 arasında sağlık harcamalarındaki gerçek artış %18.7 olmuştur. Bu artış sağlık hizmetlerinin kullanımının artmasına, bu artışın hastane kullanımı şeklinde gerçekleşmesine (bu da birinci basamak sağlık hizmetlerinin yetersizliğiyle açıklanmaktadır), talep yönlü maliyet sınırlayıcı önlemlerin alınmamış olmasına ve herhangi bir maliyet sınırlaması önlemi olmaksızın birinci ve ikinci basamaktaki ödemelerin hizmet başına yapılmasına bağlanmaktadır. 2033 yılına kadar, herhangi bir maliyet sınırlaması önlemi alınmadığı takdirde, sağlık harcamalarının ulusal gelirdeki oranının %9 olacağı (2010 için %6 tahminine karşılık) beklenmektedir. Maliyet sınırlaması

\* [www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2008/06/02/000333038\\_20080602035750/Rendered/PDF/434730PGD0P0881e0only10R20081011911.pdf](http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2008/06/02/000333038_20080602035750/Rendered/PDF/434730PGD0P0881e0only10R20081011911.pdf) ve <http://www.worldbank.org.tr/WBSITE/EXTERNAL/COUNTRIES/ECAEXT/TURKEYEXTN/0,,contentMDK:21812741~menuPK:50003484~pagePK:2865066~piPK:2865079~theSitePK:361712,00.html>

senaryosu bu oranı aynı yıl için %6.7 olarak vermektedir.

PPDPL 2'nin sigorta sistemi kapsamında önerdiği ve hükümetin de uygulamaya yöneldiği yapısal reformlar şunlardır: 1- Uygulanabilir, maliyet etkin ve SGK tarafından ödenecek bir ilaç listesinin hazırlanması. 2- Kamu, üniversite ve özel sağlık kurumlarında ayakta ve yataklı tedavi hizmetlerinin bir kısmı için sabit fiyat uygulamasına geçiş. 3- Devlet hastanelerinde üçer aylık dönemler için sıkı global bütçe uygulaması.

Ayrıca şu maliyet sınırlayıcı önlemler alınacaktır: 1- SGK ayakta tedavi hizmetleri için katkı payı alacaktır. 2- Sağlık Bakanlığı ve üniversite hastanelerinde yıllık global bütçe uygulamasına geçilecek ve bu iki hastane grubunda maliyetlerin üst sınırı sabitlenmiş olacaktır. 3- SGK tarafından özel hastanelere yapılacak ödemenin üst sınırı belirlenecek, bu sınırla hastanenin aldığı para arasındaki farkı hasta ödeyecektir.

PPDPL 2'de PPDPL 3'ün de gündemde olduğu belirtilmektedir. Burada da sosyal güvenlik sistemi reformları ve kamu sağlık harcamalarının kontrolü hedeflenecektir.

### **Kısa Sonuç**

Şimdiye kadar yazılanlardan ortaya çıkan tablo şudur: Dünya Bankası, Sağlıkta Dönüşüm açısından AKP'ye her türlü desteği vermiştir. Bunun içinde politik, teknik, mali ve insan gücü desteği vardır. Bu destek bir yandan Sağlıkta Dönüşüm ile ilişkili birinci ve ikinci aşama anlaşmalarıyla, bir yandan ara destek kredi anlaşmalarıyla, bir yandan da PPDPL serileriyle sağlanmıştır. Bunun yanı sıra UNICEF, UNDP ve DSÖ de teknik destek anlamında devreye sokulmuştur.

Hükümet bu süreçte hiçbir finansman sorunuyla karşılaşmadan gerekli kurumları oluşturmuş, insan gücü yetiştirmiş, aile hekimliği sistemine geçmiş, enformasyon sistemini kurmuş, SGK'nu kurmuş, GSS uygulamasını başlatmıştır.

Sağlıkta Dönüşüm ve emeklilik sisteminin değiştirilmesi açısından gerekenlerin tümü, şimdiye kadar incelenen anlaşmalarla en ince ayrıntılarına kadar Dünya Bankası tarafından belirlenmiştir. O kadar ki, Sağlık Bakanlığı aile hekimliği eğitimlerinin hangi illerde ve kaç kişinin katılımıyla gerçekleştirileceğini bile doğrudan Dünya Bankası'na rapor etmiştir.

Kısaca Sağlıkta Dönüşüm en başından itibaren tümüyle yabancı kökenli, dışarıdan dayatılan, dışarıdan yönetilen, dışarıdan denetlenen ve değerlendirilen bir süreç olarak gelişmiştir. Ancak bütün bu bakımlardan en tipik, en hızlı gelişmeler AKP döneminde yaşanmıştır.

Son dönemde (PPDPL serileri üzerinden) ön plana çıkan başlık sosyal güvenlik ve sağlık finansman sistemlerinin düzenlenmesidir. Burada ilgili aktör ve dokümanlar sürekli eşitlik, verimlilik ve sürdürülebilirlikten söz etmektedir. Ancak bu hedeflere yönelik olarak belirlenen stratejiler için gerçek amacını ortaya dökmektedir.

Şöyle ki: Katkı payları, ilaç geri ödemelerinin düşürülmesi, hastane geri ödemelerinin sınırlanması, global bütçe, emeklilik yaşının yükseltilmesi gibi stratejiler verimlilik ve kalitenin koşulları olarak belirlenmektedir.

Esas amaç SGK açığının sınırlanması, kapatılmasıdır. Yoksa halkın sağlık hakkıyla herhangi bir ilişkilendirme söz konusu değildir. Emeklilik sisteminde eşitlikçi düzenlemeler denilirken kastedilen şey emeklilik yaşının herkes için yükseltilmesidir.

Sosyal güvenlik açığının kapatılmasının en önemli araçlarından birisi hastane geri ödemelerinin sınırlanmasıdır. Burada da ödeme mekanizmalarının değiştirilmesi gündeme gelmektedir. Oysa önerilen ödeme mekanizmaları hastaneleri, ürettikleri hizmetin kalitesinden çalmaya yönlendirici etkilere sahiptir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı henüz tam olarak tamamlanmadı. Örneğin hastanelerin işletmeleştirilmesi yönündeki gelişmeler devam ediyor. Ancak Türkiye sağlık sistemi AKP eliyle neredeyse tümüyle, bütün bileşenleriyle değiştirildi. SGK hizmet üreticileri karşısındaki tek satın alıcı olarak organize edildi. Özel hastane sayısı neredeyse kamu hastanelerinin sayısını yakaladı. SGK özel hastanelere kaynak aktarma işlevini kusursuz biçimde üstlendi. Birinci basamak aile hekimleri üzerinden parçalandı. Böylece birinci basamak sağlık hizmetleri muayenehanecilik mantığıyla tümüyle yeniden organize edildi. Bütün kamucu sağlık sistemi, birinci basamaktaki Sosyalleştirme organizasyonu ortadan kaldırdı. Piyasa mantığı sağlık sistemini ele geçirdi.

Sağlık emekçilerinin ekonomik, sosyal kazanımlarının ve halkın sağlık hakkının korunup, geliştirilmesi, bugün her zamankinden daha fazla oranda burada kısaca özetlediğimiz emperyalist politikalara karşı mücadele edilmesini gerektirmektedir. Mücadele ise politikaların içeriğinin tam olarak anlaşılmasıyla başlayacak, hedeflerin tam kamucu bir sağlık sistemine bağlanmasıyla gerçeklik kazanacaktır. Kısaca, mücadelenin antiemperyalist, antikapitalist bir eksene oturtulması gereği bulunmaktadır.

## Kaynaklar

1. Chakraborty S (2009) Health Systems Strengthening: Lessons from the Turkish Experience, Knowledge Brief 52796, Vol: 12, World Bank.
2. Data Sheet Template for Project Paper, June 4 2007, Ek 1, [http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2007/06/12/00090341\\_20070612135757/Rendered/PDF/40018.pdf](http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2007/06/12/00090341_20070612135757/Rendered/PDF/40018.pdf)
3. Health Transformation and Social Security Reform Project, No. P102172, [www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2008/11/13/000104615\\_20081113095125/Original/final0PID0appraisal0stage0111208.doc](http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2008/11/13/000104615_20081113095125/Original/final0PID0appraisal0stage0111208.doc)
4. Health Transition Project, <http://siteresources.worldbank.org/TURKEYEXTN/Resources/361711-1206357596243/InfoUpdateonHealthTransitionProject2007oct3.pdf>
5. Price Waterhouse (1990) Health Sector Master Plan Study Report on the Current Situation.
6. Project Agreement: Health Transformation and Social Security Reform Project, No: 7717-TU, [www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/ECA/2010/04/20/AB4F1DB97E89F00485257615006F7C7D/3\\_0/Original/L77170PA0Health0Transformation.doc](http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/ECA/2010/04/20/AB4F1DB97E89F00485257615006F7C7D/3_0/Original/L77170PA0Health0Transformation.doc)
7. Project Appraisal Document on a Proposed Loan in the Amount of Eur 56.10 Million (US \$75.12 Million Equivalent) to the Republic of Turkey for a Health Transformation and Social Security Reform Project in Support of the Second Phase of the Health Transformation Program (APL 2), [www.wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2009/06/01/000334955\\_20090601050258/Rendered/INDEX/461150PAD0P102101Official0Use0Only1.txt](http://www.wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2009/06/01/000334955_20090601050258/Rendered/INDEX/461150PAD0P102101Official0Use0Only1.txt)



8. Project Information Document Appraisal Stage, [www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2004/03/10/000104615\\_20040312101156/Rendered/PDF/Project0Inform1nt010Appraisal0Stage.pdf](http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2004/03/10/000104615_20040312101156/Rendered/PDF/Project0Inform1nt010Appraisal0Stage.pdf)
9. Program Document for a Proposed Loan in the Amount of Euro 403 Million to the Republic of Turkey for a Programmatic Public Sector Development Policy Loan, Report No. 36274-TR, [www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2006/06/08/000160016\\_20060608120652/Rendered/PDF/36274.pdf](http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2006/06/08/000160016_20060608120652/Rendered/PDF/36274.pdf)
10. Program Document For A Proposed Second Programmatic Public Sector Development Policy Loan 2 in the Amount of Euro 255.4 Million -Us\$400 Million Equivalent-
11. to the Republic of Turkey Report No. 43473-TR, [www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2008/06/02/000333038\\_20080602035750/Rendered/PDF/434730PGD0P0881e0only10R20081011911.pdf](http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2008/06/02/000333038_20080602035750/Rendered/PDF/434730PGD0P0881e0only10R20081011911.pdf) ve [www.worldbank.org.tr/WBSITE/EXTERNAL/COUNTRIES/ECAEXT/TURKEYEXTN/0,,contentMDK:21812741~menuPK:50003484~pagePK:2865066~piPK:2865079~theSitePK:361712,00.html](http://www.worldbank.org.tr/WBSITE/EXTERNAL/COUNTRIES/ECAEXT/TURKEYEXTN/0,,contentMDK:21812741~menuPK:50003484~pagePK:2865066~piPK:2865079~theSitePK:361712,00.html)
12. Resmi Gazete, 7.10.1990 Tarihli, Sayı: 20658.
13. Resmi Gazete, 22.12.1994 Tarihli, Sayı: 22149.
14. Sağlık Bakanlığı SPGK (Aralık 1994) 1. Ulusal sağlık Projesinin Son Yılına Girerken İnşaat Gerçekleşmeleri, Sağlıkta Strateji Dergisi, Ankara.
15. Sağlık Bakanlığı SPGK (1995) Türkiye Sağlık Sistemi Reformu, Ankara.
16. [www.pydb.saglik.gov.tr/node/69](http://www.pydb.saglik.gov.tr/node/69)

# SAĞLIK HİZMETLERİNİN SOSYALLEŞTİRİLMESİ HAKKINDAKİ KANUN VE BEŞ YILLIK KALKINMA PLANLARI

**Prof. Dr. Sibel KALAÇA**

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı AD

## Giriş

Türkiye’de planlı döneme geçilen 1963 yılından itibaren yapılmaya başlanan Beş Yıllık Kalkınma Planları (BYKP), devletin ekonomik, sosyal ve kültürel amaçlarına bakışını, bu konulara yönelik plan-programlarını ve değişen paradigmaları izlemek açısından zengin dokümanlardır. Söz konusu dokümanlar, sağlığın ve sağlık hizmetleri sisteminin bütün bu bileşenlerle ve kalkınmayla olan doğrudan ilişkisi nedeniyle, Türkiye’de sağlık hizmetlerinin finansmanı, planlanması, örgütlenmesi, sunumu ve sistemin oluşmasında etken olan yönelmeler ve öncelikler açısından nasıl bir süreç izlediğini anlamak açısından da önemlidir.

1961’de uygulamaya başlanan ve 50 yıllık bir sürece damgasını vuran 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun, bugüne kadar uygulamaya koyulmuş olan 9 kalkınma planı içinde değişen vurgularla ve değişik gerekçelerle daima önemli bir yer tutmuştur. Kalkınma planları, bu yasanın ve yasanın temel ilkelerinin başlangıçtan bu yana ne ölçüde benimsendiği, ne ölçüde hayata geçirildiği, yasanın gerektirdiği uygulamaların yıllar içinde ne kadarının gerçekleştirildiği ve hayata geçirilemeyen yönlerine ilişkin gerekçelerle ilgili önemli ve ilginç veriler sunmaktadır. Yasanın mimarı olan Prof. Dr. N. Fişek ile yapılan bir görüşmede kendisi, ikinci beş yıllık plan hazırlanırken Sağlık Bakanlığının, Devlet Planlama Teşkilatına (DPT) “sosyalleştirme” kelimesinin çıkarılmasını önerdiğini ancak DPT’nin buna karşı çıktığını belirtmekte ve “sosyalleştirme planı bugüne dek yapılmıyorsa, DPT’nin büyük payı vardır” demektedir (1).

Aşağıda ikinci, dördüncü ve sekizinci beş yıllık kalkınma planlarında 224 sayılı Yasa’ya ilişkin yapılmış bazı atıflardan özet alıntılar sunulmuştur:

“..geniş halk kitlelerine yönelmiş ve özellikle koruyucu hekimlik hizmetlerine ağırlık veren sosyalleştirme programları..” II. BYKP,(1968-1972) (2).

“Toplum sağlığının her yönüyle gerçekleştirilmesi, sağlık hizmetlerinden herkesin eşit olarak yararlanması ve görevin Devlet eliyle yürütülmesi olarak tanımlanan sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi...”IV. BYKP (1979-1983) (3).

“Sosyalleştirme sistemi, ulusal sağlık sistemi veya Beveridge modeli olarak da anılır. Koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin tamamı devlet tarafından vergilerle finanse edilir. İngiltere ve eski doğu bloğu ülkelerinin tercih ettiği bir finansman biçimidir” VIII. BYKP (2001-2005) (4).

**“Anayasa’ da öngörülen Genel Sağlık Sigortası sistemi ve 224 sayılı Kanun başta olmak üzere yürürlükteki kanunlar uygulanmalıdır” VIII. BYKP (2001-2005) (4).**

Yasanın kalkınma planları içinde yer alması bir rastlantı olmayıp, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi yaklaşımının 1960'lı yılların planlı kalkınma yaklaşımı ile birlikte düşünülmesi gerektiği belirtilmektedir (5). 1960'da DPT'nin kurulmasıyla, kapsamlı planlama (*comprehensive planning*) anlayışı uygulamaya konulmuş, buna göre, planlama, ulusal kalkınmanın en temel aracı olarak tanımlanmıştır. Bu yaklaşımın ilk meyvesi olarak Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı çalışmaları başlatılmıştır. Bu dönemde toprak reformu, vergi reformu, Kamu İktisadi Teşebbüslerinin yeniden örgütlenmesi, eğitim, insan gücü planlaması ve sağlıkta sosyalleştirme konuları öne çıkmıştır (5).

Bu yazıda, 1963-1967 dönemini kapsayan ilk beş yıllık plandan başlayarak, bu güne kadar uygulamaya koyulmuş olan 9 kalkınma planı içinde Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanunun nasıl bir süreçten geçtiği değerlendirilmiş; yasanın elli yıllık süreci bu dokümanlar üzerinden izlenmeye çalışılmıştır.

### **DPT ve Beş Yıllık Kalkınma Planları**

Devlet Planlama Teşkilatı, Türkiye'nin ekonomik ve sosyal kalkınmasını hızlandırmak için 30 Eylül 1960'da kurulan başbakana bağlı bir kuruluştur. Devletin ekonomik, sosyal ve kültürel amaçlarının belirlenmesinde hükümete danışmanlık yapar. Hükümetçe belirlenen amaçları gerçekleştirmek için kalkınma planları ve yıllık planlar hazırlar. Devlet Planlama Teşkilatının kurulduğu tarihten bugüne kadar 9 adet Beş Yıllık Kalkınma Planı uygulamaya konulmuştur. Planların iktisadi felsefeleri ve yaklaşımları kapsamında; 1960 öncesi planları: devletçi, kısmi, 1960 -1980 planları: karma ekonomi, bütüncül, 1980 – 2000 planları: liberal, stratejik olarak nitelendirilebilir (6).

### **224 Sayılı Yasa ve Kalkınma Planlarındaki Yeri**

224 sayılı Yasa, 27 Mayıs 1960 askeri müdahalesinin belirlediği ortamda kabul edilerek yürürlüğe girmiştir. O dönemde yönetim erkini elinde toplamış olan Millî Birlik Komitesi (MBK) tarafından, Komite'nin görev süresinin son günü olan 5 Ocak 1961'de kabul edilmiş ve 12 Ocak 1961'de resmi gazetede yayımlanmıştır. Yasa taslağı, dönemin Sağlık Bakanlığı Müsteşarı Dr. Nusret Fişek tarafından hazırlanmıştır. İlk taslakta "sosyalizasyon" şeklinde olan yasanın adı sonuçta "sosyalleştirme", "sağlık ünitesi" olan birinci basamak sağlık kurumunun adı "sağlık ocağı" olarak değiştirilmiştir. Yasa tasarısı 1961'de kabul edildikten sonra, sosyalleştirme harcamaları ilk kez 1962 yılı bütçesine girmiştir. Uygulama planının aslında, sosyalleştirmenin Edirne, Çankırı ve Muş'ta aynı anda uygulamaya konulması düşüncesi varken, bütçe tartışmalarında gündeme getirilen "olanakların kısıtlılığı" gerekçesi ile gerekenin üçte biri kadar bir parayla 1963'te yalnızca Muş'ta başlatılabiliştir. İzleyen yıllarda da aynı bölgedeki diğer illere yaygınlaştırılmıştır (7).

Sağlık hizmetlerinin ilkelerini temelden değiştiren bu kanunun kabul ettiği başlıca ilkeler şunlardır: *eşitlik, hizmetlerin sürekliliği, entegre hizmet, kademeli hizmet, öncelikli hizmet, katılımlı hizmet, ekip hizmeti, denetlenen hizmet, uygun hizmet ve nüfusa göre hizmet* (8). Yasa'ya göre sağlık hizmetleri "il içinde bir bütündür". İl içinde örgütlenme iki basamaklı bir model olarak kurulmuştur. Birinci basamak, evde ve ayakta tedavi hizmetleri ile koruyucu hizmetlerin sunulduğu "sağlık ocakları"dır. İkinci basamak ise, sağlık ocaklarından sevk edilen hastaların bakılacağı hastanelerdir. Ülkemizde 1963 yılında başlayan sosyalleştirme uygulaması 1983 yılı sonunda bütün ülkeye yayılmıştır (8).

Yasanın mimarı Dr. Nusret Fişek, Türkiye'deki sağlık politikalarının durumu ile ilgili kendisi ile yapılan bir söyleşide, hükümetlerin sağlık politikasını sosyo-ekonomik kalkınma planlarının bir parçası olarak ele aldığını belirtmektedir. Birinci beş yıllık kalkınma planında sağlık politikasının amacı “*halkın sağlık seviyesini yükseltmek*” olarak belirtilmiş ve bu ilk plandan beşinciye kadar değişmeden öngörülen yaklaşım, sağlık politikasının bu amacına ulaşabilmesi için Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun'un uygulanması gerekliliği olmuştur (9). Oysa uygulamaya bakıldığında, 224 sayılı Yasa, daha hazırlıklarının yapıldığı günlerden itibaren çeşitli siyasal engellerle karşılaşmış ve yasanın ilkeleri hiç bir zaman tam olarak hayata geçirilmemiştir. Nitekim sosyalleştirme, kalkınma planlarında en çok, yasanın uygulamaya geçirilmesindeki aksaklıklar nedeniyle anılmaktadır. Her bir raporda planlar ile gerçekleştirilenler arasındaki açıktan ve buna neden olan etkenlerden söz edilmekte; daha sonra bu açığın kapanmasını da içeren yeni hedefler ortaya koyulmaktadır.

Birinci beş yıllık planda yasanın felsefesine, ülkemiz için uygun bir model olduğuna dair inanç ve uygulanmasına yönelik kararlılık dikkat çekmektedir. Özellikle 5. plandan sonra, 224 sayılı Yasa'ya olan atıfların giderek sembolik bir biçim aldığı görülmektedir. Planlarda gerek finansman, gerekse örgütlenme ile ilgili olarak yeni modeller, kavramlar gündeme getirilmekte; 224'ün günün gereklerine göre uyarlanması gereğine dikkat çekilmekte, öte yandan “*224 sayılı Yasa uygulanmalıdır*” söyleminden de vazgeçilmemektedir.

İkinci beş yıllık kalkınma planından başlamak üzere, izleyen diğer bütün planlarda, 224 sayılı Yasa'nın etkili bir biçimde uygulanamamasının nedenleri konusu, genellikle aşağıdaki başlıklarda ele alınmaktadır:

- Sağlık hizmetlerinin tek elden yürütülememesi
- Sosyalleştirilmiş bölge ve kurumlarda, ilk bir kaç yıl dışında sosyalleştirme kapsamında çalışacak insan gücü sorunu doğması
- Hekimlerin büyük il merkezlerinde toplanmaları ve dağılımdaki dengesizliğin giderilememesi
- Tedavi edici hizmetlere olan aşırı talep
- Yeterli sayıda sağlık ocağının hizmete sokulmaması
- Sosyalleştirme uygulaması için gereken alt yapı yatırımlarının hiç bir zaman gereken şekilde gerçekleştirilmemesi ve sonuçta pek çok ilin yeterli sayıda sağlık ocağı, lojman, personel ve teknik donanım olmadan sosyalleştirilmesi
- Gerekli fizik koşullar tanımlanmış olmakla birlikte birinci basamak kurumlarının yarıya yakınının hizmete uygun olmayan geçici-kiralık binalarda hizmet vermesi
- Sağlık personelinin aldığı eğitimin kendilerine bu yasa çerçevesinde belirlenmiş olan yeterlilikleri kazandırmaktan uzak olması

### **Birinci-Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planları (1963-1989)**

Birinci beş yıllık plan, 224 sayılı Yasa'nın uygulanmaya koyulmasıyla başlayan sürecin de başlangıcıdır. Planda yasanın ülkemiz için uygun bir model olduğu vurgulanmaktadır. Birinci beş yıllık kalkınma planında sağlık politikasının amacı ve bu amaca ulaşmak için alınacak tedbir şöyle tanımlanmaktadır:

“Sağlık programında ana ilke halkın sağlık seviyesini yükseltmektir. Bu amaçla koruyucu hekimlik hizmetlerinin geliştirilmesine öncelik verilecektir. Tedavi hekimliği hizmetleri ise koruyucu hekimlik çalışmalarını tamamlayan bir unsur olarak ve bu ölçüde ele alınacaktır. Bu politikanın uygulanması için alınacak tedbirler içinde en kapsamlı olanı da şudur: **“Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi ile İlgili Kanun’un uygulanması için her çeşit tedbir alınacaktır”** (10).

Sosyalleştirme yasasında geçen sağlık hizmetlerinin bir elden idaresinin sağlanması ilkesinin, birinci beş yıllık kalkınma planından başlayarak her planda mutlaka dile getirilen önemli bir hedef olduğu, ancak bu hedefin bir türlü gerçekleştirilemediği görülmektedir. Bu hedefin gerçekleştirilememiş olması, sonraki kalkınma planlarında sosyalleşme programının yavaşlamasına neden olan etkenlerden birisi olarak gösterilecektir (2).

Toplum katılımı konusu da 224 sayılı Yasa’nın ilk iki kalkınma planında sözü edilen, daha sonra pek fazla anılmayan bir ilkesi olarak görülmektedir:

“... halkın hizmete katılmasını sağlayacak tedbirler esas olarak toplum kalkınması programları çerçevesi içinde ele alınacaktır”

İlk beş yıllık planda, yasanın uygulanması sürecinde, sağlık personeli eksikliği ve koruyucu hekimlik kadrolarının boş olması öngörülebilir sorunlar olmuştur.

İkinci beş yıllık plan dönemine gelindiğinde (1968-1972), 224 sayılı Yasa yine ülkemiz için en uygun model olarak anılmakta; koruyucu hekimliğin öneminin altı çizilmekte, tedavi edici hizmetler “tamamlayıcı” olarak nitelendirilmektedir:

“Türkiye’de nüfusun dağılımı ve yerleşme özelliklerine göre halkın sağlığı yeterli bir hizmetin halka götürülmesiyle sağlanabileceğinden, sağlık ocaklarının kuruluş sistemi ve çalışma esasları Türkiye için en iyi uygulama metodudur.”

“Toplumun ruh ve beden sağlığının korunması, halkın sağlık hizmetlerinden yararlanma seviyesinin yükseltilmesi ve hasta olanlara eşit tıbbi bakım imkânları sağlanması **geniş halk kitlelerine yönelmiş ve özellikle koruyucu hekimlik hizmetlerine ağırlık veren sosyalleştirme programlarıyla gerçekleştirilecektir**. Sağlık hizmetlerinde sınırlı sayıda nüfusun yararlanabileceği tedavi edici hekimlik hizmetleri, koruyucu hekimlik hizmetlerini tamamlayıcı bir unsur olarak ele alınacak, evde ve ayakta tedavi usulü geliştirilecektir.”(2)

İkinci BYKP’de sosyalleştirmenin uygulamasına başlandığına ilişkin veriler sunulmaktadır: “1963–1966 döneminde sağlık teşkilâtında gelişme olmuş, sosyalleştirilen bölgelerde sağlık ocakları, sağlık grup başkanlıkları kurulmuş, bölge laboratuvarları, bölge hastaneleri, depo ve tamirhaneler yapımına başlanmıştır.” Öte yandan ilk sorunlar da baş göstermiştir. Bunlardan en önemlisi ve daha sonraki planlarda da sıkça dile getirilen sorun, sağlık personelinin dağılımındaki bozukluktur:

“Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği bölgelerde dengeyi sağlamak yönünden çabalara girişildiği halde, hekimlerin büyük il merkezlerinde toplanmaları önlenememiş ve dengesizlik devam etmiştir. Nüfus yoğunluğu yönünden eşit olan bölgelerde hekim oranı ve hekim başına düşen nüfus büyük farklıklar göstermektedir”. Bu planda ayrıca doktor-yardımcı sağlık personeli oranı ile pratisyen hekim ile uzman hekim sayısı arasındaki dengesizlikler vurgulanmakta, koruyucu sağlık hizmetlerinin yürütülmesi için gereken pratisyen hekim sayısının azlığı dile getirilmektedir.

Yasanın yürürlüğe girmesinden henüz beş yıl geçmişken, İkinci BYKP'de “sosyalleştirme programının uygulanmasında çeşitli nedenlerle geri kalmalar olduğu” ve “programın yavaşladığı” belirtilmektedir. Sağlık ocaklarının yapımı ile ilgili çeşitli sorunlar vardır. Ocakların yapıldığı yerlerde yol, içme suyu, haberleşme gibi alt yapı hizmetleri genellikle sağlanamamıştır. Ocaklar buldukları yerlerin iklim şartlarına uygun olarak inşa edilmemiştir. Arsa bulmakta çekilen zorluk nedeniyle ocakların köy dışına yapılması hizmetin görülmesini güçleştirmektedir. Programının yavaşlamasına neden olan etkenler arasında sağlık hizmetlerinin tek elden toplanmasındaki gecikme, belirli bir sağlık personeli ve ücret politikasının uygulanmaması nedeniyle yoksunluk bölgelerinin çekiciliğini kaybetmesi de belirtilmektedir. Öte yandan, sosyalleştirme hizmetleriyle birlikte götürülmesi zorunlu olan altyapı hizmetlerinin gerçekleşmemesi, yoksunluk bölgelerinde hizmet gören sağlık personelinin zor durumda bırakılmıştır (2).

Bütün bu aksamalara ve zorluklara karşın, İkinci BYKP metni, sosyalleştirme yasasına olan inancın korunduğu bir dokümandır. Planda, *sağlık hizmetlerinin sosyalleştirdiği ve birleştirildiği bölgelerde* “toplum katılımı” yoluyla çevre sağlığı hizmetlerinde sağlanan olumlu gelişmelerden söz edilmekte; gelecek beş yıllık dönemde sosyalleştirmenin uygulanmasına yönelik kararlılık açıkça dile getirilmektedir:

*“İkinci beş yıllık plan döneminde Sosyalleştirme programları yılda 300 ocak açılarak devam edecektir. Özellikle programa katılan hekimlere bir münavebe imkânı vermek amacıyla her yıl Batı bölgelerinde belirli oranda ocak yapılarak sosyalleştirme uygulamasına devam edilecektir.”*

Üçüncü beş yıllık kalkınma planında (1973-1977), sosyalleştirme programının çeşitli nedenlerle yavaşlamış olmasından söz edilmekte; öte yandan, 1982 yılı itibari ile yasanın tüm yurda yaygınlaştırılmasının hedeflendiği açıklanmaktadır. Ancak, bilindiği üzere, henüz yasanın gerektirdiği koşullar sağlanmadan uygulamanın ülke çapında yaygınlaştırılması, daha sonra yasanın başarısız kılınmasına katkı sağlayan bir etken olarak karşımıza çıkacaktır. Üçüncü beş yıllık planda *Genel Sağlık Sigortası* kavramı da ilk kez açıkça dile getirilmektedir: *“Kademeli bir şekilde uygulanmak üzere bir genel sağlık sigortası için gerekli mevzuat hazırlanacaktır. Mevzuatın hazırlanmasında, sigortanın sağlık hizmetinin geliştiği illerde yataklı tedavi kurumlarına talebi artırmaması göz önünde tutulacak ve sigortanın yaratacağı ek talebin gerektireceği finansmanın yalnız sigorta primlerinden karşılanması esas olacaktır.”*(11).

Aslında 224 sayılı Yasa'nın orijinalinde de hizmetlerin finansmanı ile ilgili olarak “prim toplanması”ndan söz edilmektedir: *“vatandaşların sağlık hizmetleri için ödedikleri prim ile amme (kamu) sektörüne ait müesseselerin bütçelerinden ayrılacak tahsisat karşılığı her çeşit sağlık hizmetlerinden ücretsiz veya kendisine yapılan masrafin bir kısmına iştirak (katılım) suretiyle eşit şekilde faydalanmalarıdır”*. Yasanın yürürlüğe girmesinden yaklaşık 15 yıl sonra yapılan bir söyleşide Prof. Fişek'in *“yazım hatası olmuş; telaştan”* biçiminde açıklık getirdiği bu konu, Sağlık Reformu ya da Sağlıkta Dönüşüm yanlıları tarafından yıllarca bir silah olarak kullanılacaktır (12).

Üçüncü planda, sosyalleştirme bölgelerinde yaşanan sağlık personeli eksikliği, sağlık hizmetlerinin tek elden yürütülememesi, hekim dağılımının bozukluğu ve sağlık personeline verilen eğitimin koruyucu sağlık hizmetlerini etkili bir biçimde sunmak için yeterli olmaması programının yavaşlatılmasının en önemli nedenleri olarak gösterilmektedir. Planda yapılan değerlendirmeye göre *“sağlık hizmetlerini*

dağınıklıktan kurtarıp bütünleşmiş bir sistem içinde sunmak amacıyla öngörülen sosyalleştirme programı, özellikle sağlık personelinin gelişmiş illerde yoğunlaşması sonucu küçük yerleşme birimlerine eleman sağlanmasında karşılaşılan güçlükler nedeniyle istenilen biçimde gelişmemektedir” (11).

Hekimlerdeki uzmanlaşma isteği raporda, yasanın uygulanması karşısındaki bir başka engel olarak gösterilmektedir: “Birinci ve İkinci Plan döneminde pratisyen hekimliği çekici kılan tedbirlerin alınamaması sonucu bu eğilim giderek artmakta ve koruyucu hekimliğin esas alındığı sosyalleştirme programında ocak hekimi temininde engelleyici bir unsur olarak belirmektedir“.

Üçüncü beş yıllık kalkınma planında toplumun yaşama şartlarının iyileştirilmesi ve yaşama düzeyinin yükseltilmesinde kamuca sağlanan en önemli katkılardan birinin “tüme yaygınlaştırılmış bir sağlık hizmeti” olduğu söylenerek, bu hedefin 1982 yılında kamu eliyle gerçekleştirileceği (sosyalleştirmenin tüm yurda yaygınlaştırılacağı) belirtilmektedir. Planda “öncelikle 10 bin kişiye bir sağlık ocağı, 3 bin kişiye bir sağlık evi ve 10 bin kişiye 33 hasta yatağı standardına ulaşılması; 1982-1995 yılları arasında standartlarda iyileştirmelere gidilerek; 1995’de 7.500 kişiye bir sağlık ocağı, 2.500 kişiye bir sağlık evi ve 10 bin kişiye 50 yatak hedefi gerçekleştirileceği” belirtilmektedir. Sosyalleştirme kapsamına alınacak iller birinci ve ikinci plan dönemlerinde olduğu gibi doğudan batıya doğru bir sıralama şeklinde değil, özellikle personel durumu ve gereksinimler dikkate alınarak saptanacaktır:

“Bu amaçla, hem hekim ve yardımcı sağlık personeli açısından yoğun olan, hem de düzensiz şehirleşmenin ve hızlı sanayileşmenin en belirgin olduğu, koruyucu hizmetlerin özellikle gecekondu bölgelerinde yetersiz kaldığı Ankara, İstanbul ve İzmir, tedavi edici sağlık hizmetlerinin de yeterli olduğu göz önünde tutularak, üçüncü plan döneminde program kapsamına alınacaktır.”

Sağlık hizmetlerinin tek elden yönetilmesi yine önemli bir gereklilik olarak belirtilmekte ve üçüncü planın ilk iki yılı içinde, yataklı tedavi tesislerinin tek bir kurum altında birleştirilmesi hedefinden söz edilmektedir. Buna göre, Millî Savunma Bakanlığı’nın özel nitelikteki ve üniversitelerin eğitim amaçları dışındaki bütün diğer kamu kuruluşlarına bağlı hastanelerin bu kuruma devredilmesi planlanmıştır. Bu hedef, ancak ve yine sosyalleştirme yasasına atıfta bulunularak 2005 yılında, SSK hastanelerinin Sağlık Bakanlığı’na devri ile gerçekleşecektir (13).

Dördüncü plan dönemine gelindiğinde (1979–1983), sosyalleştirme yine en çok programın “neden gelişemediği” ile ilgili nedenlerle anılmaktadır:

“...üç plan dönemi aşılmasına karşın özellikle sağlık personelinin gelişmiş illerde yoğunlaşması sonucu, küçük yerleşme birimlerine personel sağlamada karşılaşılan güçlükler nedeniyle istenen biçimde gelişmemiştir” (3).

İyileştirici hizmetlere olan aşırı talep de önemli bir sorun olarak dile getirilmektedir. Bu planda, 224’ün temel ilkelerinden birisi olan dar alanda geniş kapsamlı hizmet ilkesinin tam olarak uygulanmaması ve “çevre sağlığı, AÇSAP gibi hizmetlerin değişik birimlerce bağımsız olarak yürütülmesinin” hizmetin etkinliğini sınırladığı, böylece iyileştirici hizmetlere olan aşırı talebin sınırlanmasının mümkün olmadığı belirtilmektedir. Öte yandan, “sosyalleştirme programı içinde bütünleştirilmiş olan hizmetlerin de uygulamadaki yavaşlama nedeniyle geri kalmakta olduğu” uyarısında bulunmaktadır. Bu yorum, yasanın gerektiği biçimde uygulanmaması sonucunda, entegre hizmet yaklaşımıyla sunulan hizmetlerin niteliğinin de olumsuz yönde etkilendiğini göstermektedir.

Bu planda dikkati çeken bir başka önemli yorum da, planlı dönemde sağlık ocakları ve sağlık evlerinin yapımında, hedeflenen ile gerçekleşen arasında ortaya çıkan önemli farkın nedeninin yatırım olanaksızlıkları olmadığıdır. Plandaki açıklamaya göre asıl neden “*programın gereken niteliğe kavuşmadan yaygınlaştırılmasının doğurabileceği sakıncalar gözetilerek yavaşlatılması olduğu*” dur. Bu yorum, gelecek dönemde de, 224’ün bütün ilkeleri ile uygulamaya koyulması yönünde gerçek bir ilerleme sağlanamayacak olduğunun işaretlerini vermektedir.

Dördüncü planda 1978’de yürürlüğe giren Tam Gün Çalışma Yasası’ndan hem yataklı tedavi kurumlarındaki hekim eksikliği, hem de sağlık hizmetlerini her yere ulaştırmak için iyi bir çözüm olarak söz edilmektedir. Bu planda sosyalleştirme ile ilgili yapılan önemli bir değerlendirme de “*sosyalleştirmenin AÇSAP hizmetleri ile özdeşleşmiş olduğu ve bu programdaki aksaklıkların bu hizmetlerde de aksamaya yol açtığı*”dır.

Sosyalleştirme, dördüncü plan döneminde halen “en gerçekçi çözüm yolu” olarak görülmektedir ve bu nedenle de bütün yurttaki uygulamaya konulacak şekilde ele alınmaktadır: “*Bugüne kadar olan uygulama, sosyalleştirme programının gereken düzenlemeler yapılarak yurt düzeyine yayılmasının en gerçekçi çözüm yolu olduğunu ortaya koymaktadır*”. Sonraki aşamada ise sağlık ocaklarının kapsadığı nüfusun azaltılması gibi “*standartların yükseltilmesi*” hedefi belirlenmiştir. Ayrıca, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi ve sağlık sigortaları kapsamı dışında kalan kişilerin sağlık gereksinimlerinin Devlet tarafından karşılanacağı da belirtilmektedir.

Koruyucu, tedavi edici ve esenlendirici hizmetlerin bir arada sunulması, yasanın temel ilkelerinden birisidir. Ancak izleyen beş yıllık planlara bakıldığında, sosyalleştirme programının “*yalnızca koruyucu hizmetleri önceleyen*” bir program olarak algılandığı görülmektedir; nitekim dördüncü planda, programın başarılı olabilmesi için “*koruyucu hekimlik hizmetlerinin tedavi edici (iyileştirici) sağlık hizmetleri ile bir bütün olarak ele alınmasının zorunlu olduğu*” vurgulanmaktadır.

Bu planda daha önce programın aksamasında bir neden olan gösterilen “sağlık meslekleri eğitimi” konusu da ele alınmakta ve bir önlem olarak “*sağlık personeli yetiştiren kurumlarda, öncelikle, toplum sağlığı konularına ağırlık verileceği*” belirtilmektedir (3).

Beşinci plan dönemine gelindiğinde (1985–1989), sosyalleştirme artık bütün yurttaki yaygınlaştırılmıştır ama sorunludur. Halen sağlık ocağı eksikliği bulunmaktadır; plana göre “*sosyalleştirme gereğince 1989 yılına kadar 720 sağlık ocağı ile 4215 sağlık evinin yapımı planlanmıştır*”. Bir önceki plan metninde, yasanın daha çok koruyucu hizmetlere vurgu yapması eleştirilmiş, koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin bir bütün olarak ele alınması gerektiği vurgulanmışken; bu planda, tedavi edici hekimliğin ağırlığının azaltılarak koruyucu hekimlik hizmetlerinin desteklenmesi gerektiği yönünde bir ifade yer almaktadır: “*Hizmetin sunulmasında tedavi edici sağlık hizmetinden tedricen koruyucu sağlık hizmetlerine yönelinecektir.*” Sonraki planlarda da görüleceği gibi “koruyucu hizmetlerin öncelenmesi” ile ilgili gereksinim hiçbir zaman gündemden düşmeyecektir; çünkü gerçekte koruyucu hizmetler hiçbir dönemde gerektiği kadar öncelenmemiş olacaktır.

Yine sosyalleştirmenin temel ilkelerinden birisi olan “kademeli hizmet” yaklaşımının da aradan geçen sürede gerçekleştirilemediği anlaşılmaktadır: “*Hizmetler koruyucu hizmet anlayışı ile kademeliendirilecek ve hizmetlerin büyük şehirlerde birikmesi önlenecektir*”(14).



Beşinci plan döneminde, sağlık hizmetlerinin tek elden sunumu ve genel sağlık sigortasına geçiş konusu halen gündemdedir ve gerçekleşmesi istenen hedefler arasında yer almaktadır.

### **Altıncı-Dokuzuncu Beş Yıllık Kalkınma Planları (1990-2013)**

Altıncı beş yıllık kalkınma planı, “1. ve 2. Sağlık Projeleri” ile başlayan, “Sağlık Reformu” ile devam eden ve sonunda “Sağlık Dönüşümü”le tamamlanan sürecin somutlandığı ilk plan olma özelliğini taşımaktadır. Sosyalleştirme programına karşı başlangıçtan bu yana gösterilen direnç, artık eyleme dönüşme yolundadır. Altıncı planda yapılan saptamaya göre: “*Temel sağlık hizmetleri ülke ihtiyacına cevap verecek şekilde yeterince geliştirilememiş, 224 sayılı Yasa’yla getirilen düzenleme kırsal alanda sağlık evleri ve sağlık ocaklarında gereken insan gücü ve donanım ihtiyacının yeterince karşılanmaması nedeniyle uygulamada yetersiz kalmış, hızlı nüfus artışı ve göçler nedeniyle kalabalıklaşan kentlerde çeşitlenen sağlık sorunlarının giderilmesine yönelik örgütlenme oluşturulamamıştır. Diğer taraftan, birinci basamakta dar bölgede çok yönlü sağlık hizmeti verme anlayışına rağmen, gerek Sağlık Bakanlığı gerekse diğer kamu kuruluşlarında aynı amaca yönelik sağlık hizmeti birimleri kurulmuştur. Bunun sonucu olarak entegre hizmet sunumu gerçekleştirilememiştir.*” (15).

Dönemin siyasal ve ekonomik yönelmelerinden, etkilerinden ve önceliklerinden bağımsız olarak yapılan bu değerlendirmeye göre, “*geleneksel noktada sağlık hizmetlerinin mevcut durumu sorunlu*”dur; bu nedenle de “*reform gerekmektedir*”. İlginç olan, sosyalleştirme yasası bir yandan başarısız bulunurken ve sağlık reformu süreciyle birlikte, yasanın ilkeleri ile bağdaşmayan yeni yaklaşımların uygulanması planları yapılırken; bir yandan da kalkınma planlarında halen sosyalleştirmeye atıf yapılmakta ve “*224 sayılı Yasa’nın gerekli işlerliği kazanmasının sağlanması*” istenmektedir (4).

Altıncı planda ilk kez demografik göstergeler, beklenen yaşam süresi, bebek ölüm hızı vb sağlık göstergeleri referans edilmekte, nüfus başına düşen sağlık personeli sayıları tartışılmakta ve bunlarla ilgili hedefler belirtilmektedir. Bu planda, sosyalleştirme yasasının işlevsiz kılınmasına giden süreçle ilgili olarak önemli bilgi, bir “*sağlık ana planı*” hazırlığından söz ediliyor olmasıdır. Nitekim 1990’da sekiz ilde Birinci Sağlık Projesi, 1994 yılında da Kalkınmada Öncelikli 23 ilde İkinci Sağlık Projesi uygulamaya konulmuş olacaktır.

Yedinci BYKP (1996-2000) de, sağlıktaki dönüşüm planlarının ve bu yönde alınmış olan kararların uygulamaya koyulması örneklerinin açıkça görüldüğü bir metin olma özelliği taşımaktadır (16). *Özerkleştirme, özelleştirme, yerelleştirme, aile hekimliği, hekim seçme hakkı vb kavramlardan sıkça söz edilmekte, sağlıktaki reform kapsamında gereken yasa ve kararnameler çıkarılmaktadır. Bu süreçte gerçekleştirilmesi planlanan değişikliklerden birisi de finansmanla hizmet sunumunun birbirinden ayrılmasıdır. Bilindiği gibi 224 sayılı Yasa’da, hizmet sunumu ile hizmetlerin finansmanı tek elde toplanmıştır. Yasanın yürürlüğe girmesinden yaklaşık 15 yıl sonra yapılan kişisel bir görüşmede, Prof. Fişek, hizmet sunumu ile finansmanı tek elde toplama yaklaşımını eleştirmiş ve bunun yasa tasarısında yaptığı temel bir yanlış olduğunu söylemiştir (12).*

Aşağıda yedinci plan içinde, reform ve dönüşüm sürecine ilişkin planları içeren bölümlerden bazı örnekler sunulmuştur:

“Sağlık hizmetlerinin finansmanı, sunumu, personel politikaları, yönetim yapısı, toplum sağlığının korunması konularını kapsayan yeni yasal düzenlemeler yapılacaktır ve mevcut mevzuat güncelleştirilecektir”.

“Özel kesimin sağlık sektöründeki faaliyetleri özendirilecek, hastaneler idari ve mali özerkliğe kavuşturulacaktır”.

“Kırsal kesimdeki sağlık evi, sağlık ocağı modeli sürerken, kentlerde küçük nüfus esasına dayalı aile hekimliği sistemi oluşturulacaktır. Nüfus yoğunluğunun fazla olduğu kentsel kesimlerde semt polikliniği uygulaması yaygınlaştırılacaktır. Bu kapsamda gerekli yasal düzenlemeler yapılacaktır”.

“... Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği Hakkında Kanun çıkarılacaktır”.

“Hastane ve Sağlık İşletmeleri Temel Kanunu çıkarılacaktır.”

“1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun'da gerekli değişiklikler yapılacaktır”.

Bu planda dikkati çeken bir başka öneri, sağlık hizmetlerinin entegre olarak sunulması ilkesinin her açıdan ihlali anlamına gelmektedir: “koruyucu sağlık hizmetleri kamu hizmeti olarak bedelsiz verilmeye devam edilecek; tedavi hizmetlerinin bedeli kullanıcılar tarafından ödenecektir”.

Sekizinci BYKP'nin (2001-2005) ilgili bölümleri, 1999'da kurulmuş olan Özel İhtisas Komisyonları tarafından kaleme alınmıştır (4). Bu metinde, sağlık reformu ve sağlıkta dönüşüm programının ilke ve amaçlarıyla birlikte sosyalleştirmeden de sıkça söz edilmekte ve yasanın uygulanması gerektiği sıklıkla vurgulanmaktadır. Sekizinci planda, “yönetimlerin sık sık değişmesi ve gerekli kararlılığın olmamasının birinci basamak sağlık hizmetlerinin istenilen düzeye ulaşmasını engellediği” belirtilmektedir. Toplum katılımı ilkesi bu metinde yeniden anılmakta ve çevre sağlığı hizmetleri kapsamında “halkın katılım ve katkıları yetersiz” görülmektedir.

Sekizinci planda bir “sosyalizasyon” başlığı bulunmaktadır. Bu başlık altında temel olarak “Anayasada öngörülen genel sağlık sigortası sistemi ve 224 sayılı Kanun başta olmak üzere yürürlükteki kanunların uygulanması gerektiği” söylenmektedir. 224 sayılı Yasa, bu metinde Umumi Hıfzıssıhha Kanunu, Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, Özel Sağlık Kuruluşları Yasası gibi kanunlarla birlikte “sağlıkla ilgili temel yasalar” olarak anılmaktadır. Planda bu kanunların “Alma-Ata Bildirgesi, Avrupa Birliği müktesebatı ve 2000'li yılların çağdaş anlayışı çerçevesinde çok sektörlü bir çalışma ile tekrar incelenmesi, birinci basamak sağlık hizmetleri ve aile hekimliği konusundaki yasanın bu doğrultuda ele alınarak çıkarılması” önerisi yer almaktadır. Özetle, sekizinci planda, sosyalleştirmenin değişen demografik yapı, değişen sağlık sorunları ve mevcut ekonomik-siyasi akımların gereklerine uygun olarak “adapte edilmesi” gereği vurgulanmaktadır. Sağlık hizmetlerinin finansmanına ilişkin olarak, “genel sağlık sigortası uygulamasına geçilmesi, temel ihtiyaçları benimseyen bir temel teminat paketini içeren düzenlemeler yapılması ve özel sağlık sigortacılığının teşvik edilmesi” önerilmektedir. Avrupa Birliğine uyum ile ilişkili öncelikler de sekizinci planda sıklıkla anılmaktadır. Bu dönemde Sağlıkta Dönüşüm Programı başlatılmış, bu kapsamda 2004'de aile hekimliğinin uygulanmasına yönelik pilot uygulama hayata geçirilmiş, 2005'de SSK hastaneleri Sağlık Bakanlığı'na devredilmiş, 2006'da sosyal güvenlik kurumları SGK adı altında birleştirilmiştir (13).

2007–2013 yıllarını kapsayan dokuzuncu plan dönemine gelindiğinde sağlıkta dönüşüm programı kapsamında planlanan pek çok adımın tamamlandığı görülmektedir (17). 2007’de, SGK tarafından finanse edilecek hizmetlerden yararlanma ile ilgili esas ve usulleri belirleyen Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) tanıtılmıştır. Son olarak 3 Kasım 2011’de Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname yürürlüğe girmiştir.

### **Sonuç:**

Bu yazıda, 1963’den beri yürürlüğe koyulan 9 adet beş yıllık kalkınma planı içinde, Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanunu’nun ilkelerinin nasıl yorumlandığı ve nasıl uygulandığı izlenmiş ve değerlendirilmiştir. Yasanın ilkelerinin uygulamaya geçirilmesi ile ilgili sorunlar, yasanın uygulamaya geçirilmeyişi ve buna ilişkin değerlendirmeler plan metinlerinde açıkça izlenmektedir. Birinci-beşinci beş yıllık planlar, yasanın felsefesine, yasanın ülkemiz için uygun bir model olduğuna dair inancın ve yasanın uygulanmasına yönelik kararlılığın dikkat çektiği metinlerdir. Sonraki planlarda, bir yandan, finansman ve örgütlenme ile ilgili olarak yeni modeller, kavramlar gündeme getirilmekte; bir yandan da sosyalleştirme yasasının günün gereklerine göre uyarlanması gereğine dikkat çekilmektedir. Son kalkınma planından bir öncesine kadar “*sosyalleştirmenin ilkeleri uygulanmalıdır*” cümlesi sıklıkla tekrarlanmaktadır. Sosyalleştirme yasası, yasaya, yasanın ilkelerine inananlar ve savunanlar kadar, Sağlıkta Reform ve Sağlıkta Dönüşümün taraftarları tarafından da adres gösterilmiş, yapılmak istenenler açısından destekler yönde kanıt bulmak üzere incelenen temel bir referans metin olmuştur. Sağlıkta Sosyalleştirmenin Öyküsü yazısında belirtildiği gibi, yasa, yarım yüzyılı aşkın süre sağlık gündeminin en önemli siyasal -ve doğal olarak ekonomik- tartışma konusu olmuştur (12) ve bundan böyle de olmaya devam edecektir.

### **Kaynaklar**

1. Prof. Dr. Nusret Fişek'in kitaplaşmamış yazıları – III. Eğitim, Tıp Eğitimi, Uzmanlık, Sürekli Eğitim ve Diğer Konulardaki Yazıları. Derleyen: Prof. Dr. Rahmi Dirican. 1999. (Erişim: [http://www.ttb.org.tr/n\\_fisek/kitap\\_3/index.html](http://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_3/index.html))
2. TC. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı. 2. Beş yıllık kalkınma planı (1968-1972). (Erişim: <http://ekutup.dpt.gov.tr/plan/plan2.pdf>).
3. TC. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı. 4. Beş yıllık kalkınma planı (1979-1983). (Erişim: <http://ekutup.dpt.gov.tr/plan/plan4.pdf>).
4. TC. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı. 8. Beş yıllık kalkınma planı (2001-2005). (Erişim: <http://ekutup.dpt.gov.tr/plan/plan8.pdf>).
5. Çiner UC, Fişek G. Sağlıkta sosyalleştirme: “genel” ile “yerel”in önemi. Sosyal Politika. Fişek Enstitüsü. (Erişim: <http://sosyalpolitika.fisek.org.tr/?p=73>).
6. TC. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı. Beş yıllık kalkınma planları. (Erişim: [www.dpt.gov.tr](http://www.dpt.gov.tr)).
7. 10 soruda 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun. 21 Şubat 2006. Türk Tabipleri Birliği.
8. (Erişim: <http://www.ttb.org.tr/index.php/TTB/224-sayili-kanun-54.html>.)
9. Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Ed. Çağatay Güler, Levent Akın. İçinde: Sağlık Yönetimi. Yazarlar: Zafer Öztekin, Nevzat Eren. sayfa 1013-1015. Hacettepe Üniversitesi Yayınları. Ankara, 2006.

10. Prof. Dr. Nusret Fişek'in kitaplaşmamış yazıları – I. Sağlık Yönetimi. Türkiye'de Sağlık Politikası. Derleyen: Prof. Dr. Rahmi Dirican. 1997. (Erişim: [http://www.ttb.org.tr/n\\_fisek/kitap\\_1/14.html](http://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_1/14.html)).
11. TC. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı. 1. Beş yıllık kalkınma planı (1963-1967). (Erişim: <http://ekutup.dpt.gov.tr/plan/plan1.pdf>).
12. TC. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı. 3. Beş yıllık kalkınma planı (1973-1977). (Erişim: <http://ekutup.dpt.gov.tr/plan/plan3.pdf>).
13. Aksakoğlu G. Sağlıkta Sosyalleştirme Öyküsü. Memleket Siyaset Yönetim dergisi 2008; 8: 7-62 (Erişim: <http://web.deu.edu.tr/halksagligi/doc/yazilar/ga-sagliktasosyallestirmeninoykusu.pdf>).
14. Catalyzing change. The System Reform Costs of Universal Health Coverage. The Rockefeller Foundation. New York, 2010.
15. (Erişim: <http://www.rockefellerfoundation.org/uploads/files/ebafb89b-2d68-45c0-885e-74d40e8c55d9.pdf>).
16. TC. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı. 5. Beş yıllık kalkınma planı (1985-1989). (Erişim <http://ekutup.dpt.gov.tr/plan/plan5.pdf>).
17. TC. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı. 6. Beş yıllık kalkınma planı (1990-1994). (Erişim <http://ekutup.dpt.gov.tr/plan/plan6.pdf>).
18. TC. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı. 7. Beş yıllık kalkınma planı (1996-2000). (Erişim <http://ekutup.dpt.gov.tr/plan/plan7.pdf>).
19. TC. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı. 9. Beş yıllık kalkınma planı (2007-2013). (Erişim <http://ekutup.dpt.gov.tr/plan/plan9.pdf>).



## 2. BÖLÜM:

---

# SOSYALLEŞTİRME SÜRECİNDE YAŞANANLAR



## SAĞLIK HİZMETLERİNİN SOSYALLEŞTİRİLMESİ VE MUŞ DENEYİ

**Prof. Dr. A. Hamdi AYTEKİN**  
Emekli Öğretim Üyesi

Ülkemizde yaklaşık son elli yıllık dönemde sağlık hizmetinin görülmesinde çok önemli yer tutan 224 sayılı “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun” çıktığı günden kaldırılincaya kadar pek çok eleştiriye uğramıştır. Eleştirilerin incelenmeye, hesaba katılmaya değer olanları içinden; karşıt eleştiri sahiplerinin daha çok klasik hekimlik değerlerini savunan, değişimlere direnen, hekimi bozulan sağlığı tamir eden bir teknik eleman olarak gören ve sermayenin yanındakilerden olduklarını görürüz. Olumlu eleştiri getirenlerinse daha demokrat, özgürlükçü, paylaşımcı, objektif ve dayanışmacı kesimde yer aldıkları fark edilmektedir. Yasanın adındaki “sosyalleştirme” kelimesinden yasa çıkarken ve elli yıl sonra kaldırılırken bile “sosyalizm” iması arayanların ve bunu açıkça belirtenlerin varlığını Nusret Hoca bile sık sık anımsatmaktadır. Böylece yasa mecliste görüşüldüğü günlerden başlayarak “sosyalist dünya görüşüne” dayalı bir sağlık hizmet modeli olarak algılanmış ve bu algı da uzun süre iktidarda kalan sağ partilerin pek çoğunun sağlık bakanlarının (iki-üç tanesi hariç) yasayı hırpalamalarına neden olmuştur. Daha ileri giderek bu önemli yasa kaldırılamamışsa da, yürürlükte kalmış ama uygulanamamıştır. Aslında yasanın çıkarılması sırasında yönetimde olan askerlerin adeta bir oldu bitti ile, Maliye Bakanı'nın itirazına rağmen yasayı kabul ettirmeleri, sonraki sağ kanat politikacıların yasayı hedef seçmelerinin bir başka nedeni olabilir.

“Durumun vahametini” kavrayan Nusret Hoca çok akıllı bir tutumla hükümeti fazla zorlamadan; sağlık hizmetinin bir “hizmet” görülmesi yerine -ki o zaman parasal kaynakları bütçede “harcama kalemine” giriyordu ve yatırımlar, ücretler vd. giderler meclisin tabii ki iktidarın iki dudağı arasında kalacaktı- Devlet Planlama Teşkilatı ile anlaşarak sağlık hizmetlerinin plan kapsamında “yatırım” olarak düzenlenmesini sağlamış ve beş yıllık planlara alınmasıyla işin parasal yönünün ve programlı ilerlemesinin sağlanmasına çalışmıştır. Ancak daha sonraki dönemlerde her beş yıllık planda bir önceki plan döneminde hedeflenenlerin çok az bir kısmının gerçekleştirildiği, yapılanların yapılacaklar yanında çok geride kaldığı görülecektir. Yasa bir askeri dönemde çıkartılmış; ancak bir başka askeri dönemde (1983), adı korunsun bile ilkelerini hiçe sayan bir uygulama ile içi tamamen boşaltılmıştır.

Böyle bir maceradan sonra uygulama alanı olarak seçilen Muş ilinde ilk yapılaşma çalışmalarına başlanmış, hükümetten zorlukla alınan paralarla (karşılığında Sağlık Bakanlığı hastanelerinin ödenekleri azaltılmıştır) elden gelen çabalarla işler yürütülmeye çalışılmıştır. Burada, Sağlık Bakanı'ndan Sağlık Müdürü'ne hemen herkesin gizli-açık muhalefetiyle savaşıyan Nusret Hoca'nın yılmayan çalışma gücünü ve çabalarını hatırlatmadan geçemeyiz. İşler başladıktan sonra istediği hızla yürümediğini gören Hoca bu tempoya ve yeni hizmet anlayışına yabancı olan bir kadro ile istediği gelişmeyi sağlayamayacağını görünce insan gücü açısından nasıl bir açmazda olduğunu anlamış ve Dr. Doğan Benli ve Dr. İrfan Özer'i Muş'a aldirarak bu iki “dinamo” sayesinde işleri rayına sokabilmiştir.



Bu arada Muş'ta çalışacak hekimlere muayenehane açmamaları için 300-400 TL tazminat verilmesinin anlamsızlığı ile savaşıyan Nusret Hoca en az 3.000-4.000 TL tutarında bir maaş sağlamayı başarmış, bu sayede gerek sağlık ocaklarında gerekse hastanelerde hekim sayısını önemli ölçüde arttırmıştır. 224 Sayılı Yasa, sağlık hizmetini tam bir ekip hizmeti olarak gördüğü için hekim dışı sağlık personelinin maaşları da benzer ölçüde arttırılmıştır. Benim çalışmaya başladığım 1967 yılında Karakoçan (Elazığ) ilçesinde aldığım maaş 2498 TL'ydi, 10 yıllık kaymakam 1.500 TL maaş alıyordu.

Muş uygulaması bütün hızıyla sürerken Nusret Hoca Erzurum, Bitlis, Van ve Ağrı'da da yasanın uygulanması için hazırlıkları başlattı.

Gerek personele verilen paranın makul düzeyde olması gerekse altmışlı yılların fikri atmosferi beklenenden çok hekimin Muş'a gitmesini sağladı. Burada paranın en önemli etken olduğunu söyleyemeyeceğim. Benden önceki hekim Elazığ sosyalleştirilince maaşı beğenmeyip görevden ayrılmış. O zamanın Türkiye'sinde o şartlarda serbest çalışıp devletin verdiği paradan daha fazlasını kazanmak da zor değildi.

Muş'ta uygulanan modelin tüm ülkeye 15 yıl içinde yayılması amaçlanmıştır. Yasa'nın ilk şekline tamamen sadık kalınmış; ancak Muş deneyiminden sonra çeşitli yönergeler, yönetmelikler hazırlanmış ve bunların 2-3 yıllık uygulamaları sırasında gerektiği durumlarda değişiklikler yapılmıştır.

Nusret Hoca Yasa'nın daha çıkışı sırasında "boğazlanacağı" olasılığını gördüğünden elden geldiğince hızlı hareket ederek bakanlık bürokrasisine karşı durarak sosyalleştirme bölgesini genişletmeye çalışmıştır. Tabii bunun bir sonucu da sayıca yetersiz ve hizmete özel eğitim almamış personelin daha geniş alanda daha da seyrelmesine yol açmak olmuştur. Ancak Nusret Hoca yavaşlamamak ve beş yıllık planda gösterilen hedeflere elden geldiğince uymak için bakanlığı devamlı zorlamıştır.

Nusret Hoca 1964 yılında Muş'ta sağlık personeliyle yaptığı görüşmede geline noktasından memnun olduğunu söylemiştir. Hatta bunun için "Muş belediye sınırları içinde bebek ölüm hızının binde 56 olduğunu" kanıt olarak göstermiştir. Ancak orada kullanılan "belediye sınırlarının içi" tanımı, hizmetin kırsal alanda ne durumda olduğunu çok da bilinmediği anlamına gelir. Oysaki yine Nusret Hoca "224'ü kırsal alanı öne çıkararak oranın sağlık sorunlarına çözüm olsun" diye hazırladığını belirtmektedir. Bu son derece gerçekçi bir yaklaşımdır. Ülkemizin o yıllardaki nüfusunun %65-70'inin kırsal alanda yaşadığı ve burada yaşayanlara yönelik hemen hemen hiçbir sağlık hizmeti örgütlenmesinin olmadığı düşünülürse bu yaklaşımın ne kadar yerinde olduğu bir kere daha anlaşılır. Aslında o zamanlar kırsal alanda yaşayanlar için hasta olmak, kendiliğinden iyileşmeyi beklemek, olmazsa kocakarı ilaçları kullanmak, yine beklemek, iyi olmazsa parası varsa hekime başvurmak parası yoksa beklemeye devam etmek sonunda sakatlık ya da erken ölüm şeklinde bir sağlık hizmeti anlayışı vardı. Buna karşılık eksik personel, eksik araç-gereçle donatılmış olsa bile bir sağlık ocağına sahip olmanın köylü için ne büyük bir nimet olduğunu o yıllarda o bölgelerde çalışmış her sağlık personeli hatırlayacaktır. Hatta yine o yıllarda bir gazetede çıkan söyleşide bir halk ozanının "gökte Allah, yerde sosyalizo" dediğini duymayan kalmamıştır.

Nusret Hoca 224 Sayılı Yasa'yı hazırlarken İsveç ve İngiliz sağlık hizmeti modellerini incelediğini; ancak İsveç modelini daha çok benimsediğini söyler. Kendisinin tevazu gösterip söylememesine rağmen 224 sayılı Yasa'nın ana ilkelerinin tümü

orijinaldir ve Nusret Hoca'nın yarattığı ilkelerdir. Ancak kendisinin de sözünü ettiği gibi Atatürk zamanında kurulan Gazi Orman Çiftliği'nin işçilerine ve bunun yanı sıra Etimesgut köyü sakinlerine de sağlık hizmeti veren Cemal (Cemalettin) Or'un kurduğu ve çalıştırdığı sağlık merkezinden çok etkilenmiştir.

Gerek 224 sayılı Yasa gerekse Muş uygulaması daha sonraki yıllarda dünyada bu konuyla ilgilenenlerin dikkatini çekmiş ve benzer ülkelere önerilen bir hizmet modeli olmuştur. İngiltere'den ve Dünya Sağlık Örgütü yetkililerinden Türkiye'yi ziyaret edenler Nusret Hoca'ya kurduğu sistem nedeniyle pek çok övgüler düzmüşlerdir. Bunların en somut olanı 1978'de Alma-Ata toplantısından sonra düzenlenen sonuç bildirgesidir. Bu bildirgede yer alan ve topluma sunulacak sağlık hizmetlerinin taşınması gereken nitelikleri tanımlayan direktiflerin içeriği o konferansı Türkiye adına izleyen ve şimdi ikisini de rahmet ve saygıyla andığımız Prof. Dr. Nevzat Eren, kendisiyle beraber olan Prof. Dr. Rahmi Dirican'a "yahu Rahmi ağabey bunların anlattıkları bizde 15 yıldır uygulanmıyor mu?" esprisi haklı bir gururla karşılanmıştır.

Muş deneyiminden sonra sağlığın ölçülebilir değerlerinin kısa süre içerisinde nasıl değiştiği ve geliştiği araştırılmamıştır. Nusret Hoca'nın Muş belediye sınırları içindeki bebek ölüm hızını Türkiye'nin değişik bölgelerindeki hızlarla karşılaştırması böyle bir değişim ölçme isteğinin işaretini vermektedir. Ancak ne Muş'ta ne de sonraki yıllarda diğer bölgelerde elde edilmiş verilere dayanan kıyaslamalı, ayrıntılı bir Sağlık Bakanlığı yayını yoktur; hatta her yıl yapılması gereken değerlendirme toplantılarının da hemen hemen hiç yapılmadığı bilinmektedir. Muş'ta yapılan ilk 2-3 yıllık uygulamanın neleri değiştirdiği, sağlık hizmeti gibi pek çok faktörden etkilenen bir hizmetin nesnel olarak ne kadar değiştiğini bilimsel yollarla kanıtlanmanın zorluğu da ortadadır. Bununla beraber üniversitelerin bazılarında Tıp Fakülteleri Halk Sağlığı Anabilim Dallarına bağlı olarak öğrenci ve halk sağlığı uzmanı yetiştirmek için kurulan ve 224 sayılı Yasa'nın gereklerini tam olarak uygulamaya gayret eden "Sağlık Eğitim ve Araştırma Bölgeleri"nde nelerin nasıl değiştiği bu bölgelerin raporlarından gayet iyi anlaşılmaktadır. Burada bazı okurlar bu bölgelerin üniversite desteğiyle çalıştığını ve "özel" bölgeler olduğu düşünebilirler. Hem Bakanlık'a hem de üniversiteye bağlı sağlık ocaklarında ve bölgelerde fiilen ocak hekimi ve bölge yöneticisi görevlerinde 25 yıla yakın çalışmış bir kişi olarak her iki kesimde de birbirlerini aratmayacak bir dışlama, engelleme, yok sayma hatta bilimsel araştırma yapanları bile ceza mahkemelerinde süründürmeyi kendine iş edinmiş üniversite yöneticileri gördüğümü de burada belirteyim.

Bir devletin ve onun hükümetlerinin zaman zaman açıktan, zaman zaman gizliden karşı olduğu bu sistem neden varlığını sürdürdü? Bence bunun iki cevabı var; birincisi, 224 sayılı Yasa ne kadar işletilmese de o zamanki kırsal kesimin sağlık hizmetleri beklentisine bir miktar cevap verdi ve kırsal kesim bu hizmetin yetersizliklerinden dolayı politikacıları cezalandırmadı, adeta kendisine verilen hizmeti yeterli saydı. İkincisi de, Demirel'in sistemden şikâyet eden Sağlık Bakanı'na sorduğu soruda yatıyor. Demirel Bakan'a "peki, alternatifiniz nedir?" diye sorduğunda cevap alamayınca "o zaman bırakın olduğu gibi kalsın" demiştir.

Ülkemizde 2002'de başlayan, dünyada iyice yerleşmekte olan "sağlığın bir hak değil, ihtiyaç olduğu; ihtiyaçların da imkânlar (para) ölçüsünde karşılanabildiği" ekonomik kuralı öne çıkartılarak meta haline getirilen sağlığın rantının önce yaratılıp sonra paylaşılacağı yaklaşımı geçerli olmuştur. Artık 224 sayılı Yasa'nın varlığının bu rant pazarına engel olacağı düşünülerek yasa yürürlükten fiilen kaldırılmış

yerine aile hekimliği ikame edilmiştir. Bu konunun daha ayrıntılı analizi bu yazının konusu dışındadır.

Muş uygulaması bir kahramanlık destanı değildir; ancak sonunun ne olacağını bilmeden hşkşmetlere hatta devlete rağmen bir avuç insanın ũlkesi için doğru olanı yaptığına inandığı insanũstř bir çalışmadır. Siz isterseniz buna “kahramanlık destanı” da diyebilirsiniz.

Muş’u daha sonra Erzurum, Ağrı, Kars, Erzincan ve yetmişlerin sonuna kadar sosyalleştirilen bştşn iller izledi. Belki aynı coşku, aynı kararlılık ve çalışma gşcş ile değil ama yine de izlediler. Fakat 1983’ten sonra içi tşmşyle boşaltılan yasa artık kştş bir ۆrnek haline getirildi; ancak onun cenazesini kaldırmak bile yirmi yıl sşrdş.

### **Kaynaklar**

1. Prof. Dr. Nusret Fişek’in Kitaplaşmamış Yazıları I. Sağlık Yۆnetimi. 1964 yılı Muş Sağlık Mřdřrlřđř Yayını Muş Sağlık Bşlteni Dergisi.
2. ۆztek Z., Prof. Dr. Nusret Fişek İle Sۆyleři (1986)
3. Hatun ř., alıkoğlu AS., Prof. Dr. Nusret Fişek İle Son Sۆyleři (1990)

## ETİMESGUT ÖRNEĞİ

**Prof. Dr. Çağatay GÜLER**

*Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD*

Özel bir çiftlik olan Etimesgut bölgesi, sahibi tarafından 1925 yılında Atatürk'e armağan edilmiştir. 1928 yılında Bulgaristan'dan gelen 50 aile Atatürk tarafından bu bölge yeleştirilmiştir. Böylece Etimesgut bucak olmuştur. Bucağa 19 köy bağlıydı (1-5). Gelenlerin "Biz burada hasta oluyoruz" yakınmaları nedeniyle bölgeye özel sorunların belirlenmesi ve çözümüne yönelik bir sağlık birimi kurulmasını, bir hekimin yurtdışında eğitilerek burada kullanılacak dispanserin başına getirilmesini istedi. Dr. Refik Saydam bu tarihte diğer ülke modelleri ile ilgili değerlendirmeler sonucu koruyucu ve tedavi edici hizmetleri bir arada sunmayı amaçlayan bir merkezin kurulmasını kararlaştırmıştır. Bu merkez aynı zamanda kırsal alana sağlık hizmetlerinin götürülmesine yönelik bir model denemesi olacaktı. 1929 yılında kurulan merkezin adı Etimesgut İctimai Hıfzıssıhha Dispanseri (Etimesgut Toplum Sağlığını Koruma Dispanseri) idi. Binasının yapımı 1929 yılında başlamış 1930 yılında tamamlanmıştır. İlk başhekim Dr. Cudi Erentürk'tür. Kadrosunda bir hekim, bir eczacı, bir sağlık memuru, bir ebe ve üç de hemşire vardır (6).

"Eti Mes'ut İctimai Hıfzıssıhha Nümune Dispanseri Talimatnamesi" kurulan bu merkezin işlevlerini ve hizmet yaklaşımını açık biçimde ortaya koymaktadır:

*Eti Mes'ut İctimai Hıfzıssıhha Nümune Dispanseri talimatnamesi:*

*Madde 1-Eti Mes'ut İctimai Hıfzıssıhha (Nümune) dispanserinin mesai sahası Eti Mes'ut nahiye merkez ile bu nahiyeye merbut köylerden ibaret olup buralarda atideki vezai fi ile mükelleftir.*

1. Merkez ve köylerde hastaların muayene ve tedavileri.
2. Sıtma ve Frengi de dahil olduğu halde bilcümle sari hastalıklarla mücadele.
3. Validelere doğumdan evvel, doğum esnasında ve doğumdan sonra Sıhhi ve İctimai yardım, Süt çocuklarının sıhhatlarına nazaret ve bunların beslenip büyütülmesini aileye öğretmek.
4. Mekteplerde Hıfzıssıhha usullerinin tatbikini temin ve takip.
5. Köy kanunu ile Umumi Hıfzıssıhha Kanununun Köy Hıfzıssıhhasına ait ahkâmının tatbikini temin.
6. Köylülere ferdî ve İctimai Hıfzıssıhha usul ve kaidelerini öğretmek,
7. Mıntaka dâhilindeki nüfusu tespit ile hastalık, nüfus hareketi ve hali medeni istatistiklerini tanzim etmek.

*(Hastaların muayene ve tedavileri)*

*Madde 2-Tabip merkezde bulunduğu zamanlarda her gün dispanserde poliklinik muayeneleri yapılarak müracaat eden her şahıs muayene edilir. Ve bunlardan ayakta tedavisi mümkün ve fakir olanlara dispanserden meccanen ilaç verileceği gibi, hastalığı hafif olanlar arzu ettikleri surette dispansere yatırılarak tedavi olunur.*

*Dispanserde tedavi azami bir haftayı tecavüz etmez. Fevkalade ahvalde, fakir olmayanlara miri fiat mukabilinde lüzum olan edviye verilebilir.*

*Madde 3-Sâri hastalıklar dispanserde yatırılarak tedavi edilemez. Bu gibi hastalar Ankara Nümune hastanesine sevk olunur.*

*Madde 4-Tabip köylerde bulunduğu zaman münasip herhangi bir vasıta ile kendisinin köye geldiğini ve hataları muayene ve tedavi edeceğini ilan ve müracaat eden hastaları muayene eder, muayene mevkiine gelemeyecek kadar hasta olanların evlerine gider. Hastaların fakir olanlarına Tabip beraberinde bulunduracağı müstacel ilaçlardan meccanen verir. Fakir hastalara dispanserden meccanen ilaç verilebilirse de, Vakti hali müsait olanlara eczanelerden tedarik edilmek üzere yazılır. Köylerde müstacel ilaç verilmek icap eden zengin hastaların ilaçları da dispanserden meccanen verilir.*

*(Emrazı Sâriye Mücadelesi)*

*Madde 5-Dispanser mıntakası dâhilinde bulunan köylerde sâri ve intani hastalık bulunup bulunmadığı daima sıhhat memurları tarafından tetkik edilerek şüpheli hastalık görüldüğü zaman köy muhtarları tarafından dispanser tababetine ihbarı keyfiyet edilir. Bu ihbarları müteakıp tabip hastalık olan mahalle giderek hastaları tedavi ve hastalığın sirayet ve intişarına mani olacak tedabiri ittihaz eder.*

*Madde 6-Dispanser tabibbi Hıfzısıhha Umumiye kanunu ahkâmına tefvikan köylerde çiçek aşısını sıhhat memurları vasıtasile tatbik ettireceği gibi Karahumma, Dizanteri, Difteri, Kızıl Hastalığı zuhur eden yerlerde dahi bunlara mahsus olan aşı talimatnamelerine tefvikan bütün köy halkına veya icap edenlere tatbik olunur. Lekeli humma zuhurunda hasta tecrit olunarak evvela hastanın ikametgâhından başlamak üzere köyde bit tathiratı yapılır. Bu tathirat köyde bit kalmadığına kanaat hâsıl oluncaya kadar tekrar olunur.*

*Madde 7- Sâri herhangi bir hastalık zuhur eden köylerde hastalığın bulunduğu müddetçe ve hastalık zail olduktan sonra dahi tehlike bertaraf oluncuya kadar bu köyler nazareti daimi altında bulundurulur.*

*Madde 8-Mıntaka dâhilinde bulunan köylerin bütün ahali senede bir kerre Frengi hastalığı aranılmak üzere muayene olunur. Bu muayeneler merkezden gönderilecek bir mutahassis tabip tarafından yapılır. Ve şüphe edilenlerden alınacak kanlar Ankara merkez hıfzısıhha müessesinde muayene edilerek neticeleri Vilayet Sıhhat Müdürlüğüne bildirilir. Vilayet Sıhhat Müdürü bu neticeleri dispanser tababetine tebliğ eder.*

*Madde 9-Frengi umum muayeneleri için her köye mahsus ve beş sene müddetle istimal edilmek üzere Frengi muayene defterleri bulunur. Mütehassis tabip umum muayene esnasında her şahsın Frengili veya salim olduğunu bu defterde isimleri-hizasına ve tevafuk ettiği seneye Frengililerin devre ve arazile beraber kaydeder. Kan muayene neticeleri de buraya işaret olunur. Umum muayenelerin hitamında mütehassis tabip bu defterleri dispanser tabibine teslim eder.*

*Madde 10- Umum frengi muayenelerinden başka tabip köylerde bulunduğu müddetçe yeni Frengili eşhas olup olmadığını tetkik ederek şüpheli gördüklerinden kan alınarak 9 uncu maddede yazıldığı veçhile muayene edilir.*

*Madde 11-9 uncu ve 10 nuncu maddelerde yazılan muayene ve tetkik neticesinde Frengili olduğu tahakkuk edenler dispanser tabibi tarafından tedaviye alınır. Bu tedaviler için Frengi mücadelelerinde tatbik edilen usuller takip olunur.*

*Madde 12- Mıntaka dâhilinde bulunan köylerde sıtma mücadelesi (Eti Mes'ut-İçtimai Hıfzıssihha Nümune Dispanseri) ne aittir. Bunun için Ankara Sıtma mücadelesinden dispanser tababeti emrine eyi yetişmiş bir sıtma küçük sıhhat memuru verilir.*

*Madde 13-Mıntaka dâhilinde sıtma mücadelesi sıtma mücadele Kanun ve Talimatnamelerine tevfikân icra olunur. Ankara mıntakası sıtma mücadele Reisi Eti Mes'ut dispanseri mesai mıntakasındaki köylerde sıtma mücadelesinin sureti cereyanını takip ederek noksan görülen hususâtı dispanser tababetine bildirir ve mücadele usullerini de öğretir.*

*Madde 14- Mıntakanın ilk ve son bahar sıtma umum muayeneleri dispanser tabibi tarafından yapılır. Bu maksat için sıtma tesbit ve muayene defterleri kullanılır. Dispanser tabibi Umum muayeneleri yaparken sıtmadan maada bulunduğu hastalıkları da itina ile defterin hususi hanesine kayıt etmek lazımdır.*

*Madde 15- Sıtma teşhisi için alınacak kanlar Ankara Sıtma mücadele Laboratuvarında muayene edilerek neticeleri dispanser tababetine bildirilir.*

*Madde 16-Dispanser mıntakası sıtma mücadelesinde kullanılacak defter ve cetveler ve istatistikler umum sıtma mücadelesinin aynidir.*

*Madde 17- Dispanser tabibi mıntakası dâhilinde Veremin sureti intişarını tetkik ve Veremlileri tesbit ederek bunları tedavi eder. Veremli ailelere hastalıktan kornumak ve hastaya bakmak usullerini öğreteceği gibi kendi evinde kalmaması zaruri olan açık veremlileride bir hastane ve ya sanatoryumda tedavi edilmek üzere Vekâlete bildirir. Vekâletten ayrıca tebliğ edilecek şerait dairesinde icap eden Çocuklara verem aşısı tatbik olunur.*

*Valideleri ve Süt Çocuklarını himaye ve bunlara yardım*

*Madde 18-Mıntaka dâhilinde bulunna gebe kadınlar hamlin beşinci ayından itibaren dispanser tarafından muayene edilerek nazareti daima altında bulundurulur. Bunlara gebelik hıfzıssihhası öğretileceği gibi köy evlerinde vukua gelecek doğumların mahzur ve mazarratlarını daima gebelere ve ailesine anlatarak gebelerin dispanserde doğurmalarını temine çalışacaktır.*

*Madde 19-Gebe kadınlar doğumdan bir hafta evvel dispansere kabul edilerek badettevilit bir arıza olmadığı takdirde asgari on gün dispanserde muhafaza edilir. Hausala teşekkülatı veya ceninin vaz'iyeti icabı doğum esnasında mütehassıs tabip tarafından müdahaleyi icap ettirecek gebe kadınlar münasip vasıta ile doğum için Ankara doğum evine sevk edilir.*

*Madde 20-Dispanser ebisi muayyen zamanlarda mıntaka dâhilindeki köylerde dolaşarak:*

- 1. Her köyde mevcut gebelerin adedini tayin eder.*
- 2. Gebelere gebelik zamanında itina etmesi icap eden hususâtı talim eder.*
- 3. Doğumdan bir hafta evvel dispansere yatmasını tenbih ve bu husus için ikna eder.*
- 4. Doğum esnasında müdahale lazım gelenlerin doğumdan evvel Ankara doğum evine gidip yatmasını musıran tavsiye eder.*
- 5. Bütün köy kadınlarına çocuk düşürmenin felaketlerini tadat ederek bundan kat'iyen içtinap etmelerini tavsiye eder. Ve çocuk düşürmenin kanunen dahi bir cinayet olduğundan ağır hapse mahkûm olacaklarını bildirir.*

6. Bütün köy kadınlarına bahusus küçük çocuk ve annelerine çocuklara nasıl Süt verileceğini ve nasıl besleyeceğini süt çocuklarına ve çocuklara nasıl bakacağını öğretir.
7. Kadınlara ev temizliğinin nasıl olacağını itina ile talim eder.

*Madde 21- Ebelerin köylerde konferans tarzında kadınlara öğreteceği hususat vekâletçe birer risale şeklinde ihzar ve tab ettirilecektir.*

*Madde -Dispanser tabibi köylerde daima çocukların sıhhatlarını tetkik ederek hastalarını tedavi ve bunların sağlam olarak yetişmelerini temin ve çocuk vefiyatına mani olacak tedabiri ittihaz etmekle mükelleftir.*

*Madde 23- Annesi tarafından emzirilmeyen bahusus fakir ailelerin çocukları için dispanser tarafından meccanen çocuk gıdası verilir. Ve bu gıdaların sureti ihzar ve itası öğretilir.*

*Madde 24- Dispanser tabibi mıntakası dâhilinde mekteplerin ve mektep çocuklarının umuru sıhhiyelerini yakından takip ederek muallimleri ve çocuk ana ve babalarını mektep ve mektep çocuğu hıfzısıhhası hakkında tenvir eder. (Mektep binasında sıhhi şeraiti, çocukların elbise ve vücut temizliği, ağız ve dişlerin temizliği, çocukların yatıp kalkmaları, çalışma, oynama zamanları, sıhhi çocuk oyunları ila gibi)*

*Madde 25- Köy mektep muallimleri mektebe devam eden çocukların sıhhatları hakkında dispanser tabibine malumat vereceklerdir.*

*(Köylerde Sıhhi ve İctimai Şeraitin Islahı)*

*Madde 26- Köylerin sıhhi ve içtimai şeraitinin islahına taalluk eden hususat dispanser memurini sıhhiyesinin daima takip edecekleri vazaifdendir.*

- 1- Köy çeşmelerinin Su mecralarını daima kapalı ve hariçten tedevvüs edemeyecek halde bulundurmak, çeşme ayaklarında su birikintilerini menetmek ve yollara muntazam mecra yapılmak.
- 2- Köylerde ve köy civarlarında suyu içilecek kuyuların hariçten televüsüne mani olmak.
- 3- Köylerin münasip mahallerinde umumi çamaşırhane yapmak.
- 4- Köy sokaklarını daima temiz bulundurmak ve köy içinde ve ev avlularında biriken gübreleri tarlalara taşıtmak.
- 5- Köy ahırlarını ve evlerin avlularını ve mesken dâhilini ve haricini temiz tutmak.
- 6- Köy içinde ve kenarlarında bataklıklar mevcut ise bunları kurutmak.
- 7- Köylere ve civarına ağaç dikmek
- 8- Köy odalarını daima temiz bulundurmak.
- 9- Köylerde mümkün mertebe her eve bir hala yaptırmak (Eğer köy için umumi hala mecrası yaptırılamazsa kuyu usulunde halalar yaptırmak köyün içini ve kenarını televvüsten vikaya etmek.
- 10- Umumi Hfzısıssıhha ve köy kanununda yazılı olan diğer sıhhi şeraiti ikmal etmek.

*Köylülerin hususatu sıhhiye hakkında tenviri. (Sıhhi Propaganda)*

*Madde 27- İctimai Hıfzıssıhha nümune dispanserinin en mühim gayesi köylülere kendi sıhhatlarını muhafaza etmelerini öğretmek ve yetişecek neslin sağlam olmalarını temin etmek olduğundan dispanserin bilcümle Sıhhi memurları her zaman bu gayeyi temine çalışacaklardır. Bunun için gerek köylerde ve gerek dispanserde sık sık köylüler ile sıhhi muşahabeler yapmak, muayyen sıhhi ve içtimai mevzular üzerinde konferanslar vermek, çocuklara, fakir ve ihtiyarlar ve hastalara karşı köylülerimizde esasen mevcut olan şefkat ve merhamet ve muavenet hislerini temmiye edecek ahlaki ve içtimai nasayihde bulunmak lazımdır.*

*Madde 28- Dispanser memurini sıhhiyesinin köylüye tavsiye edecekleri vesayayı bunların tamamen ifa etmeleri için her şeyden evvel bu memurların itimat ve hürmete layık olduklarını halkın his etmeleri ve söylenen, yapılan, gösterilen, istenilen, şeylerin sırf bir memurun vazifesini ifa etmiş olmaktan ziyade köylünün sıhhat ve refahını temine vakfı nefsetmiş olmalarına kanaat hâsıl olması lazımdır. Halka bu kanaatı verebilmek için dispanser memurlarının:*

- 1- Memuriyet şeref ve haysiyetini ihlal edecek her türlü ef'al ve harekâttan müçtenip bulunmaları,*
- 2- Tevdi olunan işleri her zaman miadında yapmaları, vazife ifasında kat'iyen ihmal etmemeleri.*
- 3- Halka ve hastalara daima mütevazı ve şefik bulunmaları lazımdır.*

*(İhsai Vazife)*

*Madde 29- Dispanser tabibi atideki ihsai mamulâtı muntazaman toplayarak istatistiklerini ve cetvellerini tanzim edecektir.*

- 1- Mıntaka dâhilindeki doğum ve ölüm, evlenme istatistikleri,*
- 2- Sıtma, Frengi, Verem, istatistikleri ve köylerde zuhura gelen yeni hastalıklar.*
- 3- Dispansere müracaat eden, yatırılan hastalar ve dispanserde doğum istatistikleri.*
- 4- Dispanserde verilen ilaç cetvelleri.*
- 5- Dispanserde tathir olunan eşhas adetleri,*
- 6- Tababetin, ebelerin ve sıhhat memurlarının mesai cetvelleri,*
- 7- İdari ve mali diğer cetveller.*

*Bu cetvel ve istatistiklerden sıtmaya ait olanları usulüne tevfikân tanzim ve her on beş günde bir Ankara mıntakası Sıtma Mücadele Riyasetine gönderilir. Diğer istatistik ve cetveller her ay iptidasında birer raporla beraber Sıhhat ve İctimai Muavenet Müdürlüğüne irsal olunur.*

*Madde 30-Dispanserın mali kuyudat ve hesabatı ahkâmı umumiye dairesinde ve dispanserın iaşe ve idare hususları hastaneler talimatnamesine göre ifa edilir.*

*(idari ve inzibati husus)*

*Madde 31- Dispanser tabibi dispansere merbut bilcümle memur ve müstahdemlerin amiri olup bunları vazife ifasına sevk ve eyi çalışmalarını temin eder, Dispanserın idari ve fenni her türlü hususatından mes'uldür.*



*Madde 32- Dispanser tabibi bütün müstahdemlerin mesailerini tanzim ve çalışmaları için evkatname yazarak odasına, idare ve sıhhat memurları odalarına talik edecektir.*

*Madde 33- Dispanser tabibi her türlü hususatta doğrudan doğruya Ankara Sıhhat ve İçtimai Muavenet Müdürile muhabere eder.*

*Madde 34- Dispanser ebese dispanserdeki doğum vazifesinden başka müessesenin başhemşire vazifesile de muvazzaftır. Bu vazifesi itibarile dispanserinin dâhili temizliğinden, hastalara iyi bakılmasından, yemeklerin iyi ihzar olunmasından ve muntazam tevziinden, karyola ve yatak takımlarının temizlik ve intizamından, klinik ve poliklinik eşyasının hüsnü muhafazasından mes'uldur.*

*Madde 35-Dispanser ebese müsait zamanlarda köylere giderek bu talimatnamede yazılı olan ebelere ait vazifeleri ifa edecektir.*

*Madde 36- İdare memuru ve ayniyat mutemedi Hastaneler ve Ayniyat Talimatnamelerinde münderiç vazaifi ifa eder. Bu memur eczacı olduğu takdirde dispanser eczacılık vazifesini de ifa edecektir. Eczacı bulunmadığı zamanlar eczane umuru bir sıhhat memurunun muavenetile tabip tarafından ve tabip mes'uliyeti altında tedvir olunur.*

*Madde 37- Dispansere merbut küçük sıhhat memurlarının dispanserde ve köylerdeki mesaisi dispanser tabibi tarafından tanzim olunur.*

*Madde 38- Dispanser tabibi müessesenin kendisine tahsis edilmiş olan dairesinde ikamet eder. Bu daireye muayyen demirbaş eşya verilmiştir, sırf demirbaş olarak verilmiş olan bu eşyadan başka dispansere ait malzeme ve eşyadan kendi ikametgahına alamaz, tabip ikametgahının tenvir masrafı tabibe aittir. Dispanserin umumi teshini tabip ikametgahına da şamildir. Bunun için tabip yarıca bir şey vermez.*

*Madde 39- Dispanser ebese dispanserde ve kendisine tahsis olunan kısımda ikamet eder. Ebeye ikamete tahsis olunan odaların tenvir ve teshini dispansere aittir. Ebe ikametgahında ebenin ailesi efradı ve akrabası ve hariçten hiç bir kimse ve lev misafiret suretile de olsa beytutet edemez.*

*Madde 40- İdare memuru dispanserde kendisine tahsis olunan odada yatar, hiç kimseyi bir gece yatmak üzere dispansere kabul edemez. İdare memuru odasının teshin ve tenviri dispansere aittir.*

*Madde 41- Küçük sıhhat memurları merkezde buldukları zaman dispanserde kendilerine tahsis edilen odada yatarlar. Bu odanın tenvir ve teshini dispansere aittir.*

*Madde 42- Dispanser ebese, idare memuru, dispanserin erkek ve kadın hasta bakıcı ve hizmetçileri ve kalorifer ve etüv memuru dispanser tarafından işe olunurlar. Bunların sureti işçileri hastaneler nizamnamesine tefikân yapılıır.*

*Madde 43- Dispanser ebese vazife için köylere hareketinde vasaiti nakliyesi Dispanserce dispanser hesabına ihzar olunur. Tahakkuk edecek masarifi zaruriyesi de aynen tesviye olunur.*

*Madde 44- Dispanser tabibi berayi vazife köylere hareketinde hayvan ücreti ve zaruri masarifi tesviye olunur.*

*Madde 45- Her mali sene nihayetinde dispanserde mevcut ilaç ve alat ve edevat ve sair demirbaş eşyanın (Muayene ve tedavi evleri talimatnamesinin 16 ıncı maddesi mucibince) tadat ve devir muamelesi yapılır.*

*Madde 46- Dispanser tabibi tahvil, istifa veya herhangi bir surette Dispanser vazifesinden infikak ederken (Muayene ve tedavi evleri talimatnamesinin 18 inci maddesi mucibince) teslim ve tesellüm muamelesi icra edilir.*

*Madde 47- Dispanserde başlıca tutulacak ve bulunacak olan defter, cetvel ve evrak şunlardır.*

*Demirbaş eşya esas defteri Nümune 1*

*Ayniyat esas defteri Nümune 8*

*Yevmiye defteri Nümune 9*

*Ambar defteri Nümune 10*

*(Yukarıda sıralanan defterler, ayniyat muhasipleri talimatnamesine teufikan ve mezkür talimatnamedeki nümunelerine göre tutulur.)*

*Poliklinik defteri*

*Karantina (hasta kabul) defteri*

*Protokol defteri*

*Laboratuvar defteri*

*Ameliyat defteri*

*Ecza varidat ve sarfiyat defteri*

*İaşe tabela kayıt defteri*

*Hasta emanet eşya defteri*

*Evrakı varide defteri*

*Evrakı sadire defteri*

*Tıbbi müşahade ve muayene varakası*

*Hasta tabelası (ilaç ve tayinat kaydına mahsus)*

*Derececi hararet kâğıdı*

*(Yukarıda sıralananlar) Hastaneler talimatnamesi mucibince ve mezkür talimatnamedeki nümuneleri veçhile tutulur.*

*Matbu reçete kâğıdı*

*Ecza varidat ve sarfiyat cetveli (aylık)*

*Aylık hastalık istatistik cetveli (poliklinik ve klinik için ayrı ayrı)*

*Yevmi iaşe tabelası*

*Aylık sarfiyat cetveli*

*Laboratuvar mesai cetveli (aylık)*

*Eti Mes'ut Dispanseri Talimatnamesine ilave edilmek üzere Ankara Sıhhat ve I.M.M. lüğüne yazılan 16 / 6/ 931 tarih ve 3633 no lu tahrirat*

1-Eti Mesut Dispanserine yatan hastalardan talimatname ile muayyen olan bir hafta müddet; burada kalıp ta hastalıklarının iyileşmesi için daha bir kaç gün tedavilerine lüzum görülenlerin işbu müddetleri, on, onbeş güne kadar temdit edilebilir.

2-Nümune Hastanesinde tedavileri lazım gelipte boş yatak olmadığı cihetle kabul edilemiyen hastalar boş yatak zuhurunda sevkedilinceye kadar mezkûr Müessesede yatırılabilirler.

Etimesgut Dispanseri 1936 yılında koruyucu ve tedavi edici hizmetleri birlikte yürütmek üzere açılan ilk örnektir. Bu dispenser 1937 yılında Etimesgut Sağlık Merkezi adını almıştır. Dr. Cemalettin Or'un 1937 yılında dispansere tayininden sonra hizmetlerde büyük gelişme olmuş ve burası Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı hekimleri ve yardımcı sağlık personeli okulları öğrencilerine köy sağlığı eğitimi vermekle de görevlendirilmiştir. Dr. Cemalettin Or 1935 yılında John Hopkins Üniversitesi'ne "Köy Sağlığı Hijyeni" öğrenimi görmeye gönderilmişti. Atatürk 29 Kasım 1937 tarihinde burayı ziyaret ederek çalışmalarını değerlendirilmiş ve açılan deftere izlenimlerini yazmıştır (1-6).

224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun'un yürürlüğe girmesiyle Etimesgut ve Çubuk'ta sağlık-eğitim-araştırma bölgeleriyle ilgili olarak Sağlık Bakanlığı ve Hacettepe Üniversitesi arasında protokoller imzalanmıştır. Etimesgut için 11 Eylül 1967'de imzalanan protokolün amacı "Hacettepe Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Etimesgut Sosyalleştirme Bölgesinde bir taraftan ocaklarda bir taraftan da böyle bir bölge hastanesi hüviyetinde bulunan Etimesgut Devlet Hastanesinde halk sağlığı hizmetleri üzerinde yetişmelerini sağlamak ve bölgedeki hizmet seviyesini yükseltmek" olarak belirlenmiştir. Protokolün diğer maddelerinde bu amacın yerine getirilmesi konusunda iki kurum arasında ne tür bir iş bölümü yapacağını saptamıştır. Binalar ve araçlar bakanlıkça saptanacak, gerekli hizmetler üniversite tarafından üretilecektir. Daha sonra 1975 yılında Ankara Çubuk İlçesi ile Altındağ İlçesinin Hasköy ve Gülveren bölgelerindeki sağlık hizmetlerini yürütmek ve araştırmaları yapmak üzere iki kurum arasında benzer bir protokol imzalanmıştır (1):

### **ETİMESGUT BÖLGE PROTOKOLÜ**

Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı ile Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi arasında aşağıdaki esaslar dâhilinde bir işbirliği yapılmıştır.

Protokolde Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı (Bakanlık), Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi (Fakülte) ve Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Etimesgut Sahası (Bölge) olarak ifade edilmiştir.

#### **Amaç:**

1. Hacettepe Tıp Fakültesi öğrencilerinin Etimesgut Sosyalleştirme Bölgesinde bir taraftan ocaklarda bir taraftan da böyle bir bölge hastanesi hüviyetinde bulunan Etimesgut Devlet Hastanesinde halk sağlığı hizmetleri üzerinde yetişmelerini sağlamak ve bölgedeki hizmet seviyesini yükseltmektir.

#### **Bakanlığa ait yükümlülükler:**

2. Bakanlık, Etimesgut Devlet Hastanesi adı ve levhası bâki kalmak şartıyla Hastanenin bina teçhizatını mevcut demirbaşlarıyla birlikte ve protokolün teatisi tarihinden itibaren on yıl ile fakültenin istifadesine bırakılacaktır.

3. Fakülte emrine tahsis edilen mevcut hastane binalarının hizmetlerinin daha iyi yürütülebilmesi için zaruri bulunan mutfak, çamaşırhane, kalorifer dairesi ve lü-zumlu görülecek diğer hizmet üniteleri için fakülte tarafından yaptırılacaktır. Ba-yındırlık Bakanlığı tarafından tasdik ve Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı tara-fından kabul edilecek azami yedi yüz bin lira tutarındaki inşaatın yaptırılmasına Bakanlık tefekkül edecektir.

4. Bakanlık mevcut cihaz ve malzemeye ilaveten imkânlarının elverdiği ilk fırsatta 25 miliamperlik bir röntgen cihazı ile çalışır vaziyette bir dış ünitesi verecektir.

#### **Fakülteye ait yükümlülükler:**

5. Fakülte yukarıdaki amacı sağlamak üzere, hastaneye kuruluş esasına uygun olarak ve sağlık ocaklarının halka yaptığı hizmet seviyesini düşürmemek şartıyla Etimesgut Devlet Hastanesini fakülte mevzuatı dairesinde bir eğitim ve araştırma merkezi olarak kullanılacak, aynı zamanda bölge içinden ve bölge dışından gele-cek hastaların 224 sayılı Kanun'u ve buna dayanan yönetmelik gereğince ayaktan ve yatarak, muayene, tedavi, röntgen ve laboratuvar tetkik ve tahlillerini yapacak.

6. Halen Etimesgut Devlet Hastanesi'nde çalışan hemşire, memur ve hizmetlilerin fakülte ve şahıslar talep ettiği takdirde fakülteye nakline Bakanlık mevzuatın imkânı nispetinde müsaade edecektir.

7. Hastanenin tıp ve yardımcı tıp personeliyle, memur ve hizmetlileri fakültece tayin edilecek ve bunların özlük haklarını fakülte karşılayacaktır.

8. Hastanenin bütün idame masrafları fakülte tarafından karşılanacak ve bunun için Bakanlık'tan hiçbir talepte bulunmayacaktır.

9- Etimesgut Devlet Hastanesinin hali hazır bina durumu sabit tesisler ve demir-başları tadat ve bir zabıta tevsiik edilmekten sonra fakülteye teslim edilecek ve sü-renin teslim edilen taşınır ve taşınmaz demirbaş eşya, cihaz ve sabit tesisler aynen geri verilecektir.

10. Fakültenin işletmesinde kaldığı süre içinde bina, sabit tesis, demirbaş eşya ve cihazlarda normal yıpranma payları dışında bir hasar meydana gelmiş ise gideril-mesi ve ziyaa uğratılan eşya, malzemelerin alındığı tarih ile ziyaa uğratılan tarih arasındaki en yüksek rayiç üzerinden ödenmesini veya yerine ikamesini fakülte kabul eder.

11. Fakülte, Bakanlığın muvafakati olmaksızın bina sabit tesisler üzerinde hiçbir tadilat yapılmayacaktır. Muvafakat alınmak suretiyle bina ve sabit tesisler ile Ba-kanlığın diğer demirbaş eşyası üzerinde yapılacak tadil ve ilaveler için de fakülte bir bedel talep etmeyecek ve sürenin hitamında yine bir bedel talep edilmeksizin Bakanlığa terk edilecektir.

#### **Umumi Hükümler:**

12. Bölge dâhilindeki ocaklarda 224 sayılı Kanun ve mer'i yönetmelikler gereğince halka bedeli mukabilinde satılacak ilaç ve malzemelerin temin ve tevzii bölge içeri-sindeki Ankara Kanser Hastanesi döner sermayesince tedvir olunacaktır.

13. İşbirliğinden gaye bu tesiste eğitin ve araştırma hizmetleriyle birlikte 224 sayılı Kanun ve buna istinaden çıkarılan yönetmenlik hükümlerine göre rutin hizmetle-rinde yürütülmesi olduğundan Bakanlık, hizmetlerin kanun ve yönetmelik hüküm-lerine göre yürütülüp yürütülmediğini kontrole yetkilidir.

### **Müşterek Hükümler:**

14. Taraflar protokolde her zaman değişiklik isteyebilirler. Bu takdirde protokol iki tarafın muvafakati ile değiştirilebilir.

15- Taraflar protokol süresinin bitiminden üç ay önce yazılı tebligatta bulunmak şartıyla protokolün fesi veya süresinin uzatılmasını isteyebilirler.

16- İşbu protokol taraflarca imza ve teati edildikten ve Maliye Bakanlığının tasvip ve muvafakati alındıktan sonra yürürlüğe girer. 11. 9. 1967.

Etimesgut örneğinin ortaya koyduğu ve gerçekleştirdikleriyle ilgili temel saptamalar şunlardır:

- Baştan beri tedavi ve koruyucu hekimlik uygulamalarının bütünsel (engetratif) ve tümelci (holistik) bir yaklaşımla verilmesi hedeflenmiş 224 sayılı Kanun ile bu en üst düzeyde gerçekleştirilebilmiştir. Yasanın emrettiği modelin Bakanlık ve Üniversite işbirliği ile en etkin biçimde uygulandığı bir bölgenin varlığı diğer bölgelerde hizmet sunacak personelin eğitimi için zorunlu olan uygulama alanını oluşturmuştur.
- Hekim, ebe, hemşire, sağlık memuru, çevre sağlığı teknisyeni vb sağlık personelinin eğitiminin öngörülen en iyi hizmet koşullarında ve alt yapısında gerçekleştirilmesi sağlanmıştır.
- Etkin sevk sistemi ile birinci, ikinci ve teknoloji basamaklarının en etkin, verimli ve ekonomik biçimde kullanılabilmesi mümkün olmuştur.
- Geri bildirim sistemi ile bir sonraki basamak uzmanlarının bir önceki basamak uzmanlarına eğitici katkısı en üst düzeyde gerçekleştirilmiştir.
- Etkin kayıt sistemi ile uygulanan modelin etkinliğinin epidemiyolojik olarak değerlendirilebilmesi mümkün olmuştur. Sunulan hizmetin yetersiz kalan bölümlerinin güçlendirilebilmesi de mümkün olmuştur.
- Sürekli güncellenen kayıt sistemi bir çok epidemiyolojik çalışmanın planlanmasını ve sürdürülmesini sağlayacak bir payda sağlamıştır. Bu bölgeler sistemin kendini sürekli sorgulayabildiği altyapıyı oluşturmuştur.
- Etimesgut modelinde toplum katkı ve katılımının diğer bölgeleri de yönlendirebilecek örnekleri oluşturulmuştur.
- Etimesgut örneğinin değerlendirme sonuçları mevzuatın biçimlendirilmesine de yararlı olmuştur.
- Bölgede eğitim gören sağlık personeli, yeni sosyalleştirmeye geçen bölgelerin uygulamalarının Etimesgut uygulamalarına benzer biçimde kurulmasını sağlamıştır.
- Değişen yerel koşulların yarattığı özgün uygulama güçlüklerinin çözümüne yönelik öneriler getirilebilmesi mümkün olmuştur.

**Kaynaklar**

1. Dirican R., Bilgel N. Halk Sağlığı (Toplum Hekimliği), 2.Baskı, Uludağ Üniversitesi Güçlendirme Vakfı Yayını No.70,Bursa,(1993).
2. Tekeli.İ, Güler.Ç, Yerli.S.V, Algan.N, A.Vaizoğlu.S, Çobanoğlu.Z, Dündar Kaya.A., Türkiye'nin Sağlık Bağlamı İçinde 1593 Sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu ve Cumhuriyetin Sağlık Sorununa Yaklaşımı, ISBN:978-9944-252-38-6, Türkiye Bilimler Akademisi, Türkiye Bilimler Akademisi Raporları: 21, Ankara,(2010)
3. Aydın E. Türkiye Cumhuriyeti'nin Kuruluş Yıllarında Sağlık Hizmetleri, J. Fac. Pharm, Ankara, 31 (3)183-192,(2002).
4. Aydın E. Türkiye'de Taşra ve Kırsal Kesim Sağlık Hizmetleri Örgütlenmesi Tarihi. Toplum ve Hekim. 12(80), 21-44 (1997)
5. Uğurlu MC. Türkiye'de Öncü Bir Toplum Hekimi Dr. Mehmet Cemalettin Or. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası. 47, 1-50 (1994)
6. Atatürk ve Etimesgut, Ankara Ticaret Odası Yayınları, Ankara (2003).



# TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN SOSYALLEŞTİRİLMESİ UYGULAMALARINDAN ÖRNEKLER, İZLENİMLER

**Prof. Dr. Ayşe AKIN**

*Başkent Üniversitesi Halk Sağlığı AD Öğretim Üyesi ve Kadın – Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürü*

## GİRİŞ

Türkiye’de, Cumhuriyetin kuruluşundan sonra her alanda olduğu gibi sağlık alanında da pek çok gelişmeler kaydedilmiştir. Ancak bazı nedenlerle sağlık hizmetlerinin bütün vatandaşlara eşit bir surette sağlanamadığı ve özellikle köylere kadar götürülemediği, koruyucu sağlık hizmetlerinin istenilen şekilde geliştirilemediği de bir gerçektir. Ülke sağlığını geniş ölçüde tehdit eden sıtma, trahom, frengi, lepra ve verem gibi hastalıklarla savaş için özel olarak kurulan ekipler, dikey örgütlenmenin bir parçası olarak sadece ilgili oldukları konularda hizmet götürmüşler, kapsamlı koruyucu sağlık hizmetlerinin o dönemde nüfus çoğunluğunun yaşadığı köysel bölgelere yeterince ulaştırılması mümkün olamamıştır. Tedavi edici sağlık hizmetlerinin halka ulaştırılması için yapılan çalışmalar da il ve ilçe düzeylerinin ötesine geçememiştir (1).

1960 yılından itibaren planlı döneme girildiğinde; sağlık hizmetlerinin, özellikle koruyucu yönüne ağırlık verilerek, hizmetin, nüfus çoğunluğunun bulunduğu kırsal bölgelere götürülmesi ile toplumun sağlık düzeyinin yükseltilebileceği noktasından hareketle son derece olumlu bir adım atılmıştır. Atılan bu adım ile “ülkede yaşayan herkesin sağlık hizmetlerinden eşit olarak yararlanması amacıyla”; tüm sağlık hizmetleri, 5 Ocak 1961 gün ve 224 sayılı “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun” ile sosyalleştirilmiştir. Aynı yıl içinde kabul edilen 1961 Anayasasının getirmiş olduğu “sosyal güvenlik ve sağlık hakkı” ile ilgili maddelerle 224 sayılı yasanın anlam ve kapsamı daha da garantilenmiştir.

Temel Sağlık Hizmetleri (TSH) yaklaşımını esas alan bu sağlık sistemi, 1978 yılında Alma Ata’da deklare edilen ve bütün dünyanın önemle üzerinde durduğu benzer yaklaşımdan, tam 17 yıl önce Türkiye’de gerçekleştirilmiş olup ondan daha kapsamlı ve daha çağdaş bir uygulamadır.

“Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun”un ilkeleri: Kapsayıcı ve sürekli hizmet; Entegre hizmet; Öncelikli hizmet; Başvurmayanlara da hizmet; Kademeli hizmet; Katılımlı hizmet; Nüfusa göre hizmet; Ekip hizmeti; Planlı hizmet; Değerlendirilen hizmet; Esnek model.

1963’de Muş’ta başlatılan sosyalleştirmenin 1977 de tüm ülkeye yaygınlaştırılması planlanmış olduğu halde Türkiye’ye genellenmesi ancak 1983 yılı sonunda “kağıt üzerinde” gerçekleştirilebilmiştir (2).

Kabul edilen ilk 15 yıllık plana göre bu sağlık sisteminin uygulanmasına, ülkenin sağlık hizmetlerinden en az yararlanmış olan bölgelerine öncelik verilerek başlana-



caktı. Böylece ilk pilot uygulama 19 sağlık ocağı (SO) ve 35 sağlık evi (SE) olan Muş ilinde 1 Ağustos 1963 yılında başlatıldı. Muş ilinden sonra, 1964 yılında Ağrı, Bitlis, Hakkâri, Kars, Van, 1965’de Diyarbakır, Erzincan, Erzurum, Mardin, Siirt, Ş.Urfa, 1967’de Adıyaman, Bingöl, Elazığ, Malatya, Tunceli, 1968’de Artvin, Giresun, Rize, Trabzon, 1969’da Maraş, Edirne ve 1970’de Nevşehir ili sosyalizasyon kapsamına alınmıştır. Ayrıca, 1964’de Ankara Etimesgut, 1967’de Ankara Abidinpaşa ve 1968’de İzmir Selçuk-Torbalı ve diğerleri, 1975’de Ankara-Çubuk Eğitim ve Araştırma Bölgeleri hizmete girmiştir (1-5).

Uygulamalar, 1983 yılı sonunda bütün ülkeye yaygınlaştırılmış böylece “hükümet tabipliği” sistemi resmen sona ermiştir. 1973 yılında yayınlanan “Sağlık Hizmetlerinde 50 Yıl” kitabında sosyalizasyon programı için şöyle denilmektedir:

*“Toplumumuzun sağlık seviyesinin yükseltilmesinde büyük bir adım olan sosyalizasyon programı; sağlık hizmetlerinin tek elde toplanmasının gecikmesi, buna bağlı olarak tüm ülkeyi kapsayan bir sağlık personeli ücret politikasının uygulanmaması ve sosyalizasyon bölgelerinin maddi yönden çekiciliğini kaybetmesi nedenleriyle yavaşlama ortamına girmiştir. Sağlık hizmetlerinden tüm vatandaşların eşit şekilde yararlanmasını sağlamak amacıyla seçilen bu sistemin büyük bir ihtiyacı karşıladığı ve getirdiği faydalar açıktır. Bu müspet yönleri yanında bir takım uygulama güçlükleri her yeni sistemde olduğu gibi bu sistemde de ortaya çıkmıştır. Bu güçlükler sistemin yetersiz, faydasız, külfetinin yüklü olması nedeniyle tümünden reddine değil, aksine koordinasyon eksikliği, programsızlık gibi uygulama aksaklıklarının düzeltilmesi ile sistemin geliştirilmesi ve en iyi uygulama yolunun bulunması gerekliliğini göstermektedir. İleriyi gören bir düşünceyle uygulamasına girilen bu hizmet 10 yıllık bir devre geçirmiştir. Ümit verici sonuçları yanında aksamaları ve eksiklikleri mevcuttur. Sorunları tespit edilerek çözümlendikçe daha olumlu sonuçların alınacağı şüphesizdir” (1).*

Bu yazı kapsamında konu ile ilgili olarak kaynaklara dayalı bilgi verilmesinin yanı sıra yazarın, sosyalleştirilmiş sağlık hizmetleri sisteminde bizzat uygulayıcı olarak yer aldığı hizmetlerden ve bu hizmetlerin başarısında ya da başarısızlığında rol oynayan gözlemlere, izlenimlere, yorumlara da yer verilecektir.

Deneyim 1: Erzurum ilinde sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi 1965 yılında başlatılmıştır. Bu yıldan başlayarak 2 yıl görev yaptığım “Erzurum Çat Sağlık Ocağı Hekimliğim” süresince dikkatimi çekenler;

Erzurum o yıl çok yeni, sosyalleşmeye geçmişti; gittiğimde Çatta hala “hükümet tabibi” vardı görevi ondan devir aldım. O anki durumun özeti; Sağlık ocakları ve lojmanlar mevcuttu, açılmamış büyük kolilerin içindeki malzeme çoktu ve yeterliydi. 3 sağlık ocağından ben sorumlu idim. Diğer sağlık ocaklarında sadece ebe ve sağlık memuru vardı. Nüfusu 23 bin olan Çat’ın merkez nüfusu sadece 540’tı. Elektrik ve evlerde akan su yoktu. Merkez sağlık ocağında (SO) 2 ebe, sağlık memuru, tıbbi sekreter, hizmetli, araba ve şoför mevcuttu. En önemli olan, “temel sağlık hizmetini” vermek için hekimin öncülüğünde yeterli bir ekibin olması idi. *Esasen hizmetlerin sağlık ocakları, sağlık evleri aracılığı ile en uç yörelere bir ekip tarafından götürülmesi sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinin en önemli özelliklerinden olup elde edilen başarılarda çok önemli faktörlerdir. Yine bu sistemde, sağlık ocağı ekiplerinin bağlı olduğu yönetici grubun liyakatli ve kapasiteli olması yaşamsal önemde olup bu kural bütün hizmet türlerinde geçerli olan bir kuraldır.*

Yine sosyalleşme uygulamalarının ilk yıllarında önemli bir faktör, hizmetlerle ilgili araç gereç bina vb alt yapının hazır ve yeterli olmasının yanı sıra *sağlık personeline verilen ücretlerin de yeterli düzeyde olması idi.*

Diğer olumlu bir faktör, sosyalleştirmenin ilk yıllarında yeni mezun hekimler tıp fakültelerinde “hijyen” okuyarak mezun oluyorlardı yani hekim eğitiminde henüz “toplum hekimliği” yaklaşımının öğretildiği bir eğitim dönemi yoktu; bu nedenle sosyalleştirilmiş illerde çalışan sağlık personeline periyodik olarak düzenli hizmet içi eğitimlerin yapılması idi. Erzurum ili bu uygulamaların yapıldığı bir ildi.

Sözü edilen yıllarda ve koşullarda yapılan faaliyetler arasında; ekip olarak yapılan periyodik köy ziyaretleri vardı, köylerde hekim poliklinik muayenesi yaparken, ebe ve hemşireler de gebe ve çocuk tespit ve izlemelerini, sağlık memuru ise çevre sağlığı, bulaşıcı hastalık yönünden kontrolleri yapıyordu. Ebeler ve gerektiğinde hekim köylerdeki evde doğuma sık çağırılıyordu. Mevsimin yağmur ya da kar yağışlı olduğu dönemlerde köylerden yapılan hasta çağrılarına, salgın bir hastalık şüphesi olduğunda ya da doğumlara atla gidiliyordu.

Sağlık ocaklarının nüfus tespitleri mevcut, aile zarfları, kişisel sağlık fişleri, gebe ve çocuk izleme kartları düzenli kullanılıyordu.

*Hizmetlerin her aşamasında “iyi yönetimin etkisi” başarılı hizmet verilmesinde kilit faktördü, bu yönü ile alanda çalışan sağlık personeli, ciddi bir “hizmet içi halk sağlığı eğitimi de” almış oluyordu.*

O dönemde yöneticiler sadece il düzeyinde liyakatli değillerdi, Bakanlık merkezinde de aynı nitelikte yöneticiler mevcuttu. Örneğin o yıllarda pek çok halk sağlığıncının hocası olan Prof. Dr. Nusret Fişek Sağlık Bakanlığı müsteşarıydı; ekibinin pek çok üyesi de benzer şekilde liyakatliydi. Merkezdeki üst düzey yönetici ekiple, illerin hatta ildeki uç yörelerin, alanın çok yakın bir bağı vardı. O yıllarda hizmetlerin oturmasında bu faktörlerin de rolü çok fazla olmuştur.

*Uygulamalarda mevzuat engelleyici değil destekleyiciydi, şöyle ki sağlık ocağında görülen hastaların ilaçlarının temininde kolayca ildeki hastane döner sermayesinin desteği sağlanabiliyordu.*

Sahada sağlık hizmeti vermede iyi bilindiği gibi personelin maddi manevi doyum sağlaması son derece önemli faktörlerdir. Sosyalleştirmenin ilk yıllarında bütün personelin maaşı hele de diğer çalışanlarla kıyaslandığında son derece iyi düzeyde idi, bu maddi doyumun yanı sıra destekleyici bir yönetim içinde olarak, ahenkli bir ekiple hizmetin verilmesi de manevi doyumunu sağlıyordu.

Deneyim 2: Yıl 1967; sağlık hizmetlerinin 1964 yılında sosyalleştirilmiş olduğu Etimesgut bölgesinde 2 yıl Ergazi sağlık ocağı hekimi olarak görev yaptığım sürede dikkatimi çekenler: Etimesgut bölgesi, Prof. Dr. Nusret Fişek başkanlığındaki Hacettepe Üniversitesi Toplum Hekimliği Bölümünün eğitim ve araştırma bölgesi olup, asistanların, tıp öğrencilerinin saha eğitimleri bu bölgede yapılmaktaydı. Bu dönemde, alt yapı eksiği hiç yoktu, akademik yönü de olan liyakatli yöneticiler hizmetleri yönetiyordu; örneğin Dr. Doğan Benli yaklaşık 25 yıl Etimesgut bölgesinin grup başkanı idi. Hizmet sunan ocak hekimleri Türkiye'nin çeşitli yörelerinde alan deneyimi de olan hekimlerdi. Her sağlık ocağının yeterli alt yapı donanımı ve insan gücü mevcuttu. Birinci basamakta yani sağlık ocakları ve sağlık evleri aracılığı ile topluma verilen koruyucu ve tedavi edici hizmetler bölge hastanesi tarafından desteklenmekteydi. *Bir eğitim araştırma bölgesi olduğu için verilen tüm hizmetler yıllar içinde titizlikle değerlendiriliyordu.* Bu değerlendirmeler sağlık hizmet-

lerinin sosyalleştirilme esaslarına göre verilmesi durumunda ne ölçüde “başarı sağlanabildiğini” çok açık olarak göstermektedir.

Bu sonuçlara göre:

1967 yılında binde 10,3 olan kaba ölüm hızı (KÖH) 1980 yılında binde 6,4'e düşmüştür. Aynı yıllar için bebek ölüm hızı (BÖH) bin canlı doğumda 142'den 70,7'e düşmüştür. Daha sonraki yıllarda ise bin canlı doğumda 30'lara dek gerilemiştir. 0-4 yaş orantılı ölüm oranı 1967-1980 arasında, yüzde 59,0'dan 32,6'a düşmüştür. Sözü edilen yıllar arasında toplam doğurganlık hızı (TDH) 4,9'dan, 3'e düşmüştür, genel doğurganlık hızı (GDH) (15-44 yaş bin kadında) 169'dan 107'e, kaba doğum hızı (KDH) binde 35'den 27,3'e düşmüştür. Bölgedeki AP hizmetleri de çok başarılı olmuş ve yöntem kullanma 1967 yılında %50 iken 1980'de %63'e çıkmış, korunmayanlar ise %50'den %37'e düşmüştür, ileriki yıllarda belirtilen bütün hızlarda daha da belirgin ve hızlı iyileşmeler meydana gelmiştir (6-8,12).

Deneyim 3; Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirme modelinin “yine başarılı olarak” uygulandığı diğer bir bölge “Hacettepe Üniversitesinin 2. Eğitim ve Araştırma Bölgesi olan yazarın 15 yıl süre ile görevli olduğu “Çubuk Bölgesi”dir. Bu bölgede de Etimesgut EA Bölgesinde olan yeterli alt yapı, nitelikli insan gücü oluşturularak hizmetler grup başkanı olan Dr. Nevzat Eren yönetiminde, 1975 yılından itibaren sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi esaslarına göre deneyimli bir ekip tarafından verilmeye başlanılmıştır. Yani sağlık ocakları, sağlık evleri, grup hastanesi işbirliğinde 15 yıl süreyle bu hizmet modeli sürdürülmüştür. Eğitim ve Araştırma Bölgesi olması nedeni ile topluma rutin sağlık hizmetlerinin verilmesinin yanı sıra, Dünya Sağlık Örgütü ve diğer bazı uluslararası sağlık kuruluşları işbirliğinde, Türkiye için ulusal ölçekte kullanılacak eğitim materyalleri geliştirilmiş, özellikle kadın-anne ve çocuk sağlığında ve aile planlamasında önemli olan hizmet araştırmaları yürütülerek Sağlık Bakanlığı'nın çalışmalarına da ciddi destekler verilmiş, 2827 sayılı “Nüfus Planlaması Kanunu”na temel teşkil eden hizmet araştırmaları bu bölgede yapılmıştır (18).

*1975-1989 yılları arasında 15 yıl süre ile, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirme modelinin başarılı olarak uygulandığı Çubuk EA Bölgesinin “başarı düzeyi” yine hizmetlerin değerlendirme sonuçları ile incelenecek olursa; örneğin, kaba ölüm hızı (KÖH), binde 10,9'dan 1980'de 8,3'e, daha sonraki yıllarda ise 4'e düşmüştür. Bebek ölüm hızı (BÖH) , bin canlı doğumda (CD) 159'dan önce 100'lere düşmüş, 1989'da ise bin CD'da 31 olmuştur. Anne ölümlerinin 15 yıllık süredeki analizi ise ilk 5 yıllık sürede yüz bin CD'da 300, ikinci 5 yıllık sürede 70'e düşmüş, üçüncü beş yıllık dönemde ise bu hız “sıfır” olmuştur. Çünkü uygulanan bu modelle evde doğumlar %85'den %15'e düşmüş, riskli gebeliklerin önlenmesinde en etkili yol olan AP hizmetlerinde modern yöntem kullanılması %8'den %75'e çıkmıştır. Bütün bunlarla bağlantılı olarak kaba doğum, genel doğurganlık ve toplam doğurganlık hızlarında önemli-belirgin düşüşler meydana gelmiştir (9-12).*

Belirtilen istatistik sonuçlar gerek Etimesgut gerekse Çubuk bölgelerinde uygulanan modelle “başarılı” sonuçlar alındığını ortaya koymaktadır (6-12).

Her iki bölgede de başarılı hizmet verilmesinde etkili olan ortak faktörler özetlenecek olursa;

- Uygulanan hizmet modelinin, Türkiye'nin özellikle kırsal ve yarı kırsal bölgelerindeki koşullara son derece uygun olan, “sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği model” olması. Bu modelde özellikle temel sağlık hizmetlerinin,

topluma en yakın mesafede, nitelikli bir ekip tarafından verilmesi, toplumla yapılan işbirliği,

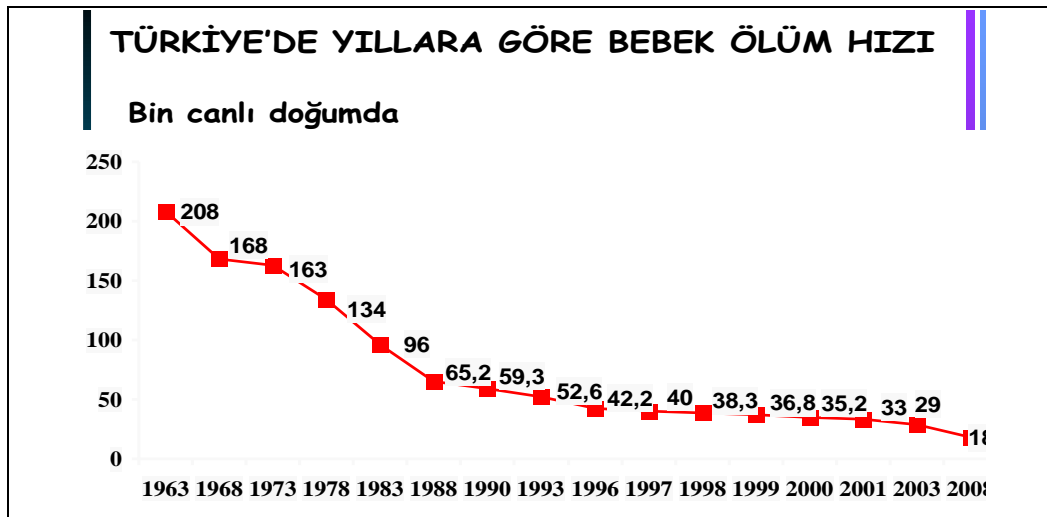
- Bölgelerdeki sağlık hizmetlerinin liyakatli yöneticiler tarafından iyi yönetilmesi,
- Nitelikli özverili sağlık ekibinin varlığı,
- Sağlık ocağı hekimlerinin ve bütün ekibin desteklendiklerini hissetmeleri,
- Sağlık Bakanlığı ve Sağlık Müdürlüğü düzeylerinde destekleyici, verimli iş birliği yapılabilen, popülist olmayan üst düzey yöneticilerin olması,
- Üniversitenin hizmet, insan gücü ve yönetsel bağlamda olan destek ve rehberliği,

Yukarıda 3 deneyim bağlamında özetlenen gerçekler Türkiye’de 1965-1989 yılları arasındaki uygulamalardan örnekleri oluşturmaktadır.

Yazının bu bölümünde, 1963-2010 yılları arasında, yani 40 yıldan daha uzun bir süre Türkiye’de uygulanmış olan “sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilme uygulamalarının başarı düzeyi, Türkiye’nin sağlık göstergeleri incelenerek değerlendirilecektir; Kuşkusuz bu göstergelerin iyileşmesinde ülkedeki diğer gelişmelerin de katkısı olmuştur. Ancak unutulmaması gereken ve tam olarak kavranamayan “sağlıkta dönüşüm” girişimleri 2004 yılında başlatılana dek, Türkiye’de 1963 yılından beri uygulanan “sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği sistemdir”. Düz mantıkla bile, eğer bu sistem sağlık hizmetlerinin temel amacı olan toplumun sağlık düzeyini yükseltmede etkili olmasa idi, göstergelerin trendinde farklı bir eğilim görmemiz gerekirdi.

Örnekler verilecek olursa (5,13-18) ;

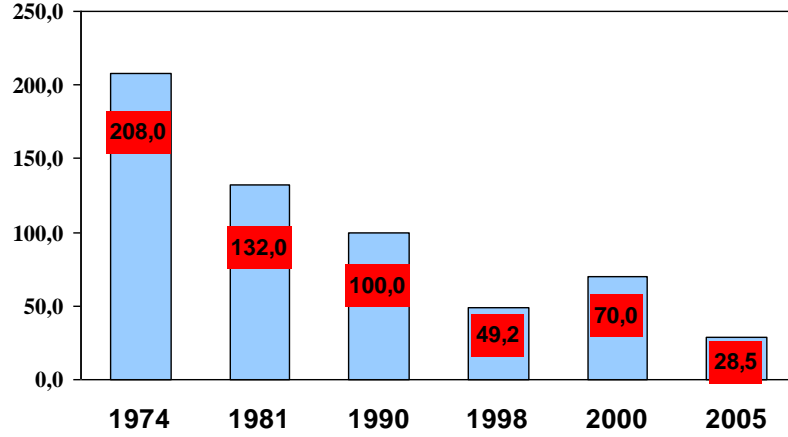
Türkiye’de bebek ölüm hızı, 1963 yılı için bin canlı doğumda 208 iken, şekilde de izleneceği gibi yıllar içinde sürekli bir düşüş göstererek 1983’de bin canlı doğumda 96’ya düşmüş ve en son 2008 yılı için ise bin canlı doğumda 18’e düşmüştür (Şekil 1).



Şekil 1. Türkiye’de Yıllara Göre Bebek Ölüm Hızları

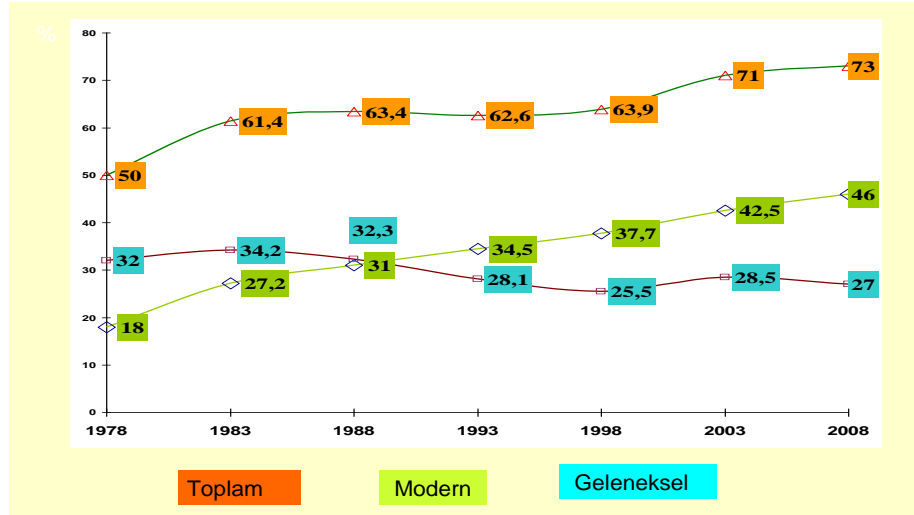
Benzer şekilde, 1960’larda 100 bin canlı doğumda 250’ler civarında olduğu bilinen anne ölüm oranı, yine yıllar içinde sürekli bir düşüş göstermiş olup en son

2005 yılında yapılan Ulusal Anne Ölümleri Araştırması'na göre anne ölüm oranı yüz bin canlı doğumda 28.5 olarak tespit edilmiştir (Şekil 2).



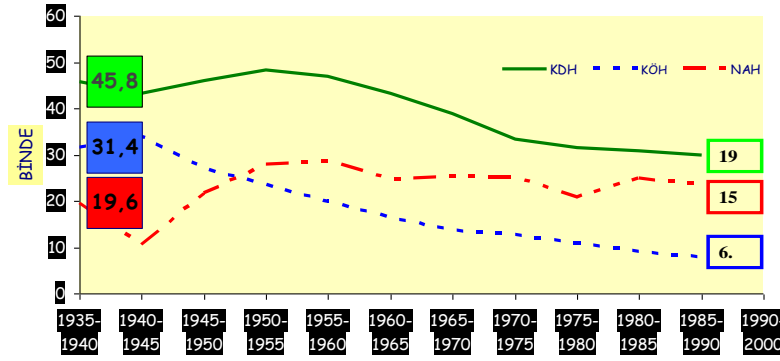
Şekil 2. Türkiye'de Yıllara Göre Anne Ölümleri (yüzbinde canlı doğumda)

Koruyucu sağlık hizmetlerinin en önemlilerinden olan aile planlaması (AP) hizmetleri ise, bilindiği gibi Türkiye'de, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesini izleyen yıllarda yasallaşmış (1965) ve uygulamaya konulan, köylere kadar götürülen bu hizmet modeli ile yıllar içinde kontraseptif yöntem kullanımı giderek artmıştır (Şekil 3). Bunun sonucu olarak Türkiye'de Toplam Doğurganlık hızı 1961-1965 yılları arasında bir kadın için 6.1 iken yıllar içinde giderek azalmış olup 1975-1980 arası 4.6, günümüzde de 2.1'e kadar düşmüştür.



Şekil 3. Türkiye'de Yıllara Göre Aile Planlaması Uygulamaları

Yine Yıllara göre Türkiye'deki kaba doğum (KDH), kaba ölüm (KÖH) ve nüfus artış (NAH) hızları incelendiğinde, 1961-1965 yılları arasında binde 43.2 olan KDH, 1975-1980 yılları arasında binde 30'a düşmüş olup 2000'li yıllar için binde 19 olarak hesaplanmaktadır. KÖH'da 1960-1965 dönemi için binde 16.4 iken, 1975-1980 arası 10'a, 2000'li yıllar için de 6'ya düşmüştür



Şekil 4: Türkiye’de Yıllara Göre Ölüm, Doğum ve Nüfus Artış Hızları

Sağlıkta bütün bu sözü edilen gelişmelerin meydana geldiği dönemde Türkiye’de uygulanmakta olan sağlık sistemindeki hizmet modeli, esasları sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi yasasında belirlenmiş olan modeldir ve bu olumlu sonuçlar bütün eksikliklerine rağmen bu hizmet modeli ile başarılmıştır.

Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi uygulamalarının istenilen düzeyde başarılı olamamasında etkili olan faktörler ve aksayan yönler de özetlenecek olursa (1-5):

- Bu yasa ve uygulama planları üst düzeyde iyi niyetli ve bilimsel düşünen kişilerce hazırlanmıştı,
- Bazı olmayan koşullar ve personel niteliklerine göre görevler öngörülmüştü. Örneğin sağlık ocağı hekimi, tıp fakültelerinden kendisinden beklenen görevlere uygun mezun edilmiyordu, ebeyi denetleme görevi verilen ya da 154 sayılı yönergede belirtildiği gibi bu görevin beklendiği “halk sağlığı hemşiresi” niteliğinde bir hemşire sağlık ocaklarında mevcut değildi,
- Sağlık politikalarında değişkenlik, istikrarsızlık olması ve politik kaygılarla “popülist politikaların” sık gündeme gelmesi. Yeterli ve sürekli politik kararlılığın olmaması ve sağlık yöneticilerinin liyakat esasına göre atanmaması, atamalarda politik baskı ve tercihlerin öne çıkması,
- Sağlık yöneticiliğinin (Sağlık Müdürü, Müsteşar, Genel Müdürlük vb) politik bir makam olarak görülmesi, yönetim kapasitesinin yetersizliği,
- Sosyalleştirmede sağlık personeli için başlangıçta varolan ücret avantajının giderek yok olması,
- Başlangıçta verilen alt yapı desteğinin giderek azaltılması hatta verilmemesi,
- Uygulamaların, ülkedeki üretim ilişkileri ile çelişir hale gelmesi,
- Pazar ekonomisinin giderek hâkim olduğu ve her şeyin kar için yapıldığı bir ortamda sadece bir hizmet sektörünün, salt “bireyin ve toplumun yararını” amaçlayan girişimlerinin tüm sosyo ekonomik yapıya karşın başarıya ulaşması olası değildi.
- Bakanlık merkez ve uç birimlerinde, duplikasyonlar, iletişimsizlik ve koordinasyonsuzluğun varolması,

- Diğer kurumların sağlık kuruluşlarının Sağlık Bakanlığı'na devredilememesi,
- Kent tipi sağlık ocakları modelinin oluşturulmaması,
- Tedavi hizmetlerine verilen ağırlık ve sevk zincirinin işletilememesi,
- Toplum katılımının yeterince sağlanamaması.

Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilme modelinin, başarı ile uygulandığı Etimesgut ve Çubuk bölgelerinde yukarıda sayılan faktörlerin olabildiğince önlenmesi/engellenmesi başarılı sonuçlar alınmasında önemli olmuştur.

Bu bölgeler uzun yıllar, Türkiye'ye hekim ve hekim olmayan sağlık personelinin yetiştirilmesinde "eğitim alanı" olarak da hizmet vermiştir. Bunun yanı sıra politikacılara, karar vericilere bu hizmet modelinin "doğru-etkili-uygun" bir model olduğunun kanıtı olarak, savunuculuk amacı ile sürekli gündeme gelmiştir.

Bütün bu süreçte bu hizmetleri yürüten pek çok kişinin fark edemediği bir husus vardı; Dünya'da 1980'lerden sonra başlayan "neoliberal" politikaların rüzgârı hızla Türkiye'ye doğru ilerliyordu ve bu politikaların ön gördüğü "küreselleşme" olgusu, sağlığı bir insan hakkı olarak gören "sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi sistemi", sağlığı alınıp satılan "meta" olarak gören bakış açısına göre ortadan kaldırılması gereken bir sistemdi. Günümüzde hiçbir ön değerlendirilmesi yapılmaksızın, gözü kapalı bir biçimde, 2004 yılında çıkarılan bir pilot Yasa temel alınarak yaygınlaştırılmaya çalışılan "sağlıkta dönüşüm programı", sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi sisteminin hiçbir bilimsel temeli olmaksızın "başarısızlığını" bahane ederek yok edilmesinde temel faktör olmuştur. Başlangıçta uygulamaların yaygınlaştırılmasında acele edilmemiş, ancak yaratılan uygun politik ortamda 2010 yılı sonu itibarı ile Türkiye'nin bütün illerine yaygınlaştırılmıştır. Uygulamaya yeni başlanan "Aile Hekimliği Sistemi (AHS)", "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Sistemle (SHSS)" kıyaslandığında dikkat çeken farkları; AHS sağlık hizmetlerini hastalıkla başlatan, performans ölçütlerinin/puanlarının hizmete yön verdiği, hizmet vermede "ekip" yaklaşımını ortadan kaldıran, sağlığı paraya endeksleyen, ülke koşullarına uygun olmayan bir modeldir.

Denetim ve koordinasyon güçlüğü vardır. Entegre hizmet ilkesine ters modeldir.

Kırsal kesimi dışlayan bir sistemdir. Tedavi ağırlıklı hizmet önceliklidir, koruyucu hizmetler ikinci plandadır. Kronik hastalığı olanlar dışlanabilir. Sağlık hizmetleri özelleşme ve özel sektör anlayışı taşır. Sağlık çalışanlarının iş güvenceleri yoktur. Hekimler arasında rekabete, etik sorunlara yol açabilir. Toplumun bu sistemle ilgili bilgisi yoktur, halk yeterince bilgilendirilmemiştir, pek çok konunun tam olarak farkında değildir.

Bütün belirtilenlerin haklılığı da, bu sisteme ilişkin mevzuatın, sürekli olarak değiştirilmesi ve sosyo-ekonomik ve sağlıkla ilgili eşitsizlikleri fazla olan Türkiye'de 75 milyona uygulanacak bir sistemde pilot yasanın çıkarıldığı 2004 yılından bu yana 7 yıl geçmesine rağmen, hala kalıcı kurallarının neler olduğu konusundaki belirsizliktir.

Sonuç olarak, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği hizmet modeli, ilk uygulanmaya başlandığı 1963 yılından itibaren bazı eksiklerine rağmen "başarılı" olmuştur. 1980'lerden sonra bu modele sürekli hücum edilmesinin temel nedeni ise küreselleşmenin bir parçası olan sağlığın özelleştirilmesi uygulamalarına "gerekçe" yaratma çabaları olmuştur.

*Türkiye'nin sadece, sosyo-ekonomik düzeyi, toplumun sağlık gereksinimleri, sağlıkta mevcut sorunlar, eşitsizlikler gibi gerekçeler düşünüldüğünde bile eksikleri giderilmiş iyi yönetilen "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Modelinin" Türkiye için en uygun model olduğu deneyimlere ve göstergelere dayanılarak söylenebilir. Ancak sağlık hizmetlerini metalaştıran, sağlığı "bir insan hakkı" olarak değil ama bir "pazar" gibi görme yaklaşımları benimsendiğinde "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Modeline" uygun bir model denilmesi güçtür.*

## Kaynaklar

1. Sağlık Hizmetlerinde 50 yıl: Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Sağlık Propagandası ve Tıbbi İstatistik Genel Müdürlüğü, yayın no:422, 231-246, Ayyıldız Matbaası AŞ., Ankara – 1973.
2. Öztekin Z., Eren N., Sağlık Yönetimi; Halk Sağlığı Temel Bilgiler içinde, 369-387, Ed.: Güler Ç., Akın L., Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara, 2006.
3. Fişek, NH., Halk Sağlığına Giriş; Hacettepe Üniversitesi-Dünya Sağlık Örgütü Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi Yayını, No:2, Çağ Matbaası Ankara, 1983.
4. Akdur R., Türkiye'de sağlık Örgütlenmesinin gelişimi Toplum ve Hekim, sayı:28, 36-43, İstanbul, 1980.
5. Akın A., "Emergence of the Family Planning Program in Turkey", The Global Family Planning Revolution, Three Decades of Population Policies and Programs kitabı içerisinde, s.85-102, Ed. Robinson, W. C., Ross, J. A., The World Bank, Washington DC, 2007.
6. Etimesgut Sağlık Bölgesinin 1967, 1968 ve 1969 Yılları Faaliyet Raporu, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Toplum Hekimliği Enstitüsü, Ankara, 1970.
7. Etimesgut Sağlık Bölgesinin 1970-1972 Yılları Faaliyet Raporu, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Toplum Hekimliği Enstitüsü, Ankara, 1973.
8. Benli D., Erdal R., Bulut A., Etimesgut Sağlık Bölgesi 1980-1984 Yılları Çalışmalarının Değerlendirilmesi, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD, Yayın, No., 85/29, Ankara.
9. Öztürk Y., Çubuk Sağlık, Eğitim ve Araştırma Bölgesi 1977-1983 Yılları Çalışmalarının Değerlendirilmesi, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD, Yayın No., 85/28, Ankara, 1985.
10. Çubuk Bölgesi 1977 Yılı Çalışma Raporu", Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Toplum Hekimliği Bilim Dalı, Sevil Matbaası, Ankara, 1978.
11. Çubuk Sağlık, Eğitim ve Araştırma Bölgesi 1984 Yılı Çalışma Raporu Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD, Yayın No. 85/31, Ankara, 1986.
12. Hacettepe Üniversitesinde Toplum Hekimliği'nin İlk Onbeş Yılı", Hacettepe Üniversitesi Toplum Hekimliği Enstitüsü, Yayın No. 16, Ankara, 1981.
13. Akın A., ve Ark., Kadının Statüsü ve Sağlığı İle İlgili Gerçekler, T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü Yayını, Afşaroğlu Matbaası, Ankara, 2008.
14. Türkiye Ulusal Anne Ölümleri Çalışması 2005", Hacettepe Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara.
15. Mıhçıokur S., Akın A., Dünyada ve Türkiye'de Anne Ölümleri, Sağlık ve Toplum, Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı Yayını, Yıl 8, 3-4, 37-44, Temmuz – Aralık, 1998.



16. Akın A., Sevencan F., Türkiye’de Kadın Sağlığı Düzeyi ve Aile Planlaması Uygulamalarının Durumu, Türkiye Klinikleri, Cerrahi Bilimleri, Jinekoloji Obstetrik, 2, 13, 1-14, 2006.
17. Akın A., Sevencan F., Türkiye’de Kadın Sağlığı ve Aile Planlaması Uygulamalarının Durumu, Sağlıkla Aylık Sağlık Dergisi, 3, 23-25, Nisan 2008.
18. Akın A., From Research to Practice: Use of Non-Physicians in Family Planning Services in Turkey. Cahiers de sociologie et de demographie medicales. Health Human Care Resource Availability: the impact on health in Turkey. Cah.Socio.Demo. Med. Leme anne, n’4,p.445-462 (Septembre-December 2010)

## SEKSEN SONRASI: “SOSYALLEŞTİRME”YE DARBE\*

**Prof. Dr. Gazanfer AKSAKOĞLU**

*Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD*

### 1960 Öncesi Ne Oldu?

Kurtuluş Savaşı sonrası ülkede burjuva demokrasininin yapılanmasının ilk adımlarını atmayı amaçlayan Mustafa Kemal'in emeli, Cumhuriyet'in 1930'larda başlattığı devlet eliyle sanayileşme uygulamaları ve İnönü'nün Cumhurbaşkanlığı döneminde gerçekleşmeye başlar. İkinci Paylaşım Savaşı sonrası yerkürede çoğulcu demokrasi temel model olarak sunulmaktadır. Savaş Türkiye'yi de enikonu yormuş, aç ve yoksul bırakmış, halkı yönetime karşı huzursuz kılmıştır. Tek parti olan Cumhuriyet Halk Partisi (CHP) hükümeti topraksız köylünün yararına bir toprak yasası çıkarma



çabasına girer, ancak sonradan Demokrat Parti'yi (DP) kuracak olan -yobazlar ve sözde aydınlar destekli- büyük toprak sahibi kesimin direnciyle karşılaşır. Toprak sahipleri ve destekçileri DP ile 14 Mayıs 1950 seçimini kazanarak iktidar olur. Bu tarihsel gün Türkiye'de toplumsal kazanımların ve aydınlanma ışığının yok edilmeye başladığı dönüm noktası olacak, Osmanlı'nın Tanzimat'la başlayan çöküşü bu kez Cumhuriyet'in önüne düşüş süreci olarak çıkacaktır.

Cumhuriyet'in yeni bir ulus yaratmaya yönelik planlı ekonomik kazanımları ve bilinçli kalkınması DP'nin 1950'den başlayarak uyguladığı ilkesiz, plansız ve saldırgan tarım ve sanayi politikaları ile sona ermiştir. 1960'a dek geçen süre hırsla tarımın makinalaştırılması sonucu oluşan işsizlik sonucu kentlere göç, ailelerin parçalanması, çarpık ve cılız sanayileşme, hızlı gecekondulaşma, tüm bunların getirdiği bedensel ve toplumsal sağlıksızlıktır. Ülke ve halk acınacak duruma getirilmiş, İstanbul ve Adana başta olmak üzere kentler düzensiz ve yaşanması güç duruma sokulmuştur. Savruk ve bilinçsiz uygulamalar sonucu hem tarım hem sanayi, toplumu değil kalkındırarak, doyuracak nitelikte bile değildir.

### 1960-80 Arası Aydınlanma

Gelişmelere koşut -ve doğal olarak karşıt- olarak emekçilerin istekleri doğrultusunda gençlik, işçi örgütleri ve siyasal partiler toparlanmakta, toplumun beklentileri nitelik kazanmakta, beklentilerin karşılanması amacıyla devlet yapılanması dışında örgüt ve planlar ortaya çıkmaktadır.

27 Mayıs 1960 darbesi Cumhuriyet kazanımlarının uzantısı niteliğindedir ve kurtuluşun sağlamaya çalıştığı özgürlük ve bağımsızlık üzerine burjuva demokrasisi

\* Yazı temel olarak yazarın kaynakçada gösterilen yazısının (Aksakoglu G, 2008) son bölümüne dayandırılmış, özetlenerek gelişmeler ve yeni kaynaklarla varsıllaştırılmıştır.

anlamında eşitlik ögesini oturtmayı amaçlamaktadır. Darbe sonucu oluşturulan 1961 Anayasası'nın getirdiği en önemli yeni yapılanmalar şunlardır:

- Sosyal devlet kavramı; bu bağlamda devlet ödevi olarak kayda alınan sağlık ve sosyal güvenlik hakkı,
- Yargı bağımsızlığı; Anayasa Mahkemesi ve Yüksek Hâkimler Kurulu'nun oluşturulması, 'doğal yargıç' ilkesinin getirilmesi,
- Sendikal örgütlenme özgürlüğü; grev ve toplu sözleşme düzeninin yerleştirilmesi,
- Toplantı ve gösteri yürüyüşü hakkı,
- Üniversite özerkliği,
- Devlet Planlama Teşkilatı aracılığıyla planlı kalkınma döneminin başlatılması,
- Özerk TRT.

Darbenin ardından ülkede özgürlük rüzgârları esmekte, toplumun alt ve orta kesimlerinde tam anlamıyla bir kültür patlaması yaşanmakta, 1960'a değin bastırılmış toplumcu aydınlar öncülüğünde varoşlardan sinema, tiyatro ve yazın ürünleri fişkırmakta, toplum bilinçlenmekte ve örgütlenmektedir. Yalnız işçilerin değil öğretmenlerden emniyet güçlerine dek her çalışan kesim ve katmanın sendikası ve/veya derneği bulunmakta ve yolu bile olmayan köylere etkin ve işlevsel olarak ulaşmaktadır. Temel uğraş örgün eğitim ve toplumun eğitimidir.

### **Sağlığa Yansımaları: Sosyalleştirme**

Sağlıkta da gelişme dönemi başlamıştır. Tabip odaları ve onların örgütsel birliği TTB deontoloji ile sınırlı eski kimliğinden sıyrılmış, yasasında kendisine verilen toplumun sağlığını geliştirme ve üyelerinin kimliklerine katkıda bulunma ödevlerini üstlenmiştir.

Alaylı bir halk sağlıkçı olan Nusret Fişek, Bakteriyoloji uzmanı ve Biyokimya doçentidir. Milli Birlik Komitesi'nin (MBK) çalışmaya başladığı günlerde Hıfzısıhha Okulu Müdürü'dür; Konsey'ce Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'na (SSYB) Müsteşar olarak atanır. MBK'nin 'sağlık hizmetlerini devletleştireceğiz, hazırlık yapın' buyruğuyla karşılaşınca bunun komünist rejimlerde olacağını, doğru olanın millileştirme olduğunu söyler, ardından 224 sayılı Yasa'yı hazırlayarak yasallaşmasını ve uygulamaya geçirilmesini sağlar. Sosyalleştirme Muş'tan başlayarak önce en geri kalmış 'on yedi il'e, sonra aşamalı olarak tüm ülkeye yayılacaktır.

1978'de kurulan Ecevit azınlık hükümeti sağlıkta tam süre çalışmayı destekleme kararı alır. Serbest hekimliğe dokunulmayacak, tam süre çalışan sağlık personeli yaptıkları ek işi aylık olarak bildirdiklerinde yüksek bir ek ödenek alacaklardır. Hekim gelirleri başta mesai dışı saatlerde verdikleri hizmetler, köy gezileri, ev ziyaretleri ve hastane nöbeti ücretleri ile, ebelerin gelirleri ev ziyaretleri ve evde yapılan hizmetlerle iki katına yakın artar.

Bu sürede ülkedeki toplumsal ve sınıfsal bilinç ve uluslararası sermayeye karşıtlık batı kapitalizminin kabul edebileceği noktayı geçmiştir. Türkiye'nin uslanması, dışa bağımlılığını ve borçlarını artırması, liberalleşerek doğal kaynaklarını dış ve iç sömürü odaklarına açması gereklidir. Öngörülen değişim aynı zamanda emeğe sağlanan hak ve kazanımların da kısıtlanması anlamına gelir. 12 Eylül 1980 darbesi

gerçekleştirilir, ulusal ve uluslararası sermayenin beklentileri yürütülme sürecine girer. Sosyalleştirmenin de sonu başlamıştır.

## 12 Eylül 1980: Sosyalleştirmeye de darbe

İlk uygulama diğer tüm örgütlenmelerde olduğu gibi sağlık meslek kuruluşları, sendika ve dernekleri kapatmak, mal varlıklarına el koymak, yöneticilerini yıllar sürece tutuklamalara almaktır. Sosyalleştirmenin ortadan kaldırılması sürecinde iki kilit nokta ele alınır: Tam Süre Yasası hemen Ekim ayında kaldırılır, çalışanların iki yıldır almakta oldukları gelir yarıya indirilir, ayrıca yükseltilecek enflasyonla çok daha fazla düşürülmesi sağlanır. Sıra sosyalleştirmenin belkemiğini kırma aşamasına gelmiştir. 1980 yılının son günü yasanın üçüncü maddesinde yer alan 'kamu çalışanları serbest meslek uygulayamazlar' koşulu kaldırılır. Bunun anlamı şudur: 'Sağlık ocağı hekimleri muayenehane açabilir.' Ekibin başı sağlık ocağından koparılmıştır, artık gözbebeği sağlık ocağı değil muayenehanesi olacak, sağlık ocağı kaçınılmaz olarak işlevselliğini yitirecektir. Sivil yapılanmaya geçinceye değin sosyalleştirmeye bilgi yoksunluğu nedeniyle daha fazla dokunulamayacaktır. İlk sivil yönetimin başına ABD'de öneğitimi 'yüklenmiş' Turgut Özal getirildikten sonra sosyalleştirmeyi yok etme ve sağlığı pazara çıkarma çalışmaları önce toplumu alıştıra alıştıra, sonra kafasına vura vura uygulanmaya başlanacaktır.

Sağlıkta 1983'te Özal hükümetleriyle başlayan ilk değişim 'sosyal yardım bizim görevimiz değil' diyen Başbakan'ın Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nın adını Sağlık Bakanlığı'na (SB) dönüştürmesidir. SB Ticaret Bakanlığı gibi çalışır olmuş, uğraşları arasına dış ülkelere ilaç dışsatımı da girmiştir.

Sosyalleştirmede yükseliş dönemi bitmiş, modelin iç dinamiklerine yapılan dış saldırılar sonucu düşüş dönemine girilmiştir. Bundan böyle sosyalleştirme yok sayılacak, sağlık ocağı 'hasta olunca gidilen yer' olarak görülmeye başlanacaktır. DP yönetimi süresince eğitimi de yetersiz bırakılmış olan toplum zaten 'sağlık hizmeti' kavramını böyle anlayagelmıştır, bu durumda muayenehane daha iyi bir seçenektir, hasta olunca bile sağlık ocağına gitmeye gerek kalmamıştır!

Darbenin yararlı gibi görülebilen tek yanı hekimler için zorunlu hizmetin devreye girmesi olmuştur. Ancak bu gerçekte bir aldatmaca, halkın ağızına çalınan bir parça baldır; çünkü öncelikle zorunluluk yalnızca hekimler içindir, ekibin diğer çalışanları zaten uç noktalara ve özellikle köylere gönderilmemektedir. Ayrıca giden hekime eğitim verilmemekte, sevk sistemi çalıştırılmamakta, sağlık evlerinde ebe bulunmamaktadır. Tam Süre Yasası kalkınca gezici hizmet başta olmak üzere ödenekleri kesilen sağlık çalışanları doyum almadan çalışmakta, denetim/eğitim, başta taşıt olmak üzere araç-gereç ve her tür donanım ve ödenekten yoksun hekim salt hastayla ve yalnızca stetoskobu ile ilgilenmek zorunda bırakılmaktadır. Böyle bir çalışma biçimini sağlık hizmeti olarak tanımlamak olanaksızdır.

## Uluslararası Sermaye İçeride

Sağlık ocaklarına yapılan saldırılarla uyumlu olarak uluslararası kuruluşların bütüncül sağlık yaklaşımına saldırıları başlar. İlk devreye giren UNICEF'tir. Çocuk sağlığının önemli öğelerini birleştiren bir paket önerisiyle yaklaşır, ancak ileride gerçek amacının sağlık ocağının kalan son rutin hizmeti olan bağışıklamayı kampanyalara dönüştürme, yani hem düzenini bozma hem de gereksiz ve pahalı aşılarla sürdürme amacı güttüğü anlaşılacaktır (Saçaklıoğlu F. ve ark, 2003; Aksaklıoğlu G., 2003a). Artık sağlık ocaklarının bütüncül hizmet anlayışı yok edilecek, yerini tek amaçlı ve dikey nitelikte 'program'lar alacaktır. Aşı kampanyaları, anne sütü gibi programlarla bütüncül hizmet parçalanır; birbirinden bağımsız, dikey ve mer-

kez yönetimli örgütlenen ve işleyen vitrin süsü niteliğinde uygulamalara geçilir. Amaç uluslararası sermayenin güdümünde, koruyucu hizmetten uzak, hastalana bakmaya yönelik tecimsel bir sağlık piyasası oluşturmaktır (Aksakoğlu G., 1993). Sağlık ocaklarının yerel, bütüncül, toplum gereksinmelerine yönelik, özerk ekip hizmeti yok edilmeye başlanmıştır.

Dünya Ticaret Örgütü (DTÖ), Dünya Bankası (DB) ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) dayanışması ve politikalarının tecimsel gelişimi ile 1983'te başlayan uluslararası baskılar, Özal hükümetleriyle gündeme girer. Sağlıkta 1987'de Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu ile başlayan kokuşma giderek derinleşir. Üniversitelerle yapılan protokollerle oluşturulmuş eğitim araştırma bölgeleri kapanır, hekim adaylarının yeniden teknik olarak ileri derecede donanımlı üniversite hastaneleri içine tıklmalarına ve toplumun sağlık sorunları ile çözümünden kopmaları sürecine dönülür. Aynı dönemde modelin siyasallaştırılması planları yapılmaktadır, elli binin biraz üzerinde nüfuslu Etimesgut Bölgesi, Üniversite'nin elinden alınır, hastanesine 10 uzman hekim ve 5 cankurtaran verilerek çağdaştırılır (!). Diğer üniversite bölgelerinin önce ödenekleri kesilir, sonra protokolleri iptal edilir. Böylece hekim adaylarının bütüncül sağlık anlayışı ile ve toplum içinde eğitilmeleri engellenir. 1980'le başlayan ve 1982 Yüksek Öğretim Kanunu ile yoğunlaşan eğitim yozlaştırılması sürecinde halk sağlığına yönelik eğitim olanakları kısıtlanmakla

kalmamakta, ilgili anabilim dalları da yoğun baskı altında tutulmaktadır. Halk sağlığı konusunda yapılabilen ilk toplantı 1987'de İzmir'dedir ve katılımcı listesi beşi yabancı yirmi beş kişiden oluşmaktadır\*. Yasal olmayarak, 'Bakan Özel Kalemi'nden çıkma, sayısı ve bürokrat parafları olmayan genelgelerle kaymakamlara sağlık ocağı hekimi ve diğer personelin sicil ve disiplin amiri olma -sözde-yetkisi verilir. Grup Başkanlıkları Sosyalleştirme

Prof. Dr. NUSRET H. FIŞEK 22.6.87

Gazımafer,

Ankara'ya gelmeli bir hafta oldu. Epekte  
çektğim resimlerin banyosunu beklelediğim için  
geci ktim. Resimlerin birinde ben varım. Öbüründe  
sen. Diğerlerini resim de olan arkadaşlara Sağlık  
ve benden selam söyle

Toplantı iyi geçti. Bir daha kutlarem.  
Toplum hekimliğini öledü sanıp görmüşlerdi  
Meyandan ses getirdik.

Minafi perverliğim, Perihan ve beni Depan kente  
kadar buaktığın için teşekkürler. Kongresi bekliyorum  
4 Temmuz'ta Depan kente dönacağım.  
İlekin'in ve benim gözlerimizden operum

P.s. Tamdükü'lara selamlar

Nusret

Yasası'na ve ilkelerine aykırı olarak ilçelerle örtüştürülür, İzmir'in Konak ilçesinin (ve Grup Başkanlığı'nın) nüfusu 870.000, Güzelbahçe'ninki 7.000 olur. Yalnız sağlık ocaklarının nüfus tabanlı yapısı ortadan kalkmış olmaz, hükümetlerin siyasal etkisi de modele yerleştirilmiştir.

Kaymakamlar hiç bilgi sahibi olmadıkları bir hizmete amirlik yapmaya çalıştıklarından gülünç durumlar ortaya çıkar. Büyük ve sarp bir bölgede sabahları ebeleri mahallelerine bırakan, ev gezileri tamamlanınca akşam toplayan sağlık ocağı aracı kaymakam tarafından makam aracı olarak alınmaya çalışılır. Gerekçesi 'araç ebeleri gezdiriyormuş' olur. Kaymakam 'ev gezisi hizmeti'ni ebelerin araçla kira bayı-

\* The Relevance of Medical Education for Primary Health Care. Dokuz Eylül University, Faculty of Medicine, İzmir, Turkey, 11-12 June 1987. (Ek: 1. Nusret Fişek'in mektubu, 2. Fotoğraf [Soldan sağa: G Aksakoğlu, Z Öztekin, NRE Fendall, A Uyan(kapıda), S Kaya, NH Fişek, S Oral, G Ergör, JS Owen, F Aksu, Z Okuyan])

ra, ya da 'ev gezmesi'ne gitmesi olarak algılanmaktadır. Bir diğer kaymakam, sağlık ocağında üç hemşire olduğunu öğrenince birini özel kalemi olarak almaya kalkar (Aksakoğlu G., 1995)! Bozulmanın nedenleri çoktur ve hekimlerin çıkarıcı tutumunu da içermektedir. Sağlık ocağı hekimleri çalışma saatleri içinde köyden muayenehaneye hasta geldiğinde bakmaya giderlerse kaymakamın Sağlık Müdürü ya da Vali'ye bildirmesi kaygısıyla uygulamaya boyun eğerler. Yetmezmiş gibi, Türk Tabipleri Birliği sorunu çözme açısından hekimler, halk, yasa yanında hiçbir sorumluluk ve girişim üstlenmez.

### **Sosyalleştirmeyi Ülkeye Yayma**

Aynı süreçte dönemin Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürü olan Zafer Özteke, 1982 sonunda tüm illerin sosyalleştirilmesinin tamamlanmış olması gerektiği, yoksulun dolacak olması nedeniyle kalan yirmi ilin kapsam dışı kalacağı anımsatılır. Genel Müdür haklı bir acele ve ikilem içine düşer. Temel görevi binaların yapımı ve donatılması olan Sosyalleştirme Daire Başkanlığı kapatılmıştır. Henüz sosyalleştirilmeyen iller de, başta üç büyük kenti kapsayan ülkenin çok nüfuslu, çoğu ileri derecede kentleşmiş ve gecekondulaşmış yöreleridir. Yasa maddesi gereği uygun yapılmayan ve tam donatılmayan birimler sağlık ocağı ve sağlık evi olarak açılmaz, ancak bunu yürütecek süre ve olanak yoktur. Ya madde askıya alınarak derme çatma birimler oluşturulacak ya da kalan illerin sosyalleştirilmesinden vazgeçilecektir. Genel Müdür sosyalleştirmenin tek model olarak yaygınlaştırılması zorunluluğuna inanarak yasanın ilgili maddesinin kaldırılması kararını kabul ettirir, sosyalleştirmenin tamamlanması işlevine geçilir.

O güne dek toplumun ve sağlıkçıların büyük bir kesimince sosyalleştirme doğunun kırsalı için hazırlanmış bir model gibi düşünülmüştür. Büyük kentlerin sosyalleştirilmesi girişimi -İzmir dışında- önemsizdir. Yeni ve standart kent tipi sağlık ocakları yapılması yerine çoğunlukla apartman daireleri kiralanır. Yeni sağlık ocağı yapılacak arsalar ise ya hibe edilen ya da merkeze uzaklığı ve nüfus azlığı nedeniyle gerekliliği tartışmalı yerlerdir. Bu alanlara sağlık ocağı yapılırsa ya toplumdan çok uzaklaşmış olduğundan ya da nüfusu çok küçük yerlere birimler yapılmış olacağından yararlanma azalacaktır (Aksakoğlu G., Giray H., 2007). Model ve ilke yok edilmiştir. İstanbul'da nüfusu bir türlü hesaplanamayan ve 400.000 dolayında olduğu söylenen bir sağlık ocağı vardır. İzmir'de 930 nüfuslu tek köye bakan üç hekimli bir sağlık ocağı bulunur, üçüncü hekimin geldiği Afyon'un 30.000 nüfuslu sağlık ocağında hiç hekim kalmamıştır. Ankara'da bir Müsteşar Yardımcısı Çankaya Merkez Sağlık Ocağı'na 41. hekim olarak atanır. Hükümet tabipliği döneminden çok da farklı olmayan bir noktaya düşülmüştür, çünkü hükümetlerin ve onları yönlendiren uluslararası kuruluşların amacı sosyalleştirmeyi ortadan kaldırmak, sağlıkta tatlı karlar getirecek karmaşayı hızlandırmaktır.

### **Sağlık 'Reformu' ve 'Dönüşüm' Saldırısı: Tükeniş**

Ülkede Genel Sağlık Sigortası (GSS) kurulması düşünce ve girişimleri DP yönetimi geldikten kısa bir süre sonra başlar, ancak başarısızdır. DSÖ'deki değişim ile birlikte 1980'lerde sağlıkta özelleştirme dünya çapında yaygınlaştırılmaya çalışılır (Aksakoğlu G., 2002; Aksakoğlu G., 2003b). Saldırımı Türkiye'de meslek kuruluşları püskürtmeyi başarır. 1990'a gelirken DB'ce SB altında Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü oluşturulur, başına tam yetkili olarak sağlık ekonomisi eğitimi almakta olan ve Müsteşar Yardımcılığı'na atanan bir pratisyen hekim geçirilir. Proje özel bütçeyle ve DB'nin kredi desteğiyle kurulmuştur. Çoğunluğu zorunlu hizmetini yapmakta olan halk sağlığı uzmanlarından oluşan genç ve etkin bir kadroyla çalışır ve SB'nin olması gereken politikası dışında çok sayıda bağımsız proje

üretmeye başlar. SB 1992 yılında I. Ulusal Sağlık Kongresi'ni toplayarak Sağlık Reformu oluşturacağını duyurur. Sağlıkla ilgili tüm tarafları bir araya getirir. Sağlık Bakanı katılımcılarca söyleneceklerin kelimesi kelimesine uygulanacağı güvencesini verir. Günlerce yoğun çaba ve emekle grup çalışmaları yapılır, teknik konularda görüş birliğine varılır, ancak yazarın başkanlığını yaptığı Temel Sağlık Hizmetleri Komisyonu 'aile hekimliğini çağdışı bulduğunu' kayda geçirir ve sağlık ocaklarının güne uyarlanması gerektiğini bildirir (SB, 1992). SB toplantı raporlarını basar, ardından 'kentlerde aile hekimliği uygulanacağını' duyurur. Özelleştirme için karlı alan olan kentsel alan seçilmiş, sağlıkta kar getirmeyen kırsal alan zaten desteklenmeyen sağlık ocaklarının öksüz kılınan hizmetine bırakılmıştır. Gerçek amacın GSS'nin adını anmadan 'aile hekimliği' denen, gelecekte özelleşecek hekimlik modelini sağlık ocakları yerine yerleştirerek sağlığı özelleştirmek olduğu bellidir. TTB ve diğer örgütler uyarılarını sözlü ve yazılı olarak sürdürür. 1993'te toplanan II. Kongre'de örgütler SB'yi alınan kararlara uymadığı gerekçesiyle suçlar, SB tepki gösterince ilgili sendika, dernek ve birlikler Kongre'yi başlamadan terk eder. Sağlık Bakanı, halk sağlıkçılar üzerinden kişisel ilişkilerle özelleştirme girişimlerini sürdürür. Ancak bir yandan gördüğü direnç, öte yandan Proje'nin ve başında bulunan genç hekimin tutumunun SB bürokratlarında oluşturduğu tepkiler nedeniyle girişim sönmeye yüz tutar. Bu dönemde 'sağlık reformları' adı altındaki özelleştirme girişimi ve sağlığın uluslararası sermayeye sunulma amacı DSÖ resmi politikasına dönüşmüş ve Avrupa Bölgesi'nin tüm ülkelerine dayatılır olmuştur. Yine de Türkiye'de özelleştirme girişiminin iki yararı ortaya çıkar: İlki TTB ve halk sağlığı akademik çevrelerinin daha yakın bir iletişim içinde sosyalleşirmenin sorunlarını ve kentte uygulanmamışlığını bilimsel yönüyle tartışıp öneriler geliştirmeye başlamasıdır. İkincisi pratisyen hekimlerin özgüven duygusuyla kendi önem ve değerlerinin ayırdına vararak örgütlenmeye ve sistemli eğitime yönelmeleri, sağlık ocaklarına da daha fazla sahip çıkmalarıdır (Aksakoğlu G., Giray H., 2007).

2002 yılı beklenmedik bir tek parti, Adalet ve Kalkınma Partisi (AKP) yönetimine gebedir. Açıklanan 58. Hükümet Programı acı ilacı ayrıntısıyla tanımlamaktadır. İzleyen yıl 59. Hükümet görevi devralır. Hızlı büyüme amaçlanmakta, düşük enflasyon karşılığı dışalımın beslenen dışsattım desteklenmekte, cari açık inanılmaz boyutlara ulaşmakta, tüm bunların sonucu dışa bağımlılık bir boyunduruk gibi kaçınılmaz olmaktadır. Uluslararası çevrelerde en karlı alana dönüşen sağlığın özelleştirilmesi bu kez hem dış hem iç güçlerce saldırıya dönüştürülerek dayatılır.

DB, Kasım 2002'de göreve başlayacak Gül hükümetine 'yardımcı olmak amacıyla' sağlıkta yeniden yapılanma konusunda bir rapor sunar. Nisan 2004'de parasal yardım görüntüsü altında DSÖ'nün de kullandığı 'Sağlıkta Dönüşüm' adı ile bir işbirliği taslağı hazırlar. Belirli bir merkezsiz hazırlık döneminden sonra ikinci aşamada 'evrensel anlamda' bireysel sağlık sigortası oluşturulması ile başlayan sağlık ve sosyal güvenlik kurumları oluşturulacaktır. Sağlık hizmeti yeniden örgütlenerek birincil hizmette aile hekimliği kurulacak, SB ve SSK hastanelerinin tam uyum içinde ve özerk çalışmaları sağlanacak, hangi kuruma üye olursa olsun tüm hastanelerin finansal ve yönetsel özerkliği güvenceye alınacaktır. Kurumun kendi değerlendirmesine göre proje DB'nin temel ilkeleri ile uyumludur ve DB yönetimince onaylanmıştır. Projenin riski önemli ve yüksek olarak derecelenmiştir. Söz konusu borç ise 49,4 milyon Avro gibi küçük bir paradır. Türkiye komik bir borç alabilmek için var olan sağlık modelini tepetaklak etmeyi göze almaktadır. Başka bir söylemlerle sağlık modelini tepetaklak etmek için komik bir borç almaktadır.

Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanı Murat Başesgioğlu ve Sağlık Bakanı Recep Akdağ, DB'ye teknik ve finans desteğine ne denli gereksinme duyduklarını belirten

5 ve 10 Mart 2004 tarihli rica mektuplarını sunar. Mektuplar birbirlerine çok yakın tarihleri yanında, durum saptama, sorunlar ve çözüm önerilerinin yazım tekniği yönünden alışılmış T.C. bürokrasisi yazışmasından çok ayrı bir biçimde ve aynı zamanda birbirine şaşılacak denli benzer biçimde ele alınmış, ayrıca çok gelişkin düzeyde bir İngilizce (doğrusu, Amerikanca) ile yazılmıştır. SB yazısı üstelik DB'nin SB örgütlenmesine aykırı olarak SB içinde 1990'lı yılların başlarında kurduğu ve kredilerle yaşatarak sosyalleştirmeyi yok etme amaçlı kullandığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü başlıklı kağıda yazılmıştır.

Yıpranmış olan Sağlık Reformu adını iki binli yıllarda Sağlıkta Dönüşüm takma adı almıştır. İlkeler ve ögeler aynıdır:

1. Temel özellik finansın vergi değil, prime dayalı yapılandırılmasıdır. GSS ve bireysel emeklilik uygulamalarının hedeflerinden biri SSK ve Emekli Sandığı gibi kamusal sigortacılıkta kağıt üzerinde var görünen paranın prim olarak sıcak paraya dönüşmesi ve ulusal ve uluslararası sermayenin cebine aktarılması anlamına gelir. Vergi yerine prim ve katılım payı alınması (ve ayrıca emekliliğin ileri yaşa alınması) verimlilik yani kar artışı getirir. *Finans* GSS adıyla özel sigorta şirketlerince yapılacak, sigortalı poliçesinde seçmiş olduğu sağlık hizmetini ödediği prim ölçüsünde alacak, poliçe dışı harcamaları cepten ödeyecektir. Doğumsal engeli, diyabeti, kalp hastalığı ve kanseri olanlar ya da sonradan çıkanlar sigorta dışı tutulacak, her harcamaya cepten yapılacaktır.

2. Hastaneler *işletme*leştirilecek, ticaret odası temsilcilerinden oluşan, tek sağlıkçının katıldığı, tabip odası temsilcisi bulunmayan bir yönetim kurulunca yönetilecek, çalışanları sözleşmeli (tümüyle güvencesiz) olacak, verimli yani kar getirir durumda çalışırlarsa sözleşmeleri yenilenecektir.

3. Her birey istediği *aile hekimine* (AH) kaydolacak, bu hekimin aile ya da coğrafyayla bağlantısı bulunmayacak, ancak sevk zinciri kurulmadığından kişiler dilerse doğrudan istedikleri herhangi bir sağlık kuruluşuna da başvurabilecektir. AH sözleşmeli olarak çalışacak, kendisine kayıtlı kişi sayısına ve başarımına dayalı olarak ücretlendirilecektir. Her AH bir sağlık elemanı (!) kiralayacak, bu eleman kendisine sağaltım uygulamalarında ve kayıt tutmada yardımcı olacak, ancak koruyucu hizmet yapmayacaktır. Kurulacak toplum sağlığı merkezleri okul sağlığı ve benzeri belirsiz uygulamalarla ilgilenecek, bağışıklamayı AH'nin yapacağı varsayılarak aşılama ile bile uğraşmayacaktır.

Yaklaşım kırsal alanı tümüyle göz ardı ettiği gibi, seçimini ondan yana yaptığı kentliyi bile çok önemli sağlıksızlık boşluğuna ve karmaşasına itmektedir. Kentin hizmet amacıyla değil, sigortalanması olanağı bulunan kişilere ulaşmanın kolaylığı nedeniyle, prim toplama açısından seçildiği bellidir. Yeni kurulan büyük özel hastanelerin kentli tarafından daha kolay ve karlı kullanılacağı beklentisi de kırsal nüfusun ihmal edilmesine neden olmuştur. Gereğinden çok ileri ve çok fazla sayıda teknolojik ürünün firmalarca çok ayrıntılı bilgilendirilmiş seçilmiş uzmanlarca uygulanacak olması kentin önemini daha da artırır. Ancak bu yapılırken kentli de bir sağlık modeline kavuşuyor değildir, küreselleşmenin kuralsızlaştırma ilkesinin uygulanmasının amaçlandığı ve karmaşanın en karlı yatırım aracı olarak kabul edildiği açıkça ortadadır. Sevk zincirine uyma gereği de olmayan karmaşa ortamında her yakınması olan istediği hekim ya da kuruma birkaç kez gidecek, çok fazla sayıda inceleme birçok kez yinelenecek, gereksiz medikal işlemler ve ameliyatlar uygulanacak, sağlık pazarında çok büyük bir yatırım ve sermaye dolaşacaktır. Kamu sağlık kuruluşlarının zamanla yerel yönetimler üzerinden özel sektöre



aktarılabilmektedir, bu gücün tekelleşmesi ve soygunun kurumsallaşmasına yol açacaktır (Aksakoğlu G., Giray H., 2007).

Sağlığı insan hakkı olmaktan çıkararak bu akıl dışı DB ve IMF dayatması tasarısı başta TTB, Sağlık Emekçileri Sendikası (SES), Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER) olmak üzere tüm emekçileri çileden çıkarır. Önce yanlışlar anlatılır, öneriler sunulur. İletişim çabaları başarısızlıkla sonuçlanır. Konuya ilişkin sempozyumlar, kongreler düzenlenir, SB yetkilileri açıklama ve tartışmaya çağrılır ancak yanıt alınmaz. SB kendi görüş ve dayatmalarından başkasını dinlemeyi kesinlikle kabul etmemektedir. Hükümet bu dönemde sağlık uygulamalarında yerelleştirme ve özertleştirme de sağlayacak *Kamu Yönetimi Temel Kanunu*'nu çıkarır. Cumhurbaşkanı Ahmet Necdet Sezer tarafından veto edilen ve Anayasa Mahkemesi'ne götürülen yasa Anayasa'nın merkezsiz yönetim anlayışına aykırı bulunarak iptal edilir. Bu kez *Aile Hekimliği Pilot Uygulama Kanunu* çıkarılır, Düzce'de uygulama başlatılır. TTB ve HASUDER öğretim elemanlarıyla 2006 başında Düzce'ye örgütlü bir gezi düzenler ve sistemli bir inceleme yapar. Düzenlenen tartışma ve rapor yazımı oturumlarının ardından kamuoyuna açıklama yapar, modelin yanlış ve toplum sağlığına aykırı bulunduğunu, SO modelinin geliştirilerek günümüze uyarlanması gerektiğini bildirir (Aksakoğlu G, Giray H, 2007).

Sağlık alanında yeni bir saldırı aracı cankurtaran hizmetleri olur. Bazı kentlerde düzensiz olarak başlatılan çalışma 1980'lerin ortasında belirli hastanelerin acil servisleri merkezli oluşturulur, Dönüşüm'le birlikte hizmet '112 acil' ve öteden beri adı *cankurtaran* olan araç sömürgeci yakıştırmayla *ambulans* olarak adlandırılır. Büyük kentlerde merkezle ve dolaylı olarak hastane acilleriyle düzenli iletişimi olan ağ sistemleri kurulur. Daha ileri gidilir, acil istasyonları oluşturulmaya başlanır. Yapılanma sosyalleştirme açısından son derece tehlikelidir. Birincil hizmet bağlantısız, bütüncül olma yerine salt sağaltıma yönelen bir model oluşturulmaktadır. Sonuçta ortaya çıkan yapı, örneğin egzersiz ve diyet yapmayı, sigara içmemeyi önererek ve uygulatarak koroner kalp hastalığını önleyen sağlık ocağı yerine şişmanlamış, kan yağları yükselmiş ve koronerleri daralmış bir miyokard infarktüsü olgusunu çok ivedi, çok pahalı ve yararı çok kısıtlı ele alan bir modeli seçenek olarak sunmaktır.

Temel amaç neoliberalizmin temel kuralı 'kuralsızlaştırma'yı sağlığa egemen kılmak, karmaşa ve kar ortamı yaratmaktır. Aile hekimliği aşamalı olarak tüm ülkeye yayıldıkça İl Müdürlüğü'ne kayıt ve veri sunmaları yasaklanır, bilgi doğrudan SB'ye sunulur. SB ülke sağlık düzeyini gösteren veriyi sayfalarında sunmayı durdurur. Güvenilir olmayan örnekler üzerinde yaptırdığı araştırmalarla ülkede sağlık düzeyinin 'geri kalmışlıktan önderliğe' yükseldiğini öne süren uluslararası yayınlar yapar, uzmanlar bunun doğru olmadığını açıklayan yanıtlar verir, yazar Türkiye'nin sağlıkta dünyanın en gelişmiş ülkesi olarak gösterildiğini SB verisi ile sunar (Aksakoglu G., 2011). Veriye göre Türkiye bağışıklamada yüzde 97 ile en varsıl ülkeler grubunun bile önündedir. Kızamık bağışıklaması yüzde 98, olgu sayısı 0'dır, oysa İsviçre ve hele Japonya'da ise önemli sorundur. 2010'da sıtma sayısı 0'dır. Aynı yıl bebeklerin yüzde 99'u izlenmiştir. Anne ve bebek ölümü hızı(BÖH) son sekiz yılda OECD ülkelerinin 23-30 yılda başardığından daha hızla düşürülmüş, BÖH binde 10'un altına inmiştir. Yazar yazıyı "Yumun gözlerinizi, sorunlar yok olacak ve düşsel sonuçlarla üst düzeyde doyuma ulaşacaksınız" diye bağlar.

İlerleyen süreç önceden kestirilen ve yıllarca haykırılan yanlışların sonuçlarını ortaya çıkarmaya başlar. Aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları son derece mutsuz ve doyumsuzdur. İstanbul'da başlayacağı ilan edilen uygulama sürekli ertelenir,

aile sağlığı merkezi tabelası taşıyan binalarda, değil sağlık çalışanları, demirbaş malzeme bile bulunamaz. Hastalık için başvuru ve reçete alımı ücretlidir, SB'ye gidecek ücret de özel eczanelere ödenir. Sevk zinciri zorunluluğu olmadığından hastalananlar üniversite hastanelerine, ücretsiz olduğu için de özellikle acil servislere doluşur. Koruyucu hizmetten, bağışıklamadan kimin sorumlu olduğu belli değildir. Sağlık Bakanı televizyonlarda son noktayı koyan fotoğraflı sunumlarını yapar: Çok katlı çok sayıda binadan oluşan, en üst teknolojiyi kullanan ve yabancı sermaye tarafından yap-işlet-devret modeli ile üstlenilecek 'Medikal Park'ların yapımına başlanacaktır.

### **Başarısızlık (?) Nedenleri**

Siyasal yönetimler başından beri sosyalleştirmenin başarısız olduğunu söyleye gelmiştir. Sosyalleştirmenin ilk girişimde bulunulduğu günlerden başlayarak başarısız kılınması için yoğun çabalar hemen başlatılır. Fişek'e göre en sivri karşıtlar tıp fakültelerini saltanat makamı olarak kullanmaya alışmış, toplumun sağlıksızlığından büyük maddi çıkarlar sağlayan 'Hoca'lardır (TTB, 1992). Fişek hizmetin kabul edilememesi ve yaygınlaştırılmamasıyla sürekli savaşır ve bu savaşımın nedenlerini değişik zamanlarda değişik gerekçelerle açıklar.

1983 yılında yayımlanan 'Halk Sağlığına Giriş' kitabında başarısızlık nedenlerini açıklaması şöyle özetlenebilir:

- Bazı Bakanlar ve yöneticiler yasanın gereğine inanmamış ve personelin güvenini sarsmıştır.
- Hastane ve sağlık ocaklarına yeter sayıda hekim atanmamıştır.
- Hekim ve diğer çalışanlara okullarda hizmete yönelik eğitim verilmemiştir.
- Sağlık ocakları ile hastane işbirliği kurulmamıştır.
- İl ve grup başkanlığı düzeyinde yönetim yetersiz kalmış, şefsiz orkestra ya da komutansız orduya benzemişlerdir.
- Personel ödenekleri ödenmemiş; araç, gereç, ilaç verilmemiştir.

Fişek'in saydıklarının somut örneği olarak, varlık nedeni sağlık ocakları ve evlerine arsa bulmak, binayı yapmak, donatmak ve personel atanması için hazır duruma getirmek olan SB Sosyalleştirme Daire Başkanı'nın 1975 yılında toplum hekimliği asistanları grubuna söylediği 'geçen yıl çok tasarruf ettim; 125 milyonluk bütçemin 90 milyonunu kullandım, kalanını geri verdim' tümcesi gösterilebilir.

Fişek 1986 yılında bir yazılı söyleşisinde bazı farklı noktalara değinir (TTB, 1992). Maliyecilerin kâr getirmeyecek işletmelere yatırım yapmak istememelerini, politikacıların karşıtlığını, hekime söz verilmiş olan rotasyon hakkının uygulanmamasını ve yeterli finansın sağlanmamasını, sözleşmeliliğin kaldırılması nedeniyle hekim bulunamamasını, muayenehane açma izni verilmesini, (27 Mayıs dönemindeki) asker yönetiminin bitmesiyle birlikte sağlıkta pazar ekonomisine dönüş olmasını, sağlık yönetimi kadrosunun oluşmamasını ve hizmetin tek elde toplanmamasını gerekçe gösterir. Saptamaların tümü doğru görünmektedir, ancak başarısızlığın nedenleri arasında Fişek'in yaklaşımını da ele almak gerekir. 1986'da söylediği nokta çok önemlidir: '... hem hastane hekimi, hem muayenehane hekimi olmaz ... İngiltere'de olduğu gibi, ... özellikle şehirlerde muayenehane hekimlerini kullanma zorunluluğu vardır' (TTB, 1992). Ona göre (ve halk sağlıkçılarca da kabul edildiği gibi) hekim ya kamuda ya özel çalışmalıdır. Ancak kentlerde hizmet özel hekimden satın alınmalıdır. Fişek'in bu görüşünün sosyalleştirmenin özünü bağ-

daşmadığı açıktır. 1970'lerin toplumsal gelişiminden uzak kalmasının ve emeklilik sonrasında kendi deyişiiyle 'TTB Merkez Konseyi Başkanı olarak önce serbest hekimleri temsil ettiğini' söylemesinin bu yaklaşımda rolü olduğu düşünülebilir.

Başarısızlığın gerçek ve temel nedenini, eğitimsiz ve örgütsüz bir halk kesimine dayatılan -sosyal devlet anlayışından bile yoksun- yeni emperyalist ekonomi sürecinde, topluma gereksindiğı yerde ve ölçüde hakkı olan sağığı hizmet olarak sunmaya çalışmak çelişkisinde aramak gerekir. Henüz Cumhuriyet kurulmadan başlatılan, büyük bunalım yıllarında yaklaşık 20 yıl ara verilmek zorunda kalınan kapitalizm, üzerinde iğreti bir yama gibi duran gerçek anlamdaki toplumsal hizmeti sindirebilecek amaç, istek ve olgunlukta değildir. Giderek azgınlaşan ve sağılı(kıslı)ğı en büyük kazanç aracı olarak gören neoliberal kapitalizm başta sosyalleştirme olmak üzere önüne geleni silip süpürerek hedeflerine saldırıya geçmiştir. Toplumsal sınıfların -ibresi ağırlıklı olarak sermayeden yana olan- çatışmasının ortasında kalan sosyalleştirmenin yaşam alanı giderek daralır ve zamanla yok olmaya yüz tutar.

### **Kazanımlar ve Sonuç**

Türkiye'nin sağıık göstergeleri yerkürenin en yoksul ve geri ülkeleriyle kıyaslanabilecek denli kötüdür. Ortadoğı komşularının sağıık düzeyi -önceki yıllarda Türkiye'nin çok önünde olan, ancak ABD saldırıları sonrası bozulan Irak dışında- çok daha olumlu düzeydedir. Sağııkta olumsuzlukların temel nedeni toplumun dinsel kaderciliğı, kırsal alanın kentsel alandan korkunç düzeyde bozuk yaşam koşullarında bulunması, kentsel alanda bile toplumsal sınıflar arasında derin uçurumlar yer alması ve politikacının sağıığı 'Allah'a havale' etmesidir.

Tüm olumsuzluklara karşılık ülkenin Avrupa ülkelerinde rastlanmayacak denli gelişkin tıp fakülteleri ve özel hastaneleri bulunur. Birçok Avrupa ülkesinde serbestçe uygulanan bilim dışı sözde tıp uygulamaları mevzuat ve meslek kuruluşları çabalarıyla kesinlikle engellenmiştir. Yeterli sayıda, son derece iyi eğitimli ve nitelikli hekim ve diğier sağıık personeli görev yapmaktadır. Ancak kapitalizmin gelişmeye başladığı 1940'lı yıllardan bu yana iki önemli uygulamaya yönelinmiştir:

1. İnsan sağıığı korunmaya ve geliştirilmeye çalışılmamış, 'hastayım' diye başvurana ve özel sektör ağırlıklı model uygulamaya yönelinmiş,
2. Pazar ekonomisine uygun olarak istemin yüksek olduğu kentsel alanda hizmet satışına ağırlık verilmiştir.

Sosyalleştirme bunların tersine,

1. Bütüncül sağıık hizmetine,
2. Ulaşamayana hizmet götürmeye yönelmiş, bu iki kavram sosyalleştirmenin özünü oluşturmuştur.

Sosyalleştirme tüm olumsuzlukları ve engellemeleri bir yana itmiş, herkesi kapsayan bir politika üstlenmiş; öncelikle en olumsuz koşullarda yaşayan, hizmete gereksinmesi en fazla olan ve olduğunu bile sezinleyemeyen, başvurmak istediğinde ulaşamayan, ulaştığında bakılamayan, itilip kakılan, ödeme gücü olmayan; tüm bu koşulları yaşamasına karşın çoğunluk olan kesime yüzünü dönmüştür. Kapitalist ekonominin acımasızlığına birkaç ay gibi kısacık bir ara verilen ve toplumun ezilen çoğunluğuna yönelik önlemleri düşünebilecek bir 'devrim' süreci içinde: Birincisi herkese ve özellikle de yoksul ve yoksuna; ikincisi politikacının ilçe yapı-

lanması ve emri dışında, topluma ulaşan ve politikacının değil sağlıkçının denetiminde olan bir hizmet modeli oluşturmuştur.

Toplumdan yana ve genç bir kadro tarafından 'devletleştirme' ilkesiyle ortaya konan; genel ekonomide ve sağlıkta serbest piyasa koşullarına inanmasına karşın deneyimli, dürüst ve çalışkan bir bürokrat tarafından üretilen sosyalleştirme, yaşama geçmiş ve ne anlama geldiği elle tutulur gözle görünür biçimde ortaya çıkmıştır. Doğru zamanda, doğru yerde, doğru kişiyle karşılaşan 'devrimci' hareket siyasal anlamda farklı düşünse ve tam istediği sonuca ulaşmasa da istendiğinde toplum yararına bir girişimin başarılabileceğini ortaya koymuştur. Ebesinden uzman hekimine, sıtma savaşçısından kadın doğumcusuna, tıbbi sekreterinden müsteşarına uygulama tam anlamıyla yaşanmış ve deneyim kazanılmıştır. Neyin uygun planlandığı, neyin eksik kaldığı, neyin ne yönde değiştirilmesi ya da eklenmesi gerektiği denenerek ve engellerle savaşarak öğrenilmiştir. Özellikle Fişek'in öğrencisi olan halk sağlıkçılar, ulusal ve ardından uluslararası deneyimleriyle yarıncık daha iyi bir model hazırlayabileceklerini ve yürütebileceklerini kanıtlamışlardır.

Sosyalleştirme birçok ülke ve kişinin toplumcu yaklaşımlarının DSÖ'de tartışıldığı ve kabul gördüğü bir dönemde yaşama geçirilmiştir (Aksakoğlu G., 2002; Aksakoğlu G., 2003b). Konu üzerinde Sovyet Sosyalist Cumhuriyetleri Birliği (SSCB) ve Çekoslovakya başta olmak üzere çok sayıda ülkede deneyimler yaşanmaktadır. İngiltere ve İskandinavya arayışlar ve yeni başlangıçlar içindedir. Fişek Cenevre'ye yansıyan görüşler ve Avrupa'da gördüğü örneklerle yola çıkmıştır. Dönemin en iyi hizmetini -sağaltım ve koruma ayrı yürütülse de- Uçastok modeli ile SSCB sunmaktadır (Aksakoğlu G., 2003c). Fişek bu ülkeyi ziyaret etme ve modeli inceleme gereği duymamıştır. İngiltere sağlık ocağı ile iyi bir örnek sayılmasına karşın, aile hekimlerinin ve hastanelerin sağlık ocağından ayrı ve kopuk durmasıyla birbirinden farklı üç unsur içermektedir, iyi bir örnek değildir. İsveç hemşirelerle evde hizmet sürdürmesine ve hekim evdeki kişilerle düzenli telefon iletişimde olmasına karşın henüz model oluşturmamıştır. Fişek belirli görüş ve yaklaşımları değerlendirek kısa zamanda özgün bir model ortaya koymuştur. Birçok kişinin savladığı gibi bu model Alma-Ata Bildirgesi'ne örnek olmuş değildir; ama onun evrensel doğrularının tümünü içermekle yeryüzünde varlığı bilinen ve daha önemlisi uygulanabilen en iyi sağlık örgütlenme modelini oluşturmuştur.

Sosyalleştirme, kuruluş amacına uyan ve bazen başarıya ulaşan hizmetler vermiştir. Sağlığa insan ve çevresi bütünü içinde ve tümelci yaklaşımla yönelmiş, sağlıkta gereksinimleri ve amaçları belirlemede vazgeçilemez olan 'nüfus tabanında örgütlenme'yi temel almış, doğum öncesi bakımı bir sistem olarak yerleştirmiş, kampanyalarla engellenmesine karşın oldukça yaygın bir bağışıklama etkinliğine ulaşmış, çevre sağlığına sağlıkçı gözü ve parmağı girmesini olanaklı kılmış, başvuran hasta sayısının yaklaşık yarısına tek başına hizmet sunmuş, anne ve bebek-çocuk ölümlerinin önemli ölçüde azalmasını sağlamıştır. Halkın içinde, bazen zorunlu hizmetle bile, görev yapmanın tadını ve sağlık sorunlarını anlayabilme ve çözebilmenin keyfini sağlık çalışanlarına yaşatmıştır.

Sosyalleştirme her şeyden önce sağlığı insan hakkı olarak görmüş ve sağlık hizmeti sunumuna yönelik temel ilkeleri örnek model olarak sunmuş ve başarılı bir model olduğunu kanıtlamıştır.

Bugünün sağlık çalışanlarınca akılda tutulması gereken sosyalleştirmenin yasal olarak yaşamda ve geçerli olduğu, her düzeyde ve her tür sağlık hizmetinden eşit ve ücretsiz olarak yararlanmanın her bireyin hakkı olmayı sürdürdüğüdür.

Nusret Fişek, izleyen yıllarda her zamanki saygın kimliği ve dürüst duruşuyla yalnızca hekimleri değil, tüm sağlıkçıları kurumsal olarak temsil edecek, baskıcı rejimler hekimleri işkenceye alet edecek amaçlarla kullanmaya çalıştıklarında mahkeme karşısında sanık konumunda evrensel değerleri kişisel ve kurumsal görüşü olarak onurla savunacaktır.

## Kaynaklar

1. Aksakoğlu G. (1993) Özelleştirme Aşkına Kargaşa. Cumhuriyet Gazetesi Sağlık Eki 14 Mart: 15-16.
2. Aksakoğlu G. (1995) Sağlık Hizmetine Kaymakam Engeli. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 4:304-7.
3. Aksakoğlu G. (2002) Herkes İçin Sağlık'tan Hedef 21'e: Dünya Sağlık Örgütü değişiyor. Toplum ve Hekim 17:2:91-100. <http://web.deu.edu.tr/halksagligi/doc/yazilar/ga-dsodegisiyor.pdf>
4. Aksakoğlu G. (2003a) Uluslararası sermaye ve bağışıklama pazarı. Toplum ve Hekim 18:323-30. <http://web.deu.edu.tr/halksagligi/doc/yazilar/ga-uluslararasıbagisiklamapazarı.pdf>
5. Aksakoğlu G. (2003b) Dünya Sağlık Örgütü ve sağlık politikalarında değişim. Sol 199:41-5. <http://web.deu.edu.tr/halksagligi/doc/yazilar/ga-dsosol.pdf>
6. Aksakoğlu G. (2003c) Sovyetler Birliği özelinde sosyalist ülkelerde 'sağlık reformu'. Toplum ve Hekim 18:68-80.
7. <http://web.deu.edu.tr/halksagligi/doc/yazilar/ga-sovyetler.pdf>
8. Aksakoğlu G, Giray H. (2007) Kentsel alanda sağlıkta dönüşüm. Memleket Mevzuat. 2(21-22):3-12. <http://web.deu.edu.tr/halksagligi/doc/yazilar/ga-kentselalandadonusum.pdf>
9. Aksakoglu G. (2008) Sağlıkta sosyalleştirmenin öyküsü. Memleket Siyaset Yönetim;3(8):60-2:7-62. <http://web.deu.edu.tr/halksagligi/doc/yazilar/ga-sagliktasosyallestirmeninoykusu.pdf>
10. Aksakoglu G. (2011) Can you beat that? Letter to the editor: BMJ 4 May [http://www.bmj.com/content/342/bmj.c7456/reply#bmj\\_el\\_260037](http://www.bmj.com/content/342/bmj.c7456/reply#bmj_el_260037)
11. Saçaklıoğlu F, Davas A, Döner B, Durusoy R, Ergin I, Erol N, Hassoy H. (2003) Aşı pazarı can pazarı: "aşı üretiminin perde arkası". TTB, Ankara.
12. 1.Ulusal Sağlık Kongresi: Çalışma Grubu Raporları, SB, 1992.
13. Öztekin Z. Nusret Fişek ile Söyleşi, TTB, 1992, Ankara.

## SEVK SİSTEMİ VE SOSYALLEŞTİRME

**Doç. Dr. Cavit Işık YAVUZ**

*TTB Halk Sağlığı Kolu*

Bir mevzuat tanımını teknik olarak ele alabiliriz. Bu teknik bakış, yazanı okumakla da olur elbette. Öte yandan mevzuatta, yani yazılı kurallar bütününde yazanlar, kuralların şekillendiği sistemin de ipuçlarını verirler. Çünkü herhangi bir konuda mevzuat çıkarmak, o alanı yasal olarak düzenlemenin ötesinde yönetim biçimlerinin ve bu biçimleri şekillendiren ideolojilerin alan düzenlemelerini yapmak anlamına da gelir. Geçmişte “toplumsal yönü ağır basan kamu hizmeti işlevleri”ni düzenlemek üzere yapılan mevzuat düzenlemelerinin yerini günümüzde kamu hizmetlerinin farklı biçimlerde özel sektöre açılarak/devredilerek kamunun “düzenleyici” fonksiyonlarının öne çıktığı düzenlemelerin alması örnek olarak verilebilir (**Karahanogulları O., 2004**). Mevzuatta yazanların değişimlerinin anlamlarına bir diğer örnek de son iki Anayasa’da “sağlık” ile ilgili yer verilen ifadelerdir. 1961 Anayasa’sı sağlığı temel bir hak ve devlet sorumluluğu olarak ifade etmişken, 1982 Anayasası’nda sağlık “devletçe sağlanan temel sosyal ve ekonomik bir hak olmaktan çok, devletçe planlanan ve denetlenen bir hizmete” dönüşmüştür (Altay A., 2007).

“Sosyalizasyon” ya da “sosyalleştirme”nin mevzuatı da bize bu konuda ipuçları veriyor. İlk maddesi kendi çerçevesini, dönemin Anayasa’sı ekseninde, tanımlar özellikte: “İnsan Hakları Evrensel Beyannameinde bir hak olarak tanınan sağlık hizmetlerinden faydalanmanın sosyal adalete uygun bir şekilde ifasını sağlamak maksadıyla tababet ve tababetle ilgili hizmetler bu Kanun çerçevesinde hazırlanacak bir program dahilinde sosyalleştirilecektir” (SB web sayfası/mevzuat). Sosyalleştirme, sağlık hizmetlerinden faydalanmayı “sosyal adalete uygun bir şekilde” gerçekleştirmek ve bunu temel bir hak olarak tanıyarak bir sağlık sistemi öngörmüştür. Bu noktada İnsan Hakları Evrensel Beyanname’sinin 25. maddesini hatırlamakta yarar var: “Herkesin kendisinin ve ailesinin sağlık ve refahı için beslenme, giyim, konut ve tıbbi bakım hakkı vardır. Herkes, işsizlik, hastalık, sakatlık, dulluk, yaşlılık ve kendi iradesi dışındaki koşullardan doğan geçim sıkıntısı durumunda güvenlik hakkına sahiptir.”

Bir de 5258 sayılı “Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun”un “amaç ve kapsam” başlıklı birinci maddesine bakalım: “Bu Kanunun amacı; Sağlık Bakanlığının pilot olarak belirleyeceği illerde, birinci basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi, birey ihtiyaçları doğrultusunda koruyucu sağlık hizmetlerine ağırlık verilmesi, kişisel sağlık kayıtlarının tutulması ve bu hizmetlere eşit erişimin sağlanması amacıyla aile hekimliği hizmetlerinin yürütülebilmesini teminen görevlendirilecek veya çalıştırılacak sağlık personelinin statüsü ve malî hakları ile hizmetin esaslarını düzenlemektir.” (**SB web sayfası/mevzuat**). Kuşkusuz bu yazının konusu bu iki düzenlemeyi karşılaştırmak değil, sadece hatırlamak için değinelim istedik.

224 sayılı Yasa ve getirdiklerini irdelerken sosyalleştirme ile getirilmek istenen yapıyı ve öngörülen sağlık sistemini kavrayabilmek gerekiyor. Bugünden bakınca bunu kavrayabilmek görece daha kolay diyebiliriz. Bu yapıya tekrara düşmeden kısaca değinelim.

224 sayılı Yasa'da sosyalleştirme, Yasa'nın "terimler" bölümünde "sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi vatandaşların sağlık hizmetleri için ödedikleri prim ile amme sektörüne ait müesseselerin bütçelerinden ayrılan tahsisat karşılığı her çeşit sağlık hizmetlerinden ücretsiz veya kendisine yapılan masrafın bir kısmına iştirak suretiyle eşit şekilde faydalanmalarını" biçiminde tanımlanmaktadır. Bu tanıma bakınca sosyalleştirmenin sadece "finansal boyutu" kapsayan bir uygulama olduğu sanılabilir. Oysa otuz beş maddelik Yasa, ilk sekiz maddeden sonra "sosyalleştirme" başlığı altında ayrıntılı bir sistem tarifi yapar.

Sosyalleştirme, ülkeyi, Nusret Fişek'in tanımıyla "monovalan" örgütlenmeden "polivalan" bir sağlık örgütlenmesine geçirmiştir. Diğer bir deyişle "çok görevli örgütler programı"na. Nusret Hoca, bu konuya aşağıdaki gibi değiniyor:

"... Sağlık hizmetlerini örgütlemeye iki temel model vardır. Biri tek görevli örgüt kurma (monovalan model), biri de çok görevli örgütler programı (polivalan model). Batıda koruyucu sağlık hizmetleri monovalan hizmetler şeklinde gelişmiştir. Türkiye'de de böyle gelişmiştir. Yani sıtma mücadelesi için bir örgüt, trahom mücadelesi için bir örgüt, ana-çocuk sağlığı için bir örgüt. Batıda da böyledir. Bu meseleyi düşünüp tartışanların görüş birliğinde oldukları bir nokta var: Bu tarihsel gelişme talihsiz bir gelişme. Aslında hizmetlerin dar bir bölgede polivalan olarak verilmesi hizmetin gücünü artırır. Dünya Sağlık Teşkilatının tedavi ve koruyucu hizmetlerin entegrasyonu için gayet güzel bir benzetisi vardır: Koruyucu hizmetler acı ilaca benzer. Halk tarafından pek sevilip benimsenmez. Bunları kabul ettirebilmek için acı ilacın etrafına şeker koymalı. Dünya Sağlık Teşkilatı yazılarında vardır bu. Ben entegrasyonu sadece koruyucu hizmetlerde değil tedavi hizmetleriyle beraber öngördüm. Koruyucu hizmetlerde sağlık eğitimi önemlidir. Sağlık eğitimi kişinin alışmadığı bir işe alışması demektir. Kişiyi etkileyebilmek için sağlık hizmeti yapan kişinin, etkin olması lazım. Koruyucu sağlık hizmetleri halkın istediği bir hizmet değil. İstemedikleri hizmeti halka yaptırabilmek için halkın senden bir şey bekler olması lazım ki seni dinlesin. Tedavi hizmetlerinin koruyucu hizmetlere entegre edilmesinin gerekçesi budur. Ama şimdiki bakan anlamıyor bunu. Ben tedavi hizmetlerini ayırdım diyor. Orada da bazı kişileri koruyucu hizmetlere vereceğim diyor. Türkiye çok talihsiz memleket."

(Prof. Dr. Nusret Fişek'in Kitaplaşmamış Yazıları – III, Nusret Fişek İle Söyleşi [http://www.ttb.org.tr/n\\_fisek/kitap\\_3/38.html](http://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_3/38.html))

Bu talihsiz memleket sosyalleştirme ile aşağıdaki ilkelere dayanan ve 1978 yılında "çağdaş sağlık hizmet modeli" olarak uluslararası kabul gören bir sağlık sistemine onyedinci yıl öncesinde kavuşmuştu (Öztek Z., Eren N., 2006):

- Eşit hizmet
- Sürekli hizmet
- Entegre hizmet
- Kademeli hizmet
- Öncelikli hizmet
- Katılımlı hizmet
- Ekip hizmeti
- Denetlenen hizmet
- Uygun hizmet
- Nüfusa göre hizmet

Alma-Ata'dan bu kadar zaman öncenin Türkiye'sini de hatırlatmakta yarar var. 1960 ve 1965 nüfus sayımına göre nüfus sırasıyla 28 ve 31 milyon civarında, nüfusun %68-66'sı köylerde yaşıyor. Nüfus artış hızı 1960'da binde 28.5 (TÜİK web sayfası, TÜİK 2009).

Nusret Hoca bu konuya da şöyle değiniyor. “Aklımda olan tabii hizmetten en yoksun olan kırsal bölge. Kanun kırsal bölgeyi göz önüne alarak yazılmıştır. Şehirlerde de böyle olacak deniyor ama, şehrin özellikleri var tabii. Onu önemli bulmadım. Kanunu hazırlarken İngiltere'deki sistemden esinlendiğimi söylemem lazım. Kademeli sistem. Türkiye'deki en önemli meselenin biri ilk basamak sağlık hizmetinin olduğunu kabul ettirmek. En önemli kısım sağlık ocakları kurarak ilk basamağı örgütlemektir yurt ölçüsünde. İngiltere'de bölge fikri yoktur. Herkes istediği hekimi seçer. İsveç'te kırsal bölge vardır. 6000 kişiye bir hekim, iki halk sağlığı hemşiresinden oluşan ekip entegre hizmet verir. Orada hasta kendi bölgesindeki hekime gitmek mecburiyetinde değildir. İsterse doğrudan hastane polikliniğine gidebilir. Türkiye'de bunu disipline etmek ve uygulanabilir hale getirmek için ilk müracaatın sağlık ocağına yapılması fikrini kanuna koydum. Kişinin hekim seçme hakkını da kaldırmadık. Parasını verdiği takdirde istediği hekime gidebilir. Diğer fikir ki, o zamanın yeni fikri olarak kabul etmek lazım, koruyucu hizmetle tedavi hizmetinin entegrasyonu vardır sosyalleştirmede. Bu batıda yoktur. Çünkü, batıda tarihsel gelişmeyi takip ederek tedavi hizmetiyle koruyucu hizmetler ayrı örgütlenmiştir. O ayrıdır tabii. Ama, doğrusu bunların birleşmesi. Sosyalleştirmeye ben bu bilimsel doğruyu da ekledim. Batı'da olmayan ve gene çağdaş görüş demek lazım, hizmeti ekip hizmeti olarak sunma ve bir kısım hekime ait hizmetlerin hekim dışı personele nakli fikri de vardır sosyalleştirmede. O da yok gördüğümüz ülkelerde. Bu da yeni fikirlerden. Dünya Sağlık Teşkilatı'nın o zaman dahi savunduğu fikir. Fikri icat eden ben değilim.” (Prof. Dr. Nusret Fişek'in Kitaplaşmamış Yazıları – III, Nusret Fişek İle Söyleşi [http://www.ttb.org.tr/n\\_fisek/kitap\\_3/38.html](http://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_3/38.html))

Sosyalleştirme, entegre ve kademeli bir sağlık sistemi getirmiştir. Kurduğu birinci basamak sağlık kurumları köylerden başlayarak, nüfus ve bölge tabanlı bir örgütlenmeyi içerir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin temelini oluşturan “sağlık ocağı”nı “takriben 5.000 – 10.000 kişinin köyler grubu veya bir kasaba veya şehir ve büyük kasabalardaki mahalle grupları” olarak yapılandırmıştır. “Bunların il içinde idari taksimata uyması icap etmez” ifadesi ile idari sınırları aşan ve sağlık ihtiyaçlarını önceleyen bir örgütlenme getirmiştir. Böylece, “bölge ve nüfus tabanlı örgütlenme” ile bütünlük sağlamıştır. Askeri sağlık kurumları dışında kamuya bağlı tüm yapıları sosyalleştirme içinde toplayan, bütüncül bir yönetim öngörmüştür.

Sosyalleştirme, sağlık hizmetlerinin bireylerin yaşadıkları en uç noktaya kadar hem sağlık evleri ve sağlık ocakları kurarak, hem de gezici hizmet anlayışı ile yürütülmesini, bireye ve çevreye yönelik koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin entegre verilmesini, hizmetin her yerde herkese ve özellikle öncelikli gruplara götürülmesini amaçlamıştır. Hizmetin ücretsiz verilmesi esastır. Sistem içerisinde acil durumlar dışındaki başvuruların en uçtan (sağlık evleri ve sağlık ocakları) başlaması, bu kurumlarda çözülememesi durumunda belirti bir kayıt sistemi çerçevesinde bölgedeki en yakın ikinci basamak sağlık kurumlarına gönderilmesini çalışma prensibi olarak getirmiştir.

224 sayılı Yasa'nın uygulama boyutu yönetmelik ve yönergeler ile gerçekleştirilmiştir. Bu düzenlemelerden “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetin Yürütülmesi Hakkında Yönetmelik”(09 Eylül 1964 tarihli Resmi Gazete) sağlık hizmetinin ana ilke ve prensiplerini şu şekilde sıralamaktadır:



- Sağlık hizmetlerinin ana ilkesi halkın sağlık seviyesini yükseltmektir. Bu amaçla halk sağlığı (koruyucu hekimlik) hizmetlerine öncelik verilecek, sağlık teşkilâtı toplum kalkınması ve diğer sosyal çalışmalarda da faal rol alacaktır. Tedavi hekimliği ise, halk sağlığı çalışmalarını tamamlayan bir unsur olarak, evde ve ayakta tedaviye öncelik verilecektir.
- Yukarıda belirtilen temel ilkeye ulaşmada birinci derecede sorumlu kurum sağlık ocaklarıdır. Sağlık ocaklarında sağlık personeli, bölgelerinde hasta tedavi ederek, kazandıkları güvene dayanarak sağlığın korunması ile ilgili hizmetleri halkın işbirliği ile yürütecek, toplum kalkınması ve diğer sosyal ve ekonomik hareketlere önderlik edecek veya katılacaklardır.
- Sağlık kuruluşunda üst kademelerdeki personelin ilk görevi, kendilerinin nezaret ve murakabesine verilen diğer personelin çalışmalarını desteklemek olanlara verimli çalışma imkânlarını temin etmek, hizmet içinde eğiterek yeterli hale getirmektir.
- Sağlık hizmetlerinin gelişmesi için yeter sayıda ve iyi yetişmiş sağlık personeline ihtiyaç vardır. Bu sebeple sağlık kuruluşunda görev alanlar kendilerine okullarda veya kurslarda verilen eğitim görevine en büyük önemi vereceklerdir.

Görüldüğü gibi sosyalleştirme, sağlık hizmetlerini gerek örgütlenme ilkeleriyle, gerek ekip çalışması, nüfus ve bölge tabanlı yapılanması, kademeli ve entegre hizmet anlayışı, gerekse de sürekli, katılımcı ve çok sektörlü hizmet anlayışıyla sağlık hizmetlerinin “bütüncüllüğünü” sağlamayı hedeflemiştir. Bu açıdan sevk zinciri ve sevk sistemi kademeli hizmet anlayışı ekseninde kritik bir role sahip olmuştur.

Yasa sonrası düzenlemelerden en önemlisi “154 sayılı Yönerge” olarak da bilinen “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetin Yürütülmesi Hakkında Yönerge”dir. Bu yönerge iki binli yılların başında “Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge” adıyla güncellenmiştir. Bu güncellenmiş halinde sevk sistemine ilişkin ayrıntılar tariflenmektedir.

Buna göre “sevk zinciri” tanımı yapılmıştır: “Acil durumlar dışında hastanın ilk olarak birinci basamağa başvurması bu basamaktaki imkânlarla teşhis ya da tedavi edilemeyenlerin bir üst basamağa gitmelerinin sağlanmasıdır. Bunun amacı, özellikle, hastaların öncelikle birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvurmalarını ve yalnızca gerek görülenlerin ikinci ya da üçüncü basamağa gitmelerini sağlayarak kişilerin zaman kaybına uğramadan, yerleşim yerlerine daha yakın olan birinci basamak kuruluşlarından yararlanmalarını sağlamak; aynı zamanda, hastaneleri hizmet alması gerekmeyecek olan hasta yükünden kurtararak hizmetin kalitesini yükseltmek ve maliyetini azaltmaktır”. Bu tanımda “maliyeti azaltma” unsurunun yer aldığını görüyoruz.

Güncel yönergenin “Sağlık Hizmetlerinin Temel İlkeleri” başlıklı beşinci maddesinde ilkelerden biri olan “kademeli hizmet” başlığında da sevk zincirinin altı çizilmektedir: “Birinci, ikinci ve üçüncü basamak tedavi kuruluşları arasındaki hizmet bölüşümü ve hasta sevk zincirini ifade eder. Hizmet alacak kişilerin önce birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvurmaları, sağlık personelinin uygun görmesi durumunda ikinci ya da üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına sevk esastır. Kademeli hizmetin amacı, kişilere daha hızlı hizmet verilmesi, kişilerin en yakınların-

daki sağlık kuruluşundan rahatlıkla yararlanmaları, hastanelerin gereksiz hasta yükünden kurtarılmaları, gerçekten hastane hizmetine gerek duyan hastalara daha nitelikli hizmet verilebilmesi ve hizmet maliyetinin düşürülmesidir.”

Yönergeye göre, “sağlık ocaklarında, hem o sağlık ocağının sorumlu olduğu bölgede yaşayanlara hem de diğer yörelerden başvuranlara evde ve ayakta tanı ve tedavi hizmetleri verilir” ve “bu hizmetler verilirken özellikle hasta sevk zincirine uyulmasına ve laboratuvar tanı hizmetlerine özel önem verilmelidir”. Bu kapsamda hasta sevki usul ve esasları Yönerge'nin 99. maddesinde ayrıntılı olarak tanımlanmıştır: “İyileştirici hizmetler açısından sağlık ocaklarının yeri, başvuran hastaları muayene ederek hastalıklarını teşhis edip tedavi etmek, tanı ve tedavisi ocak koşullarında mümkün olmayanları da bir üst basamak olan hastanelere sevk etmektir. Bu hastaların genellikle ikinci basamak olarak kabul edilen sağlık merkezi ya da devlet hastanelerine sevk edilmeleri gerekir. Ancak, tanısı açıkça belli olan hastalar, o yılın bütçe uygulama talimatı da dikkate alınarak, doğrudan üçüncü basamak sağlık kuruluşları olan özel dal hastanelerine (onkoloji hastanesi, akıl hastalıkları hastanesi, göğüs hastalıkları hastanesi, doğumevi gibi) ya da eğitim hastanelerine sevk edilebilirler...”

Bu madde ile sevk edilen her hasta için bir form doldurulması (Form 019) ve bu form ile hastaneye gönderilmesi, hastanın tanı ve tedavisi sonunda yine bu form ile sağlık ocağına geri bildirim verilmesi ve ocak kayıtlarına (kişisel sağlık fişi) bilgilerin aktarılması öngörülmüştür. Böylece sosyalleştirme, sevk zinciri açısından kayıt sisteminin diğer yanlarında da olduğu gibi bir “sağlık bilgi sistemi” oluşturmuştur.

Sağlık ocakları ve sağlık evlerinde sadece hastalar sevk edilmez. Sağlık evlerinde ya da evde sağlık hizmeti sunulurken izlemlerde ve koruyucu hizmetler yürütülürken sorun/anormallik/ileri inceleme/ileri tetkik vb tespit ya da gereksinimi durumunda sağlık ocağı hekimine, daha üst düzey ihtiyacı bulunması durumunda da ikinci basamak sağlık kurumlarına sevk söz konusudur. Bu açıdan özellikle gebe, bebek, çocuk, yaşlı, kronik hasta izlemi vb görevler yerine getirilirken de sevk zinciri çalıştırılmıştır.

Sağlık ocağının yukarıda alıntıladığımız “polivalan” görevleri, sevk sistemini de “monovalan” olmaktan ayrı tutmuştur. Diğer bir deyişle, her bir hastalık ya da başlık için ayrı/özel bir sevk zinciri/kurumu yoktur, ileri tetkik/televizyon/inceleme gerektiren her durum için sağlık ocağı bölgelerine yine nüfus ve bölge planlaması ise hizmet veren hastaneler (ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumları) planlanmıştır. Bu hastaneler sağlık ocaklarının hizmet, mesleki eğitim, lojistik ihtiyaçlarını karşılayacak biçimde oluşturulmuştur.

### **Etkili Bir Sevk Sistemi**

Sevk, sağlık sisteminin herhangi bir basamağındaki sağlık çalışanın klinik bir durumun yönetimini sağlamak için yeterli kaynağa (ilaç, ekipman vb) ya da olanaklara (beceri vb) sahip olmaması nedeniyle aynı sistem içerisinde düzeyde ya da daha üst düzeydeki kaynaklardan yardım alması ya da hastanın yönetimini tamamen devretmesi olarak tanımlanmaktadır. Sevk, uzman görüşüne başvurma, ek ya da farklı hizmet ihtiyacı, tanı ve tedavi araçlarının kullanımı gibi nedenlerle yapılır. (DSÖ referral notes).

Sevk sisteminin önemli özelliklerinden birisi, uzmanlık hizmetlerine ya da üst basamak sağlık hizmetlerine erişimin kontrolüdür. Diğer bir deyişle, sevk sistemi hizmet ihtiyacına göre birinci basamaktan diğer basamaklara “geçiş” düzenleyen bir

sistemdir. Bu anlamda bir “kontrol” sistemidir ve sevk özellikleri sağlık sistemlerinin yönelimleriyle yakından ilişkilidir. Sevk sisteminin kontrolü genel bir özellik olarak birinci basamakta başlamaktadır. Bu açıdan birinci basamak sağlık hizmetlerinin örgütlenme, finansman ve işleyiş özellikleri sevk sisteminin temel belirleyicilerindedir. Piyasa ve pazar ekonomisi ile “müşteri memnuniyeti”ne dayalı birinci basamak sağlık hizmetlerinin bulunduğu sağlık sistemlerinde sevk sistemi birçok sorunu beraberinde getirmektedir. Sağlık sisteminin kamusal ya da özel yönelimine göre değişen uygulamalar ile “kapı tutuculuk” olarak adlandırılan bir rol ile birinci basamak sağlık hizmetlerinden geçilmeden uzmanlık hizmetlerine ve ikinci ve üçüncü basamağa ulaşamamaktadır. Son dönemde ülkemizde de sık kullanılmaya başlanan “kapı tutuculuk” uygulamasının avantajları arasında “hizmetlerin eşgüdüm içinde sunulması sağlamak, gereksiz girişimleri, uzmanlık hizmetlerinin aşırı kullanımını, hastanede yatış süresini ve ilaç kullanımını azaltmak, hizmetlerin toplumun bir bölümü tarafından aşırı düzeyde kullanılmasını önleyerek eşitsizlikleri önlemek” gibi başlıklar sayılmaktadır. Bunun aksi ise sevk zorunluluğunun olmayışıdır. Bu ikinci sistemde dileyen dilediği kuruma gidebilmektedir (Öcek Z., Soyer A., 2007).

Etkili bir sevk sistemi sağlık sistemi içerisindeki tüm düzeyler arasında yakın bir ilişki sağlar. Başta yoksul ülkeler olmak üzere “gelişmekte olan ülke” ya da “az gelişmiş ülke” olarak adlandırılan ülkelerde başta ana çocuk sağlığı olmak üzere birçok konuda sevk mekanizmaları sistemleri geliştirilmiştir. Öyle ki yoksul ülkelerde yapılan bazı çalışmalar “geleneksel iyileştiricileri” ya da “alternatif” sağlık hizmet kaynaklarını da sevk zincirinin bir parçası yapmaktadır (Parkhurst JO., Rahman SA., 2007). Sevk sisteminin var olup olmaması yanında işleyişi ve etkinliğinin incelenmesi ve değerlendirilmesi de gerekir. Bu amaçla çeşitli araştırmalar yapılmakta ve bazı “hızlı değerlendirme teknikleri” geliştirilmeye çalışılmaktadır. Belirli bir sevk sistemi olsa da sevk sistemine uyma zorunluluğu olması ya da olmaması da olayın bir diğer boyutunu oluşturmaktadır. Özellikle “bölge sağlık yönetimi” doksanlı yıllarda önem kazandığı yoksul ülkelerde yapılan bazı araştırmalar hastane başvurularının çok büyük kısmının sevk almadan direkt başvuruya gerçekleştiğini göstermektedir. Bu durum, hastanelerin hizmet yükünü ağırlaştırmakta hizmeti verimsizleştirmektedir (Cervantes K. ve ark, 2003; Akande TM., 2004).

Sevk sistemleri ve sevk zincirinde “hastaneler” kilit sağlık kuruluşlarıdır. Sevk sistemi/zinciri içerisinde hastaneler de kendi aralarında sınıflandırılmalıdır. Birinci düzey (ilçe hastanesi, genel hastane vb) hastaneler, genellikle ana branşları içeren (iç hastalıkları, kadın hastalıkları-doğum, çocuk sağlığı ve hastalıkları, genel cerrahi, genel pratisyenlik), sınırlı laboratuvar ve genel patolojik analizlerin yapıldığı hastanelerdir. İkinci düzey hastaneler fonksiyonel olarak özelleşmiştir ve 5-10 arası klinik uzmanlık alanı ile 200-800 hasta yatağını kapsar (İl hastanesi, bölge hastanesi). Üçüncü düzey hastanelerde ise yüksek düzeyde özelleşmiş uzmanlık alanları ile ileri teknoloji bulunur, eğitim aktiviteleri yer alır, yatak kapasiteleri 300 ile 1500 arasında değişmektedir (ulusal hastaneler, üniversite ya da eğitim hastaneleri) (Hensher M., Price M., Adomakoh S., 2006). Sevk basamaklarındaki hastanelerin belirli bir planlama çerçevesinde ihtiyaca uygun olarak yapılandırılması, donanımı ve hizmet kapsamının sağlanması gerekir.

Hastaneler açısından baktığımızda sosyalleştirmenin bölge tabanlı ve kademeli bir hastane yapılması olduğunu görüyoruz. 9 Eylül 1964 tarih ve 11802 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetin Yürütülmesi Hakkında Yönetmelik”, illerde nüfus ve yol durumlarına

göre sağlık bölgeleri oluşturulmasını ve her bölgede bölge başkanlığına bağlı bir devlet hastanesi ve yeter sayıda sağlık ocağı bulunmasını öngörmüştür.

DSÖ, ülkelerdeki sevk sistemlerinin oluşumu ve işlerliğinin iki ana bileşenler grubundan etkilendiğini ifade etmektedir: Bu gruplardan ilki sağlık sistemi belirleyicileri, ikincisi ise genel belirleyicilerdir. Sağlık sistemleri öğelerinin -özellikle de ilk düzeydeki- kapasiteleri, uzmanlaşmış personel, eğitim kapasitesi, organizasyonel düzenlemeler, kültürel, politik ve gelenekler vb başlıklar sağlık sistemi bileşenleri olarak sıralanırken, nüfusun büyüklüğü ve yoğunluğu, hastalık paterni ve yükü, kentsel merkezlerdeki coğrafi konumu, sevk talebi ve sevk halinde ödeme gücü vb başlıklar da genel bileşenler olarak sıralanmaktadır (DSÖ referral notes).

Etkili bir sevk sisteminin belirli özellikleri taşıması gerekir: (Murray S. ve ark., 200; Nakahara S. ve ark. 2010; Siddiqi S. ve ark. 2001)

- Sevk sisteminin dizaynı
- Yeterli düzeyde ve uygun sevk merkezi
- İletişim ve geribildirim sistemleri
- İzlem ve takiplerin sağlanması
- Uygun ve sorunsuz transport
- Komplikasyonların belirlenmesi için üzerinde uzlaşmış özel protokoller
- Sevk düzeyleri arasında ekip çalışması
- Birleştirilmiş kayıt sistemi
- Hastaların sevk basamaklarından herhangi birini by-pas etmemelerinin sağlanması, ödeme ve muafiyet sistemlerinin yapılandırılması, “sevk disiplini”

Bu açıdan bakıldığında sosyalleştirme 1961 yılında öngördüğü kademeli hizmet ve sevk zinciri anlayışı, hemen hemen sıralanan tüm özellikleri içermektedir. Sosyalleştirme, ücretsiz sağlık hizmeti için ilk başvuru yeri olarak sağlık evleri ve sağlık ocaklarını belirlemiş, direk ikinci basamak başvurularında cepten ödemeyi esas almış, hastanelerden birinci basamağa geri bildirim ve bütünlüklü bir kayıt sistemini esas almış, ikinci basamak sağlık kurumlarının birinci basamak sağlık kurumlarını hizmet, eğitim vb açılardan desteklemesini öngörerek basamaklar arası ekip çalışmasını sağlamaya çabalamış, sağlık kurumlarını bölge tabanlı planlayarak yeterli ve ihtiyaca uygun düzeyde sevk merkezi öngörmüştür.

Sonuç olarak, sosyalleştirme ve sevk sisteminin önemi sosyalleştirme öngördüğü kademeli hizmet anlayışında yatmaktadır. Kademeli hizmet anlayışını “polivalan” çalışan bir birinci basamak sağlık kurumu temelinde bölge ve nüfus tabanlı planlama ile yapmıştır. Hatta hizmet ihtiyacı gerektiriyor ise idari sınırlara (il, ilçe idari sınırları) uymayabilen bir planlama öngörmüştür. Oluşturulduğu dönemde, sağlık sistemi kurgusu anlamında evrensel ilkelerden hareketle ülkemiz gerçekleri göz önüne alınarak ortaya konan kapsayıcı bir modeldir.

Sosyalizasyon, “vatandaşların tamamına gelir düzeylerinden bağımsız bir şekilde belli mal ve hizmetlerden yararlanabilmeleri için eşit fırsatın verilmesi” biçiminde tanımlanmaktadır (Altay A., 2007). Bu tanım ışığında ele alındığında 224 sayılı Yasa ile sağlık hizmetlerinde fırsat eşitliğini sağlamaya çalışan, sosyal devlet anlayışına uygun olarak yapılandırılmış bir sağlık sistemi getirilmiştir. Dönemin sosyal devletçi politikalarına uygun bir sağlık sistemi oluşturma çabasıdır. Bugünün neo-liberal politikalarla tahrip edilen, kuralsızlaştırılan, piyasaya açılan ve serbestleştiril-

len, sosyal devletçi politikaları bile aratır hale gelen sağlık sistemine bakıldıkça değeri daha çok anlaşılmaktadır. İhmal edilmiş, önemsenmemiş, gereği gibi uygulanmamış, kötü yönetilmiş, kentler için güncellenip geliştirilmemiş ve tam olarak benimsenip içselleştirilmemiş “sosyalleştirme”, 50 yıl öncesinde bugün hala geçerli olan ilkelerle yapılandırılmıştır. “Etkili bir sevk sistemi kuracağız” diyen güncel politikaların, sevk zorunluluğunun 2007 Haziran’ında kaldırdığı düşünüldüğünde “bırakınız yapsınlar” anlayışının sevk sistemi açısından da “bırakınız nereye isterlerse gitsinler” biçimine dönüştüğünü söyleyebiliriz.

Sevk zorunluluğunun kaldırılarak sevk sisteminin yok edilmesi, kuralsızlığın, sistemsizliğin göstergesidir. Seçim yatırımıdır. Haziran 2007’de kaldırılan sevk sistemine ilişkin, Türkiye’nin 28 Nisan 2008 tarihinde IMF’ye sunduğu “niyet mektubunda” “bir an önce kurulacağı” taahhüdünde bulunulmakta ve bu durum şöyle ifade edilmektedir: “Sevk sisteminin kurulması ve farklılaştırılmış oranlarda katkı payı alınması uygulamasının bir an önce hayata geçirilebilmesine yönelik teknik hazırlıklar devam etmektedir” (**IMF Niyet Mektubu 2008**). Sağlık alanı bir yap-boz tahtasına, sosyalleştirmenin sistemli ve planlı yaklaşımı, kuralsızlığın kural olduğu bir yapıya döndürülmüştür.

Ne de olsa “koşulsuz müşteri memnuniyeti” değil mi?

Yazıyı sevgi ve özlemle anarak Dr. Füsün Sayek’in bir yazısından alıntıyla bitirelim (**Tıp Dünyası, 15 Kasım 2004, Sayı:128**):

*“Zaman akıyor, durum tespitini hızla yapıp tarihi sorumluluklarımızı yerine getirmek için süre çok daralmıştır.*

*“Ah kimselerin vakti yok*

*Durup ince şeyleri anlamaya*

*Kalın fırçaları kullanarak geçiyorlar,*

*Evlere, çocuklar, mezarlar, çizerek dünyaya”*

*Diyor şairimiz Gülten Akın...*

*Şimdi kalın fırçaları inceltme zamanımız. Durup iyice anlama zamanımız. Evet şairimiz;*

*“Senin istediğin nedir*

*Bile bile,*

*Avucunda sıkıca sakladığın*

*Renkli kırık camlar*

*İki elin kızıl kanda*

*Aç avuçlarını sesini yükselt*

*Gel dirilt değiştir”*

*De diyor.*

*Avuçlarımızı acitan, her geçen gün daha da acitan bu sistemi; gel, dirilt, değiştir.*

*Dostlukla.”*

## Kaynaklar

1. Karahanoğulları O. (2004), Kamu hizmeti. Kavram ve hukuksal rejim.
2. <http://80.251.40.59/politics.ankara.edu.tr/karahan/makaleler/kamuhizmeti.pdf>
3. Altay A., (2007), Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar Ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi Sayıştay dergisi 64:33-58  
<http://www.sayistay.gov.tr/dergi/icerik/der64m2.pdf> .
4. 224 Sayılı Kanun, SB web sayfası/mevzuat
5. Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun, SB web sayfası/mevzuat
6. Prof. Dr. Nusret Fişek'in Kitaplaşmamış Yazıları – III, Nusret Fişek İle Söyleşi  
[http://www.ttb.org.tr/n\\_fisek/kitap\\_3/38.html](http://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_3/38.html)
7. Öztekin Z., Eren N., (2006), Sağlık Yönetimi, İçinde: Ed:Güler Ç., Akın L., Halk Sağlığında Temel Bilgiler, Hacettepe Ü. Yayınları, Ankara.
8. TÜİK web sayfası [www.tuik.gov.tr](http://www.tuik.gov.tr) 1965 GENEL NÜFUS SAYIMI VERİ TABANI, erişim.08.08.2011
9. TÜİK (2009), Türkiye İstatistik Yıllığı 2008, TÜİK yayını, Mayıs 2009 Ankara.
10. 9 Eylül 1964 tarih ve 11802 sayılı Resmi Gazete. Resmi Gazete web sayfası  
<http://www.resmigazete.gov.tr>
11. DSÖ referral notes, Referral Systems - a summary of key processes to guide health services managers <http://www.who.int/management/Referralnotes.doc>
12. Öcek Z., Soyer A., (2007) *Türkiye'de Birinci Basmak Sağlık Hizmetleri Birlikimiz:2000-2004 Türkiye Fotoğrafı*, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Birinci Baskı, Aralık 2007, Ankara.
13. Parkhurst J.O., Rahman S. A., (2007) Non-professional health practitioners and referrals to facilities: lessons from maternal care in Bangladesh, *Health Policy and Planning*, 22:149–155,
14. Cervantes K. ve ark. (2003), Rapid Assessment of Referral Care Systems: A Guide for Program Managers. Published by the Basic Support for Institutionalizing Child Survival Project (BASICS II) for the United States Agency for International Development. Arlington, Virginia, November 2003.
15. Akande T.M., (2004) Referral System In Nigeria: Study Of A Tertiary Health Facility, *Annals of African Medicine* Vol. 3, No. 3; 130 – 133
16. Hensher M., Price M., Adomakoh S., (2006), Referral Hospitals içinde: Jamison DT, Breman JG, Measham AR, et al., (editors), *Disease Control Priorities in Developing Countries*. 2nd edition..
17. Murray S. ve ark., (2001), Tools for monitoring the effectiveness of district maternity referral systems. *Health Policy and Planning* 16(4):353-61
18. Nakahara S. ve ark., (2010), Exploring referral systems for injured patients in low-income countries: a case study from Cambodia *Health Policy and Planning* ;25:319–327
19. Siddiqi S. ve ark. (2001) The effectiveness of patient referral in Pakistan, *Health Policy and Planning* 16(2):193-98
20. IMF Niyet Mektubu 2008, T.C. Başbakanlık
21. <http://www.tcmb.gov.tr/yeni/duyuru/2008/IMFnietetRNisan08.pdf>
22. Füsün Sayek Yazıları (2008), TTB yayını, Tıp Dünyası, 15 Kasım 2004, Sayı:128  
[http://www.ttb.org.tr/kutuphane/f\\_sayek\\_yazilari.pdf](http://www.ttb.org.tr/kutuphane/f_sayek_yazilari.pdf)



# SAĞLIK HİZMETLERİNİN SOSYALLEŞTİRİLMESİ, GENEL PRATİSYENLİK VE PRATİSYEN HEKİMLERİN MÜCADELESİ

**Dr. Hüseyin DEMİRDİZEN**

*Sağlık Bakanlığı Haydarpaşa Numune Hastanesi*

Dünyada ve ülkemizde “sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi” yani sağlık hizmetlerinin salt tıbbi hizmetlerden, tıbbi hizmetlerin tedavi ve hekimlik hizmetlerinden ibaret olarak görülemeyeceğinin anlaşılması ve kabul görmesi son yüz yıl içerisindeki bilimsel gelişmeler ve sosyal politikalarla yakından ilişkilidir. Sağlık sorunlarının ve hastalıkların neden sonuç ilişkilerinin daha iyi anlaşılması, sağlığın (sosyo-ekonomik, siyasi-kültürel) belirleyicilerinin anlaşılması ve sağlıklılığın korunup geliştirilebileceğine ilişkin bulgular, bilgiler ve gözlemler sağlık hizmet sunumunda çağdaş sağlık hizmetleri anlayışının ve Temel Sağlık Hizmetleri (TSH) kavramının gelişimine ve sosyalleştirme uygulamalarının hayata geçmesine olanak tanımıştır. Hemen her dönem sağlık sorunlarına ve hastalıklara yaklaşım, "hastalığın" nasıl tanımlandığı, sadece hekimliğin değil, tıbbın ve geniş anlamda sağlığın gelişiminde de belirleyici olmuştur.

Genel olarak sağlık hizmetlerinde etkinlik ve verimlilik arayışları doğrultusunda; sağlık hizmetlerinin ulusal düzeyde planlanması ve örgütlenmesini, kamusal kaynakların temel alınması, sağlıklılığın geliştirilmesi ve koruyucu önleyici sağlık hizmetlerine öncelik verilmesi, bütüncül, kapsamlı hizmet ile sevk sistemi, ekip çalışması ve sektörler arası işbirliği gibi unsurlardan oluşan “sosyalleştirme uygulamaları ve anlayışı” sosyalist ülkelerden sonra 1950’lerden itibaren kıta Avrupa’ında da kabul görmüş ve çok disiplinli ekip çalışmasına yönelim tartışmalarını başlatmıştır. Birleşik Krallığın ardından İskandinav ülkeleri, Finlandiya, İspanya ve Portekiz’de de kamusal sağlık hizmetlerinde “ekip çalışması” ulusal politikalarla teşvik edilmiştir.

Bu dönemde TSH ve çağdaş sağlık hizmetleri anlayışının gelişimi ve bu anlayış gereğince birinci basamak sağlık hizmetlerine önem ve öncelik verilmesinin pratisyen hekimliğin gelişimine, pratisyen hekimliğin (genel pratisyenlik) gelişiminin de birinci basamak sağlık hizmetlerinin gelişimine önemli katkıları olmuştur.

Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ) 1978 yılında Alma-Ata’da topladığı uluslararası konferans sonrası yayınladığı bildirme ile “2000’li Yıllarda Herkese Sağlık” hedefine ulaşılması doğrultusunda tüm üye ülkelere sağlık hizmetlerinin kamusal niteliği ve siyasi sorumlukları hatırlatılırken, Temel Sağlık Hizmetleri ve güçlendirilmiş birinci basamak sağlık hizmetlerinin önemi ve gerekliliğinin altı kalın olarak çizilmiştir.

Öte yandan aynı dönemde kapitalist emperyalist sistem 1970’lerin ortalarından itibaren giderek derinleşen finansal krizi bahane ederek “yeni pazarlar ve daha fazla sömürü” için programını ve eylem planını hazırlamıştı bile. DTÖ, DB ve IMF gibi küresel sermaye örgütleri yeni pazarlar için sağlık, sosyal güvenlik, eğitim,



enerji, su, tarım ve ulaştırma gibi geleneksel kamusal hizmetlerin piyasalaştırılması-özelleştirilmesini, daha fazla kar için esnek, güvencesiz ve kuralsız çalışma düzeyinde teşoranlaştırma, örgütsüzleştirme yoluyla çalışanların birikimlerine el konulmasını (mezarda emeklilik, kıdem tazminatının kaldırılması, prim gün sayısının arttırılması, ücretlerin düşürülmesi gibi) vb yollarla “emek sömürsünün” arttırılmasını öneriyordu.

“Her şeyin fiyatını bilen hiçbir şeyin değerini bilmeyen” sermaye 70’li yılların ortalarından itibaren neoliberal yıkım ve talan politikaları ile havayı, suyu, toprağı kirleterek dünyadaki yaşamı ve sağlığını tehdit ederken, “sağlıkta dönüşüm” adı altında uyguladığı piyasacı programlarla hayatlarımız tıbbileştiriliyor ve sağlık hak olmaktan çıkarılarak hastalıklarımız, umutlarımız üzerinden vahşi bir ticaret yürütülüyor, paran kadar sağlık topluma enjekte ediliyordu.

“1980’lerin sonu 1990’ların başında ülkemizde “sağlık reformu” adı altında başlatılan sağlık hizmetlerinin piyasalaştırılması, ticarileştirilmesi programı temel tartışmalardan ve uygulamalardan biri de birinci basamak sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılması yani sağlık ocaklarından aile hekimliğine, kapsamlı, bütüncül, ekip hizmetinden hekim merkezli/televi ağırlıklı hizmete geçmeye çalışıyor, yeni sistemin finansman, örgütlenme, hizmet sunumu, insan gücü, hizmet kapsamı gibi yapısal özellikleri ile yeni sistemin dilini, kavramlarını, kültürünü, yasal ve idari alt yapısını da yeniden oluşturmaya çalışıyordu.

Tedavi odaklı hizmet modeli olan aile hekimliğinde diğer sağlık çalışanları sadece yardımcı personel niteliğindedir. Hekim ile diğer çalışanlar arasında istihdam tipi ve gelir düzeyi bakımından önemli farklar bulunmaktadır. Bugün başta kıta Avrupa’sında olmak üzere giderek daha fazla sayıda özel hekim bir araya gelerek oluşturdukları özel kliniklerde işi ve olanakları paylaşmakta ve bu uygulama grup pratiği olarak adlandırılmaktadır.

Ancak “grup pratiği” hekimlere önemli düzeyde esneklik sağlamak ve tek çatı altında hastaların gereksinimleri (tanı ve tedavi) için gerekli olanakların sayısını yükseltmekle birlikte “çok disiplinli ekip çalışması” ile karıştırılmamalı ve hizmet çerçevesinde bir farklılık yaratmadığı unutulmamalıdır (Boerma, 2003).

Bu nedenle “Sağlıkta Dönüşüm Programı” (SDP) hızla yaşama geçirilirken sağlık hizmetlerinin tüm basamaklarında hekim odaklı tedavi hizmetleri ve performans dayalı ödeme modeli ile ilaç ve teknoloji kullanımı, hastanecilik hizmetleri, uzmanlaşma ve rekabet teşvik edilirken ekip çalışması özellikle parçalanmış, yok edilmiştir. Üniversitelerde döner sermaye uygulaması ile başlayan süreç, sağlık ocaklarına yazar kasanın yerleştirilmesi, hastanelerde ve sağlık ocaklarında döner sermaye ve performans ödemesi, taşeronlaştırma ve sözleşmeli personel uygulamaları ile işletmeleştirilirken sağlık ocakları aile hekimliği ile muayenehanelere dönüştürülmüştür.

Ülkemiz birinci basamak sağlık hizmetlerinin temelini oluşturan temel sağlık hizmetleri ve çağdaş sağlık anlayışının sonucu gelişen sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi yaklaşımı ve bu yaklaşımın ürünü “sağlık ocakları” ile pek çok gelişmiş ülkeden önce, 1963’te tanışmıştır. Ancak tıbbın ve hekimliğin yeniden insana odaklanarak insani özüne/ hümanizmasına dönme çabalarının arttığı bir dönemde gelişen “genel pratisyenlik” yaklaşımı ile tanışması yaklaşık 20-25 yıllık bir gecikme ile 1990’ların başına rastlamıştır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde etkinlik arayışları sonucu genel pratisyenlik yeni bir disiplinler anlayış ve fonksiyonla he-

kimlik disiplinleri arasındaki yerini yeniden alırken, genel pratisyenlik uygulaması da pek çok ülkede giderek artan düzeyde kabul görüyordu.

Aynı dönemde sermaye küresel düzeyde egemenlik kurduğu neoliberal ideoloji ve sömürü politikaları ile piyasalaştırma ve özelleştirme programına hız vererek kamusal sağlık ve sosyal güvenlik sistemlerini SDP adı altında piyasalaştırarak özelleştirme, ticarileştirme uygulamalarında önemli mesafeler alıyor, ülkemizde de sosyalleştirmeye yönelik saldırılar, sağlık ocaklarının etkisizleştirilmesi ve pratisyen hekimliğin itibarsızlaştırılması çabaları hız kazanıyordu.

Bizler iktidarların SDP'nin bir parçası olarak "aile hekimliği modelini" dayatmasını sağlık hizmetlerinde etkinlik arayışı ve sağlık çalışanlarının sorunlarına çözüm bulma isteğinin değil, sosyal devletin tasfiyesi; "devletin minimize edilmesi ve sadece düzenleyici işlev üstlenmesi" sürecinin bir parçası olarak görüyorduk.

12 Eylül Cunta yönetimi neoliberal 24 Ocak kararlarını büyük bir kararlılıkla uygulamaya başladığında ciddi sosyal ve toplumsal sonuçları da olacak, sağlık ortamında yıllarca devam edecek sorunlar yumağının fitilini ateşlemişti. TTB kapatılmış, mecburi hizmet getirilmiş, tam gün çalışma kaldırılıp, tıp fakültesi kontenjanları arttırılmış ve hekimleri itibarsızlaştırmaya, hekimliği değersizleştirmeye yönelik örseleyici, rencide edici (dönemin cumhurbaşkanı Kenan Evren tarafından "...hekimleri ağaca bağlayın" vb) söylem, tutum ve davranışlar yöneticilerin ağzından daha sık işitilir olmuştu. Kamuda çalışan hekimler için "zorunlu üyeliği" kaldırarak hekimleri örgütten koparıp TTB'yi küçülterek etkisizleştirme, emeğimizi değersizleştirerek hekimleri birbiriyle rekabete zorladıkları bir dönemin ortasında 1989 Bahar Eylemleri ve beyaz eylemlere katılarak, örgütleyerek ya da tanıklık ederek yaşıyorduk.

1988 yılında Ankara, İstanbul ve İzmir'de çalışan pratisyen hekimler, Ankara'da TTB'de bir araya geldiklerinde, sağlık ocaklarının ve pratisyen hekimliğin sorunlarının üzerine gitmekten çok bu sorunlardan sıyrılabilmek için uzmanlaşmanın önündeki engellerin kaldırılmasını istemekteydi. Nitekim 1989 yılında Tıpta Uzmanlık Sınavı'na (TUS) girmek için Ankara'ya gelen hekimler yayınladıkları bildiriye, "tıp fakültelerine alınan öğrenci sayısının azaltılmasını, TUS'un en az 3 büyük ilde yapılmasını, yabancı dil barajının kaldırılmasını, uzmanlık kadrolarının ülkenin gereksinimlerine göre saptanmasını, sınav sonrası güvenlik soruşturmasının kaldırılmasını" talep etmişlerdir.

Ancak "Uzmanlaşmak Kurtuluş mu?" bildirisini yayımladıklarında durumun değişmeye başladığını ve sağlık ocağında kalıcılaşarak çözüm arayışlarına yönelmeler olduğunu görüyoruz. Bu çabalar hekimleri bu alana ilişkin bilgilenmeye itmiştir. 80'li yılların sonlarında pratisyen hekimler, yaptıkları araştırmalar sonucunda, Türkiye dışında bütün Avrupa ülkelerinde, Kanada, Avustralya, Japonya, ABD'de pratisyen hekimliğin ayrı bir tıp disiplini olduğunu, diğer ülkelerde çalışan pratisyen hekimlerin çalıştıkları yerlerde çok saygın bir konumları olduğunu ve ülkelerindeki hekimlik pratiğinin büyük bir çoğunluğundan sorumlu olduklarını öğrenmeye başlamışlardı. Yürütülen çabalar 1990'ların başında ilk ürünlerini vermiş ve pratisyen hekimlerin sorunları ilk kez farklı bir boyutta ele alınmıştır. Dönemin TTB Merkez Konseyi Başkanı olan Prof. Dr. Nusret H. Fişek şu satırları yazmıştır : "...Batıda, -örneğin İngiltere'de- hekimler için Genel Tıp Hekimliği (General Practitioner, GP) saygı duyulan ve yeğlenen bir çalışma alanıdır. Hekimlerin %85'i GP'dir." (Fişek N.; 1989)

Peki, neden bizde de genel pratisyenlik istenilen, saygı duyulan bir hekimlik olmuyor? Sorun nerede? Eksik olan neydi? Bir araya gelerek sorunlarımızı konuşmaya, çözüm yollarını değerlendirmeye başladığımızda, 1978 de Alma-Ata'da TSH yaklaşımı ile tüm dünyaya önerilen sağlık ocağı modelimizin bizde istenilen başarıyı neden gösterememiş olduğunu irdelemeye başladık. Başlıca sorularımız;

- Sistemde aksayan, eksik olan yan neydi?
- Başarıyı ölçecek bir ölçüt belirlenmiş miydi? Poliklinik sayısı, yazılan reçetelerdeki artışlar mı? Çocuk felcinin eredike edilmesi mi? Sıtma, bebek ölümlerinin düşürülmesi mi?
- Pratisyen hekimler sağlık ocaklarında çalışmayı neden benimseyememişti?
- Onbinlerce hekim yıllarca çalıştığı, çalışmak zorunda olduğu/kaldığı bu alandan neden kaçarcasına uzmanlaşmak istiyordu?
- Dünyada birinci basamak ve pratisyen hekimlerin durumu neydi? Her yerde durum aynı mıydı? vb soruları sormuş ve başlangıçta iki önemli yanıt vermiştik.

Birinci yanıt; sosyalleştirme uygulamasının 1965'ten itibaren giderek artan ihmal ve engellerle karşılaştığı, siyaseten benimsenmediği, gerekli finansal ve yönetsel desteğin verilmediği hatta S. Demirel'den T. Çiller'e kadar sağ muhafazakâr iktidarlar tarafından istikrarlı bir şekilde itiraz edilmesine karşın, Neredeyse yöneticilere rağmen seçenezsiz bir şekilde ağır aksak yaygınlaşarak 1990'lara geldiğidir.

1980'lerin başından itibaren de piyasalaştırma doğrultusunda birinci basamağın asıl amacından uzaklaştırılarak, tedavi hizmetlerine sıkıştırılarak, daraltarak işlevsizleştirildiği (reçete yazılan, RPT yapılan, rapor düzenlenen yerler olarak lanse edilmesi) hekimlerin ve diğer sağlık çalışanlarının yaşama ve çalışma koşullarındaki (mesleki ve sosyal, toplumsal izolasyon, mahrumiyet, vb) olumsuzluklar, yoksulluklar yanı sıra özlük ve ekonomik koşullarındaki (ücret yetersizliği, motivasyon eksikliği) olumsuzluklar nedeniyle çekim merkezi haline getirilemediğidir.

Geçici görevler, sürgünler, tüm toplumun sağlık taramasından geçirilmesi, resmi törenler, parti ve sosyal grupların gecelerinde ambulanslı hekim bulundurma gibi uygulamalarla birinci basamağın/pratisyen hekimliğin itibarsızlaştırılmasının giderek daha fazla hissedildiği, emeğimizin ve mesleğimizin değersizleştirilmesine neden olabileceği duygusu ile yaşanan çaresizliklerin kaçışa zemin hazırladığıdır.

### **Hiçbir Politika Onu Uygulayacak İnsanlara Rağmen Başarıya Ulaşamaz**

İkinci yanıt; hekim insan gücünün niceliksel ve niteliksel durumu ile ilgili sorunlardı. Bize göre sosyalleştirme uygulamasını kurgulayanlar birinci basamak sağlık hizmetlerinin başarısı için vazgeçilmez olan hekim insan gücünün niteliksel özelliklerini (ki o yıllarda genel pratisyenlik çalışmaları oldukça yeni ve çalışmayı yapanlar dışında henüz fark edilebilmiş değildi) ve özgünlüklerini dikkate al(a)mamışlar ya da zaman içerisinde bu eksiklik görülebilmiş, uygun adımlar atılmamıştı. Türkiye'de bu fırsat beklisi de yeni yakalanıyordu. Yapılan pek çok araştırmada; toplumun ve bireylerin sağlık sorunlarının etkili ve verimli bir şekilde çözülebilmesinde ekip çalışmasını esas alan birinci basamak sağlık örgütlenmesinin, nüfus başına düşen genel pratisyen sayısı ve genel pratisyenlikteki motivasyonun da birinci basamak sağlık hizmetlerinin başarısının çok önemli bir belirleyicisi olduğu, iyi bir birinci basamak hizmeti ile önlenebilir durumlara bağlı hastaneye yatış oranlarının

daha düşük olduğu, genel pratisyen sayısının hastane mortalite hızının azaltılmasında hastane doktoru sayısına göre daha güçlü bir rol oynadığı ve yaşa özel mortalite hızının tek tutarlı gösterge olduğu tespit edilmişti. (Parchman, 1994, Fleming, 1995, Rosenblatt, 1998, Jarman, 1999, Mansfield, 1999, Gulliford, 2004, Shi, 2003, 2004, 2005).

Bu durumun ülkemizde fark edilememiş olması büyük bir talihsizliktir ve genel pratisyenlik projesi ve çalışmaları bu duruma gecikmeli de olsa içten bir müdahaledir.

### **Peki, Neden Bu Dönem?**

Ülkemizde pratisyen hekimlerin durumuna veya genel pratisyenlik hareketine baktığımızda iki ana döneme ayırabiliriz. Birinci dönem 1980'li yılların sonlarına kadar olan süreci, ikinci dönem 1989 ve sonrasını kapsamaktadır.

Birinci dönemin temel özelliği;

- Toplam hekim ve pratisyen hekim sayısı azlığı, istihdam alanları ve mesleki, sosyal statülerinin farklı olması,
- Pratisyen hekimliğin bir ara durak, uzmanlığa geçiş öncesi hazırlık dönemi olarak kabul edilmesi,
- Genel pratisyenlik tıbbi disiplinin olmaması,
- İsteyen herkesin uzmanlaşma olanağına sahip olması ve uzman hekimlerin çalışma ve yaşama koşullarının görece daha iyi olmasının (hastanelerin kent ve ilçe merkezlerinde oluşu, ücretleri, gelirleri görece yüksek) yarattığı çekicilik,
- Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de bütün dikkat ve kaynak kullanımında önceliğin hastaneciliğe, teknolojiye ve uzmanlığa verilmesi idi.

Bu durumu 1990 yılında düzenlediğimiz Birinci Pratisyen Hekimlik Kongresi'ne davet ettiğimiz İngiltere Genel Pratisyen Hekimler Kraliyet Koleji Başkanı Prof. Dr. Pereira Gray;

“1900'lü yılların başında benim ülkemde pratisyen hekime rastlamak neredeyse mümkün değildi. Uzmanlaşma çağının başladığı ve tüm sağlık sorunlarının uzmanlarla çözüleceğine olan inanç tüm hekimleri uzmanlığa yöneltiyor, kimse pratisyen olarak kalmak istemiyordu. Ancak aradan geçen yaklaşık elli yıl içinde yaşanan ve yeni karşılaşılan sağlık sorunları ve uzmanlık (tedavi odaklı hekimlik ve gelecekteki sağlık anlayışı) temelli sağlık bakım süreçlerinde karşılaşılan güçlükler ve yetersizlikler değişen ideolojik, siyasi, ekonomik, sosyal/toplumsal iklim ve koşullarında sağlığa ve hastalık süreçlerine ilişkin yeni bilgiler elde edilmişti. Daha iyi ve etkin sağlık hizmet sunum arayışları; sağlık anlayışında (çağdaş sağlık anlayışı), hizmet kapsamında (koruyucu, önleyici ve geliştirici sağlık hizmetleri), hizmetlerin örgütlenmesi (birinci basamak sağlık örgütlenmesinin önemini anlaşılması) ve hizmet sunumunda (eşitlikçi, kapsamlı, sürekli, ekip çalışmasına dayalı, ulaşılabilir kamusal hizmet) yeni yaklaşımlar, sağlık insan gücü niteliğinde ve niceliğinde yeni arayışlar (hekim dışı sağlık personelinin ve genel pratisyenliğin önemini artması), geleneksel tedavi edici sağlık anlayışında ve hekimlik uygulamasında köklü değişimlerin ve yeni hizmet sunum modellerinin ortaya çıktığı yıllar oldu.” diye tanımlıyordu.

Burada Türkiye'deki sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi ve sağlık ocağı modelini anlatırken "Avrupa'daki uygulama ve modelleri inceledik, ekip çalışması, sevk zinciri ve toplum katılımı ile ilgili eksiklikleri gidererek kendi modelimizi oluşturduk" diyerek 1960'lardan 1970'lere, 1980'lere rehberlik edecek bir model ve anlayış ortaya koyan, ilk Kongre'mizin düzenlenmesinde ve kongreye tekerlekli sandalyesi ile gelerek pratisyen hekimlere ve pratisyen hekimliğe verdiği önemi ve bu alandaki heyecanının hiç eksilmediğini gösteren sosyalleştirmenin mimarlarından TTB Başkanı Prof. Dr. Nusret Fişek hocamızı sevgiyle anıyorum.

1963 yılında Muş'ta başlayan sosyalleştirme uygulamasında pratisyen hekimlerin sağlık ocaklarında istihdamının başlaması ile yeni bir dönemin kapısı aralanmış, iktidarların tüm ihmal ve engelleme politikalarına karşın 1980'lerin başına gelindiğinde sağlık ocağı sayısı beş bini, sağlık evi sayısı 12-13 bini, sağlık ocaklarında çalışan hekim sayısı da 10 bini aşmıştı.

İkinci dönem 1980 sonrası başlayan mecburi hizmet, tıp fakültesi sayısının ve kontenjanlarının artırılması sonucu artan pratisyen hekim sayısı, sosyalleştirmenin zorunlu olarak tüm ülkede uygulanması ve pratisyen hekimlerin sağlık ocaklarında (sayısal ve donanım olarak yetersiz olsa da) istihdamlarının artması ile 1990 yılların sonlarına doğru gelindiğinde hekimlerin % 45'nin uzman % 55'nin pratisyen (asistan+ pratisyen hekim) olduğunu ve dengenin pratisyenler lehine değişmeye başladığını görüyoruz. Gerçi bu durum 2000'li yılların ortalarına gelindiğinde sağlıkta dönüşüm programının ilerlemesine koşut olarak artan özel hastane/tıp merkezi ve burularda istihdam edilecek uzman hekim ihtiyacı ile hızla uzmanlık kontenjanlarının arttırılması ile değişecek reel ve orantısız olarak denge uzmanlar lehine değişecektir (bu gün yaklaşık 120 bin hekimin 40 bini pratisyen, 20 bini asistan, 60 bini de uzmandır.). Ancak o günlerde sayıları 30 bine yaklaşan pratisyen hekimlerin %60'ı (16.500 pratisyen) 6500 sağlık ocağında istihdam edildiğinden ülkemizde ilk kez benzer olanak ve hizmet kapsamı için benzer işler yapan ya da yapması beklenen hekimler ve belli bir mesleki deneyime sahip hekim grubu oluşmuş oldu.

Bu durum ülkemizde pratisyen hekimlerin sayılarının artması, sorunlarının ve sorun çözme deneyimlerinin ortaklaşması ile mesleki bilgi ve tecrübelerinin, kendilerine güven duygusunun artmaya başlayarak genel pratisyenlik uygulamalarının ve örgütlenme isteklerinin alt yapısını oluşturmuştur.

Ülkemizdeki mevcut konjonktürel duruma dünyadaki genel pratisyenlik disiplininin birikimi ve uluslararası deneyim ve ilişkiler de eklenince hızlı bir değerlendirme ile kendi modelimiz üzerinden pratisyen hekimlere ve sağlık ortamına önerdiğimiz TTB örgütsel şemsiye ve güvencesi altında özerk bir yapı olarak Genel Pratisyenlik Enstitüsü (GPE) tarafından oluşturulup uygulanacak (merkeziyetçi olmayan, kendileri arasından yetişmiş eğitici genel pratisyenler tarafından sağlık ocakları esas alınarak küçük grup dinamiği ile yürütülecek, geçiş dönemi vb) genel pratisyenlik mesleki eğitim programı pratisyen hekimler arasında bazı soru işaretlerine rağmen genel kabul görmüştür. Bu durum pratisyen hekimler arasında yeni bir heyecan yaratırken bizim de motivasyonumuzu artırmıştır.

Böylece ülkemizde sağlık ocakları temelli bir genel pratisyenlik alt yapısı ile bizim çabalarımız ve uluslararası genel pratisyenlik bilgi ve deneyimleri harmanlanması zemininde yeni bir yolculuğa çıkmıştır.

### **Yolculukta bizleri de motive eden başlıca gelişmeler;**

- Sağlık hizmetlerinde etkinlik ve nitelik arayışlarında TSH'ya dayalı

koruyucu hizmetlerle entegre birinci basamağa ve genel pratisyenlere olan ihtiyacın artması,

- Genel pratisyenliğin başta kıta Avrupa'sı olmak üzere giderek daha fazla yetkinleşmesi ve kabul görmesi, mesleki ve özlük hakları ile statülerindeki artış,
- Endüstrileşen ve tıbbileşen sağlık ve hekimlik ortamında giderek artan yabancılaşmaya karşı hekimliğin insani özüne ve hümanizmasına dönme arayışlarında genel pratisyenliğin rolü,
- Genel pratisyenlerin ulusal ve uluslararası örgütlülüklerinin (UEMO; Avrupa Genel Pratisyenler Birliği ve WONCA; Dünya Genel Pratisyenler/Aile Hekimleri Birliği) ve hükümetler üzerindeki etkileri ile sağlık sistemlerindeki etkinliklerinin artması,
- Uluslararası işbirliği ve etkileşim olanaklarının gelişmesi ve hekimlere yönelik temel eğitim, uzmanlık eğitimi ve sertifika programlarındaki ortaklaşma eğilimleri,
- Birinci Pratisyen Hekimlik Kongresi öncesi diğer ülke tabip birliklerine gönderilen sorular, literatür takibi ve kongrelere İngiltere, Norveç, Portekiz, Danimarka, Yunanistan, Yugoslavya vb ülkelerden davet edilen meslektaşlarımızla olan bilgi ve deneyim paylaşımı ile,
- Kendi özgün modelimizin yarattığı canlı ve dinamik etkileşime ve dönüşüme olanak tanıyan atmosferi ve yüzlerce meslektaşımızın binlerce kilometre kat ederek gerçekleştirdikleri etkinlik ve buluşmalardır.

Pratisyen hekim hareketinin uzun yolculuğunda yürütülen mücadeleye kılavuzluk eden, geleceğe yön veren, genel pratisyenlik ile görüş ve programlarımızın oluşmasında özel bir yeri olan, bende özel bir duygu ve değişime yol açan etkinliklerimizden bazılarını saymadan önce genel pratisyenlik çalışmalarının hemen tamamında bitmek tükenmek bilmeyen bir enerji, yüzünden eksik etmediği gülümsemeyle hep yanı başımızda, aramızda olan sevgili Füsun ablayı anmak ve katkıları için tüm pratisyenler adına yüreктen teşekkür etmek istiyorum.

### **Genel Pratisyenlik Çalışmalarının Ve Son Dönem Pratisyen Hekim Hareketinin Köşe Taşları**

- Birinci Pratisyen Hekimlik Kongresi (1990),
- Pratisyen hekimlerin görev analizi çalışmasının yapıldığı Manisa toplantısı (1992),
- Pratisyen hekimler arasından “eğitici hekimler” yetiştirilmesi amacıyla kurslar düzenlenmesi kararının alındığı TTB 41. Genel Kurulu (1993),
- İlk “Hekim Eğitimcilerinin Eğitimi Kursu” nun düzenlendiği Ankara kursu, (3-14 Ocak 1994),
- “Ayrı Bir Tıp Disiplini Olarak Genel Pratisyenlik” raporunun hazırlandığı Bolu buluşması (2-4 Haziran 1995),
- “Genel Pratisyenlik” ile ilgili çalışmaların yürütülmesi için TTB Merkez Konseyi'nin görevlendirildiği 10 no'lu kararın alındığı TTB 43. Genel Kurulu (1996),

- TTB Genel Pratisyenlik Enstitüsü kuruluş bildirgesinin yayınlanması (5 Kasım 1998),
- Temel modüllerin eğitim amaçları ile eğitim hedeflerinin hazırlandığı “Atölye Çalışması”, Ankara (5-8 Kasım 1998),
- Eğitici eğitimi programının oluşturulması,
- GPE eğiticileri tarafından hazırlanan ve uygulanan ilk “eğitici eğitimi kursu”, İstanbul (2000).

Ardından devam eden İzmir, Aydın, Diyarbakır, Adana, Samsun, İstanbul, Ankara'daki onlarca eğitici eğitimi kursları, eğitim günleri, GPE ve Pratisyen Hekimlik Derneği'nin (PHD) kurulması ve yeni enerjilerle kitlesellik kazanarak devam eden pratisyen hekimlik kongreleri, sürekli eğitim etkinlikleri, kurslar ve klinik modüller atölye çalışmaları gibi onlarca meslektaşımızın emeği ve desteği ile 2000'li yılların başlarında zirveye ulaşan pratisyen hekim mücadelesi.

Yoğun ve uzun süren ortak akıl, kolektif emek, dayanışma ve özenle gerçekleştirdiğimiz bilimsel, mesleki ve sosyal etkinlikler ile artan alan bilgimiz ve deneyimlerimiz muhataplarımız karşısında hegomonik bir üstünlüğe yol açarken, giderek artan uluslararası buluşmalarda mesleki politikalar ve mesleki eğitim süreçlerinde ortaya koyduğumuz yeni deneyimlerle yaptığımız katkı ve geleceğimizi sahiplenme temelli ortaya çıkardığımız büyük enerji öz güvenlerimizi artırıyordu. UEMO başkan ve yöneticilerinin kongrelerimize gelerek verdikleri destek UEMO üyeliğimizin gerçekleşmesine, İstanbul'da yapılan UEMO toplantısında genel pratisyenlik çalışmaları ve yürüttüğümüz mücadele ile ilgili görüşlerini hükümetlere ve kamuoyuna deklere ederek açık bir uluslararası dayanışma noktasına eviriliyordu.

Bizler yoğun bir motivasyon ve elde ettiğimiz hegomonik üstünlük ile bir taraftan meslektaşlarımızın sorunları, gereksinimleri, alanımızın bilgisi ve değerleri üzerinden tabip odalarında, TTB'de ve hekimlik ortamında etkili bir odak olarak ilişkilermizi, gücümüzü ve örgütlülüğümüzü geliştirmeye çalışırken bir taraftan da sağlıktaki dönüşüm programının yıkıcı, değersizleştirici, parçalayıcı ve tahripkar ilerlemesine karşı sağlık ve toplumsal ortamda mücadele yürütmeye devam ediyorduk.

AKP hükümeti 6 aylık acil eylem planı ile yeni dönem SDP hedefini ve programını açıkladığında biz gücümüzün farkında ve kendimize güvenimizin doruklarına yolculuğumuza devam ediyorduk. 2.000'leri aşan hekim katılımı ile yapılan pratisyen hekimlik kongreleri, yetişmekte zorlandığımız eğitici eğitimi istekleri, bir çok ilde tabip odalarını yöneten, çalışmaların yükünü kaldıran, GPE, TTB Pratisyen Hekimler Kolu (PHK), PHD merkezi ve yerel örgütlülüklerinin, spesifik kurul ve organların kadrolarını, aktivistlerini ve gönüllülerini oluşturan yüzlerce pratisyen hekim ve onlarca uzman dostlarımız. Yaptığımız işe ve haklılığımıza o denli güveniyorduk ki acil eylem planı hedefleri arasına SDP'nin yasal alt yapısını hazırlamayı koyan hükümetin Sağlık Bakanlığı yetkililerine programımızı ve tutumumuzu açıklamakta sakınca görmüyorduk. Ancak daha önce Yıldırım Aktuna döneminde Birinci Ulusal Sağlık Politikaları Kongresi'nde tanık olduğumuz çağırıldıkları kişi ve kurumların görüşlerini dinleyip kendi bildiklerini yapma yaklaşımlarına bu kez de “aile hekimliği danışma toplantılarında” tanık olduk. 1992'de yapılan onlarca kurumdan yüzlerce akademisyen ve uzmanın katkı ve katılımı ile dört gün süren toplantılarda alınan (örneğin benim de TTB adına bulunduğum “temel sağlık hizmetleri çalışma gurubunda” alınan ve toplantıya katılan Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürü ve diğer bürokratları dahil Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (AHUD) dışında herkesin imzası ile kabul edilen “ekip çalışması, entegre

ve kapsamlı hizmet sunumuna olanak tanımayan aile hekimliği/doktorluğu sistemi çağdıdır”) vb kararların yer aldığı onlarca rapor daha sonraki süreçlerde görmezlikten gelinecek, yok sayılacaktı. Aynı durum 1996’da Sağlık Bakanlığı “Aile Doktorluğu Danışma Kurulu” toplantılarında tekrarlanacak ve kendi çağdırdıkları kurulum öneri ve görüşlerini “biz kararımızı verdik, sizlerden beklentimiz bizim programımızın desteklenmesidir” ifadesini ısrarlı sorularımız karşısında ancak 3. ve 4. toplantıda söyleyeceklerdi.

2005-2007 yılları pratisyen hekim hareketi için oldukça hareketli, umutlu ve mücadelecı bir dönem oldu. 2004 Aile Hekimliği Pilot Yasası’ndan sonra 2005 yılında Düzce de başlayan uygulama ile birlikte salonlarda yürütölen mücadele alanlara taşacak, Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası (SES) başta olmak üzere diğör örgütler ve vatandaş katılımı ile Düzce, Edirne, Eskişehir, Denizli, Samsun ve İzmir de binlerce vatandaş ve sağlık çalışanının katılımı ile mitingler düzenleyerek, onlarca salon toplantısı, basın açıklamaları vb etkinliklerle önemli bir hekim direnci ve kamuoyu tepkisi ortaya çıkardık. Bu dönemde Sağlık Bakanlığı, sevk zincirinin işletilmemesi, isteyen hekime kayıt yaptırılması, 7 gün 24 saat hizmet, vatandaşın ayağına doktor vb. popölist söylemler ile vatandaş tepkisini önlemeye çalışmıştır.

Hekimlerin ve aile sağlığı elemanı olarak isimlendirilen ebe, hemşire ve diğör sağlık çalışanlarının kadrolarına istedikleri zaman geri dönebebilecekleri vurgusu, boş kalan, doldurulamayan pozisyonlara diğör illerden ve mecburi hizmetle yeni atamalar yapması, kira bedellerinin ve cari harcama belgelerinin istenmemesi yoluyla usulsüz ve fazladan ödemeler vb. yollar ile sözleşmeli çalışmayı cazip hale getirmiştir. Öte yandan sözleşmeli statüde çalışmayı seçmeyen meslektaşlarımıza yönelik tehdit, görevlendirme ve sürgün uygulamaları ile de korku ve yıldırma politikası uygulamıştır. Uygulamanın yaygınlaşarak devam etmesi, sistemin bilinen ve beklenen olumsuzlarının ötelenmesi ve aile sağlığı merkezlerinde (ASM) sözleşmeli pozisyonda çalışanların görevlendirme yoluyla çalışanlardan, toplum sağlığı merkezlerinde (TSM) çalışanlardan anlamlı şekilde daha yüksek ücret alması karşılıklı baskı ve kötü muamele, örselemeye varan davranışlar pratisyen hekim direncini zayıflatmaya başlamıştır.

Zamana yayılan pilot uygulama tepkilerinin ortaklaşmasını engellerken, sağlıkta dönüşümün diğör ayaklarında görünür ve etkili bir mücadelenin ortaya çıkmaması ve programın daha çok ile yayılması, aile hekimliğini seçmeyen meslektaşlarımızın karşılaştıkları mağduriyetler artarak devam ederken beklentileri karşılayabilecek tepkileri ortaya koyamamamız ve kaybetmenin yarattığı umutsuzluk ve duyulan öfke vb gelişmeler sonucu pratisyen hekimlerin direnci kırılmış ve İzmir’den sonra Adana geçişi ile birlikte bir dönemin sonuna gelinmiştir.

Geriye doğru baktığımızda ölkemizde genel pratisyenlerin kendileri, meslekleri ve hakları ile ilgilenmesinin yanı sıra “genel pratisyenlik” kavramının gelişmesi ve pratisyen hekim hareketine olduğu kadar birinci basamak ve Türkiye sağlık ortamına, TTB örgütsel iklimine ve yürütölen mücadeleye önemli etkileri olmuş, yaptıkları ve yapamadıkları ile hala tartışılmaya devam eden bir döneme damgasını vurmuşlardır; yıllarca sürececek bir yolculuğa çıktıklarının belki de o günlerde farkında bile olmadan.

Mesleğini, kendini ve dünyayı (mesleki) tanıma arayışı PHK kurulması (1989) ve 1990 yılındaki Birinci Pratisyen Hekimlik Kongresi ile başlayan pratisyen hekimler, “aile doktorluğunun” tüm ölkeye yaygınlaştığı 2011 Türkiye’inde hemen hiçbir temel sorunları çözölmeden, sağlıkta dönüşümün geçiş sürecinde ertelenen, ancak bilinen yapısal özellikleri ile karşımıza çıkan ve çıkacak pek çok soru ve sorunla



karşı karşıya olarak, artan sayı ortaklaşan mesleki pratik ve uzun süren mücadele deneyiminin bize kazandırdıkları ve ortaklaşan kaderler ile yeni bir kalkışmanın ve mücadelenin eşiğinde bulunuyoruz.

GPE ve PHD'nin kurulması, genel pratisyenlik ve mesleki tanımının yapılması ve programının oluşturulması, eğitici eğitimi programları ile yapılan yüzlerce eğitim ile pratisyen hekimlik alanında ileriye doğru yaratılan umut pratisyen hekimlerin mesleki kimliklerinin konuşulması ve oluşturulmasında bir ufuk açmıştı. Sağlıkta Dönüşüm Programı ve aile hekimliği pratisyen hekimliğin bastığı zemini kaydırarak bir duraksamaya yol açmıştır.

En kuvvetli olduğumuz bir durumda ve dönemde iktidarın küresel sermayenin finans ve yönetsel desteği ile gerçekleştirmeye çalıştığı dönüşüm programının gelmiş olduğu durum ve karşılaştığımız davranışlar bizi yılgınlığa sürükleyerek sendeletmiş olabilir. Ancak sistemin içine düştüğü kriz nedeniyle zayıfladığı, liberalizmin tilsimini ve etkisini yitirmeye başladığı bu günlerde bu sefer daha büyük bir güç ve kuvvetle ortaya çıkmaya başlamış sağlık çalışanları ordusunun bir neferi, aynı kaderi paylaştığımız müttefikimiz olan emek güçleri ve vatandaşlarla sağlık hakkı, emeğimiz, mesleğimiz ve geleceğimiz için daha büyük hedeflerle mücadeleye başlama zamanıdır.

Biliyoruz daha önce başardık, yine başarırız. 1993-2004 Dünya Bankası raporlarında, meclis kürsülerinde ve alanlarda, görev etkinliklerinde muhataplarımızın dikkatini çektik, yine çekeriz.

Daha bugünden sağlıkta dönüşümün bir bütün olarak ve parça parça yüzü eskimiş, cilası dökülmüştür. Önemli ölçüde vaatlerden oluşan kavramların içinin boş olduğu görülerek mesleki kimlik gereksinimlerini ve daha iyi ortam ve koşullarda hekimlik yapma beklentilerini karşılaması beklenen aile hekimliği meslektaşlarımızda mutsuzluk ve umutsuzluk etkisi yanında rekabet ve ticaretin örselediği mesleki değerlerin aşınması nedeniyle giderek artan bir öfke ortaya çıkarmıştır.

Türkiye sağlık ortamında ortaya çıkan Türk Tabipleri Birliği ve pratisyen hekimlik hareketinin karakteri son 30 yılda dünyada pek benzeri olmayan bir biçimde sağlık hakkı ve mesleki değerlerin çıkarların üstünde tutulduğu mesleğin, mesleki değerlerin ve mesleki geleceğin sağlık hakkına sahip çıkma mücadelesinin anlamını bulduğu en gerçekçi mücadele döneminin içine girmiş bulunmaktayız.

Emeği geçenlere teşekkürler.

# ÖZGÜN BİR ÇABA OLARAK TTB GENEL PRATİSYENLİK ENSTİTÜSÜ'NÜN SAĞLIK HİZMETLERİNİN SOSYALLEŞTİRİLMESİ İLE İLİŞKİSİ

**Doç. Dr. Özen AŞUT**

*TTB Genel Pratisyenlik Enstitüsü Yönetim Kurulu Başkanı*

Sosyalleştirme ve TTB Genel Pratisyenlik Enstitüsü, yakın sayılabilecek sağlık tarihemizin birbiriyle ilişkili iki önemli olgusu. Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesini ya da toplumsallaştırılmasını öngören “224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine İlişkin Yasa” öncelikle birinci basamak sağlık örgütlenmesine yeni bir açılım getiriyordu. Sosyalleştirme yarattığı birikimin üzerine geliştirilen Genel Pratisyenlik Enstitüsü (GPE) deneyimi ise, sosyalleştirme yasasından tam 37 yıl sonra sosyalleştirilmiş birinci basamak sisteminde çalışacak hekim insan gücünü yetiştirmeye ve yetkinleştirmeye yönelik bir eğitim kurumu öngörüsüyle yaşama geçirilmişti.

## **Birinci Basamak Sağlık Hizmeti ve Genel Pratisyenlik Kavramı**

Birinci basamak sağlık hizmeti hekime ilk başvuru yeridir. Doğru bir ulusal sağlık politikası, birinci basamak sağlık örgütlenmesine önem ve öncelik vermelidir. Çünkü toplumun sağlık sorunlarının yaklaşık yüzde 80-90'lık bir bölümü, bu düzeyde çözüme ulaşabilmektedir. Söz konusu birimde çalışan genel pratisyen, bireyin yalnızca hastalıkları ile değil, yaşamının her döneminde sağlığının her aşaması ile ilgili olan hekimdir. Genel pratisyen ayrıca insanın sağlığını etkileyen tüm etmenler konusunda bilgi sahibi olmak ve özellikle olumsuz sonuçlara yol açan öğelerle baş etmek durumundadır. Genel pratisyen, hastaları iyileştirmenin ve acılarını dindirmenin yanı sıra, sorumlu olduğu bireylerin sağlığını korumak ve geliştirmekle de yükümlüdür. Bu nedenle, genel pratisyenlik yaş, cins, organ, sistem, hastalık, sosyoekonomik durum ayrımı yapmaksızın, sorumlu olduğu nüfusun her bireyini çevresiyle ve toplumuyla bütünsellik içinde ele alıp, sağlık sorunlarına çok yönlü çözüm getirmeyi amaçlayan, kapsamlı bilgi ve beceriler gerektiren tıp disiplini diye tanımlanabilir. Genel pratisyenlik, insanı tüm özellikleriyle kavrayıp sağlık sorunlarına çözüm arayan yaklaşımı nedeniyle, bir anlamda öbür tıp disiplinlerine yol gösteren temel tıp meslek alanıdır.

Bu özellikleri ve geniş kapsamı nedeniyle, genel pratisyenlik tüm gelişmiş ülkelerde tıp eğitiminden sonra belirli bir süre meslek eğitimi gerektirmektedir. Bu eğitimin süresi, Avrupa Birliği ülkelerinde en az iki yıl olarak uygulamaya konmuştur. Kimi ülkelerde süreler çok daha uzundur. Genel pratisyenlik meslek eğitimi, çok yönlü bir çalışma gerektirdiğinden, eğitim stratejileri de bu nitelikte olmak zorundadır. Eğitimin uygulamalı bölümü genellikle yüz yüze ya da küçük grup eğitimleri biçiminde uygulanmaktadır. Eğitime yön verenler sıklıkla eğitici kolaylaştırıcılarla birlikte eğitim alanların kendileridir. Eğitimi alan hekimler için, portfolyo öğrenimine yönelik çeşitli eğitim materyali geliştirilmektedir.

## Genel Pratisyenlik Meslek Eğitimi Uygulama Örnekleri

Dünya genel pratisyenler örgütü Dünya Genel Pratisyenler/Aile Hekimleri Birliği'nin (WONCA) Avrupa Kolu *WONCA Europe*, "Genel Pratisyenlik/Aile Hekimliği" başlıklı yönergesinde, genel pratisyenliği şöyle tanımlıyor: "Genel pratisyenlik/aile hekimliği kendi eğitim içeriği, araştırma ve klinik etkinlikleri olan, birinci basamak sağlık hizmetine yönelik akademik ve bilimsel tıp disiplini ve klinik uzmanlık alanıdır." Yönergeye göre disiplinin özellikleri şöyledir:

- Sağlık sisteminde ilk tıbbi temas noktası olarak açık ve sınırsız ulaşılabilirlik sağlayarak kişinin değişik özelliklerine bakmaksızın, her çeşit sağlık sorunuyla ilgilenir.
- Birinci basamaktaki başka meslek üyeleri ve diğer uzmanlıklarla çalışarak hizmetin eşgüdümünü gerçekleştirir ve böylece kaynakların etkili kullanımını sağlar; gerektiğinde hasta için savunuculuk rolü üstlenir.
- Kişiye, ailesine ve topluma yönelik birey merkezli yaklaşım geliştirir.
- Etkili hasta ve hekim iletişimi ile hastanın gereksinimlerine uygun uzun dönemli ilişki sağlar.
- Hastalıkların prevalans ve insidanslarına uygun karar süreçleri geliştirir.
- Erken dönemde, akut ya da kronik sorunlarla baş etmeyi bilir.
- Uygun ve etkili girişimlerle sağlığı geliştirme işlevini yerine getirir.
- Toplum sağlığında özel sorumluluğu vardır.
- Sağlık sorunlarının fiziksel, psikolojik, sosyal, kültürel ve varoluşsal boyutlarıyla uğraşır (1).

Bu özellikler, genel pratisyen için altı çekirdek yetkinlik gerektirmektedir: Birinci basamak yönetimi, birey merkezli bakım, özgün sorun çözme becerileri, kapsamlı yaklaşım, toplumsal yönelim, bütüncül yaklaşım. Bu becerilerin uygulanması için, kişi merkezli bir bilimsel disiplin olmanın gereği olarak, üç özellik daha zorunludur: Kendi işini, çalıştığı çevreyi, toplumu, kültürü ve finansal çerçeveyi bilmek; mesleksi yetenekler, değerler ve tıp etiği çerçevesinde uygun davranışlar içinde olmak; eleştirel ve araştırmaya dayalı yaklaşımı benimsemek ve bunu sürekli öğrenme ve niteliksel gelişme ile sürdürmek (1).

AB Direktifi 93/16, genel pratisyenlik meslek eğitimi için minimum iki yıllık eğitim süresi tanımlar ve bunun en az altı ayının birinci basamakta olmasını ister. Bu süre bazı ülkelerde üç yıl ya da üstündedir. UEMO'nun genel pratisyenlik eğitimiyle ilgili 1994 Uzlaşma Belgesi sürenin en az üç yıl olmasını ve yarısının birinci basamakta genel pratisyenlik yaparak geçmesini gerektirir. Tıp Eğitimi Danışma Kurulu (ACMT) Avrupa Genel Pratisyenler Birliği'nin (UEMO) görüşlerini kabul etti ve Avrupa Komisyonu'na Direktif'i bu doğrultuda düzeltmek ve genel pratisyenliğin her düzeyde eğitimcilerinin genel pratisyen olması için öneride bulundu. Ancak bu öneriler henüz Avrupa Komisyonu tarafından kabul edilmedi (1).

Avrupa'da ve diğer gelişmiş ülkelerde meslek eğitiminden genel pratisyenlerin uzmanlık kuruluşları sorumludur. Örneğin, Avustralya'da "Royal Australian College of General Practitioners - The RACGP" genel pratisyenlik eğitiminin standartlarının geliştirilip sürdürülmesi görevini üstlenmiştir. Avustralya devleti de, bir genel pratisyenin ülkede çalışabilmek için bu standartları içeren eğitimi almış

olmasını gerekli koşul olarak kabul etmiştir. Genel pratisyenlik meslek eğitimi standartları (2005) RACGP Ulusal Eğitim Komitesi tarafından birçok veriyi ve değişik tarafları dikkate alarak hazırlanmıştır. Bu standartlar, hem asgari koşulları ve eğitim hedeflerini, hem de eğiticiler, eğitim yerleri, programlar için standartları içermektedir (2).

Benzer koşullar Yeni Zelanda için de geçerlidir. Bu ülkede de genel pratisyenlik uzmanlık kuruluşu (RNZCGP) eğitimden sorumludur. Eğitimin programları kapsamlı ve entegre yaklaşımla ele alınmakta; öğrenci merkezli, kanıta ve uygulamaya dayalı, eğitimi öğrencinin yönlendirdiği süreçler içermektedir. Çok yoğun olan eğitimin üçüncü yılında, eğitimin bütünleyici bileşenlerinin uygulamaya konması ve birinci basamak mekânlarında bire bir eğitime dayalı olması, günlük seminer ve atölye çalışmalarının yapılması söz konusudur. Eğitim alanlar hem kendi kendilerini değerlendirir; hem de yapılandırılmış akran grup oturumlarında akranları tarafından değerlendirilirler. Öğrenciler yeterli konsültan desteği alarak, uzmanlık derneğinin zorunlu koşullarını karşılamış olurlar. Programlar özel gereksinimleri karşılamak üzere yeterince esnekler. Multidisipliner ekibin üyesi olarak çalışma konusunda ve toplum sağlığını geliştirmek üzere deneyim sağlarlar. Kırsal nüfusa etkili temel sağlık hizmeti sağlama konusunda çalışmalar içerir. Hekimler, maliyet/yarar bakımından uygun hizmet ve sevk konularında deneyim kazanır. Öğrenci performansı belirli aralıklarla değerlendirilir. Eğitim programının öğrenim hedefleri, genel pratisyenlik felsefesine uygun olarak dört başlık altında toparlanmıştır:

### **Genel pratisyenliğin alanları**

- Konsültasyon becerileri
- Meslek içi ilişkiler
- Toplum sağlığı içeriği
- Mesleki ve etik rol
- Yasal ve yönetsel işler

### **Hastalık durumları**

- Akut ve travmatik
- Kronik
- Ruh sağlığı -madde bağımlılığı dahil
- Çevre hastanelerinde hasta bakımı

### **Büyüme ve gelişim dönemleri**

- Bebek, çocuk ve ergenler
- Erişkin kadın
- Erişkin erkek
- Yaşlılar

### **Hükümet ve RNZCGP sağlık öncelikleri**

- Yaşlı bakımı
- Çocuk sağlığı
- Çevre sağlığı
- Ruh sağlığı
- Kırsal sağlık (3).

Benzer bir program İngiltere’de de geçerlidir. Bu ülkede genel pratisyenlik eğitiminin daha kısa (üç yıl) olmasına karşılık, eğitimin maliyetinin yılda 30 bin sterline ulaştığı bildirilmektedir (4).

Türkiye’de birinci basamak sağlık örgütünün kuruluşu, temel sağlık hizmetinin ilk uluslararası belgesi olan Alma-Ata Bildirgesi’nden çok önce gerçekleşmişti. Dünyada sağlık örgütlenmesinin en akılcı biçimi henüz tartışma aşamasındayken, “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine İlişkin Yasa” Profesör Dr. Nusret Fişek’in önderliğinde 1961 yılında hazırlanıp kabul edilmiş, 1963’te de yürürlüğe girmişti. Böylece ülkenin Doğu ve Güneydoğu illerinde, sosyalleştirmenin temelini oluşturan ilk sağlık ocakları kurulmuştu. Süreç içinde sayıları artan, ülkenin dört bir yanında yaygın bir ağ biçiminde birinci basamak sağlık hizmetinin temelini oluşturan ocaklarımız, yaşanan tüm olumsuzluklara karşın uzun yıllar ayakta kalabilmişlerdi. Bu başarıda hiç kuşkusuz, sağlık ocaklarında özveriyle hizmet veren pratisyen hekimlerin önemli payı olmuştu. O yıllara bakıldığında, ülkemizi yönetme savında olanların, sağlık hizmetleri açısından hiç de iyi bir sınav veremedikleri görülmektedir. Sağlık ocakları destekten yoksun bırakılmış; böylece tüm yük bu birimlerde çalışanların omuzlarına yıkılmıştır.

Ülkemizde genel pratisyenlik meslek eğitimi çalışmaları da, sosyalleştirme gibi ülke örnekleri henüz yeni uygulamaya başlamışken tartışılmaya başlamış, dünya deneyiminden yararlanılarak belki de o günlerin en kapsamlı programı Türk Tabipleri Birliği çatısı altında ülkemizde geliştirilmişti. Yeni Zelanda’nın 2006 yılına ait yönergesinde belirtilenden daha kapsamlı bir program 1998-2000 yıllarında TTB ortamlarında geliştirilerek sağlık ocaklarında çalışan hekimlere uygulanmaya başlamıştı.

### **Türk Tabipleri Birliği Genel Pratisyenlik Enstitüsü (GPE)**

GPE kuruluş çalışmalarını o yıllarda şöyle anlatmıştık:

*“Pratisyen hekimlik yapan hekim sayısındaki artış, nesnel olarak birinci basamak sağlık hizmetinin ve pratisyen hekimliğin tartışılmaya başlamasıyla sonuçlanmıştır. 1980’lerin son yıllarında ve 1990’larda, özellikle Türk Tabipleri Birliği (TTB) örgütsel yapısı içinde bir araya gelen pratisyen hekimler, pratisyen hekimlik eğitimi alanında başarılı olmuş ülke örneklerini inceleyerek ve ülkemizin var olan bilgi birikimini özümseyerek, Türkiye’ye uygun bir pratisyen hekim eğitimi somutlaştırma çabasına girişmişlerdir. Bugün, söz konusu çabalar olgunlaşmış ve bir kurumlaşma gereksinimi doğmuştur. Kısaca belirtmek gerekirse, günümüzde Türkiye’de halk sağlığına katkıda bulunabilecek girişimlerin başında birinci basamakta hizmet veren pratisyen hekimlerin eğitimi gelmektedir ve bunu gerçekleştirmenin olmazsa olmaz koşulu da kurumlaşmadır.” (5)*

Kurumlaşma sürecini ise GPE’nin ilk yılında şöyle değerlendirmiştik:

*“TTB’de genel pratisyenlerin meslek eğitimi konusunda yaptığı çalışmalar, 1996 yılında yapılan 44. TTB Büyük Kongresi’nde mesleki eğitimini düzenlemek ve örgütlemek amacıyla bir enstitü kurma kararıyla sonuçlanmıştır. Bu karar gereği Türk Tabipleri Birliği, 6023 sayılı Yasa’nın kendisine verdiği yetkiye dayanarak, Genel Pratisyenlik Enstitüsü kurma girişimini başlatmış ve çeşitli aşamalardan sonra 1998 Temmuz’unda TTB Genel Pratisyenlik Enstitüsü kurulmuştur. Enstitü kurulları, şu sıralar genel pratisyenlik meslek eğitiminin programlarını hazırlamaktadırlar (...).*

Enstitü'nün geçiş döneminde, genel pratisyenlik eğitiminin ana hedefi birinci basamak sağlık örgütünde çalışan 20 bin hekime gönüllülük temelinde bir program gerçekleştirmek olacaktır. Bu programın sonunda, eğitim alan hekimlere sertifika verilecek, bu hekimlerden bir bölümü genel pratisyenlik eğiticisi niteliği kazanacaktır. Ancak, genel pratisyenlik meslek eğitiminin her aşaması, pratisyen hekimlerin katılımlarıyla varılacak kararlara göre belirlenecektir. Her aşamada, belirli ölçütlere uygun ve istekli hekimlerin eğitime katılabilmesi için çaba harcanacaktır.

Genel pratisyenlik meslek eğitiminin planlanması ve bir Enstitü çatısı altında kurumlaşması, hiç kuşkusuz, günümüz Türkiye'sinde, insanımızın sağlık sektöründe her gün yaşadığı bunalımdan çıkışı sağlayacak önemli bir başlangıç olacaktır. Böylesi bir eğitim örgütlenmesi sonucunda, birinci basamak sağlık örgütü ve bu örgütlenme içinde çalışacak pratisyen hekimler, sağlık sisteminin yükünü büyük ölçüde hafifleterek her birimin asıl işlevini yapmasına olanak sağlayacaklardır. Kuşkusuz, eğitimin örgütlenmesi ile birlikte, sağlık ocaklarımızın, birinci basamak sağlık hizmetinin gerekli kıldığı tüm donanımla desteklenmesi, hizmetin yürütülebilmesi ve başarılı olabilmesi açısından bir zorunluluktur.

Sağlık sisteminin verimini artırmanın yanı sıra, kurumsal bir genel pratisyenlik mesleki eğitiminin, pratisyen hekimlere hak ettikleri kimi kazanımları sağlamaya yönelik katkıları olacaktır. TTB, eğitimi belgelendirerek, pratisyen hekimlerin ekonomik ve akademik yeni haklar elde etmeleri için çaba gösterecektir.” (6)

Genel Pratisyenlik Enstitüsü'nün işlevi, bu aşamada mezuniyet sonrası genel pratisyenlik meslek eğitimi ve sürekli eğitim olarak belirlenmiştir. Ancak bu sürecin başarısının, mezuniyet öncesi tıp eğitimiyle yakından ilişkili olacağı açıktır. Bu nedenle, tıp fakültelerinde genel pratisyenlik yaklaşım ve ilkelerine yeterince yer verilmesi, zaman içinde “Genel Pratisyenlik Bölümleri” kurulması önerilmiştir.

Enstitü'nün hedef kitlesi birinci basamak sağlık hizmeti veren tüm pratisyen hekimler, genel işlevi pratisyen hekimliğe yönelik mezuniyet sonrası uzmanlık eğitimi ve sürekli tıp eğitimi olacaktır. Ancak, gerekli yasal/yönetimsel değişiklikler yapıncaya dek Enstitü, sosyalleştirme kapsamındaki sağlık ocaklarında çalışmakta olan kamu hekimlerine yönelik sürekli tıp eğitimini (STE) planlamayı hedeflemiştir. STE'ye katılanlara, eğitimlerin sonunda TTB tarafından sertifika verilmesi öngörülmüştür.

İlk eğitici eğitimlerinin yapıldığı 1998'den başlayarak, yoğun bir eğitim dönemine giren GPE, ilk yıllarda öncelikle eğitici eğitiminin programlarını hazırlamak amacıyla toplantılar yaptı. Daha sonra bu programlar modüler eğitim biçiminde uygulamaya kondu. Bu eğitim süreciyle ilgili 2000 yılında yaptığımız değerlendirmede şu saptamaları yapmış ve TTB'nin sorumluluğuna dikkat çekmiştik:

“Türk Tabipleri Birliği yapısı içindeki 10 yıllık bir çalışma ve emek sürecinin ürünü olan GPE, Temmuz 1998'de kuruluşundan bu yana kurumlaşma çabalarını aralıksız sürdürmüştür. Tümüyle demokratik bir işleyişe ve gönüllü emeğe dayalı bir proje olması, Enstitü çalışmalarını canlı ve coşkulu kılmakla birlikte, amatör çabalar kimi eksiklikleri de birlikte getirmektedir.

GPE'nin önümüzdeki dönem hedefleri, eğitim modüllerinin oluşturulması, tanımlanan eğiticilerin yetiştirilmesi ve bölge kurullarının örgütlenerek çalışmaların yaygınlaştırılmasıdır. Genel pratisyenlik meslek eğitimi süreci ağırlıkla birinci basamak örgütünden geçeceğinden, eğitim ortamının kesin ve net çizgilerle

tanımlanması ve Sağlık Bakanlığı ile ilgili diğer kuruluşların sorumluluklarının belirlenerek gerekli düzenlemelerin yapılması öngörülmektedir. GPE'nin bu amaçla hazırladığı protokolün tartışılması bir başlangıç olabilir.

Tüm güçlülere karşın, TTB GPE çalışmaları yeni katkılar ve katılımlarla sürmektedir. Önümüzdeki yakın süreçte, genel pratisyenlik meslek eğitiminin tüm modülleri son biçimine getirilecek, öngörülen sayıda eğitici pratisyenin amaca yönelik olarak hızla yetiştirilmesi için yoğun bir çalışma yürütülecektir.

GPE, TTB'nin somut bir sorunu çözmek için adım atıp sonuç almaya yöneldiği önemli bir projesi olacaktır. Bu çalışmanın amacına ulaşması ve GPE'nin kurumlaşması, TTB'nin örgütlenmesine de önemli katkıda bulunacaktır. GPE aynı zamanda ülkemizin birinci basamak sağlık hizmetinde köklü ve kalıcı bir etki sağlayarak, sağlık ortamına doğrudan girişimde bulunmak anlamını taşıyacaktır. GPE herkesi ilgilendiren ve herkesin katkısını gerektiren çok yönlü bir çalışma olmalıdır. Bu nedenle, her düzeyde TTB yöneticilerine önümüzdeki dönemde GPE çalışmalarını destekleme konusunda görev ve sorumluluk düşmektedir.”\*

O yıllarda Türkiye’de, sağlık sistemine yıllardır damgasını vuran dağınıklık ve çözümsüzlük sürüyordu. Eğitim amaçlı gereksiz projeler ve başka girişimler zaman zaman çok pahalıya mal oluyor, hatta bazen gelecek kuşaklara bırakılan uzun dönemli borçlarla sonuçlanıyordu. Özellikle Sağlık Bakanlığı sistemi içinde çalışan pratisyen hekimlere yönelik birçok eğitim etkinliği yapıyordu. Ancak bu programlar ne ülke düzeyinde yaygın, ne kalıcı, ne kapsayıcı, ne de çağın eğitim ilke ve tekniklerine yeterince uygun özellikteydi. Ayrıca program ne denli iyi olursa olsun, eğitilen personel görev yerine döndüğünde, edindiği deneyimleri işe aktarabilmesinin koşulları son derece kısıtlıydı.

İşte böyle bir ortamda, Türk Tabipleri Birliği sağlık alanındaki çözümsüzlüğe bir anahtar sunuyordu: Birinci basamak sağlık hizmetine önem ve öncelik verilmesi, başta hekimler olmak üzere, bu hizmete uygun sağlık insan gücü yetiştirilmesi. Dünyada bu alandaki başarının pek çok örneği vardı. Aslında Türkiye birçok ülkeden ve Dünya Sağlık Örgütü’nün benimsemesinden daha önce, birinci basamak sağlık hizmetine dayalı bir örgütlenmeyi gerçekleştirmiş olmasına karşın, ne yazık ki sistemi işletememiş ve sonuçta herkes gibi hekimler de ikinci basamak hizmete, başka bir deyişle, uzmanlığa yönelmişlerdi. Ancak süreç içinde, uzmanlık olanaklarının kısıtlılığı nedeniyle pratisyen hekimlerin sayısındaki hızlı artış, nesnel olarak birinci basamağın yeniden tartışılmaya başlamasını sağlamıştı.

Bu süreçte, tabandan örgütlenen ve bireysel deneyimlerin üst üste gelerek toplu birikime dönüştüğü çeşitli ve verimli etkinlikler düzenlendi, ürünler geliştirildi. Bu ürünlerin başında, dünyanın belli başlı ülkelerinin “genel pratisyenlik meslek eğitimi çalışmaları”nın incelenmesiyle ortaya konan yayınlar vardı. Etkinlikler arasında ise, 1995’te Bolu’da yapılan grup çalışmalarının, daha sonra Genel Pratisyenlik Enstitüsü’nün yapılandırılmasında ve mesleki eğitimin biçimlendirilmesinde belirleyici payı oldu.

Genel Pratisyenlik Enstitüsü, tüm çalışma sürecinde Sağlık Bakanlığı ve üniversiteler ile yakın işbirliğini öngörmekteydi. Bu doğrultuda, Yönetim Kurulu’nda Sağlık Bakanlığı’nın iki temsilcisi ve üniversite temsilcileri yer almaktaydı. Tüm eğitim programlarının her aşamasında değişik tıp fakülteleri ile işbirliği yapılmaktaydı.

\* Türk Tabipleri Birliği Genel Pratisyenlik Enstitüsü Çalışmaları (1998-2000). Hekimden Hekime, Sonbahar 2000.

## Genel Pratisyenlik Enstitüsü Meslek Eğitimi Programı

Dünya Sağlık Örgütü'nün Alma-Ata Konferansı'nın 20. yıldönümü nedeniyle 1998 yılında Almatı'da düzenlediği toplantıda, 1978 yılında Dünya Sağlık Örgütü Genel Direktörü olan Dr. Halfdan Mahler de bir konuşma yapmıştı. Dr. Mahler konuşmasını şu sözlerle bitirmişti:

*“Temel sağlık hizmetinin yarın ve daha sonra da herkesin işi olduğunu kavratmak için siyasal, toplumsal, düşünsel ve duygusal enerjiler üretmeliyiz. Goethe, ‘Başlangıçta eylem vardı’ demişti. Sonunda, en sonunda bu eylem için hazır mıyız?”* Artık Türkiye’de de genel pratisyenlik için, temel sağlık hizmeti için eylem zamanıydı.

GPE genel pratisyenlik meslek eğitimi çalışmaları, o sıralarda geçerli olan uluslararası programlara koşut biçimde geliştirildi ve yürütüldü. GPE'nin meslek eğitimi programı, Avrupa'nın değişik ülkelerinde uygulanmakta olan özgün genel pratisyenlik programlarının maksimum içeriğine uygun düzeyde geliştirildi. Bu nedenle, daha önce ülkemizde uygulanmış ya da uygulanmakta olan birinci basamakta çalışacak hekim insan gücü eğitimine yönelik programlardan esinlenmiş olmakla birlikte, onlardan çok farklıydı. GPE'nin oldukça kapsamlı ve nitelikli eğitimini planlayıp uygulama aşamasına geçirmek için eğitimin amaç ve öğrenim hedeflerini belirlemek üzere iki atölye çalışması gerçekleştirildi. Temel ve klinik modüller başlıkları altında toplam 16 modülden oluşan eğitim programının, eğitim koordinatörleri ve genel pratisyenler için farklı özellikleri olacağı gibi, uzun yıllardır pratisyen hekimlik yapan meslektaşlarımıza uygulanacak eğitimle, yeni hekim eğitiminin süre ve kapsam yönünden oldukça değişik olması doğaldı.

Türkiye'deki genel pratisyenlik eğitiminin bir başka özelliği, tümüyle ülke kaynaklarından ve ulusal insan gücünden yararlanmasıydı. Avrupa'da genel pratisyenlik eğitimine yeni başlamakta olan ülkelere, özellikle genel pratisyen eğiticilerin yetiştirilmesi aşamasında yurtdışı olanaklarından ve dış finans kaynaklarından yararlanıldığı görülmekteydi. Oysa GPE'nin çalışmaları yok denebilecek ölçüde sınırlı devlet desteğiyle, pratisyen hekimlerin ve meslek örgütünün öz gücüne dayalı olarak geliştirildi.

GPE deneyiminin başka özgün özellikleri, eğitim sürecinde uygulanan ilkelerin, eğitim programlarının oluşturulmasında ve kurumlaşmada da geçerli oluşuydu. Demokratiklik, katılımcılık, açıklık, içtenlik, gönüllülük. Kuruluşunun beşinci yılında, ülkenin değişik yerlerinden yaklaşık 242 pratisyen hekim “Temel Modüller” eğitim programına katılarak GPE eğitim olanaklarından yararlanmıştı. Yedi il merkezi ilk aşamadaki eğitim bölgeleri olarak saptanmış, bu bölgelerde yerel GPE örgütlenmeleri ve eğitim programları başlatılmıştı.\*

## GPE Eğitiminin Niteliği ve Sosyalleştirme ile Ayrılmaz Bağı

TTB'nin temel sağlık anlayışına dayalı GPE meslek eğitimi, birinci basamak sağlık hizmetini bir kamu görevi olarak ele alan ve sağlık ocaklarından yürütülen birinci basamak sağlık hizmetinin niteliğini yükseltmeye yönelik bir eğitimdi. Birinci basamak sağlık hizmetinin, sağlık sisteminin omurgasını oluşturmanın yanı sıra, temel sağlık hizmeti anlayışına dayalı olarak kamu eliyle ücretsiz verilmesi ana ilkedir. Başka bir deyişle, çağdaş anlayışa uygun olarak eşit, kapsamlı ve bütüncül bir sağlık hizmeti amaçlanmaktadır. Bu yaklaşım, aynı zamanda ekip hizmetini,

\* Pratisyen hekimlik eğitiminde özgün bir model: TTB Genel Pratisyenlik Enstitüsü. Genel Genel Pratisyenlik Mesleki Eğitimi Temel Modüller Eğitim Programı. Ankara: Türk Tabipleri Birliği; 2003.



toplum katılımını, koruyucu ve geliştirici hizmetlere öncelik vermeyi, eşitsizliklerle savaşmayı ve bütün bunları tıbbın elverdiği en üst düzeyde, nitelikli biçimde gerçekleştirmeyi gerekli kılıyor. Halktan sigorta, döner sermaye vb. adı altında ek vergiler, primler istemek, hizmeti özelleştirmek açıklanan sağlık hizmeti felsefesiyle tümüyle çelişen uygulamalardır. Sekizinci Pratisyen Hekimlik Kongresi'nde sağlık ocaklarının GPE eğitimiyle ilişkisi somutlaştırılarak dile getirilmiştir:

*“Biz, hazırladığımız meslek eğitimi ve sürekli eğitim programlarıyla, gerekli nitelikleri taşıyan hekimlerin sayısını artırmaya ve topluma verilen hizmette bir standart sağlamaya çalışıyoruz. Bu amaca ulaşmada insan gücümüz, tüm pratisyen hekimlerdir; eğitim ve hizmet ortamımız ise sağlık ocaklarıdır. 40 yılı aşkın bir süredir tüm engellemelere göğüs gererek ayakta kalmayı başarmış olan sağlık ocakları kalelerimizdir. Sağlık ocaklarına sahip çıkacağız. Sağlık ocakları, bizim üniversitelerimizdir. Genel pratisyenlerden oluşan eğiticilerimiz, meslek eğitimimizi ülkenin her yerindeki sağlık ocaklarında gerçekleştireceklerdir.”\**

Birinci basamağın özelleştirilmesini hedefleyen aile hekimliği uygulaması bu nedenle bu eğitimle bağdaşmamaktaydı. Bu bağlamda, 2005'te bu duruma dikkat çekmiştik:

*“GPE çalışmaları ve eğitimlerimiz, kamu hizmeti niteliğine dayalı birinci basamak hizmeti anlayışıyla sürmektedir. Aile hekimliği alanındaki gelişmelerin GPE programını etkilemesi söz konusu değildir. Kararlı eğiticileri ile GPE yoluna devam edecektir.”\*\**

Ancak çabalar sonuç vermemiş, birinci basamağı sosyalleştirmeden, kamudan koparma, sağlık ocaklarına el koyma girişimleri ülkenin diğer kaynaklarının yok edilmesine koşut biçimde sürdürülmüştür. Onuncu Kongre'de kaçınılmaz sonun ipuçları dile getirilmiştir:

*“İlk Pratisyen Hekimlik Kongresi'nin üzerinden geçen 15 yıl, pratisyen hekimlere önemli deneyimler kazandırdı ve bu süreçte elde ettiğimiz birikimler bize yol gösterdi. Bugün meslek eğitimimizi düzenleyen bir Enstitümüz, gün geçtikçe gelişen ve uluslararası ilişkileri de olan bir uzmanlık derneğimiz ve TTB içinde pratisyen hekimlerin örgütlenmesi için çaba gösteren bir Kolumuz var. Ülkemizin dört bir yanında çalışan, tek başına bile olsa hizmet sunmak, yaşam kurtarmak ve iyi pratisyenlik yapmak için çabalayan pratisyen hekimlerimiz var.*

*Onuncu Kongre'mizde, yani 2005 yılının Kongresi'nde bunları anımsıyor ve hüzünleniyoruz. Çünkü tüm çabalara, tüm karşı duruşumuza karşın, sağlık alanında, tek bir sözcükle özetlemek gerekirse 'özelleştirme' adımları gündemdeki yerini koruyor. Bir yandan Düzce'de aile hekimliği adı altında birinci basamak hekimini yalnızlaştırma ve yabancılaştırmaya yönelik girişimler sürerken, bir yandan da sağlık ocaklarını temel işlevlerinden koparmayı, ocak hekimini performans sınırlarına hapsedmeyi hedefleyen uygulamalar var. Oysa temel sağlık hizmeti kavramı ve birinci basamak sağlık hizmeti, böyle sınırlara sığmayacak denli geniş ve kapsamlı uygulama alanlarıdır. Halen ülkemizde en yaygın sağlık örgütlenmesi olan sağlık ocakları yerine aile hekimliği sistemini kurmaya çalışmak, her tür değerlendirmenin ve önyargının ötesinde, nesnel ölçekte akılcı olmayan bir yaklaşımdır.”\*\*\**

\* Özen Aşut. Sekizinci Pratisyen Hekimlik Kongresi açılış konuşması. Ekim 2003.

\*\* Genel pratisyenlik geçiş dönemi eğitim programı. Tıp Dünyası, 15 Mart 2005.

\*\*\* Özen Aşut. Onuncu Pratisyen Hekimlik Kongresi açılış konuşması. 9 Kasım 2005, Antalya.

GPE'nin 2006 yılında düzenlenen İkinci Genel Kurulu'nda ise, özellikle eğitici eğitiminin belli bir noktaya ulaşması sağlanmış, geçiş dönemi "alan eğitimi" belirli bir aşamaya gelmiş ve GPE pratisyen hekimlik meslek eğitiminde yerini almıştı. Durum Genel Kurul'da şöyle dile getirilmişti:

*"Tüm çalışmaların sonucunda, bugün yaklaşık 170 pratisyen arkadaşımız GPE'nin temel eğitim bölümünü tamamlamıştır. Eğitici eğitimi programımızla buluşan hekim sayısı 300'e yaklaşmıştır. Geçiş dönemi eğitim programı (GDEP), GPE'nin 10 bölgesinin sekizinde başlamıştır. Bu eğitimlerin başlamasının en önemli işlevi, programımızı pratisyen hekimlerle buluşturmak, programın denenerek uygulama aşamasında ortaya çıkabilecek sorunları saptamak olmuştur. Gerçekleştirilmiş olan eğitim etkinliklerimiz bu doğrultuda önemli katkı sağladı. Eğitim uygulamalarımız, hem elde ettiğimiz deneyimler, hem de tıptaki güncel gelişmeler ışığında değiştirilerek güçlendirildi ve amaca daha uygun bir düzeye ulaştırıldı. Böylece eğitim programlarımızın uygulanabilirliği, alanda sınanmış oldu. GDEP sürecinde eğitici genel pratisyenlerimiz de önemli bir ivme kazanarak eğiticilik deneyimlerini artırdılar."\**

Ancak pilot uygulamalarla başlayan aile hekimliği süreci, sonunda sağlık ocaklarının sonunu getirdi. Sağlık ocakları GPE eğitiminin eğitim mekânları olduğundan, bu durumda eğitim uygulamaları yabancı yerlerde sürdürülmek durumunda kalındı. Geride bıraktığımız birkaç yıl içinde GPE, tabip odaları işbirliğiyle geçiş dönemi eğitim programlarını sürdürdü. Ankara ve İstanbul eğitim grupları, genel pratisyenlik meslek eğitiminin tüm modüllerini bitirme aşamasına gelmişken, diğer eğitim bölgelerinde eğitimler çeşitli nedenlerle sürdürülemedi.

Eğitimlerin iki bölge dışında bırakılmış olmasının öznel ve nesnel pek çok nedeni vardır. Ancak gerekçeleri ne olursa olsun, GDEP'nin bölgelerde sürdürülemediği olması TTb açısından önemli bir sorun ve irdelenmeyi bekleyen bir başarısızlıktır.

### **Aile Hekimliği Eğitimi**

Genel pratisyenliği ilk kez tanımlayan Leeuwenhorst grubu "Avrupa'da Genel Pratisyen" başlıklı bildirisini açıkladığında yıl 1974, genel pratisyenlik/aile hekimliği özellikle eğitim ve araştırma yönünden bir disiplin olarak çocukluk dönemindeydi. Aradan geçen 30 yılı aşkın sürede, dünyada en çok değişim sağlık alanında yaşandı. Süreç içinde genel pratisyenlik Avrupa'daki tüm sağlık sistemlerinde yerini aldı ve önemi gittikçe daha iyi anlaşıldı. Bu durum 1998'de Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Ofisi tarafından bir kez daha vurgulandı. Genel pratisyenlik meslek eğitimi de birinci basamağa koşut bir gelişim gösterdi (1).

Türkiye'de ise, 2000'li yıllarda çağdaş ilkelere uygun bir sistem olan sosyalleştirme tasfiye edilip, yerine Avrupa'da uygulandığı ülkelerde sakıncaları saptanarak reforme edilmeye çalışılan sisteme benzer bir uygulama getirildi. Birinci basamağa hekim insan gücü sağlamaya yönelik genel pratisyenlik meslek eğitimi ise, kısa süreli ve uyum eğitimi niteliğindeki aile hekimliği eğitimiyle geçiştirilmeye çalışıldı.

Sağlık Bakanlığı, 2017 yılından başlayarak aile hekimliği uygulamasında yeni sözleşme imzalayacak hekimlerin aile hekimliği uzmanı olmasını öngörmektedir. Geçiş döneminde yer alan hekimler için ise, kısa süreli geçiş dönemi eğitimleri planlanmıştır.\*\* 2017 yılında sonlandırılmasına karar verilen geçiş döneminden

\* TTb Genel Pratisyenlik Enstitüsü İkinci Genel Kurulu açış konuşması. İzmir, 27 Mayıs 2006.

\*\* www.ahuzem.gov.tr

sonra, aile hekimi olarak görev alacak tüm hekimlerde aile hekimliği uzmanı olma koşulu aranacaktır.

Geçiş döneminde yedi gün süreli bir eğitimle, katılımcıların “Birinci basamakta aile hekimliği uygulamasının temel özelliklerini kavramaları, bu özelliklere uygun tutum geliştirmeleri, kendi öğrenme gereksinimlerini tanımlayabilmeleri, var olan bilgilerini tazelemeleri ve hekimlik uygulamalarında kullanabilecekleri yeni beceriler kazanmaları”nın amaçlandığı bildirilmektedir.

“Kursun sonunda katılımcıların; aile hekimliği uygulama özelliklerini ve aile hekiminin görevlerini kavramış; hastayla görüşme ve iletişim becerilerini geliştirmiş; bireysel öğrenme gereksinimlerini belirlemenin önemini benimsemiş ve kendini geliştirme becerileri kazanmış; kendi deneyimlerinden öğrenme ve akran gruplarında reflektif öğrenme becerileri kazanmış; birinci basamakta aile hekimliği uygulama ortamının özelliklerini öğrenmiş; aile hekimliği klinik yöntemini kavramış ve problem çözme becerileri kazanmış; uygulama ve araştırma ilişkisini kavramış ve temel araştırma yöntemlerini öğrenmiş; birinci basamak hasta yönetiminin temel özelliklerini kavramış; sağlıkta örgütlenme ve finans modellerinin yapısı ve teknik yönleri hakkında bilgi sahibi olmuş; birinci basamak sağlık kuruluşlarının yönetimi, hasta kayıtları, kayıt ve kodlama sistemleri konusunda bilgi, tutum ve becerilerini kazanmış olmaları beklenmektedir” denmektedir.\* Bir haftalık bir eğitimle birçoğu beceri olan bu yetenekleri kazanmanın olanaklı olmadığı açıktır. Zaten uygulanan eğitimlerin bu amaca ulaşamadığı da görülmektedir.

Eğitimin ikinci aşaması ağırlıklı olarak uzaktan eğitim biçiminde planlanmış olup hekimin aile hekimliği uygulamalarında kullanacağı bilgi ve becerileri kazanmasını amaçlamaktadır (aile hekimliği disiplininin temel konuları, birinci basamak için gerekli iletişim becerileri, klinik beceriler, koruyucu sağlık bakımı ve birinci basamakta sık karşılaşılan klinik konularında bilgi, beceri ve tutum kazandırmak). Programın yapısı, 37 ana başlıktaki elektronik öğrenme (e-öğrenme) modülü ve 27 motor beceri başlığından oluşan üç adet yüz yüze eğitim modülünden oluşmaktadır. Beceri modüllerinin, illerde kurulacak klinik beceri laboratuvarları kanalıyla verilmesi planlanmıştır. Katılımcıların değerlendirmesinin, e-öğrenme modüllerinde ilerleme ve geçti-kaldı sınavları ile yapılacağı, “geçti-kaldı” sınavının tüm modüller tamamlandıktan sonra merkezi bir sınavla gerçekleşeceği açıklanmıştır. Klinik beceri modüllerinin değerlendirmesinin, katılımcıların klinik beceri eğiticileri gözetiminde ve oluşturulan beceri eğitimi kılavuzları doğrultusunda yeterliliklerinin değerlendirilmesi şeklinde olacağı vurgulanmıştır. İkinci aşama eğitimlerini başarıyla tamamlayanlara, kalıcı “Aile Hekimliği Uygulama Sertifikası” verilmesi öngörülmektedir.\*\*

Sağlık Bakanlığı'nın öngördüğü genel pratisyenlik meslek eğitiminin pek çok açıdan bu alandaki güncel gelişmeler ve ulaşılan aşama ile bağdaşmadığı görülmektedir. Özetle, küçük grup dinamiği ve yüz yüze eğitim, birinci basamak mekânlarının uygulama alanı olması, eğiticileri GP olması, geçiş dönemindeki ilk eğitimin süresi, ikinci aşamanın temel olarak uzaktan eğitime dayalı olması, 2017'de sürenin bitmesine karşın ikinci aşamanın hâlâ başlamamış olması gibi sorunlar ilkesel olarak dünya uygulamalarıyla çelişmektedir. Bu eğitimle asıl amaç

\* <http://www.ahuzem.gov.tr/?s=egitimler>

\*\* <http://www.ahuzem.gov.tr/?s=egitimler>

olan yetkin GP, optimal birinci basamak hedefine ulaşılması çok zor görünmektedir.

### **Sonuç ve Ne Yapmalı?**

147

GPE'ye gelince, kuruluşundan 13 yıl sonra TTB'nin hekim eğitime yönelik bu özgün kurumu bugün bir dönüm noktasındadır: Ya bu işten vazgeçilecek ya da her şeye karşın yola devam edilecektir. Karar aşaması, özellikle yönetsel olarak görevli olanlara önemli bir işlev ve sorumluluk yüklemektedir. Eğer artık o noktada değiliz diye çalışmalara son verme ya da şimdi olduğu gibi “adı var, kendi yok” durumda varlığı koruma konumu yeğlenirse, onca çaba ve birikim tarihte hak ettiği yerini alacaktır. Bu noktaya dek gerekli çalışmaları yapanlar da kazandıkları deneyim ve birikimi, karşılıksız ve özverili çabaları nostaljik anıları arasına kaldıracaklardır.

Oysa tersi bir ruh durumu içine girip silkinip yeniden başlamak olanağı vardır. Ortada gerçek işlevine kavuşamamış bir kurum, yerine getirilememiş bir sorumluluk vardır. Gerekli olanla ilişkisi olmayan bir aile hekimliği eğitimi dayatması güncelliğini korumaktadır. Bizim için ise bitirilememiş bir görev, yarım kalmış bir sınav var. Bitmemiş bir senfoni...

Hekimlerin meslek örgütünün ve pratisyen hekimlerin derneğinin sorumluluğu alması gerekiyor. Tüm dünyada olduğu gibi, uzmanlık eğitimi meslek örgütüne ve uzmanlık derneğine ait bir görev olmalıdır. Sağlık Bakanlığı ancak çok sayıdaki taraflardan biri olabilir. Programları oluşturup eğitimi uygulamak meslek örgütlerinin yetki ve sorumluluğunda olmalıdır. Çalışmaların yeniden başlatılarak yürütülmesi için gerekli enerji ve insan gücü, GPE'nin geçmiş yıllardaki kadroları ve bu süre içinde genel pratisyenlik topluluğu içine yeni katılmış genç hekimler arasından göreve çağrılmalıdır.

GPE'nin bugün için işlevini tamamladığı düşüncesi aşılmalıdır. GPE'nin genel pratisyenlik meslek eğitimi, ülkemizde birinci basamak sağlık hizmetinin gereksinim duyduğu eğitimidir ve bu eğitimin geliştirilerek sürdürülmesi sağlık ortamına ve geleceğe yönelik en önemli müdahalelerden biridir. Bu kuruma ve eğitime gerekli önemi vermeyerek sönmelenmesine göz yummak, sosyalleştirmenin sonunu getirenlerle aynı tutum içinde olmak anlamına gelecektir.

### **Kaynaklar**

1. The European Definition Of general Practice / Family Medicine-WONCA Europe 2005 Edition.. p.6. www.woncaeurope.org (Erişim: 6Ağustos2011)
2. General Practice Vocational Training Standards.http://www.racgp.org.au/vocationaltraining/standards (Erişim: 3 Ağustos 2011)
3. Specification for Vocational Training in General Practice . November2006. http://healthworkforce.govt.nz/sites/all/files/1B5-general-practice.pdf
4. http://ideas.repec.org/p/chy/respap/8cheop.html (Erişim 3 Ağustos 2011)
5. Türkiye'de Genel Pratisyenlik Enstitüsü Kuruluş Çalışmaları. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi [STED], Eylül 1998.
6. Genel Pratisyenlik Enstitüsü Kurulurken. Cumhuriyet, 22 Şubat 1999.



# TÜRKİYE'DE AİLE HEKİMLİĞİ UZMANLIĞI SÜRECİ VE SOSYALLEŞTİRME

**Prof. Dr. Okay BAŞAK**

*Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD*

## Giriş

'Sosyalleştirme' bir sağlık hizmeti örgütlenmesiydi. Birinci basamağın güçlü ve merkezde olduğu yeni bir sağlık sistemi oluşturmayı amaçladı. Temel felsefesi sağlık hizmetlerinin örgütlenmesine ve kaynak kullanımına basamaklandırılmış, bölgesel ve nüfusa dayalı yaklaşım olmuştur. 20. yüzyılın başlarında Dawson raporuyla tartışılmaya başlanan bu yaklaşım, ancak 1978 Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Alma-Ata bildirgesiyle dünya ölçeğinde yaygın uygulanma fırsatı bulabildi (1). Oysa "sosyalleştirme" hareketi daha 1960'ların başlarında bu anlayışı ülkemizde uygulamaya koydu. Bu nedenle 'sosyalleştirme reformu sağlık hizmetleri sunumunda eşitlik, bakımın sürekliliği, bütüncül bakım, sevk zinciri kurulması ve takım hizmeti kavramının yanı sıra sağlık biriminin sorumlu olduğu nüfusun tanımlanması, toplum sağlığı sorunlarının saptanarak önceliklerin belirlenmesi ve toplum katılımı gibi dünyada 1980'lere doğru şekillenmeye başlayan topluma yönelik birinci basamak sağlık hizmeti kavramının temel ilkelerini içermesi bakımından tarihsel bir öneme sahiptir' (2).

Sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinin temel birimi olan sağlık ocaklarında çalışan hekimler kimlerdi? Sosyalleştirme birinci basamak hekiminin görev tanımını da yapmıştır. Bu tanım hükümet tabipliğinden kalma görevlerin de aktarılmasıyla oldukça yoğun bir iş yükü oluşturmuştur. Sosyalleştirmenin hekim tipi sahada çalışan uygulayıcı hekim, yani pratisyen hekimdir. Amaca uygun -sağlık ocağı gereklerine göre- iyi bir tıp eğitimi almış tıp fakültesi mezunlarının sosyalleştirmenin gereklerini yerine getirebileceği öngörülmüştür. Nusret Fişek hocanın birkaç yerde yeni tipte bir hekime, aile hekimine olan gereksinime değinmesi dışında pratisyen hekimin mezuniyet sonrası özgül bir meslek/uzmanlık eğitimine vurgu yoktur (3).

Ülkemizde sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesinin planlandığı, yasalaştığı ve uygulamaya başlandığı 1960'lı yıllar, dünyada aile hekimliği/genel pratisyenliğin bir tıp disiplini ve uzmanlık alanı olarak ortaya çıktığı dönemdir (Aile Hekimliği/Genel Pratisyenlik aynı disiplini tanımlayan bir kavramdır. Metin içinde ayrı ayrı geçtiği yerlerde de aynı anlamı taşımaktadır). Geleneksel genel pratisyenliğin mirasçısı, ancak 20. yüzyılın ortalarındaki ekonomik, toplumsal ve demografik özellikler ortamında gelişen aile hekimliği yeni bir hekim tipi yaratmıştır (4). Aile hekimliğinin gelişiminde ve yeni bir hekim tipi olarak aile hekiminin görev tanımının şekillenmesinde davranış bilimlerinin önemli katkıları olmuştur. Ayırt edici bir bilgi temeli, özgün meslek eğitimi, kendine özgü uygulama ve etkin araştırma alanı bilimsel bir tıp disiplininin temel özelliklerindedir. Dolayısıyla aile hekimliği/genel pratisyenlik bir disiplin olarak gelişirken özgün meslek/uzmanlık eğitimini de olgunlaştırmıştır ve aile hekimi/genel pratisyen tanımlanmış görevleri yerine getirebilmek üzere mesleksen olarak (mezuniyet sonrası) eğitilmiş uzman hekimdir.

## Aile Hekimliği Uzmanlığı Süreci

Aile hekimliği uzmanlığı süreci ülkemizde aile hekimliği uzmanlık eğitimi ile yakından ilişkilidir. Bu süreç 1983 yılında çıkarılan Tababet Uzmanlık Tüzüğü ile resmi olarak başlamıştır. İlk asistanlar 1985 yılında Sağlık Bakanlığı eğitim ve araştırma hastanelerine alınmış ve 1988 yılı sonu/1989 yılı başlarında ilk aile hekimliği uzmanları mezun olmuştur. Aile hekimliği uzmanlık eğitimine giriş için başlangıçta yalnızca yabancı dil sınavı başarısı esas alınmıştır. Eğitimin tümüyle hastane rotasyonlarından oluşmasıyla birlikte bu durum içeriden ve dışarıdan epeyce eleştirilmiştir.

1993 yılında üniversitelerde anabilim dallarının kurulmaya başlamasıyla aile hekimliği uzmanlık eğitiminde önemli gelişmeler olmuştur. Üniversitelerde ardı ardına kurulan aile hekimliği anabilim dalları hemen özgün uzmanlık eğitimi programları oluşturmuşlardır. Diğer tıp uzmanlık alanlarında olduğu gibi daha baştan itibaren Tıpta Uzmanlık Sınavı (TUS) bilim sınavı başarılarına göre asistan almalarının yanı sıra, alt yapıları ve olanakları yettiği ölçüde uygulama eğitimini de programlarına katmaya çalışmışlardır.

Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD) 1990 yılında kurulduğu günden başlayarak aile hekimliği uzmanlık eğitiminde hastane rotasyonlarının ikincil olduğunu, aile hekimliği eğitiminin aile hekimliği uygulama ortamlarında verilmesi gerektiğini ve asistanların bilim sınavındaki başarılarına göre alınmasını savunmuştur. Daha sonra da değineceğim nedenlerle aile hekimliği uzmanlık eğitiminin bu iki 'kamburu' ancak 2000'li yıllarda düzeltilebilmiştir. 19 Haziran 2002 tarihinde yayınlanan yeni Tıpta Uzmanlık Tüzüğü ile aile hekimliği asistanları TUS bilim sınavı başarılarıyla alınmaya başlamıştır. Uzmanlık eğitiminin aile hekimliği uygulama ortamlarında bizzat aile hekimliğinin akademik üyelerince verilmesi ile ilgili düzenlemelerin yapılması ise 2010 yılını bulmuştur. 18 Temmuz 2009 tarihli Tıpta ve Dış Hekimliğinde Uzmanlık Yönetmeliği'ne göre kurulan Aile Hekimliği Standart, Müfredat ve Rotasyon Belirleme Komisyonu aile hekimliği uzmanlık eğitiminde zorunlu hastane rotasyonlarının 19 ay ile sınırlanmasını ve uzmanlık eğitimi süresinin 17 ayının aile hekimliği uygulama eğitimine ayrılmasını önermiştir. Komisyonun bu önerisinin 2010 yılı Haziran ayında yaptığı toplantıda Tıpta Uzmanlık Kurulu tarafından zorunlu hastane rotasyonlarının 18 ay yapılması şeklinde onaylanmasıyla temel yasal düzenleme tamamlanmış oldu.

Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği'nin kurulması, aile hekimliği uzmanlığı sürecinde önemli bir kilometre taşıdır. TAHUD aile hekimliği disiplini ve uzmanlık alanının temsilcisi olarak Türk Tabipleri Birliği (TTB) Uzmanlık Dernekleri Eşgüdüm Kurulu'nda (UDEK) yerini almıştır. TAHUD ülkemizde yeterlik kurulu çalışmalarına ilk başlayan derneklerden birisidir. Türkiye Aile Hekimliği Yeterlik Kurulu (TAHYK) 2004 yılında kurulmuştur ve disiplinin gelişmesine katkı verici çalışmalarını düzenli olarak sürdürmektedir.

Disiplinleşme sürecinin önemli bir bileşeni ise kendine özgü bir araştırma alanının olmasıdır. Aile hekimliği araştırma alanı ülkemize özgü süreçler yaşamaktadır. Özellikle üniversitelerde anabilim dallarının kurulması ve aile hekimliğinin bir doçentlik temel alanı olarak kabul edilmesiyle anabilim dallarındaki akademisyenler yoğun araştırma etkinliklerine girişmişlerdir. Akademinin birinci basamakta uygulama alanına sahip olma konusunda yaşadığı sorunlar araştırma alanına da yansımış ve özellikle ilk yıllarda hastane ortamı ağırlıklı araştırmalar yapılmıştır. Bununla birlikte özellikle son yıllarda aile hekimliğinin özgün araştırma alanı öne çıkmaya başlamıştır. 1997 yılında yayınlanmaya başlanan Türkiye Aile Hekimliği

Dergisi disiplinin özgün bilgi birikiminin oluşması ve aile hekimliği araştırmalarının gelişmesinde önemli katkıları olmuştur. 15 yıldır TAHUD'un bilimsel yayın organı olarak yayınlanan Dergi alanının başlıca bilimsel dergisidir.

### **Aile Hekimliği Uygulama Alanı**

Uygulama alanı sorunu aile hekimliği uzmanlığının gelişiminde önemli bir yer tutmuştur. Bu üzerinde çok konuşulan ancak bilimsel temelleriyle yeterince tartışılmayan bir konudur. Bu nedenle biraz ayrıntılı olarak üzerinde durmak istiyorum. Konuya birinci basamak ve aile hekimliği kavramlarını doğru tanımlayarak girmek gerekir. Kısaca anımsatmak gerekirse bireylerin sağlık sistemine giriş kapısını oluşturma, süreklilik, kapsamlılık ve eşgüdüm sağlama birinci basamağın dört temel özelliğidir. Starfield'e göre birinci basamak bir sağlık bakımı verme düzeyi, sağlık hizmetlerini düzenleme stratejisi ve sağlık hizmeti sunma felsefesi olarak görülebilir (1). Aile hekimliği ise birinci basamak (BB) felsefesini ve yaklaşımını en iyi şekilde karşılayan ve birinci basamakta tıbbi uygulama yapan tıp disiplini ve uzmanlık dalıdır. Aile hekimliği uygulamasının özellikleri birinci basamağı niteleyen temel özelliklerle örtüşmektedir. Bu özellikler 2002 Aile Hekimliği Avrupa Tanımında özetle aşağıdaki gibi sıralanmıştır (5):

- Sağlık sistemiyle ilk tıbbi temas noktasını oluşturur; kişinin tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenir.
- Sağlık kaynaklarının verimli kullanımını sağlar; bireylere sunulan tüm tıbbi hizmeti koordine eder.
- Bireye, ailesine ve içinde yaşadığı topluma yönelik kişi-merkezli bir yaklaşım geliştirir.
- Kendine özgü bir hastayla görüşme süreci vardır.
- Sağlık hizmetlerinin hastanın gereksinimleriyle belirlenen boylamsal sürekliliğini sağlamaktan sorumludur.
- Rahatsızlıkların toplum içindeki prevalans ve insidansının belirleyici olduğu özgün bir karar verme süreci vardır.
- Hastaların akut ve kronik sağlık sorunlarını aynı anda yönetir.
- Gelişimlerinin erken evresinde henüz ayrışmamış bir şekilde sunulan ve ivedi girişim gerektirebilen rahatsızlıkları yönetir.
- Uygun ve etkili girişimlerle sağlık ve iyilik durumunu geliştirir.
- Toplumun sağlığı için özel bir sorumluluk üstlenir.
- Sağlık sorunlarını fiziksel, ruhsal, toplumsal, kültürel ve varoluşsal boyutlarıyla ele alır.

### **Sosyalleştirme ve sağlık ocakları**

Bu açıdan bakıldığında sağlık ocaklarında yapılan hekimlik uygulaması aile hekimliği uygulama özelliklerinin önemli bir kısmının gereğini yerine getirmekteydi. Bireylerin sağlık sistemiyle ilk temas noktasını oluşturması öngörüldü. Sevk zincirinin sağlanamamış olmasına karşın sağlık ocakları bu özelliği önemli ölçüde karşılamıştır. Yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın bireyin tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenen kapsamlı bir yaklaşım vardı. Bireye sunulan tüm tıbbi hizmetlerin koordinasyonu güçlü bir ekip çalışmasıyla birinci basamak hizmet sunumunda başarıyla gerçekleştirilmesine karşın, ikinci basamak sağlık hizmeti sunumuyla bağlantı yeterince oluşturulamamıştır.



Sağlık ocakları nüfus temeline göre örgütlendi. Buralarda çalışan pratisyen hekimlerin kendilerine kayıtlı nüfusları (hasta listeleri) yoktu. Bu durum sağlık ocağından hizmet alan kişilerin pratisyen hekimlere bire bir bağlanmasını ve hizmetin sürekliliğini zayıflatmıştır. Sürekli bakım sağlık ocağı temelinde ve özellikle kayıtlarla sağlanmaya çalışılmıştır. Hasta kayıtları bakımda sürekliliği sağlamada destekleyici bir işlev görmekle birlikte hekimle hasta arasındaki kişiselleşmiş sürekliliği sağlamaktan uzaktır. Zaman içinde hastalığa değil kişiye odaklanmış bakım sunmayı tanımlayan kişiselleşmiş sürekli bakım sağlık ocağı örgütlenmesinin en zayıf karnıydı (6).

Toparlayacak olursak, aile hekimliği uygulama ilkeleri açısından sağlık ocaklarında yapılan uygulamanın geliştirilmesi gereken üç temel yönü bulunmaktaydı. Birincisi, kişiselleşmiş sürekli bakımın güçlendirilmesiydi. Bunun için yapılması gereken nüfus temeline göre tanımlanmış sağlık ocağı bölgeleri içinde hekimlerin kendi hasta listelerini oluşturmalarını sağlamaktı. İkincisi, birinci basamak hekiminin görev tanımıyla ilişkiliydi. Pratisyen hekimin görev tanımı hükümet tabipliğinden aktarılanlarla birlikte oldukça yoğun iş yükünü içermekteydi. Değişen toplumsal, ekonomik ve demografik koşulların ve tıbbi uygulama özelliklerinin birinci basamak hekimine yeni görevler eklediğini de düşünürsek bu görev tanımının gözden geçirilmesi gerekiyordu. Bu konuda yapılması gereken kamuya (topluma) ve çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin ayrılarak eşgüdüm içinde çalışan başka bir ekip tarafından yürütülmesi ve birinci basamak hekiminin kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleriyle iyileştirici sağlık hizmetlerini üstlenmesiydi.

Aile hekimliği temel uygulama özellikleri yeni tipte bir hekim gerektirmektedir. Yalnızca tıp fakültesini bitirmiş bir hekimin tıbbi bilgi ve becerileriyle aile hekimliği uygulamasının başarılı bir şekilde yapılması olası değildir. Dolayısıyla birinci basamak hekimi özgün bir meslek/uzmanlık eğitimi almalıdır. Bu da sağlık ocaklarında yapılan hekimlik uygulamasının geliştirilmesi gereken üçüncü yönünü oluşturmuyordu.

Siyasal ve toplumsal nedenlerle ana felsefesini yaşama geçirmesinin önüne sürekli engeller çıkarılmış olmasına karşın “sosyalleştirme” reformu ülkemizde halkın sağlığının gelişmesine önemli katkılar sağlamıştır. Toplumun ve ekonomisinin temel yönünü serbest piyasa kurallarına göre şekillendiren Türkiye’de tümüyle sosyal devlet anlayışıyla şekillenen kamucu bir yaklaşımı benimseyen “sosyalleşmiş” sağlık hizmetlerinin sürekli engellerle karşılaşması olağan dışı bir durum olarak görülmemelidir. 224 sayılı Yasa’da öngörülen ve reformu bütünleyen bazı uygulamaların gerçekleştirilememesi ve ülke çapında yaygınlaştırılmasının geciktirilmesi sağlık ocaklarının başarıları üzerinde hep köstekleyici etki oluşturmuştur.

Devlet yapısı içinden gelen “anti-sosyalleştirme” eleştirisi ve saldırısı, “sosyalleştirme” hareketinin kendisinde de karşı tepki oluşmasına yol açmıştır. Bu savunucu tutum sağlık sisteminin kendini geliştirici ve yenileyici karakter kazanmasını engellemiştir. Bu durum zamanla ve giderek sağlık ocaklarının toplumsal gerçeklikle arasının açılmasına neden olmuştur. Sonuç olarak, biriken sorunlar 80’li yıllardan sonra sağlık sektöründe başka arayışların gerekçesi ve başlangıç noktası olarak kullanılmıştır.

### **Aile Hekimliği Uygulaması**

Kendini yenilemeyen sistem, yeni sistem arayışlarını “haklı” kılmaya başlamıştır. 2002 yılında uygulanmaya başlanan “Sağlıkta Dönüşüm Programının” temelleri 1980’li yıllarda atılmıştır. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi bölümünde birçok çalışma yapılmış, rapor hazırlanmış ve bunlar 90’lı yıllarda güncellenerek, geliştirilerek

olgunlaştırılmıştır. Tüm bu süreçte sağlıkta “reform” tasarılarının merkezinde hep “aile hekimliği” kavramı yer almıştır. Aile Hekimliği uzmanlık eğitiminin tüzüğe girmesi, asistan alımlarının başlaması, anabilim dallarının kurulması bu süreçle koşut gitmiştir. Ancak sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde reform arayışları sürecinde aile hekimliği adının sürekli yer alması, aile hekimliğinin bir tıp disiplini ve uzmanlık alanı olarak tanımlanmasından çok sağlıktaki dönüşümlerde güncel, gözde, yükselen bir değer olarak toplum üzerindeki olumlu etkilerinin kullanılması şeklinde olmuştur. Özü itibarıyla finansman boyutu ön planda olan bu “reform” sürecinin etkisiyle, aile hekimliği birinci basamağın özel sektör kurallarına göre örgütlenmesinin bir “sistemi” olarak sunulmuş ve algılanmıştır. Bu, aile hekimliğinin ülkemizdeki temel gelişim paradoksudur.

### **Aile Hekimliği Uzmanlığının Gelişiminde Temel Eğilimler**

Ülkemizde birinci basamak hekimliğinin bir disiplin olduğunun tüm tıp camiası tarafından benimsenmesi uzunca bir süreç almıştır. Sosyalleştirme örgütlenmesinin temel hekim tipinin pratisyen hekim olması ve sağlık ocağı gereklerine uygun bir tıp eğitimi almış tıp fakültesi mezunlarının sağlık ocağı görevlerini yerine getirebileceğini öngörmesi, uzun yıllar pratisyen hekimliğin bir uzmanlık alanı olmadığı anlayışının benimsenmesine yol açmıştır. Dolayısıyla 1980’li yıllarda aile hekimliğinin bir uzmanlık alanı olarak tanımlanması ve uzmanlık eğitimlerinin başlatılması sahadan gelen bir gereksinim ve talep sonucunda değil, resmi hükümet ve ilgili kurul kararlarıyla mümkün olmuştur. Aile hekimliğinin ülkemizdeki gelişim serüveninin başlamasında resmi destek başat rol oynamıştır. Burada hemen belirtmek gerekir ki, Sağlık Bakanlığı’nın bu resmi desteği esas olarak Sağlıkta Dönüşüm Programının birinci basamak bileşeninin aile hekimliği uygulaması üzerinden tasarlanmış olmasına dayanmıştır. O nedenle destek esas olarak “aile hekimliği” ismine olmuştur; bir disiplin ve uzmanlık alanı olarak aile hekimliği bu desteği yeterince görmüş değildir. Bugün geldiğimiz noktada ise, yazımın son kısmında değineceğim gibi tam tersine disiplinin gelişimini engelleyici nitelik taşıma eğiliminde olduğu bile söylenebilir.

Aile hekimliğine resmi desteğin mevcut birinci basamak örgütlenmesine karşı reform arayışlarıyla koşut olarak gelişmesi, hekim örgütlerinin birinci basamağın disiplinleşmesi konusunda da savunmacı tepkiler geliştirmesine yol açmıştır. 80’li yılların sonuna doğru gözlenen bu dinamikler aile hekimliğinin uzmanlaşma sürecinin gelişmesinde bugün bile henüz tam olarak giderilemeyen akademi-saha tartışmalarının temellerini oluşturmuştur.

Aile hekimliği uzmanlığının ülkemizdeki gelişiminin başlangıç yıllarında akademik aile hekimliği öne çıkmıştır. 1993 yılındaki Yüksek Öğretim Kurulu kararıyla birçok üniversitede Aile Hekimliği Anabilim Dalları kurulmaya ve aile hekimi akademisyenler akademik kadrolara atanmaya başlamıştır. Akademik aile hekimliğinin gelişimi uzun bir süre sahadan (sağlık ocaklarından) kopuk gelişmiştir. Kuşkusuz burada akademik birimlerimizin sorumluluğu en alt düzeydedir. Çünkü daha baştan itibaren tüm aile hekimliği akademisyenleri uzmanlık derneğimiz TAHUD’un kurulduğu günden bu yana savunduğu görüşleri desteklemişler ve akademik birimlerin sağlık ocağı bağlantısının kurulması zorunluluğunu dile getirmişlerdir. Özellikle sağlık ocaklarının çalışmalarının birçok farklı nitelikte kamu-özel kurumlarca paylaşıldığı dönemlerde kendi polikliniklerini kurarak birinci basamağa entegre olmaya çalışmışlardır. Aile sağlığı merkezlerine (ASM) geçişle birlikte bu çabaları artarak sürmüştür.

Tümüyle rotasyonlardan oluşan aile hekimliği uzmanlık eğitimi müfredatıyla mezun olan aile hekimi uzmanlarının başta sağlık ocakları olmak üzere birinci basamak sağlık kuruluşlarına atanmaması akademi saha bütünleşmesinin sağlanamamasının en temel nedenidir. Burada iki yönlü bir etki görüyoruz. Bir yanda hekimleri görevlendirmede yetkili organ olarak Bakanlık aile hekimliği uzmanlarını özellikle ikinci basamak hastanelere atamaya çalışırken, diğer yandan aile hekimliği uzmanları da birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışma yönünde istekli olmamış ve Bakanlığın uygulamalarına tepki göstermemişlerdir. Aile hekimliği uzmanlarının büyük ölçüde hastane temelli eğitilmiş olmaları ve sonrasında ikinci basamak ağırlıklı çalışmaları, aile hekimliğinin uygulama alanı konusunda kafa karışıklığına yol açmıştır. ASM'lerde çalışmaya başlayınca kadar aile hekimliğinin sahasının tüm sağlık sistemi olduğu ve aile hekimlerinin her basamakta çalışabileceği yönündeki anlayış aile hekimleri arasında azımsanmayacak kadar etkin olmuştur. Bu bakış aile hekimliği uzmanlarının bir kısmında birinci basamak ortamlarda (sağlık ocağı, ASM) çalışmamaları gerektiği noktasına kadar gitmiştir.

Bazı akademik çevrelerden ve bizzat birinci basamakta çalışan pratisyen hekimlerden gelen, aile hekimliğinin birinci basamak hekimliği olmadığı ve aile hekimlerinin birinci basamakta çalışmaması gerektiği yönündeki yaklaşımlar da eklenince, aile hekimliği uzmanlarının uzunca bir süre ağırlıklı olarak birinci basamakta yer almaması olağan bile görülmüştür. Aile hekimliği akademik birimlerinin ve TAHUD'un aile hekimliğinin uygulama alanının birinci basamak olduğu ve aile hekimliği uzmanlarının ve akademisyenlerinin birinci basamak ortamlarda çalışmasının yasal düzenlemelerinin yapılması gerektiği yönündeki çabalarına karşın bu durum, aile hekimliği uzmanlarının birinci basamak ortamlara girmesinden huzursuz olan çevrelerce aile hekimliği uzmanlık eğitiminin zaafı olarak da kullanılmıştır. Sonuçta uzmanlık eğitimi müfredatında birinci basamak ortamlarda eğitimin olmadığı, aile hekimliği uzmanlarının birinci basamak hekimliği yönünde eğitim almadıkları ve dolayısıyla birinci basamağı temsil edemeyeceği yönündeki eleştiriler aile hekimliğini bir kısır döngüye sokmuştur.

1990'lı yılların başlarında Türk Tabipleri Birliği (TTB) pratisyen hekimlerin sorunlarının çözümünde ayrı bir mesleki eğitimi öngörmüş ve bu anlayış giderek birinci basamak için bir uzmanlık eğitiminin kabulüne dönüşmüştür. Bu süreçte Genel Pratisyenlik Enstitüsünün ve Pratisyen Hekimlik Derneğinin aile hekimliğinden ayrı bir disiplin tanımlama ve uzmanlık eğitimi programı oluşturma girişimlerini görüyoruz. Bu sürece damgasını vuran bir diğer olay da konu ile ilgili oluşan kavram kargaşasıydı. Tüm dünyada tek bir disiplin olarak tanımlanan aile hekimliği/genel pratisyenlik kavramı, ülkemizde birinci basamakta gerçekleştirilmekte olan reform girişimlerinin aile hekimliği adıyla anılmasının da etkisiyle yapay bir şekilde ikiye ayrılmıştır. Aile hekimliği disiplini ve uzmanlık alanının akademi ve saha bileşenlerinin bütünleştirilmeye çalışılması yerine, sahadan gecikmeli de olsa yeni bir genel pratisyenlik disiplini tanımlama refleksi gelmiştir. Bu yolda harcanan çabalar, Türkiye'deki tıpta uzmanlık uygulamaları ve eğitimleri ile ilgili yasal mevzuata uymaması nedeniyle sonuçsuz ve etkisiz kalmıştır.

## **Sonuç**

2005 yılında başlayan aile hekimliği uygulaması farklı bakış açılarından farklı eleştiriler almıştır. Değerlendirmeler daha çok siyasal ve ideolojik boyutlarda yapılmış, ancak aile hekimliği uygulama özelliklerini temel alarak yapılan değerlendirmeler sınırlı kalmıştır. Birinci basamağın yukarıda tartıştığımız bileşenleri açısından bakacak olursak, sağlık ocağındaki sağlık hizmeti sunumunun geliştirilmesi adına ya-

pılması gereken üç temel reform vardı: Kişiselleşmiş sürekli bakımın sağlanabilmesi için hekimlerin kendi nüfuslarını oluşturmaları, kamuya ve çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin ayrı bir ekip tarafından verilmesi ve pratisyen hekimlerin aile hekimliği uzmanlık eğitimi almaları. Bunlar sağlık ocağı örgütlenmesi korunarak gerçekleştirilebilirdi. Nitekim bu yönde uygun modeller de önerilmiştir (6, 7). Ancak Sağlıkta Dönüşüm Programının temelini sağlık hizmetlerinin finans modelinin değiştirilmesi oluşturduğu için sağlık ocağı örgütlenmesinin tümüyle kaldırılarak yerine farklı bir finans modelinin uygulanmasına izin verecek bir yapılanma getirildi.

Sosyalleştirme döneminde başlayan engellemeler günümüzde de sürmektedir. Mevcut aile hekimliği uygulamasının aile hekimliği uzmanlarının yarısının birinci basamakta aile hekimliği uygulaması yapması gibi bazı olumlu sonuçları olsa da eleştirilecek ve kabul edilmesi mümkün olmayan pek çok yönü vardır. Devam eden olumsuzluklar aile hekimliği disiplininin sağlıklı gelişmesini ve birinci basamağın sağlık sistemi içinde hak ettiği yeri kazanmasını tehdit edici niteliktedir. En büyük engel sağlık yöneticilerinin pragmatik yaklaşımlarıdır. Karar vericiler hiçbir dönemde birinci basamağın gerçek önemini içselleştirememişler ve bu nedenle de birinci basamakta kalitenin gelişimini öncelememişlerdir. Aile hekimliğinin bir disiplin ve uzmanlık alanı olarak gelişimi için yeterince çaba harcamamışlar, hatta tersi yönde girişimler başlatmışlardır. Bunlardan sonuncusu, bugünlerde yasalaşmış olan yeni Kanun Hükmünde Kararname ile getirilen, mevcut aile hekimliği uzmanlık eğitimi dışında ikinci bir uzmanlaşma yoludur (8). TAHUD duyurularında da ifade edildiği gibi, yalnızca sözleşmeli aile hekimleri için tanımlanan “yerinde”, “kolaylaştırılmış” ve “yarı zamanlı uzaktan uzmanlık eğitimi” aile hekimliği uzmanlığı açısından çifte standart oluşturmaktadır. Bu ülkemizde başka hiçbir uzmanlık alanında uygulanmadığı gibi, dünyanın hiçbir ülkesinde de görülmüş değildir.

“Çeşitli eğitim yöntemlerinin kullanıldığı bir eğitim programının uygulanmasında temel eğitim yöntemlerine destek olmak üzere yararlanılabilecek yardımcı bir yöntem olması gereken uzaktan öğrenme teknikleri, tıpta uzmanlık eğitiminin temel eğitim yöntemi olarak kullanılamaz. Keza tam zamanlı bir uzmanlık eğitimi programının tüm gereklerini daha uzun bir zaman dilimine yayan “part-time uzmanlık eğitimi” tam zamanlı uzmanlık eğitiminin gereklerini “by-pass” etmek amacıyla da kullanılamaz” (9).

Her ne kadar yazımızın konusu olmasa da birkaç cümle ile aile hekimliği uygulamasının birinci basamak hekimlerinin uygulama içindeki durumlarından söz etmek yerinde olacaktır. Bütün bu kargaşa içerisinde sürmekte olan aile hekimliği uygulaması tüm birinci basamak hekimleri tarafından kaygı ile izlenmektedir. Uzman ya da pratisyen tüm aile hekimleri benzer nedenlerle pek çok açıdan yine benzer kaygılar taşımaktadırlar. Özellikle güvencesiz çalışma koşulları, iş yükünün ve görev tanımlarının giderek artıp genişlemesi, ne özel ne kamu çalışanı olmak gibi statü sorunları, her gün yeni düzenleme ve uygulamalar ile karşılaşmaları motivasyonu olumsuz etkilemektedir. Sorunlar genel olarak hekimlik, özel olarak da birinci basamak hekimliğinin üzerindeki baskıların artışı, eldeki olanaklarla oranlı olmayarak halkın beklentilerinin arttırılması, ücretler sabit kalır görünürken kira, vergi vb kesintiler ile reel ücretlerin düşürülmesi, yerleştirme sorunları gibi saymakla kolay kolay tükenmeyecek gibi görünmektedir. Bütün bunlara ek olarak aynı alanda çalışanlar arasında çalışma barışını bozacak karar ve girişimler aile hekimlerinin kaygılarını desteklemektedir.

Aile hekimliğinin bir disiplin olarak gelişmesi ve hak ettiği yere ulaşması için ülkemizde daha atılacak birçok önemli adım bulunmaktadır. Öncelikle birinci basamağın sağlık sistemlerinin temelini alınması gerekliliğinin içselleştirilmesi ve aile hekimliği uzmanlığının birinci basamaktaki rolünün doğru olarak kavranması gereklidir. Böyle bir kavrayış ile aynı bilim alanında birden fazla yolla uzman yetiştirme girişimlerinden hızla vazgeçilmeli, aile hekimliği akademik birimlerinin kendi uygulama merkezleri oluşturulmalı ve sahadaki aile sağlığı merkezleri ile ilişkileri kurulmalıdır. Ancak bu şekilde aile hekimliği uzmanlık eğitiminin yıllardır dile getirilen kamburunun düzeltilmesi sağlanabilir. Bu yalnızca aile hekimliği eğitimi için değil aile hekimliği araştırması için de bir zorunluluktur.

Sonuç olarak, aile hekimliği uzmanlığının gelişim süreci ülkemizde kendine özgü dinamiklerle yaşanmıştır ve yaşanmaktadır. Bu dinamiklerin farkına varmak, onları iyi tanımlamak ve analiz etmek aile hekimliği disiplininin gelişiminin önündeki sorunların çözümünü kolaylaştıracak ve dolayısıyla ülkemiz sağlığı sisteminin birinci basamağının güç kazanmasını sağlayacaktır.

## Kaynaklar

1. Starfield B. Primary Care: Balancing Health Needs, Services and Technology. New York – Oxford, Oxford University Press, 1998; 3-17.
2. Başak O., Saatçi E. The developments of general practice/family medicine in Turkey. Eur J Gen Pract 1998; 4: 126-9.
3. Fişek N. Halk Sağlığına Giriş. HÜ-WHO Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirici Merkezi No.2, Ankara 1983.
4. Stephens GG. Developmental assessment of family practice: an insider's review. Family Medicine: The Maturing of a Discipline'de. Eds. Doherty WJ, Christianson CE, Sussman MB. 1. Baskı. New York, The Haworth Press, 1987: 1 – 21.
5. Aile Hekimliği Avrupa Tanımı. WONCA Avrupa 2005 Basımı. Türkçe çevirisi TAHUD Yayınları, Nisan 2011.
6. Başak O. Sürekli bakım: Aile hekimliği uygulamasında ne yapıyoruz, neler yapmalıyız? Türk Aile Hek Derg 2003; 7(3): 122 – 30.
7. Fidaner C. Birinci basamak sağlık hizmetleri için bir öneri: Modüler sağlık ocağı. Aile Hek Derg 1997; 1(2): 99 – 104.
8. <http://www.resmigazete.gov.tr/main.aspx?home=http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/11/20111102m1.htm&main=http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/11/20111102m1.htm>
9. <http://www.tahud.org.tr/guncel/dernek-haber/basin-duyurusu/449>

## AÇIKLAMA

Bu yazının taslak metinlerini gözden geçirerek değerli katkılarda bulunan Prof. Dr. Dilek Güldal'a teşekkür ederim.

## SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM VE PRATİSYEN HEKİM İSTİHDAMI

**Dr. Mustafa SÜLKÜ**

TTB Genel Pratisyenlik Enstitüsü Yönetim Kurulu Üyesi

2010 yılı verilerine göre ülkemizde 123.447 hekimin 38.818 yani %31,44'ü pratisyen hekimdir. 2002 yılında her yüz hekimden 30'u pratisyen iken 2010 yılında da her yüz hekimden 31'i pratisyen olabilmıştır.

	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel sektör	Diğer	Toplam
Uzman hekim	31.527	11.843	19.749	444	63.563
Pratisyen hekim	33.299	262	4.328	999	38.818
Asistan hekim	7.679	13.340	0	47	21.066
Toplam	72.435	25.445	24.077	1.490	123.447

*Diğer: Diğer kamu kurumları ve yerel idarelerde çalışan hekimleri içermektedir. Milli Savunma Bakanlığı'nda çalışanlar dahil değildir.*

Mevcut pratisyen hekimlerin ise yarıya yakını halen uzmanlaşmak için Tıpta Uzmanlık Sınavı'na (TUS) başvurmakta, uzmanlığı bir gelecek güvencesi olarak görmektedir.

TUS	Başvuran Hekim Sayısı	Yerleşen Hekim Sayısı
2011 SONBAHAR DÖNEMİ	14.215	2.720
2011 İLKBAHAR DÖNEMİ	12.868	2.144

Bilindiği gibi Temmuz 2003 de "kutsal bir meslek olan hekimlik (...) hekimlerin yurt dışında dengeli ve adil dağılımının zorlamalarla sağlanamayacağı, (...) gönüllülük esasına dayalı bir istihdam politikasının benimsenmesinin etkin ve kaliteli sağlık hizmeti sunmak açısından daha uygun olacağı kanaatine varılmıştır." denilerek mecburi hizmet kaldırılmıştı.

Aynı hükümet döneminde 5.371 sayılı Kanun ile Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa eklenen hükümler uyarınca, 05 Temmuz 2005 tarihinden sonra mezun olan, uzmanlığını tamamlayan ya da yan dal uzmanlığını tamamlayan tabiplerin, atandıkları yere göre değişen (300 ila 600 gün) süreyle mecburi hizmet yeniden getirildi.

Bundan sonra özellikle tıp fakültesini bitiren hekimlerin bir kısmı TUS'a hazırlanmak için mecburi hizmete gitmiyorlar.

Sağlık Bakanlığı 2010 Sağlık İstatistik Yıllığı'nda, 2006 yılında 33.383 olan pratisyen hekim sayısının 2010 da 38.818 olduğunu ve bu süre içinde pratisyen hekim sayısında 5.435 artış olduğu bilgisi yer almaktadır. Aynı yayında bu süre içinde tıp fakültelerinden mezun olan ve uzmanlık eğitimine başlayan hekim sayıları tabloda yer almaktadır. Tablodan da anlaşılacağı üzere mezun olan hekim sayısı başlayan hekim sayısından azdır. Emekli olanların çalıştığı, ölen olmadığı (!) varsayılrsa bile bu artışın nasıl olduğu anlaşılammıştır.

	<b>Tıp fakültesinden mezun olan hekim sayısı</b>	<b>Uzmanlık eğitimine başlayan hekim sayısı</b>
2005-2006	4.494	4.376
2006-2007	4.532	5.262
2007-2008	4.872	4.644
2008-2009	4.753	3.828
2009-2010	5.087	5.792
TOPLAM	23.789	23.902

Uzman sayısında artış, özel sağlık kuruluşlarının artışı da göstermektedir ki önümüzdeki yıllarda birinci basamak/koruyucu sağlık hizmetleri ve pratisyen hekimliğin değil, uzmanlaşmanın ve tedavi edici hizmetlerin esas olduğu politikalar benimsenecektir.

	<b>2002</b>	<b>2010</b>	
Özel hastane	271	489	%80 artış
Devlet hastanesi	774	843	%8 artış
Kamu Diyaliz Merkezi	170	390	%129 artış
Özel Diyaliz Merkezi	235	399	%69 artış
Kamu I.Basamak Kuruluşu(S.O.)	5.840	0	
Özel I.Basamak Sağlık Kuruluşu(Özel Poliklinik)		545	

2002'de kamuya ait olan 6.000 sağlık ocağı/birinci basamak ünitesi, 2010'da tüümüyle ortadan kaldırılarak özel aile hekimliği muayenehanelerine dönüştürülmüştür.

Birinci basamakta artık bir ekip hizmeti ve topluma dönük koruyucu hizmet sunulmamaktadır. 38.818 pratisyen hekimin ancak 16.221'i devlet memuru statüsünde çalışmaktadır.

Her ne kadar Sağlık Bakanlığı 18.279 aile hekimi olarak çalışan pratisyen hekimi kendi bünyesinde gibi gösterse de gerçekte Sağlık Bakanlığı bünyesinde çalışan pratisyen hekim sayısı devlet hastanelerinde 5.726, toplum sağlığı merkezlerinde (TSM) 3.123, diğer kurumlar (ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezi (AÇSAP), verem savaş dispanseri (VSD), kanser erken teşhis tarama ve eğitim merkezi (KETEM), 112 acil vb. 6101 olmak üzere toplam 14.500'dür.

	<b>Sayısı</b>	<b>Çalışan Hekim sayısı</b>
TSM	961	3.123
112 ACİL	1.375	7.550
AÇSAP	188	
VSD	198	
KETEM	122	
DİĞER HASTANE	45	
DİĞER KAMU KURUMLARI		
SB HASTANESİ	843	5.276
ÜNİVERSİTE HASTANESİ	62	262
ARA TOPLAM		<b>16.211</b>
ÖZEL HASTANE	489	4.328
ÖZEL TIP MERKEZİ	1.020	
ÖZEL POLİKLİNİK	545	
HEMODİYALİZ MERKEZİ	841	
ASM	6.367	18.279
ARA TOPLAM		<b>22.607</b>
TOPLAM		<b>38.818</b>

Bu tabloda sayıları net olarak bilinmediği için %70'i pratisyen olan 8.000 i aşkın işyeri hekimi yer almamıştır. Bunları da özel statüde çalışan hekimler içinde değerlendirmek gerekir.

Sağlık Bakanlığı hekimleri sırtında bir kambur olarak görmektedir. Bu nedenle işe önce pratisyen hekimlerden başlamış ve “maaşına zam iş güvencene son” diyerek bünyesindeki pratisyen hekimlerden 20.000'e yakınıni özel statüde çalışan aile hekimine dönüştürmüştür. Pratisyen hekimlerin büyük bir bölümü bir dayatma olarak uygulamayı zorla kabul etmek durumunda kalmıştır. Tüm Türkiye'de aile hekimliği uygulamasına geçilmesi daha bir yılını doldurmadan aile sağlığı merkezlerinde (ASM) çalışan pratisyen hekimler geleceklerinden endişe duymaktadırlar. Ticaretle uğraşmamak ve kamu personeli olduklarının kabulü için çaba harcamaktadırlar.

Son yıllarda uygulanan sağlıkta dönüşüm programı pratisyen hekim istihdamını arttırmamış kamu kurumları içinde yer değiştirmeler olmuştur.

2002 yılında nüfusumuz 69 milyon, sağlık ocağı 5.936 ve burada çalışan pratisyen hekim sayısı 14.956 iken (Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri 2002, Türk Tabipleri Birliği Türkiye Sağlık İstatistikleri 2006, TÜİK İstatistik Yıllığı, 2008) 2010 yılında nüfusumuz 74 milyon olmuş, ASM sayısı 6.367 ve burada çalışan pratisyen hekim sayısı 18.279 olabilmektedir. Sağlık ocağı ya da ASM başına düşen nüfus sayısında bir azalma sağlanamamıştır.



	<b>Nüfus</b>	<b>Birinci Basamak</b>	<b>Hekim</b>	<b>Hekim Başına Nüfus</b>
2002	69 Milyon	5936 SO	14.956	4.613
2010	74 Milyon	6337 ASM	18.279	4.048

Yıllık nüfus artışı binde 13 (2010 verisi) ve 2010 yılı nüfusu 73.722.988 (Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi, 2010) olduğuna göre 2011 yılında nüfusumuzun yaklaşık 958.000 artması beklenir. Bu durumda 275 yeni aile hekimi gerektirecektir. Buna ölümleri (kaba ölüm oranı binde 6,3) ve emekli olacakları (TUİK 2008 hane halkı işgücü araştırması 2008 Eylül dönemi sonuçları -Ağustos, Eylül, Ekim 2008-daha önce bir işte çalışıp, söz konusu dönemde işgücü dışında olanların -10 milyon 327 bin kişi- yüzde 28.1'inin emeklilik nedeniyle olduğu bildirilmektedir.) dahil edersek her yıl en az 1.000-1.500 yeni hekim gereksinimi olacaktır.

Tıp Sağlık Bilimleri Konseyi Başkanlığı tarafından Şubat 2008'de yayınlanan Türkiye'de Tıp-Sağlık Bilimleri Alanında Eğitim ve İnsan Gücü Planlaması "Mevcut Durum ve 2013 Vizyonu" çalışmasında 2015 yılında nüfusun 89 milyon olacağı, 2.500 kişiye bir aile hekimi hesabı ile 2015'te 36.500 aile hekimine gereksinim olacağı belirtilmektedir.

Aynı kaynaktan yer alan sağlık insan gücü hesabına göre ise; sadece poliklinik hizmeti için gereken

Pratisyen hekim insan gücü= Risk altındaki toplumxKişi başına verilen yıllık ortalama hizmetxHizmet verilen yüzdexMuayene için ayrılan süre(kişi başına)/Yıllık mesai süresi

Risk Altındaki Toplum: 73.722.988

Kişi Başına Verilen Yıllık Ortalama Hizmet: Sağlık Bakanlığına göre: 1,7 (Diğer kaynaklara göre:3)

Hizmet Verilen Yüzde:%100

Muayene İçin Ayrılan Süre (Kişi Başına): 20 dakika (20/60 saat)

Yıllık Mesai Süresi: 220 gün x7 saat= 1540 saat

Pratisyen hekim insan gücü= 73.722.988 x 1,7 (veya 3) x 100/100 x 0,33/1540=26856

26.856 hekim olması gereken ASM'lerde 18.279 hekim bulunmakta, yani ASM'ler 8.577 hekim eksiği ile çalışmaktadır.

ASM'lerde çalışabilmek için aile hekimliği uyum eğitimini tamamlamak gerekmektedir. 2010 yılından bu yana bu eğitimler yapılmamaktadır. Boşalan aile sağlığı birimlerine TSM hekimlerinden görevlendirmeler yapılmakta ya da mecburi hizmetle TSM'ye gelen hekimler mecburi hizmetini tamamlamadan aile hekimliği ek yerleştirmelerine dahil edilmektedir.

Özel sağlık kuruluşu sayısı ve buralara başvuran sayısı giderek artmaktadır. 2006 yılında özel sağlık kuruluşlarına başvuru 15.529.416 iken 2010'da yüzde 205 artış ile 47.712.540, aynı dönemde Sağlık Bakanlığı hastanelerine başvuruda artış yüzde 24, üniversite hastanelerine başvuruda artış yüzde 60 olmuştur.

Bu durum hekimlerin gelecekte daha çok özel sağlık kuruluşlarında istihdam edileceğini göstermektedir.

Çalışma Bakanlığı tarafından çıkarılan yönetmelikler, Sağlık Bakanlığınca 2011 yılında çıkarılan iki adet Kanun Hükmünde Kararname (650 ve 663) ile işyeri hekimliği alanı hem eğitim hem istihdam açısından taşeron şirketlerin insafına terk edilmiştir.

Bu alanda yaklaşık 8.000 hekim çalışmakta olup bunun yüzde 70'ini pratisyen hekimler oluşturmaktadır. TTB'nin asgari ücret yetkisinin referans ücrete dönüştürülmesi ve yetkilendirme onayının by-pass edilmesi ile alan daha şimdiden sayıları 131'i bulan özel kuruluş olan Ortak Sağlık Birimi'ne (OSB) terk edilmekte, özel hastane grupları da bu alana girmek için girişimlerde bulunmaktadır. Yine yasal düzenlemeler TSM'lerin de OSB kurarak burada hekim çalıştırabilmesine olanak vermektedir.

Aşağıdaki akış şemasından da görüleceği üzere pratisyen hekimler önümüzdeki yıllarda daha çok özel sağlık kuruluşlarında sözleşmeli olarak çalışmak zorunda kalacaktır.



## Kaynaklar

1. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistik Yıllığı 2010
2. TÜİK İstatistik Yıllığı 2008
3. Türkiye'de Tıp-Sağlık Bilimleri Alanında Eğitim ve İnsan Gücü Planlaması "Mevcut Durum ve 2013 Vizyonu" Şubat 2008 / Tıp Sağlık Bilimleri Konseyi Başkanlığı
4. 4.Türkiyede Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsan Gücü Durum Raporu 2010/T.C. Sağlık Bakanlığı-Yüksek Öğrenim Kurumu-Devlet Planlama Teşkilatı
5. T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri 2002
6. 6.Türk Tabipleri Birliği Türkiye Sağlık İstatistikleri 2006



## DÖNER SERMAYE, PERFORMANS

**Dr. Aylın Sena BELİNER**

*TTB Genel Pratisyenlik Enstitüsü Bilim Kurulu Üyesi*

Sağlık sistemlerinde finansman biçimleri temelde iki gruba ayrılır; doğrudan ve dolaylı ödemeler. Doğrudan ödemeler, cepten ödeme veya direkt ödeme olarak da isimlendirilirken, dolaylı ödemeler, araya giren sigorta (prim) veya bütçe (vergi) gibi üçüncü kurumlar nedeniyle üçüncü el ödeme veya indirekt ödeme olarak da isimlendirilir (Kılıç, 2007).

Sağlık sistemlerinde ödeme biçimleri ise 3 ana başlık altında, 7 ayrı ödeme biçiminden oluşur:

### 1. Bütçeden Ödeme:

- Maaş
- Bütçeleme modelleri

### 2. Hizmet Başına Ödemeler:

- Performansa dayalı hizmet başına ödeme
- Döner sermaye
- Olgu başına ödeme
- Gün başına ödeme

### 3. Kişi Başına Ödemeler:

- Listeleme
- Managed Care Organizations (Sağlık Hizmeti Organizasyonları):

HMO (Health Maintenance Organization), PPO, EPO vb (Kişi başına ödemeler başlığı altında verilen "Sağlık Hizmeti Organizasyonları" aslında yukardaki ödeme biçimlerinin hepsini de içeren karma bir sistemdir ve bu nedenle salt kişi başına ödeme olarak sayılmamalıdır.) (Belek, 2006a; Kılıç, 2007)

Tablo 1'de yedi ayrı ödeme biçiminin bazı temel özellikleri verilmiştir:

Tablo 1. Sağlık Sistemlerinde Ödeme Biçimleri

Ödeme Biçimleri	Toplam Maliyet	Hasta Sayısı	Çalışanın Ücreti	Kurumun Yararı	Hastanın Yararı
Maaş	↑	↑	↑	↑↑↑	↑
Döner Sermaye	↑↑↑	↑↑↑↑	↑↑↑	↑↑	↑↑
Hizmet başına	↑↑↑↑	↑↑↑↑	↑↑↑↑	↑	↑↑↑
Kişi başına	↑↑	↑↑	↑↑	↑↑↑	↑↑
Olgu başına	↑↑	↑↑↑	↑↑	↑↑	↑↑↑
Gün başına	↑↑	↑	↑	↑↑	↑
Bütçeleme	↑	-	↑↑	↑↑↑↑	↑

↑: çok az arttırır ↑↑: arttırır ↑↑↑: fazla arttırır ↑↑↑↑: çok fazla arttırır (Kılıç, 2007)

224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun kapsamında sağlık ocaklarında çalışan ekip üyelerine maaş ile ödeme yapılırken Dünya’da ve Türkiye’de yaşanan değişim sonucu “iyileştirme” adı altında hizmet başı ödeme olan “Performansa Dayalı Döner Sermaye” ile ek ödeme uygulamaya eklenmiştir. Hiçbir ödemenin mükemmel olmadığı ve her yöntemin kendi içinde taraflara avantaj ve dezavantajlar sunduğunu en başta vurgulamak gerekmektedir.

Hizmet başı ödeme modellerinden biri olmak ile birlikte ek ödeme yöntemi olarak da yararlanılan **Döner Sermaye**, kamu maliyesi alanında belirli ve sürekli bir amacın elde edilmesi için genel ya da katma bütçeden bir miktar paranın, azaltılmamak koşuluyla kuruluşa ya da bu kuruluşla ilgili işletmelere verilmesi olarak tanımlanır (DD, 1998). Sağlık kurumları bu düzenleme ile kendi dışlarındaki kamu ya da özel nitelikli finansör kurumlarla ve sağlık hizmeti kullanan hastalarla mali ilişki içine girerler ve sundukları hizmetin karşılığını, kendilerine bağlı bireyler adına hizmet satın alan kurumlardan ya da sosyal güvencesi olmayan bireylerden doğrudan alırlar. Böylece bütçeden alınan bir sermaye ile bir kamu kuruluşu ayrı bir ekonomik yapı altında para kazanır. Yani bir ölçüde özelleştirilmiş olur (Kılıç ve Aksakoğlu, 2002; SoL Meclis Sağlık Çalışma Grubu, 2004; Belek, 2006b).

Dünya Bankası gibi kuruluşlar tarafından sağlık hizmeti üretenlerin özelleştirilmesi ve kamu kurumlarında kullanıcı ödentileri aracılığıyla özel finansmanın artırılması savunulmaktadır.

Savunma gerekçesi olarak;

1. Gereksiz hizmet kullanımının engellenmesi,
2. Basamaklı sistemin kullanımının sağlanması,
3. Hizmet kalitesini artırması,
4. Hizmeti üretenlerde ve kullananlarda maliyet bilincinin geliştirilmesi öne sürülmektedir.

Kamu hizmetlerini zayıflatacak bu girişimler ile eşitsizlikler artmakta ve yoksulların sağlık hizmeti kullanımını azalmaktadır. Tedavi edici hizmetlere yönelik tercihlerin artması ile verimlilik düşmekte ve aynı zamanda yönetsel maliyetler artmaktadır. Kamu ve özel sağlık hizmetlerinde cepten harcamaların yükselişi ile aileler yoksulluğa sürüklenmekte ve zaten yoksul olanların yoksulluğunu arttırmaktadır. “Medikal yoksulluk tuzağı” olarak bilinen bu durumun boyutları ulusal hane halkı çalışmalarıyla ve yoksulluğu azaltmayı hedefleyen katılımcı çalışmalarla ortaya konmaktadır.

Medikal yoksulluğun ana etkileri:

1. Tedavi edilmemiş hastalık,
2. Sağlık hizmeti kullanımında azalma,
3. Uzun dönemde yoksullaşma,
4. Bilinçsiz ilaç kullanımınıdır.

Dünya Sağlık Örgütü’nün 2005 yılı raporuna göre her yıl yaklaşık 100 milyon kişinin tıbbi harcamalar nedeniyle yoksulluk sınırının altına düştüğü tahmin edilmektedir (WHO, 2006). Sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesinden en fazla zarar görecektir olan grup yoksullar, işsizler ve düşük gelirli kişilerdir.

**Performans**, bir etkinliğin sonucunda elde edilen çıktıyı nicel ve/veya nitel olarak belirleyen bir kavram olarak tanımlanabilir. Bir kurumun performansı, belli bir dönem sonunda, o kurumun amacını gerçekleştirme ya da görevini yerine getirme başarısını tanımlayan bir göstergedir. Sağlık Bakanlığı tarafından, sağlık sektöründe çalışanların daha verimli işler yapmasını sağlamak ve kaliteli hizmet sunumunu teşvik etmek için ölçülebilir hizmet tanımlamaları yapılmak zorunda olduğu gerekçesi ile performans yönetimi için tanımlamaların tartışmaya fırsat vermeyecek şekilde net olarak belirlenmiş olması gerektiği belirtilmiştir. Bu amacı gerçekleştirmek için farklı performans ölçütleri üzerinde durulmuştur. Detaylarına ulaşma olanağı bulunan Sağlık Bakanlığı'nın "Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi" kitabında sağlık hizmetlerinde performans ölçütlerini; 1. İnsanların mutluluğunun sağlanması (hasta memnuniyeti), 2. Daha iyi bir sağlık düzeyine erişilmesi (sağlık çıktıları) 3. Hizmet sunum sürecinin ödüllendirilmesi (süreç ölçümü) 4. Alt yapının ve girdilerin kalitesi (girdi analizi) olarak sınıflamaktadır. Performans ölçütü olarak bunların hangisi kullanılırsa kullanılın eleştirel yaklaşımlardan kurtulabilmenin olası olmadığı ve her birinin avantaj ve dezavantajları olduğu paylaşılmıştır. Bu nedenle "hakkaniyetli" bir performans ölçümünü gerçekleştirmek isteyen sağlık politikacılarının, bu ölçütlerin hepsini bir arada kullanabilecek bir sistem tasarlama eğiliminde olduklarını vurgulamışlardır. Kitap içinde "Hantal olan işletmeyi harekete geçirmenin etkili bir yolunun finansmanın performansla ilişkilendirilmesi olduğu bilinen bir gerçektir.", "Doktorların, hemşirelerin ve sağlık kuruluşlarının sayısı ve fonksiyonel kapasiteleri toplumun sağlık hizmeti talebini kaliteli bir şekilde tamamen karşılamalı ve hatta yeterli kalite ve performansı sağlayamayanların sistem dışına çıkarılmasına fırsat tanıyacak hizmet fazlalığı olmalıdır.", "Kamu sağlık harcamalarının azaltılması için hastanelerimizin hasta talebini azaltacak ve hastaların hastanelerimize kabulünü zorlaştıracak tedbirlerin talep edilmesi gerçekçi değildir. Belki yeterli kurum ve personel sayısına ulaştığımızda bu sınırlamayı kaliteyi korumak adına gündeme getirebiliriz." gibi bir çok cümleyi de gelecek dönemde yaşanacakların gerekçeleri olarak paylaşmaktadırlar (SB, 2006).

**Performansa dayalı ek ödeme**, Sağlık Bakanlığı'na bağlı tüm sağlık tesislerinde uygulanmakta olan, Bakanlıkça belirlenen hizmet sunum şartları ve kriterleri de dikkate alınmak suretiyle, çalışan personelin ünvanı, görevi, çalışma şartları ve süresi, hizmete katkısı, performansı, serbest çalışıp çalışmaması, kurumlarda yapılan muayene, ameliyat, anestezi, girişimsel işlemler, özellik arz eden riskli bölümlerde çalışma gibi unsurlar esas alınarak sağlık kurumlarında, sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, kaliteli ve verimli hizmet sunumunun teşvik edilmesinin sağlanması amacıyla, görevli personele döner sermaye gelirlerinden yapılacak ek ödemenin oran, usul ve esaslarının belirlendiği bir sistemdir. Sistem sadece parasal bir ödeme modeli olmayıp belirlenen "başarı ölçütlerine" göre personeli ödüllendirerek bireysel verimliliği arttırmasının yanında "kurumsal performans kriterleri" ile birlikte tutumluluk, verimlilik ve etkinlik sağlayan bir uygulama olarak tanımlanmaktadır. Sağlık Bakanlığı, performansa dayalı döner sermaye uygulaması ile sağlık çalışanlarının ürettiği hizmete koşut ek ücret alacak olmasının bu personelin güdülenmesini (motivasyonunu) ve verimliliğini arttıracığını, hastaya hekim seçme hakkı veren nitelikli ve verimli hizmet sunumu ile sağlık hizmetlerini iyileştireceğini, sağlık hizmeti kullanımından hoşnutluğun yükseleceğini ummakta ve bu uygulamayı savunmaktadır (SB, 2011a).

Performansa dayalı döner sermaye uygulaması hizmet başı ödeme ile hekimin hastaya sunduğu her bir hizmetin ücretlendirilmesidir.

## Türkiye’de Döner Sermaye ve Performansın Tarihsel Süreci

Türkiye’de Sağlık Bakanlığı içinde döner sermaye kuruluşu 4 Ocak 1961 yılında 209 numaralı “Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı’na Bağlı Sağlık Kurumları ile Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanun” ile (Resmi Gazete 9 Ocak 1961 – 10702) oluşturulmuştur. Bu yasanın ikinci maddesinde döner sermayenin kurumların karları ile bağışlardan ve devlet yardımlarından oluşacağı belirtilmektedir (SB, 2011b). Dikkati çeken nokta ise, 1980’lere dek bu kurumların kazanacağı değil yasanın adında da geçtiği gibi devlet tarafından “verilecek” yardımın tanımlanmasıdır. Yasanın çıkarılış amacının, yataklı sağaltım (tedavi) kurumlarının hizmet sunumundaki gereksinimlerinin bir bölümünün karşılanması için yapılması gereken satın alma ve kiralama konusunda yetkilendirilerek, uzun bürokratik işlemler gerektiren mevzuat uygulamalarından bağışık tutulmaları olduğu söylenebilir (TTB Halk Sağlığı Kolu, 2002; Nesanır, 2007). Sağlık ocağının o dönemde döner sermaye ile ilgisi ise; sağlık ocaklarında halka para ile satılacak ilaçların döner sermaye bulunan bu yataklı tedavi kuruluşlarından sağlanması ile sınırlıdır. Döner sermaye yasası ve bu yasanın nasıl uygulanacağını açıklığa kavuşturmak amacı ile 1961 tarihinde çıkarılan 106 sayılı ve 1967 tarihinde çıkarılan 168 sayılı yönetmelikler kapsamında, her sağlık ocağının sattığı ilaçların satış tutarının yüzde 15’ini sağlık ocağının ya da bağlı sağlık evlerinin bazı gereksinimleri için harcayabileceği belirtilmiştir. Bu harcamalar; tıbbi ve cerrahi aletler almak, her türlü tamir, değişiklik, yeni inşaat, sağlık tesisatı yaptırmak, her türlü yakacak, akaryakıt satın almak, cam taktırmak, bahçe duvarı çektirmek, ocak laboratuvarı için alkol, pamuk vb almak, ivedi ve zorunlu durumlarda bazı ilaçlar için harcamalarda bulunmaktır. Bu sayılanlar dışında bir harcamanın döner sermaye kurumuna sorularak yapılması gerektiği belirtilmiştir. Harcama işlemlerinin de hangi prosedür içinde gerçekleştirileceği tanımlanmıştır (Eren ve Öztürk, 1993). 18 Mart 1976 tarihinde 209 sayılı Yasa değişikliği ile kurum ve kuruluşlara verilen döner sermaye miktarı artırılmıştır.

209 sayılı yasada değişiklikler yapan ve 27 Haziran 1983 tarihinde yürürlüğe giren 2907 sayılı Yasa ile döner sermayeli kuruluşlara, ürettikleri mal ve hizmetler ile yaptıkları alımları fiyatlandırma yetkisi verilmiştir. Böylece bu kurumlar, bağımsız ve kar amaçlı işletmeler durumuna getirilmişlerdir. Yine 209 sayılı Yasa’da 27 Haziran 1989 tarihinde 375 sayılı Yasa Gücünde Kararname ile yapılan değişikliklerle, her türlü hak edişi ve giderleri döner sermayeden ödenmek koşuluyla yataklı sağaltım kurumlarında dışardan personel çalıştırılmasına olanak sağlanmış, ayrıca döner sermaye gelirlerinin yüzde 50’sinin kendi personeline ek ödeme olarak dağıtılabileceği kabul edilmiştir. 1961’deki kanun çıkış gerekçesini oluşturan madde değiştirilerek 7 Mart 2006-5471/1 ek fıkra ile “Sağlık Bakanlığı’na bağlı döner sermaye işletmeleri, sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, kaliteli ve verimli hizmet sunumunun teşvik edilmesi, sağlık kurum ve kuruluşlarının kendi imkânlarıyla karşılayamadıkları ihtiyaçların giderilmesi, eğitim, araştırma ve geliştirme faaliyetlerinin desteklenmesi, birinci basamak sağlık kuruluşlarının desteklenmesi ve Bakanlık merkez teşkilatında görev yapan memurlar ile sözleşmeli personele ek ödemede bulunulması amacıyla Bakanlıkça yapılacak giderlere iştirak etmek için aylık gayrisafi hasılatından aylık tahsil edilen tutarın yüzde 2’sini geçmemek üzere Sağlık Bakanlığı’nca belirlenecek oranı Bakanlık Döner Sermaye Merkez Saymanlığı hesabına aktarılır” halini almıştır.

4618 sayılı Yasa’da değişiklik ile sosyal güvencesi olmayan vatandaşlara sağlık hizmeti sunumu ortadan kaldırılmış ve bu kişilerin nasıl hizmet alacakları ile ilgili o

dönemde yasal düzenleme yapılmamıştır (TTB Halk Sağlığı Kolu, 2002). 23 Ocak 2001 tarihinde 24296 numaralı Resmi Gazete'de yayımlanan 4618 sayılı Kanun ile bu kanunun ilgili maddelerinde bazı değişiklikler yapılmış ve döner sermaye gelirlerinden ilgili sağlık kurumlarının personeline ek ödeme yapılması kararlaştırılmıştır. Yine aynı kanun ile birinci basamak sağlık kurumlarını, ana ve çocuk sağlığı merkezlerini, halk sağlığı laboratuvarlarını kapsamak üzere her ilde bir döner sermaye işletmesi kurulmuştur. Sağlık Bakanlığı 18 Kasım 2002 tarihinde 25299 sayılı ile yayımladığı "Sağlık Bakanlığı'na Bağlı Döner Sermayeli Kurum ve Kuruluşlarda Görevli Personele Döner Sermayeden Yapılacak Ek Ödeme Hakkındaki Yönerge"yi 18 Haziran 2003 tarihinde yenileyerek personele dağıtılacak döner sermaye gelir katkı payını personelin performansı ile ilişkilendirmiş ve 10 hastanede ölçülebilir performansa dayalı ek ödeme uygulamasına geçilmiştir. Sağlık kurumlarının büyük yatırım gerektiren tıbbi cihaz ve bina gibi yatırımları özel veya kamu sektöründen hizmet satın alması yolu ile edinebilmesi için gerekli düzenlemeler yapılmıştır. Ayrıca personel sıkıntısı olan kurumların bu açıklarını da hizmet satın alınması yolu ile kapatmasının yolu açılmış, bu sayede uzun bekleme sıraları eritilerek verimli ve yerinde hizmet alınması sağlandığı belirtilmiştir. (Kanun Tarih: 10 Temmuz 2003, Sayı:4924-Genelge Tarih: 27 Haziran 2003, Sayı: 1082- Genelge Tarih: 12 Ağustos 2003, Sayı: 1666) (SB, 2004). 2004 Mali Yılı Bütçe Kanunu'nun 49. maddesinin (k) bendine dayanarak Sağlık Bakanlığı'nın biri birinci basamakta, diğeri ikinci ve üçüncü basamakta olmak üzere çıkarılan iki yönerge ile 01 Ocak 2004 tarihinden başlayarak bütün Türkiye'de performansa dayalı döner sermaye uygulaması yürürlüğe konulmuştur. Birinci basamak sağlık kuruluşlarına yönelik yönergenin, birinci basamak sağlık hizmetlerinin özelliğine ve yapılanmasına bağlı olarak tedavi edici ve koruyucu sağlık hizmetleri ile kırsal alanda hizmet sunma hususları dikkate alınarak hazırlandığı belirtilmektedir. Yönergede tedavi edici sağlık hizmetlerine ait ölçütlerin yanında koruyucu sağlık hizmetleri puanları ve kırsal alana doğru artan bölge idari puanları tanımlanmıştır (SB, 2011b). 209 sayılı Yasa'da 1983, 1989 ve 2001 yıllarında yapılan değişiklikleri içeren yasa maddeleri iptal edilerek 2005 yılında 5335 ve 2006 yılında 5471 sayılı Yasa'lar, daha geliştirilmiş piyasa yaklaşımı ile yürürlüğe girmiştir. Daha sonra bütçe kanununda böyle bir düzenleme yapılamayacağı gerekçesiyle ve 209 sayılı Yasa'da yapılan yeni bir değişiklikle "Sağlık Bakanlığı'na Bağlı Sağlık Kurumları İle Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanun ile 2006 Yılı Merkezi Yönetim Bütçe Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun" olan 5471 sayılı Yasa ile 07 Mart 2006 tarihinde performansa dayalı ödeme işlemi yürürlüğe girmiştir (Nesanır, 2007). Daha önceleri döner sermayeden kıdem ve ünvana göre pay dağıtılırken, performans uygulaması (hizmet başı ödeme) ile bunlara ek olarak klinik ve/veya hekimin kuruma kazandırdığı parayı temel alan bir ücretlendirilme modeli getirilmiştir. Bu süreçte hukuksal belgelerde sık sık değişikliğe gidilmiştir (SB, 2011b). Bu hızlı değişimde "sağlıkta dönüşüm" süreci etkin olduğu kadar; Türk Tabipleri Birliği (TTB) başta olmak üzere bir çok sendika, sivil toplum kuruluşunun hukuksal ve kitlesel olarak sürecin içinde olması da önemli bir etken olarak ortaya çıkmaktadır. 12 Mayıs 2006 tarihli ve 26166 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren "Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelik" in 25 Ağustos 2007 / 26624 sayılı değişikliği dışında süreç içinde 23 Mart 2007 tarihli ve 2542 sayılı makam onayı ile "Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Kaliteyi Geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönergesi" devreye girmiştir. 3 Temmuz 2007 tarihli ve 6576 sayılı makam onayı ile "Sağlık Bakanlığına Bağlı



Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Kaliteyi Geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönergesi” ile yönergeye ilişkin tüm iş ve işlemlerin yürütülmesi görevi Strateji Geliştirme Başkanlığı uhdesine verilmiştir. Bu işlemler Strateji Geliştirme Başkanlığı Performans Yönetimi ve Kalite Ölçütleri Geliştirme Daire Başkanlığı tarafından yürütülmeye başlanmıştır (SB, 2011a).

### **Rakamlarla Performans ve Döner Sermaye**

Döner sermaye, Türkiye’de sağlık hizmetlerinin finansmanında kullanılan en önemli kanallardan birisi durumuna gelmiştir. Sağlık hizmetlerinin finansman ve harcamaların dağılımında döner sermaye uygulamaları yıllar içinde giderek daha fazla yer almaktadır (Pala, 2005a; Belek, 2006b; Soyer, 2007).

2002 yılından 2006’ya hem devlet hastanelerinde hem de sağlık ocaklarında muayene olan kişi sayısı yüzde 75 artış göstermiştir (SB, 2011c). Bu yükselişteki payın bir kısmı döner sermaye ve performansla bağlansa da 2004 ve 2005 yıllarında hasta başvuru sayısı artışında; 1. 2004 yılında SSK ve Sağlık Bakanlığı tesislerinin “ortak kullanımı,” 2. 2005 yılında sağlık kuruluşlarının “tek çatı” altında toplanması, 3. SSK mensuplarının ilaçlarını serbest eczanelerden alabilmeleri, 4. Yeşil kart sahiplerinin ayaktan ilaç ve tedavi giderlerinin ödenmesi, 5. İlk başvurulacak sağlık kuruluşunu seçme hakkı, 6. Sağlık hizmeti almak için gerekli bürokratik işlemlerin azaltılmasının da etkili olduğu belirtilmiştir (SB, 2006).

Özel hastanelerden özel tıp merkezlerine, özel polikliniklerden özel laboratuvarlara kadar hizmet sunan özel sektör bölmesinde büyüme ve yaygınlaşma söz konusu olmuştur. Özel laboratuvar sayısı, 2000-2002 yılları arasında yüzde 16 artmıştır. Ancak, Güneydoğu (% 81.5) ve Doğu Anadolu bölgesindeki (% 105.8) artış oldukça yüksektir. Bu artışta, fizik tedavi merkezlerinin ve nükleer tıp ile radyoloji laboratuvarlarının artışı etkilidir. İleri teknoloji odaklı bu gelişme, tıbbi teknoloji ithalatındaki artışa paraleldir (TTB; 2007). 2002 yılında Sağlık Bakanlığı’na ait hastane sayısı 774 iken özel sektöre ait hastane sayısı 271’dir. 2010 yılına gelindiğinde Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastane sayısı 843 olurken, özel sektöre ait hastane sayısı 489’a çıkmıştır. Kişi başı hastane başvuru sayısı 2002 yılında Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastanelerde 1.66 iken; özel sektöre başvuru sayısı 0.09’dur. 2010 yılında Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastanelerde 2 kat artarak 3.19 olurken; özel sektörde yaklaşık 7 kat artarak 0.65 olmuştur (SB, 2011c).

Sağlık ocaklarında 2003 yılında 6.200 poliklinik odası varken, 2006 yılında 12.500’e çıkmıştır (SB, 2006). Buna paralel olarak da belirgin bir şekilde poliklinik sayısında artış görülmüştür.

Birinci basamakta 2004 yılına koruyucu sağlık hizmetleri açısından bakıldığında önceki yıllara göre gebe izlem sayısında yüzde 22, bebek izlem sayısında yüzde 28, DBT3/OPV3 aşılama yüzdesinde yüzde 25 oranında artış olmuştur. Aşılama oranlarında önceki yıllarda ulaşılamayan yüksek oranlara ulaşıldığı belirtilmektedir (SB, 2006). “Birinci basamak sağlık hizmetleri yürütülürken bebek izlem sayısı, gebe izlem sayısı, bağışıklama oranı, yeni doğan tarama testleri ve modern aile planlaması yöntemi kullanma yüzdesi gibi ölçütler de performans ölçütleri olarak kullanılmıştır. Böylece koruyucu sağlık hizmetleri ayrıca ödüllendirilerek teşvik edilmiştir.” denmiştir (SB, 2007). Oysa ki; bebek, gebe, kadın izlemlerinde, bağışıklama ve tarama programlarının yalnızca bir önceki yılın aynı ayında yapılan izlem sayısının üstüne çıkılmasının ödemeye temel alınması, ulaşılması istenen hedeflerin dikkate alınmaması ciddi bir yanılğı oluşturmuş ve performans kapsamı dışı tutulan gebe tetanoz, lohusa, çocuk izlem gibi verilerde belirgin iyileşme göz-

lenmemesi de performansın genel olarak koruyucu sağlık hizmetlerini kapsamayı yerine belirlenmiş bazı hedeflere yönelik etkin olduğunu göstermiştir.

Sezaryen doğumların tüm doğumlar içindeki payı 2003 yılında yüzde 21 iken, 2010 yılında yüzde 46 olmuştur. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde performans içinde olmayan 15-49 yaş grubu halen evli kadınlarda kontraseptif yöntem kullanım yüzdesi 2003 yılında yüzde 71 iken, 2010 yılında yüzde 73'dür. Bölgeler arası farklılıklar da dikkat çekmektedir (SB, 2011c).

Yıllara göre Sağlık Bakanlığı bütçesinin GSYİH içindeki oranı 1999 yılında 0.77 iken, yıllar içinde artış göstererek 2009 yılında 1.53'e çıkabilmiştir (Soyer, 2007).

1988-1998 yılları arasında genel bütçeden gelen para yüzde 33.4'den yüzde 41.0'a, sigorta primlerinden gelen para yüzde 14.4'den yüzde 26.4'e ve özel kaynaklardan/cepten gelen para yüzde 52.2'den yüzde 32.6'ya gelmiştir. O dönemde Sağlık Bakanlığı bütçesinden gelen paranın yüzde 28'ini döner sermaye ve fonlar oluşturmaktadır. Üniversitelerden gelen paranın döner sermaye payı ise yaklaşık yüzde 70'dir. 2001 yılında ise yüzde 76 olmuştur. Üniversiteler yıllar içinde döner sermayeye muhtaç hale getirilmişlerdir. O tarihler arasında kamudan yüzde 67, özelden yüzde 33 payla toplanan paranın yönü, dağılırken tersine dönmekte ve yüzde 43 kamu, yüzde 57 özel olmaktadır. Sonuç olarak; 2000 yılı Ulusal Sağlık Hesaplarına göre, toplam sağlık harcamalarının yüzde 24'ü, 2003 yılı Dünya Bankası Sağlık Raporuna göre yüzde 39'u, 2005 yılı DPT verilerine göre yüzde 47'si kamudan özele aktarılmıştır (Soyer, 2007).

Sağlık harcamaları 1980 yılında 2.5 milyar dolar iken, 2002'de 10 milyar dolar, 2004 yılında 19 milyar dolar sınırına gelmiştir. Toplam sağlık harcamaları içinde kamunun payı 2002 yılında 8.7 milyar iken; 2004 yılında 16.3 milyar dolar çıkmıştır (Soyer, 2007).

Yıllara göre ilaçların tüketim miktarına bakıldığında; 2003 yılında 769 milyon kutu iken; 2010 yılında 1 milyar 570 milyon kutu olmuştur (SB, 2011c). Lira bazında değerlendirildiğinde; 1999 yılında 1 milyar YTL'nin biraz altında gerçekleşen kamu ilaç harcamaları, 2006 yılında 10 milyar YTL üzerine çıkmıştır (Soyer, 2007).

Kişi başı cepten sağlık harcaması 1999 yılında 23 TL iken yıllar içinde artış göstermiş 2008 yılında 141 TL olmuştur (SB, 2011c). Cepten sağlık harcamaları 1999 yılında 3.4 milyar dolar düzeyinde iken, 2007 yılında 8.5 milyar dolar, 2008 yılında 10 milyar dolara kadar ulaşmıştır. Cepten harcamaların toplam sağlık harcamaları içindeki payının dip noktası 2003'de yüzde 18.5 ile olmuştur. Ancak 2008 yılında 21.8'dir. Tarih aralığını genişletirsek; 1999-2008 yılları arasındaki cepten harcamalardaki artış yüzde 147'dir (Sönmez, 2011).

Özet olarak; Türkiye'nin sağlık finansman yapısı; kamudan özele kaynak aktarma üzerine oturtulmuştur ve özel sektöre akıtılan kaynakların önemli bölümü de; ilaç ve tıbbi ürünler başlığında uluslararası sermayeye akıtılmaktadır (Soyer, 2007).

### **Döner Sermaye ve Performansın Çalışma Ortamına Etkisi**

Türkiye'de sağlık alanında yürütülen, sağlık hizmetlerinde liberalizasyon ile kendini gösteren "reform süreci" yukarıda paylaşıldığı üzere 1980'lerde başlamıştır. Günümüzde "Sağlıkta Reform" çalışmaları "Sağlıkta Dönüşüm Programı" adıyla sürmektedir. Bu programın ana eksenini oluşturan düzenlemelerin başlıcaları; birinci basamak sağlık hizmetinde sağlık ocaklarının kaldırılarak aile hekimliği sistemine geçilmesi, birinci basamak sağlık hizmetlerinin ücretlendirilmesi ve döner

sermaye uygulamalarıdır. Döner sermaye bir özelleştirme uygulamasıdır. (TTB Halk Sağlığı Kolu 2003; SoL Meclis Sağlık Çalışma Grubu, 2004; Pala, 2005a).

Döner sermaye uygulamalarından en önemli olanı hastanelerde temizlik ve yemek hizmetlerinin taşeron şirketlere verilmesi olmuştur. Sağlık Bakanlığı tarafından düzenlemeler ile tıbbi hizmetlerin de döner sermaye aracılığıyla satın alınmasının yolu açılmaya çalışılmıştır. Yemekhane, görüntüleme merkezleri, laboratuvar olarak uygulamalar genişletilmiştir. Hatta Denizli Devlet Hastanesi'nde çalıştırılmak üzere ilan edilen hekim ihalesi, TTB'nin başvurusu üzerine Danıştay tarafından iptal edilmiştir (Pala, 2005a).

Sağlık kurumlarındaki döner sermaye işletmelerinin gelirlerinin önemli kısmını tedavi edici sağlık hizmetleri sunumu oluşturmaktadır.

Döner sermaye, Türkiye'de sağlık hizmetlerinin finansmanında kullanılan en önemli kanallardan birisi durumuna gelmiştir. Birinci basamak sağlık kurumlarında sunulan hizmetin fiyatı Sağlık Bakanlığı'na belirlenmiştir. Eskiden parasız sunulan ve Sağlık Bakanlığı bütçesinden finanse edilen birinci basamak tedavi hizmetleri bu yasa ve yönetmeliklerden sonra artık döner sermaye işletmesine gelir kaydetmek üzere sosyal güvenceli ve güvencesiz hastalara para ile sunulmuştur (Belek, 2006b). Hastalar, belirlenen fiyatları ya doğrudan (sosyal güvencesi yoksa) kendileri ödemişler ya da bağlı oldukları sosyal güvenlik kurumları geri ödeme yöntemiyle hizmet fiyatını ilgili kuruma ödemesiyle gerçekleştirmişlerdir. Buna karşılık, bazı sosyal güvenceli hastalardan da hizmet kullanımı anında katkı payı alınmıştır.

Halkın sağlık hizmetleri için cepten daha çok para ödemesi ve artık kendini müşteri kabul etmesi sağlık hizmetlerinden beklentinin artmasına ve farklılaşmasına yol açmıştır. Beklendiğinin tersine sağlık çalışanlarının kaynaklarının azalması ve iş yükünün artması da onların tahammüllerini zayıflatmıştır. Bu karşılıklı olumsuz süreç, şiddet artışının nedenleri arasında gösterilmektedir. AB işgücü araştırmalarında 2000 yılından bu yana şiddetin en yoğun görüldüğü sektör sağlık sektörüdür. Sağlık sektörü, iş sağlığı ve güvenliği açısından en riskli alanlardan kabul edilmektedir (Davas, 2007).

Hizmet başı ücretlendirmenin, hizmeti veren kişinin çabasını ödüllendirmesi, diğer basamaklara sevki azaltması, motivasyonu artırması gibi avantajları olması yanı sıra aşırı maliyet artışı, ekip çalışmasını zayıflatması, gereksiz tanı ve tedavi uygulamalarının aşırı düzeye ulaşması, pahalı uygulamaların tercih edilmesi, yönetim maliyetlerinin yüksek olması ve coğrafik dağılımın dengesiz olması gibi dezavantajları vardır. Döner sermayeden belli bir yüzdenin çalışanlara dağıtılması için sağlık kurumlarının kâr etmiş olması gerekmektedir. Sağlık çalışanları, "maaş dışı ek ödeme"yi, işletmeye az kazandırdıklarında az, çok kazandırdıklarında çok alırlar. Ayrıca, kazandırdıkları her dönemde de döner sermayeden pay ödenmesinin sürekliliği ve kesinliği yoktur. Kişinin eylemli çalışması koşuluna bağlıdır. Emekliliğe asla yansımayacağı gibi, yıllık izin, hatta hastalık izinlerinde bile kesilebilmektedir. Bu nedenle bu ek ödeme biçimi "kazanılmış bir hak" değildir. Sosyal güvenlik kuruluşlarından gelen para geldiği sürece dağıtılır yani süreklilik göstermez. Mevzuatta belirtilen ödemeler tavan olup, kurumların durumuna göre, çalışanlara bu oranların altında ek ödeme yapılması da olanaklıdır hatta gereksinimlerden dolayı hiç ek ödeme yapılmaması da olasıdır (Nesanır, 2006; Pala, 2005a).

Birinci basamak sağlık kurumlarında personelin performansı çok önemli oranda, personelin tedavi edici hizmetler alanındaki çalışmalarına bağlanmış ve perfor-

mans hesabında temel oluşturan puanlama iş yerindeki amir tarafından yapılmıştır (Belek, 2006b). Fiyatlandırmaya kaynak olarak kamusal fonlar yerine döner sermaye gibi yöntemlerin kullanılması da, “ek kazanç” görünümü altında esnekleşme çabalarına destek sağlayan bir uygulama işlevi görmektedir.

Parça başı iş yapmanın esas alındığı bu sistemde uygulamalar daha çok sayılar ve nicelik üzerine odaklanmaktadır. Bir hekim günde 20 hasta bakarsa verimsiz, 200 hasta bakarsa çok verimli çalışmış gibi sonuçlar çıkarılmaktadır. Oysa ki; sağlık hizmetlerinde nitelik, nicelikten (bakılan hasta, ameliyat edilen hasta vb.), süreklilik ve ulaşılabilirlik verimlilikten daha önemli kavramlardır (SoL Meclis Sağlık Çalışma Grubu, 2004).

Bunun dışında; personel ücretlerinin döner sermaye geliri ile ilişkilendirilmesi ve ileride toplam gelir içinde döner sermayeye katkı payının oranının artacak (genel bütçeden ödenen ücret artışlarının sınırlanması nedeniyle) olduğunun anlaşılması hizmet üretiminde arz yönünden kaynaklanan pek çok etik sorunları da beraberinde getirmiştir (Tıp Dünyası, 2007).

Dr. Ata Soyer “Sağlık Bütçesi ve Sağlık Çalışanları” başlıklı makalesinde süreç ile ilgili;

*“Sağlık hizmetleri, daha önceleri daha çok bir hekimlik hizmeti olarak, muayenehanede icra edilen bir hizmetti. Daha sonra, “hayırsever” özellikleri ön planda olan, toplu hizmet verilen, hekimin yanı sıra hemşire ve diğer sağlık personelinin de devreye girdiği hastaneler (in ilk hali) sahneye çıktı. Şimdi ise, yüksek teknoloji, çok sayıda ve çeşitte çalışanın hizmet sunduğu, karmaşık yapıya sahip “sağlık fabrikaları” var. Çalışılan yer “fabrika” olunca, iş temposu da ona göre ayarlanıyor. Hasta başına ayrılan süreler hesaplanıyor, “verimlilik” bahanesi ile tempo hızlandırılmaya çalışılıyor. Artık, hekimlerin öyle düşünmeye, hastalığı anlamaya ayıracak çok zamanları yok. Şimdi “klinik kılavuzlarımız” var, “akış şemalarımız” var. Her şeye, bunlara göre karar veriyoruz. Çünkü, hekimler, çalıştıkları kurumların (devlet veya özel) bürokrasisi tarafından, bu kurallara göre denetlenmeye başladı. Kılavuzda ne yazıyorsa, o! “Uygun olmayan” işlemler, “verimsiz” bulunan uygulamalar, “gereksiz masraflar” ayıklanıyor. En “hatasız” ve “verimli” üretim -tabii ki en kârlı- sağlanmaya çabalıyor. Hekimler, böylece performansla tanışmış oldu. Yani, ücretlerini artık kaç hasta baktıklarına, kaç reçete yazdıklarına, kaç operasyon yaptıklarına, kaç sevk yaptıklarına, vb göre almaktalar. Geçtiğimiz yüzyılın başlangıcında fabrikalarda uygulanmaya başlayan bilimsel yönetim, yani Taylorizm, artık sağlık sektörüne de girmeye başladı”* diyerek durumu özetlemektedir (Soyer, 2009).

### **Sağlık ve Sağlık Çalışanına Etkileri Üzerine Türkiye'de Yapılmış Araştırmalardan Örnekler (Beliner, 2007):**

- İzmir merkezindeki bir sağlık ocağı bölgesinde yaşayan 0-6 yaş çocukların sağlık hizmetine erişim ve kullanımının irdelendiği 2004 yılında yapılmış bir çalışmada yoksullar, alt sınıfsal gruplar, sosyal güvencesi olmayanlar, göçmenlerin koruyucu ve tedavi edici hizmetler için sağlık ocağını daha çok kullandıkları izlenmiştir ( $p < 0.05$ ). Çocukların yüzde 55.3'ünün son 15 günde herhangi bir sağlık sorunu olmasına karşın bu grubun herhangi bir sağlık kuruluşuna yüzde 57.7'sinin başvurusu olmadığı ve çocukların yüzde 61.7'sinin sağlık hizmetine erişebilmek için sosyal güvenceleri dışında ek ödeme yaptıkları gözlenmiştir. Müstakil evde oturanlar, sosyal güvencesi olmayanlar, eğitim durumu ilkökul ve altı anne ve babalar, ana di-

li Türkçe olmayanlar, yoksullar anlamlı olarak sağlık ocağından koruyucu hizmeti daha fazla almaktadır. Çocukların hizmet kullanımı ile ilgili yapılan çalışmaların pek çoğuyla uyumlu olarak sağlık güvencesi olmayanların hizmet kullanımlarının daha az olduğu gösterilmiştir (Hassoy ve Çiçeklioğlu, 2005).

- Denizli’de 2002 yılında 5 sağlık ocağında yapılmış bir çalışmada döner sermaye uygulamasına geçtikten sonra sağlık ocaklarına başvuru sayısında azalma saptanmıştır (Bostancı, 2002).
- İzmir’de yapılmış bir çalışmada; döner sermaye uygulamasının başladığı 2002 yılı Ocak Mayıs ayları arasında özellikle poliklinik sayılarında bir önceki yılın aynı dönemlerine göre belirgin bir azalma görülmüş, buna karşın laboratuvar tetkik oranlarının bir önceki yıla göre yüzde 7.5’den yüzde 12.7’ye çıkmış olduğu gözlenmiştir (Keskinöğlü ve ark, 2002).
- İzmir’de sosyoekonomik durumu görece düşük bir bölge sağlık ocağında yapılmış bir çalışmada; o sağlık ocağı bölgesinde yaşayan kişilerin yüzde 15’inin Nisan 2002 tarihinde sağlık hizmetine gereksinimi olduğu halde sadece yüzde 68’inin herhangi bir sağlık kurumuna başvurduğu saptanmış, başvuru yapmama nedeni olarak yüzde 52 ile ekonomik gerekçeler gösterilmiştir (Konakçı ve ark, 2002).
- Elazığ il merkezinde 2004 yılında sağlık ocağı polikliniğine başvuran hastalar üzerinde yapılmış bir çalışmada araştırmaya katılanların yüzde 53’ü sağlık ocaklarındaki hizmetlerin, yüzde 48.5’i hastane hizmetlerinin kesinlikle devlet tarafından sunulması taraftarı olup, yüzde 68.2’si sağlık ocaklarında sunulan hizmetlerden ücret alınmasına karşı olduklarını belirtmişlerdir. Buna en büyük gerekçe yüzde 68.9 ile dar gelirli olanların hizmetten yararlanabilmeleri olarak gösterilmiştir (Deveci ve ark, 2005).
- Muğla il merkezinde 2005 yılında yapılmış bir çalışmada; birinci basamakta çalışan hekimlerde uygulanan performans sisteminden ve aldıkları ücretten memnun olmayan hekimler yüzde 69 olarak bulunmuştur. Hekimlerin performans uygulamasının personel arası ilişkilere etkileri hakkındaki düşünceleri incelendiğinde yüzde 50’sinin diğer sağlık çalışanları arasındaki ilişkiyi olumsuz etkilediğini ve yüzde 53.4’ünün hekimler arasında olumsuz rekabet ortamı yarattığını düşündükleri belirtilmiştir. Hasta ile ilgili işlemlere yansımaları ile ilgili görüşler analiz edildiğinde hekimlerin yüzde 34.5’inin bu sürecin hastaya olumsuz yansıdığını, yüzde 78.4’ünün etik olmayan uygulamalarda artış olduğunu düşündüklerini belirtmiştir (Bulut ve ark, 2006).
- Bursa il merkezindeki sağlık ocaklarında 2004 yılında yapılan çalışanların döner sermaye ile ilgili düşüncelerine yönelik bir çalışmada; sağlık çalışanlarının döner sermaye uygulamasını yüzde 33.7’si olumlu bulurken, yüzde 27.9’u olumsuz; yüzde 36.8’i hem olumlu hem olumsuz bulmuştur. Olumlu bulanların en önemli nedeni maddi katkı sağlaması (% 78), ikinci neden olarak da yeterli hizmet verdiklerini, en az hastanedekiler kadar çalıştıklarını, tazminatı hak ettiklerini ve motive olduklarını belirtmişlerdir (%20.4). Hem olumlu hem olumsuz görüş bildirenlerin yüzde 39.6’sı ek gelirden hoşnut olduğunu belirtmekte ancak iş yükünün artması, tazminat miktarının az olması, özlük haklarına, maaşa, emekliliğe yansımaması, rekabet ortamı yaratması ve sağlık ocağına gelen vatandaşın para alınma-

sından yakınmaktadır. Katılımcıların yüzde 47.1'i, döner sermaye uygulamasına geçilmesi ile ebe ev ziyaretlerinin sayısının azaldığını, yüzde 30.8'i sağlık ocağı çalışanları arasındaki ilişkilerin olumsuz etkilendiğini düşünmektedir. Döner sermaye tazminatlarının belirlenmesi ölçütlerini personelin yüzde 64.6'sı uygun bulmamıştır (Pala ve ark, 2005b).

- Manisa ili merkez ve ilçe merkezinde 2005 yılında birinci ve ikinci basamak sağlık kurumlarında 718 hekimin katılımı ile yapılan bir çalışmada; performansa dayalı döner sermaye uygulamasından aldığı ücret için hekimlerin yalnızca yüzde 3.4'ü “yeterince hoşnut” olduğu anlatımını kullanmıştır. Performans sisteminin hekimler arasındaki ilişkiyi olumsuz etkilediğini düşünenler yüzde 83, etik olmayan uygulamalara yol açan bir sistem olduğunu düşünenler ise yüzde 86.9 sıklıktadır. Hekimler hasta sayısının arttığını; ancak muayene süresinin kıaldığını belirtmiştir (Nesanır ve ark, 2006).
- Samsun il merkezinde sağlık ocakları istatistik formlarının değerlendirilmesiyle 2005 yılında yapılmış bir araştırmada muayene sayısının yüzde 116.7, sevk oranının yüzde 21.7, laboratuvar tetkik sayısının yüzde 1172.9, gebe izlem sayısının yüzde 31.3, bebek izlem sayısının yüzde 42.9, çocuk izlem sayısında yüzde 80 artma, performans kriterleri içinde olmayan bebeklik dönemi aşlamalarından olan BCG aşısı uygulamasında yüzde 78.1'den yüzde 66.5'e gerileme ve gebelik dönemi tetanoz aşısı uygulaması ve RİA kullanımında düşme gözlenmiştir (% 57.7). Bu veriler ışığında, birinci basamak sağlık hizmetlerinde döner sermaye uygulamasına geçilmesiyle koruyucu sağlık hizmetlerinin geri plana itildiği; performans uygulamasının yürürlüğe girmesiyle de tedavi edici hekimlik hizmetlerinin öncelendiği vurgulanmıştır (Canbaz, 2006).
- Türk Tabipleri Birliği Etik Kurul'unun 2009 tarihli “Hekimlerin Değerlendirmesi ile Performansa Dayalı Ödeme” çalışmasında;

Hekimler, hasta başına düşen muayene süresinin azaldığını (on hekimden 7'si); tetkik sayısının arttığını (on hekimden 6.5'u); özellikle ikinci basamakta lokal anestezi ile yapılan operasyon sayısında artış olduğunu (hekimlerin yarısı); yatırılan hasta sayısının arttığını (on hekimden 6'sı) belirtmişlerdir.

Özellikle birinci basamakta komplikasyon ve konsültasyon sayısının arttığını (hekimlerin yarısı); endikasyonsuz müdahale sayısının arttığını (on hekimden 6.5'u); etik olmayan uygulamaların arttığını (on hekimden 7'si); özellikle birinci basamakta uygulama hatalarının (malpraktis) arttığını (her on hekimden 6'sı) söylemişlerdir. Buna karşın, on hekimden altısı sağlık hizmetlerinin niteliğinde bozulma olduğunu paylaşmıştır.

Araştırmaya katılan hekimler; çalışanlar arası rekabetin arttığını (her on hekimden 8'i); çalışma stresinin arttığını (her on hekimden 7.5'u); izin ve dinlenme süresinin azaldığını (her on hekimden 7.5'u) ve motivasyonun azaldığını (her on hekimden 4.5'u) belirtmişlerdir.

Çalışma arkadaşları/meslektaşları ile ilişkilerinin azalması (her on hekimden 5.5'u); mesleki dayanışmanın azalması (her on hekimden 5.5'u); çalışanlar arası işbirliğinin azalması (her on hekimden 6.5'u); özellikle birinci basamakta hekim dışı sağlık personeli ile ilişkinin azalması (hekimlerin ya-

rısı); hekim-hasta ilişkisi ve etkileşiminin azalması (her on hekimden 5.5’u); aile içi dayanışma ve paylaşım ilişkilerinin azalması da (hekimlerin yarısı) araştırma sonuçlarındandır.

Dürüst çalışmanın azaldığı (her on hekimden 9.5’u); bilimsel araştırma yapmaya ilginin azaldığı (her on hekimden 8’i); topluma daha iyi sağlık hizmeti verme olanağının azaldığı (her on hekimden 6.5’u); mesleki doyum sağlayarak çalışmanın azaldığı (her on hekimden 9’u) belirtilmiştir.

Performans uygulamasının sağlığı metalaştırdığı (her on hekimden 7’si); hekimler arasında ücret eşitsizliğine yol açtığı (her on hekimden 8’i) tespit edilmiştir (TTB, 2009).

### **Sonuç Yerine:**

Türkiye’de ilk olarak 2005’de Düzce’de uygulamaya geçen, 2011 Eylül itibarı ile tüm ülkeye genellenen ve yaklaşık yedi sene “pilot” bir yasa ile yürütülen aile hekimliği ile birlikte yeni bir “performans” sürecine girmiş bulunmaktayız. Bir bebeğin aşısının yapılmadığında 500 TL’ye yakın performans kesintisinin olabildiği; sadece performansa giren göstergelerde gelişmenin olduğu, diğerlerinde değişimin olmadığı ya da gerilediği bu performans biçiminin sonuçlarının değerlendirilmesi de mutlaka başka bir raporun parçası olacaktır.

### **Son Söz:**

*“Ülkemizde politikacılar ve hükümetler sağlık hizmetlerinin genel bütçeden finansmanını, birinci basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesine öncelik verilmesini ve nitelikli sağlık yöneticileri kadrosu oluşturulmasını kabul etmeden ve inançla uygulamadan sağlık hizmetlerinde beklenen ve gereken gelişme sağlanamaz.”*  
Prof. Dr. H. Nusret Fişek

### **Kaynaklar**

1. Belek İ. (2006a). Hekim ödeme sistemleri In: Eleştirel sağlık sosyolojisi sözlüğü. Ed: Naıçacı E, Hamzaoğlu O, Özalp E. SoL Meclis. Nisan, 2006. İstanbul: 114 – 115
2. Belek İ. (2006b). Döner sermaye In: Eleştirel sağlık sosyolojisi sözlüğü. Ed: Naıçacı E, Hamzaoğlu O, Özalp E. SoL Meclis. Nisan, 2006. İstanbul: 60 – 63
3. Beliner AS. (2007). Birinci Basamakta Ek Ödeme (Performans) Yönteminin Sağlığa Etkisi. 12. Pratisyen Hekimlik Kongresi Kongre Kitapçığı S: 55 -58
4. Bostancı M. (2002). Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Uygulama Sağlık Ocaklarında döner sermayenin uygulanmasının poliklinik hizmetine yansımaları. Yayınlanmamış araştırma raporu – Haziran 2002
5. Bulut D., Bulut N., Tugay U. (2006). Performans Sistemi Sonrası Muğla’da Hekim Görüşleri I. Ulusal Sağlığı Geliştirme ve Sağlığ Eğitimi Kongresi (Uluslararası katılımlı) 09 – 12 Kasım 2006, Marmaris – Muğla. Özet Kitabı S: 212
6. Canbaz S., Dündar C., Pekşen Y. (2006). Birinci basamakta döner sermaye uygulamasının Samsun merkez ilçe sağlık ocaklarının hizmet sunumuna etkileri. Toplum ve Hekim. Temmuz - Ağustos 2006; 21(4): 292 - 296
7. Davas A. (2007). Reformlar sağlığ çalışanlarının hayatında neyi dönüştürüyor? STED 2007;16(6): 90 – 94 URL: <http://www.ttb.org.tr/STED/2007/haziran/index.pdf> Erişim tarihi: 01.09.2011
8. Deveci SE., Aıık Y., Ögetürk A., Gülbayrak C., Ozan AT. (2005). Aile hekimliği

- ve sağlık hizmetlerinde özelleştirme kavramlarına halkın yaklaşımı bir ön çalışma. *Toplum ve Hekim*. 2005; 20(3): 172 – 176
9. Dil Derneği (DD) Türkçe Sözlük (1998). Döner sermaye. Ankara, 1998. S: 366
  10. Eren N., Öztürk Z. (1993). Sağlık Ocağı Yönetimi. Genişletilmiş altıncı baskı. Ankara, 1993. Palme Yayınevi. S: 215 - 217
  11. Etiler N., Yavuz Cİ. (2004). Sağlık reformlarının ana sağlığı hizmetleri üzerine etkileri: Ülke örnekleri. *Toplum ve Hekim*. Temmuz - Ağustos 2004; 19 (4): 285 - 292
  12. Hassoy H., Çiçeklioğlu M. (2005). İzmir ili Gülyaka Sağlık Ocağı bölgesinde 0 – 6 yaş çocukların sağlık hizmet kullanımları ve etkileyen faktörler. *Toplum ve Hekim*. 2005; 20(5): 361 – 371
  13. Keskinöğlü P., Kılıç B., Konakçı S., Kulaç E. (2002). Narlıdere Eğitim Araştırma ve Sağlık Bölgesi sağlık düzeyi göstergelerine sağlık ocaklarındaki döner sermaye uygulamasının etkileri. Yayınlanmamış araştırma raporu - 2002
  14. Kılıç B., Aksakoğlu G. (2002). Birinci basamak sağlık kuruluşlarında döner sermaye uygulaması yanlıştır. *Toplum ve Hekim*. 2002; 17(5): 338-343
  15. Kılıç B. (2007). Sağlık sistemlerinde finansman ve ödeme biçimleri (ABD ve Almanya örnekleri) 5.Temel Sağlık Hizmetleri Sempozyumu 10-11 Mayıs 2007 Özet kitabı S: 13- 23
  16. Konakçı S., Kılıç B., Keskinöğlü P., Kulaç E. (2002). Narlıdere İnönü Sağlık Ocağı bölgesinde Nisan 2001 tarihinde sağlık hizmetleri için yapılan doğrudan harcamalar etkileri. Yayınlanmamış araştırma raporu – 2002
  17. Nesanır N., Erem A., Bilge B., Saltık A. (2006). Manisa'da birinci ve ikinci basamak sağlık kurumlarında çalışan hekimlerin bakış açısıyla performans dayalı döner sermaye uygulaması. *Toplum ve Hekim*. 2006; 21(3): 231 – 238
  18. Nesanır N. (2007). Sağlık Piyasalaştırılması Sürecine Önemli Bir Katkı Döner Sermaye ve Sağlık Hizmeti Sunanlara Ödeme Yöntemleri. *Toplum ve Hekim*. 2007; 22(4): 274 – 279
  19. Pala K. (2005a). Sağlık hizmetlerinde döner sermaye uygulaması. *Toplum ve Hekim*. 2005; 20(1): 72 – 74
  20. Pala K., Sarısözen D., Türkan A., Günay N. (2005b). Bursa merkez sağlık ocaklarında çalışanların döner sermaye ve aile hekimliği ile ilgili düşünceleri. *Toplum ve Hekim*. 2005; 20(3): 177 – 185
  21. Sağlık Bakanlığı (SB) (2004). Sağlık 2003. Aydın S, Demirel H, Korukoğlu S. Ankara. Araştırma, Planlama ve Koordinasyon Kurulu Başkanlığı URL: [www.hm.saglik.gov.tr/pdf/kitaplar/2003raportr.pdf](http://www.hm.saglik.gov.tr/pdf/kitaplar/2003raportr.pdf) Erişim tarihi: 01.09.2011
  22. Sağlık Bakanlığı (2006). Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi. Ankara URL: [http://www.performans.saglik.gov.tr/content/files/yayinlar/saglikta\\_performans\\_yonetimi.pdf](http://www.performans.saglik.gov.tr/content/files/yayinlar/saglikta_performans_yonetimi.pdf) Erişim tarihi: 01.09.2011
  23. Sağlık Bakanlığı (2011a). Performans yönetimi ve kalite ölçütleri geliştirme daire başkanlığı. URL: <http://www.performans.saglik.gov.tr/index.php?pid=46&mNewsDetail=14> Erişim tarihi: 01.09.2011
  24. Sağlık Bakanlığı (2011b) Mevzuat <http://www.performans.saglik.gov.tr/index.php?lang=tr&page=25> Erişim Tarihi: 01.09.2011
  25. Sağlık Bakanlığı (2011c). T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2010. Ed: Mollahaliloğlu S, Bora Başara B, Eryılmaz Z. Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2011 URL:



- <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-72457/h/yillik2010.pdf?ret=0> Erişim Tarihi: 01.09.2011
26. SoL Meclis Sağlık Çalışma Grubu (2004). Sağlık alanı izleme raporu – Temmuz 2004. Birinci basamak sağlık kuruluşlarında döner sermaye uygulaması ve performans değerlendirmesi.
  27. Soyer A. (2007). AKP'nin Sağlık Raporu. Evrensel Basım Yayın. Mayıs 2007, İstanbul.
  28. Soyer A. (2009). Sağlık Bütçesi ve Sağlık Çalışanları. Bağımsız İletişim Ağı (Bianet) 09.12.2009 URL: <http://bianet.org/bianet/bianet/118748-saglik-butcesi-ve-saglik-calisanlari> Erişim Tarihi: 01.09.2011
  29. Sönmez M. (2011). Paran Kadar Sağlık (Türkiye'de Sağlıkın Ticarileşmesi). Yordam Kitap. İzmir, 2011. S: 46
  30. Tıp Dünyası (2007) Ödüllü doktor tutuklandı. 17.05.2007 Sayı: 153 URL: <http://www.ttb.org.tr/TD/TD153/index.pdf> Erişim Tarihi: 01.09.2011
  31. Türk Tabipleri Birliği (TTB) Halk Sağlığı Kolu, (2002). Birinci basamakta döner sermaye uygulaması. Eylül 2002, Ankara. URL: [http://www.ttb.org.tr/halk\\_sagligi/BELGELER/d\\_sermaye1.pdf](http://www.ttb.org.tr/halk_sagligi/BELGELER/d_sermaye1.pdf) Erişim Tarihi: 01.09.2011
  32. Türk Tabipleri Birliği (TTB) (2007). Sağlıkta Piyasacı Tahribatın Son Halkası: AKP. TTB Yayınları. Ankara, 2007 URL: [www.ttb.org.tr/kutuphane/saglikta\\_piyasaci\\_tahribat.pdf](http://www.ttb.org.tr/kutuphane/saglikta_piyasaci_tahribat.pdf) Erişim Tarihi: 01.09.2011
  33. Türk Tabipleri Birliği (TTB) Etik Kurulu (2009). Hekimlerin Değerlendirmesi ile Performansa Dayalı Ödeme. URL: <http://www.ttb.org.tr/kutuphane/performansadayalioideme.pdf> Erişim Tarihi: 01.09.2011
  34. WHO (2006) Make every mother and child count WHO Health Report 2005 S: 140 URL: [http://www.who.int/whr/2005/whr2005\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2005/whr2005_en.pdf) Erişim Tarihi: 01.09.2011

## 3. BÖLÜM:

---

# AİLE HEKİMLİĞİ



# TÜRKİYE'DE AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASI: 2005-2011

**Prof. Dr. Muzaffer ESKİOCAK**

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.

*“Sağlık reformlarının vaat ettikleri ile gerçek farklı, bunu ortaya koymak gerekir  
Araştırmacılar masalı gerçeklikten ayırma konusunda önemli bir role sahiptir.”*

Whitehead M (1),

Neoliberal politikaların uygulanması için Dünya Bankası ve Uluslararası Para Fonu tarafından koşullu borçlandırma ile ülkelere 1980'lerin başından beri dayatılan Yapısal Uyum Programları, ülke parasının değerinin azaltılması-devalüasyon, ekonominin serbest piyasa doğrultusunda yeniden yapılandırılması, sürdürülebilir ödemeler (borç ödemesi.yn) dengesi, kamu harcama bütçesinin kısılması, çok kazananların vergilerinin azaltılması, ücretlerin baskılanması, kamu varlıklarının özelleştirme, devletin sağlıkta rolünün özelleştirme aracılığıyla azaltılması ve uluslararası rekabete açılması gibi düzenlemeleri yaptırmaktadır (2).

## Giriş ve Amaç

Sağlıkta Dönüşüm Programının birinci basamak örgütlenmesine yönelik uygulaması bireye yönelik hizmetlerin aile hekimliği adı altında örgütlenmesi olmuştur. 21 Nisan 2004 tarihinde Dünya Bankası ile imzalanan ikraz anlaşması ile Sağlıkta Dönüşüm Projesi 28 Temmuz 2004 tarihinde yürürlüğe girmiş ve 30 Haziran 2009 tarihinde ilgili projenin kapanışı yapılmıştır.

Aile hekimliği bu anlaşmada “Bileşen C-Sağlık Hizmetleri Sunumunun Reorganizasyonu” başlığı altında: “C.1. Birinci basamak sağlık hizmetleri için aile hekimliğinin uygulamaya konulması” anılmıştır. Uygulamada sorumluluk Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğüne verilmiştir.

Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik Reformu Projesi (II. Faz), Sağlıkta Dönüşüm Projesi (I. Faz) üzerine temellenmiştir. 18 Mayıs 2009 tarih ve 46115-TR rapor numarası ile yayınlanan Dünya Bankası dokümanında aile hekimliği, “Alt bileşen A.1: Koruyucu ve Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Güçlendirilmesi” başlığı altındadır ve hedef olarak “Bu bileşen, aile hekimliği programının ölçeğinin büyütülerek, bunu mevcut 33 ilden Türkiye'nin 81 iline genişletilebilmesi için ekipman, teknik destek, teknik hizmetler ve eğitimi finanse edecek, aynı zamanda bulaşıcı ve bulaşıcı olmayan hastalıkların kontrol edilmesi için Sağlık Bakanlığı'nin koruyucu sağlık hizmetleri uygulamasını destekleyecektir.” denilmektedir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında yürütülen Aile Hekimliği uygulaması, Dünya Bankasının “Yerelleştirme, taşeronlaştırma, emek gücü maliyetini azaltma, yeniden yapılandırma, gereksinime göre planlama ve çalışan-kullanıcı etkileşimi stratejilerini kullanma yoluyla kamu hizmetlerinde verimlilik, hakkaniyet ve kaliteyi

artırmak” hedefleriyle sunulan; bir küme “reform” içinde yerleştirilmiş ancak genellikle devletin kamu harcamalarında kısıntı yapmaya odaklanmış (3) operasyonunun bir parçası olarak yürütülmektedir.

Bu yazının amacı, Whitehead’ın belirttiği üzere sağlık reformlarının vaat ettikleri ile gerçek arasındaki farklılığı ortaya koymak, masalı gerçeklikten ayırma konusunda tartışmaya katkıda bulunmaktır (1).

### **Gereç ve Yöntem**

Aile hekimliği ile ilgili mevzuat düzenlemeleri (Yasa, KHK, Yönetmelik, Yönerge, Genelge...) kavramsallaştırma etkinlikleri (eğitim, tanıtım/propaganda...), örgütlenme süreci ve değerlendirmeye yönelik bakanlık duyuruları, belgeleri, bilimsel araştırma raporları, kurumsal saptamalar bu çalışmanın gereçlerini oluşturmuştur. Ulaşılabilen kalitatif çalışma-inceleme metinleri sonuçlar/çıkarımlarıyla, araştırmalar sayısal bulgularıyla çalışmaya dahil edilmiştir.

### **Bulgular**

#### **a. Mevzuat düzenlemeleri**

Pilot uygulamaya dayanak olan yasada herhangi bir değişiklik yapma gereği duyulmaksızın uygulama tüm yurda yayılmış, yayılımdan 11 ay sonra yasa TBMM’nde görüşülmeden, adındaki pilot sözcüğünün kaldırılması ile yetinilmiştir. Toplum sağlığına yönelik sağlık hizmetlerini üstlenecek toplum sağlığı merkezlerinin (TSM) mevzuatta yer alması için 25 Mayıs 2010 tarihli Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği ve 02.11.2011 tarihli 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname (KHK) beklenmiştir. Deregülasyon (kuralsızlaştırma) sürecin kuralı olmuştur. Aile hekimlerinin TSM ve gereksinilen hizmetlere katkısını ve haftada 14 saat ek mesaiyi de içeren esnek çalışma, negatif performansla dayalı ücretlendirme ile emek gücü maliyetini azaltma (downsizing) yolu açılmıştır.

Aile hekimliği ile ilgili mevzuat ana hatlarıyla aşağıdadır.

1. Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun, Kanun No: 5258, Kabul Tarihi: 24.11.2004
2. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği: 25 Mayıs 2010, RG Sayı: 27591
3. Gelir Vergisi Genel Tebliği, Maliye Bakanlığı: 26.08.2010, RG Sayı: 27684
4. Aile Hekimliği Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler İle Sözleşme Usul Ve Esasları Hakkında Yönetmelik: 30.12.2010
5. Aile Hekimliğine Geçilen İllerde Hizmet Alımları Kapsamında Çalıştırılan İşçiler Hakkında Duyuru, 31.12.2010  
<http://www.sgb.saglik.gov.tr/index.php?pid=55&mNewsDetail=320>
6. Aile hekimliği birimlerinin sınıflandırılması, 24.01.2011
7. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, 11.03.2011, RG, 27781
8. Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul Ve Esasları Hakkında Yönerge
9. Esnek Mesai Uygulaması hakkında Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü’nün 23.08.2011 tarih ve 27320 sayılı yazısı

10. 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname, 02.11.2011

11. Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı Yatak ve Kadro Standartları Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. 04 Ocak 2012, Resmi Gazete, Sayı:28163

Aile Hekimliği Uygulamasının yasal dayanağı olarak pilot yasada değişiklik gereksinimi duyulmadan uygulama 13 Aralık 2010'da 81 ile yayılmıştır. 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname (02 Kasım 2011, RG: 28103, mükerrer) ile 5258 sayılı yasanın adından "pilot" tanımlaması kaldırılmış ve "Aile hekimliği hizmetleri dışında kalan birinci basamak sağlık hizmetleri toplum sağlığı merkezleri tarafından verilir ve bu merkezlerin organizasyonu, kadroları, görevleri ile çalışma usul ve esasları Türkiye Halk Sağlığı Kurumunca belirlenir." ek cümlesi ile TSM'ler yasada yer almıştır. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği ise (RG, 6 Temmuz 2005, Sayı: 25867, RG, 25 Mayıs 2010, Sayı: 27591 ve RG, 11 Mart 2011, Sayı: 27781) kimi değişikliklerle 2 kez revize edilmiştir. Yönetmeliğin kimi içerikleri ve yapılan değişikliklerde dikkati çekenler aşağıdaki tabloda sunulmuştur.

Tablo 1: Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinin Evrimi

Resmi Gazete Yayın Tarihi: 6 Temmuz 2005 – Sayı : 25867	Resmi Gazete Yayın Tarihi: 25 Mayıs 2010, RG, Sayı : 27591	Resmi Gazete Yayın Tarihi: 11.03.2011, RG, 27781
<p><b>Yerel sağlık idaresi:</b> Toplum sağlığına ve çevreye yönelik sağlık hizmetleri ve idari görevler ile eğitim, izleme, değerlendirme, denetim ve koordinasyon faaliyetlerini yürüten, illerde il sağlık müdürlüğünü ve ilçelerde ilçe sağlık grup başkanlığını,</p> <p><b>Geçici aile hekimi:</b> Aile hekiminin yıllık izin veya hastalık izninde bulunduğu sürede yerine bakan aile hekimini,</p> <p><b>Aile sağlığı elemanı:</b> Aile hekimi ile birlikte hizmet veren, sözleşmeli çalıştırılan veya Bakanlıkça görevlendirilen, hemşire, ebe, sağlık memurunu (toplum sağlığı),</p> <p><b>Geçici aile sağlığı elemanı:</b> Aile sağlığı elemanının yıllık izin veya hastalık izninde bulunduğu sürede yerine bakan aile sağlığı elemanını,</p>	<p>Müdürlük: İl sağlık müdürlüğünü,</p> <p><b>Geçici aile hekimi:</b> Aile hekiminin yıllık izin veya hastalık izninde bulunduğu sürede yerine bakan <b>veya boş aile hekimliği pozisyonuna yerleştirme yapılincaya kadar bu pozisyona görevlendirilen</b> aile hekimini,</p> <p><b>Geçici aile sağlığı elemanı:</b> Aile sağlığı elemanının yıllık izin veya hastalık izninde bulunduğu sürede yerine bakan veya boş aile sağlığı elemanı pozisyonuna yerleştirme yapılincaya kadar bu pozisyona görevlendirilen aile sağlığı elemanını,</p> <p><b>Toplum sağlığı merkezi:</b> Bölgesinde yaşayan toplumun sağlığını geliştirmeyi ve korumayı ön plana alarak sağlıkla ilgili risk ve sorunları belirleyen, bu sorunları gidermek için planlama yapan ve bu planları uygulayan, uygulatan; birinci basamak koruyucu, iyileştirici ve</p>	<p><b>Aile sağlığı elemanı:</b> Aile hekimi ile birlikte hizmet veren, sözleşmeli olarak çalıştırılan veya Bakanlıkça görevlendirilen hemşire, ebe, sağlık memuru (toplum sağlığı) <b>ve acil tıp teknisyenini,</b></p> <p><b>Entegre sağlık hizmeti:</b> Bakanlıkça belirlenecek yerlerde, bünyesinde koruyucu sağlık hizmetleri, acil sağlık hizmetleri, muayene, tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri, doğum, ana çocuk sağlığı hizmetleri, ayakta ve yatarak tıbbî ve cerrahî müdahale ile çevre sağlığı, adli tabiplik ve ağız diş sağlığı hizmetleri gibi hizmetlerin de verildiği, birinci basamak sağlık hizmetlerini yoğunlukla yürütmek üzere tasarlanmış sağlık hizmetini,</p>

	<p>rehabilite edici sağlık hizmetlerini müdürlüğün sevk ve idaresinde organize eden, bu hizmetlerin verimli şekilde sunulmasını izleyen, değerlendiren ve destekleyen, bölgesinde bulunan sağlık kuruluşları ile diğer kurum ve kuruluşlar arasındaki koordinasyonu sağlayan sağlık kuruluşunu,</p> <p><b>Yerinde sağlık hizmeti:</b> Aile hekimi ve/veya aile sağlığı elemanının, müdürlükçe tespit edilen cezaevi, çocuk islahavi, huzurevi, korunmaya muhtaç çocukların barındığı çocuk yuvaları ve yetiştirme yurtları gibi toplu yaşam alanlarına Bakanlıkça belirlenen usul ve esaslara göre giderek yerinde vereceği sağlık hizmetini,</p>	
	<p><b>Gezici sağlık hizmetine ilişkin planlama;</b> coğrafi durum, iklim ve ulaşım şartları ile kendisine bağlı yerleşim birimlerinin sayısı dikkate alınarak ve her 100 kişi için ayda <b>üç saatten az</b> olmamak üzere aile hekimi tarafından yapılır.</p> <p>750 kayıtlı kişiye kadar haftada en az bir kez, 750 ve üzeri kayıtlı kişiye ise haftada en az iki kez gezici sağlık hizmeti verilir. Gezici sağlık hizmeti bölgesinde Bakanlığa ait sağlık tesisi var ise bu tesisler hizmet için kullanılabilir.</p>	<p><b>Gezici sağlık hizmetine ilişkin planlama;</b> coğrafi durum, iklim ve ulaşım şartları ile kendisine bağlı yerleşim birimlerinin sayısı dikkate alınarak ve her 100 kişi için ayda <b>iki saatten az</b> olmamak üzere aile hekimi tarafından yapılır.</p> <p>“Her bir yerleşim birimine haftada en az bir kez gezici sağlık hizmeti verilir.”</p>
Resmi Gazete Yayın Tarihi: 6 Temmuz 2005 – Sayı : 25867	Resmi Gazete Yayın Tarihi: 25 Mayıs 2010, RG, Sayı : 27591	Resmi Gazete Yayın Tarihi: 11.03.2011, RG, 27781
	<p>Yerinde otopsi mesai saatleri içerisinde toplum sağlığı merkezi hekimlerince yapılır. Hastane bulunmayan ilçe merkezleri ve entegre sağlık hizmetinin sunulduğu merkezlerde acil sağlık hizmetleri ile yerinde otopsi hizmeti dışındaki adli tabiplik hizmetleri; mesai saatleri içinde aile hekimleri, mesai saatleri dışında ve resmi tatil günlerinde ise ilçe merkezindeki, toplum sağlığı merkezi hekimleri, entegre sağlık hizmeti sunulan merkezlerde çalışan hekimler ve aile hekimlerinin toplamı dikkate alınarak aşağıdaki gibi icap veya aktif nöbet uygulamaları şeklinde yürütülür.</p>	<p>“Yerinde otopsi hizmetleri, mesai saatleri içinde toplum sağlığı merkezi hekimlerince, mesai saatleri dışında <b>öncelikle</b> toplum sağlığı merkezi hekimleri olmak üzere aile hekimleri ve diğer kamu kurum ve kuruluşlarındaki hekimlerin de dahil edilebileceği icap nöbeti şeklinde sunulur.”</p> <p>İhtiyaç olması halinde beşinci fıkrada aile hekimleri için öngörülen çalışma şekil ve koşulları aile sağlığı elemanları için de uygulanır. Entegre sağlık hizmeti sunulan merkezlerde tutulan nöbetler için aile hekimlerine ve aile sağlığı elemanlarına nöbet ücreti ödenmez veya nöbet izni verilmez. Bu çalışmaların karşılığı olarak farklı katsa-</p>

		yı ile kayıtlı kişi sayısı ödemesi yapılabilir.”
		Aile sağlığı merkezlerine Bakanlıkça belirlenen kıstaslar çerçevesinde isim verilir.”
		Aile Sağlığı Merkezi Gideri Olarak Yapılacak Katkıların Tespitinde Kullanılmak Üzere Aile Hekimliği Birimi Gruplandırması değiştirilmiştir
	Pilot ilde herhangi bir nedenle aile hekimliği pozisyonlarının boşalması veya yeni pozisyon açılması durumunda, en geç <b>bir ay</b> içinde aşağıdaki sıralamaya göre nakil veya yerleştirme işlemi yapılır:	14/12/2011 tarihine kadar yapılacak olan aile hekimliği yerleştirme işlemlerinde, Pilot ilde herhangi bir nedenle aile hekimliği pozisyonlarının boşalması veya yeni pozisyon açılması durumunda, en geç <b>bir ay</b> içinde aşağıdaki sıralamaya göre nakil veya yerleştirme işlemi yapılır.

- İlk yönetmelikten sonraki yönetmeliklerse Sağlık Grup Başkanlığı tanımlaması yoktur.
- TSM, ilk kez ikinci yönetmelikte anılmıştır. Yasal dayanak için KHK beklenmiştir.
- Geçici aile hekimi, aile sağlığı elemanı (ASE) tanımlamasında boş pozisyonlara yerleştirme durumu eklenmiştir.
- Yerde sağlık hizmeti kimi dezavantajlılar için ilk kez ikinci yönetmelikte anılmıştır.
- Mart 2011 değişikliğinde:
  - Entegre sağlık hizmeti tanımlanmıştır.
  - ASE olarak çalıştırılabileceklere “acil tıp teknisyeni” eklenmiştir.
  - Gezici sağlık hizmeti yükümlülüğü hafifletilmiştir (haftada 1-2 kez yerine 1kez).
  - Otopsi, adli tıp hizmetleri için TSM çalışanlarına “öncelik” yüklenmiştir. ASE de aile hekimi (AH) gibi çalıştırılabilecektir.
  - Donanım ve alana göre ASM için sınıflama listesi (ABCD) yayınlanmıştır.
  - AH pozisyonlarının doldurulması için limit 1 aydan 3 aya çıkmıştır.

Aile Hekimliği Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemelerle Sözleşme Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik’le aile hekimi ve aile sağlığı elemanının alacağı ücret aylık başarı oranına göre (o ay içinde yaptıkları aşılama, gebe ve bebek-çocuk takipleri gibi koruyucu sağlık hizmetlerinin her biri için ayrı ayrı olmak üzere, o ay içinde Bakanlık’ın belirlediği usul ve esaslar çerçevesinde yapmaları gereken aşılama, gebe ve bebek-çocuk takipleri gibi koruyucu sağlık hizmetlerine oranına göre) belirlenmiş tavan ücret dikkate alınarak belirlenmektedir.

AH birimleri uygulama yönetmeliğinin geçici birinci maddesi uyarınca aile hekimliğine geçişten sonraki 6 ayın bitiminden sonra 24 Ocak 2011’de yayınlanan sınıflandırılma kriterlerine göre yer aldıkları sınıfa göre ASM gider ödemelerinde % 40’a kadar daha az ödeme yapılması öngörülmüştür.



Aile hekimliği hizmet sözleşmesi, Sağlık Bakanlığı adına Valilik/Sağlık Müdürlüğü ile yapılmakta (yerleştirme), 2 mali yıl ile sınırlanmakta (iş güvencesizliği) ve aylık gelirden ceza kesintisi öngörmektedir (negatif performans: gelir güvencesizliği). Aile sağlığı birimlerinde taşerondan hizmet alımı aracılığıyla da maliyet azaltma, kaynak transferi mekanizmaları işletilmektedir.

#### **Yanıtı beklenen sorular:**

- Var olan ve yapılacak mevzuat düzenlemelerinin üretim süreci nasıl izlenmelidir? Yapılan düzenlemenin ekonomik arka planı nedir?
- Yapılan her düzenleme sağlık hakkını nasıl etkileyecektir? Bu sorunun yanıtı nasıl üretilir?
- ...

#### **b. Kavramsallaştırma etkinlikleri**

Aile hekimliği bilimsel bir gereksinimin karşılanmasından çok sağlıkta dönüşüm programının gereksinimini karşılamak üzere yukarıdan aşağı yapılandırılmış bir alan görünümündedir. Yabancı dil puanıyla başlayan uzmanlık eğitimi 3. basamakta birinci basamak eğitimi olarak biçimlenip yayılmış, Sosyalleştirme yerine aile hekimliği uygulamasıyla uzmanlık alanı, farklı eğitim almış insangücü ve siyasi tercih arasında örtüşme ve çatışma alanı olmuş, kimi ülkelerde varolan bu uzmanlık disiplininin “ismi ile müsamma” adı ile adlandırılmış olduğu dair tartışmalara, kampanyalara konu olması ironiktir.

Nüfusun %6'sının TC kimlik numarası yokken, kayıt için başvuruda ön koşul oluşu, hizmetten yararlanmada terslik kuralına karşın başvuru temelli oluşu, “daha eşit ve kaliteli” hizmet iddiası da ironiktir. Kavramsallaştırmada bilimselliği tartışmalı yollarla toplanan verilerle memnuniyet algısı –sağlık düzey ölçütüymüş gibi- sağlık hizmeti değerlendirme ölçütü olarak kamuoyuna sunulmuştur.

Türkiye’de Aile Hekimliği uzmanlık alanı 1983 yılında Tababet Uzmanlık Tüzüğü’nde yer almış ve 1985 yılından bu yana uzmanlarının eğitimlerine başlanmıştır (4)

Aile hekimi olarak çalıştırmak üzere pratisyen hekimlere yönelik en çok 7 gün süren yetkilendirme eğitimleri yapılmıştır. Bedeli, hekimlerin sağlık bakanlığı kurum ve kuruluşlarında çalışıyorsa kurumlarınca, serbest çalışan ya da işsiz hekimlerin kendilerince ödenen bu eğitimleri içeriği ektedir. 663 sayılı KHK ile sözleşmeli aile hekimi olarak çalışmakta olanlar, tıpta uzmanlık sınavı sonuçlarına göre, merkezi yerleştirmeye tabi olmaksızın, Tıpta Uzmanlık Kurulunca belirlenen esaslar çerçevesinde aile hekimliği uzmanlık eğitimi yapabilmelerinin yolu açılmıştır.

Aile hekimliğinin beşinci yılında 81 ile yaygınlaştırma aşamasında yurttaşların algısını biçimlendirmek üzere ilan tahtası, afiş, broşür reklamlarına ek olarak ulusal TV kanallarında reklamlar yayınlanmıştır (Beyaz, Kibariye: “ Artık sizin ailenizde de bir doktor var. TC kimlik numaranızla arayın...”www.ailehekimligi.org.tr ya da 184’ü arayın (5).

Yurttaşlara evlerine gelerek sağlık hizmeti sunan sağlık ocağı çalışanları yerine, memnun kalmadıklarında değiştirebildikleri “aile fotoğraflarının yeni üyesi” aile hekimlerinden 7 gün 24 saat boyunca hizmet alabilecekleri, “değerli” özneler oldukları afişler, broşürler de kavramsallaştırma sürecinde kullanılmıştır.

Aile hekimlerine başvuranlara aile hekimleri/Sağlık Müdürlüklerince uygulanıp sonuçları Sağlık Müdürlüğü web sitelerinde yayınlanan memnuniyet araştırmalarına da kavramsallaştırma sürecinde yer verilmiştir (6).

### Yanıtı beklenen sorular:

- Bu kavramsallaştırma sürecindeki kavramlar sağlıkla ilgili var olan değerlerimizi ve birikimimizi ikame etmiş midir? Ne denli etkilemiştir?
- ...

### c. Örgütlenme

Sağlık hizmetlerinin yapılandırılmasında varılan aşamada, bütündeki değişimin ruhuna/Dünya Bankası önerilerine uygun yapılandırılan birinci basamak da örgüt niteliğini, dahası toplumu yeniden üreten/kamu yararı güden özelliğini yitirmiştir.

Temel ve birincil korumaya yönelik sağlık hizmetleri parçalanmıştır, hizmetlerdeki dis-entegrasyonun boyutu kişiye ve topluma yönelik hizmetlerini bile ayırmış, TSM ile aile sağlığı merkezi (ASM) arasında hiyerarşik ilişki kurmayan ve ASM'lerden TSM'lere veri akımına kesen düzenlemelerle, örgütlenme parçalı hale sokulmuştur. Sosyalleştirmede öngörülen basamaklar arası dayanışma ortadan kaldırılmıştır. Aile hekimlerine idari sınırlar ile sınırlanmayan listeye kayıt imkânı tanınması, bir ilçede bir TSM kurulmuş olsa da aile hekimi listelerinde bu coğrafi genişlik olasılığı ve hiyerarşik olmayan yapılanma nedeniyle bölge tabanlı bir sağlık hizmeti planlama ve değerlendirme olanağını ortadan kaldırmaktadır.

Geçiş sürecinde aile hekimleri sağlık ocaklarında konuşlandırılmış, ancak nüfusa az yerleşim yerlerinde konuşlanmış sağlık ocakları kapatılmış, zamanla temel ve birincil korumaya yönelik hizmetler kırdan çekilmiştir.

663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname'nin 2. maddesinde Sağlık Bakanlığı'nın görevleri düzenlenmiştir. 663 sayılı KHK'nın ikinci maddesinde Sağlık Bakanlığı'na "acil durum ve afet halleri" dışında kalan hizmetlerle ilgili yalnızca "yönetme ve politika belirleme" görevi verilmiştir temel ve birincil korumaya yönelik hizmetlerin sunum ve yönetimi 663 sayılı KHK ile Sağlık Bakanlığı'nın bağlı kuruluşu olarak tanımlanmış, Türkiye Halk Sağlığı Kurumuna (THSK) verilmiştir. Ancak THSK'nın kamu tüzel kişiliği ve bütçesi ile ilgili tanımlama yapılmamıştır (7). Ne var ki, bu düzenlemenin anayasaya aykırılık iddialarına temel olan, "bakanlığın temel işlevini yerine getirecek olan bağlı kuruluşlar üzerinde Bakanlığın sürekli ve genel nitelikte denetimi yerine, "gerektiğinde" denetim öngörülmüştür. Sağlık Bakanının bağlı kuruluşlar üzerinde ana hizmet birimi niteliğini koruyacak, bakanlık bağlı kuruluş ilişkisini hiyerarşi içinde içten sağlayacak, onay, düzeltme, denetim, disiplin yetkilerine yer verilmediği" (8) saptaması hem örgütlenme kavramına hem de sağlık hizmetlerinin doğasına aykırıdır.

Şekil 1'de görüldüğü gibi taşra örgütlenmesinde hiyerarşi tanımlanmamış, TSM'lerin sağlık grup başkanlığını da yürüteceği ilçeler dışında hizmetlerin yönetsel entegrasyonu da hastalıklı kılınmıştır.

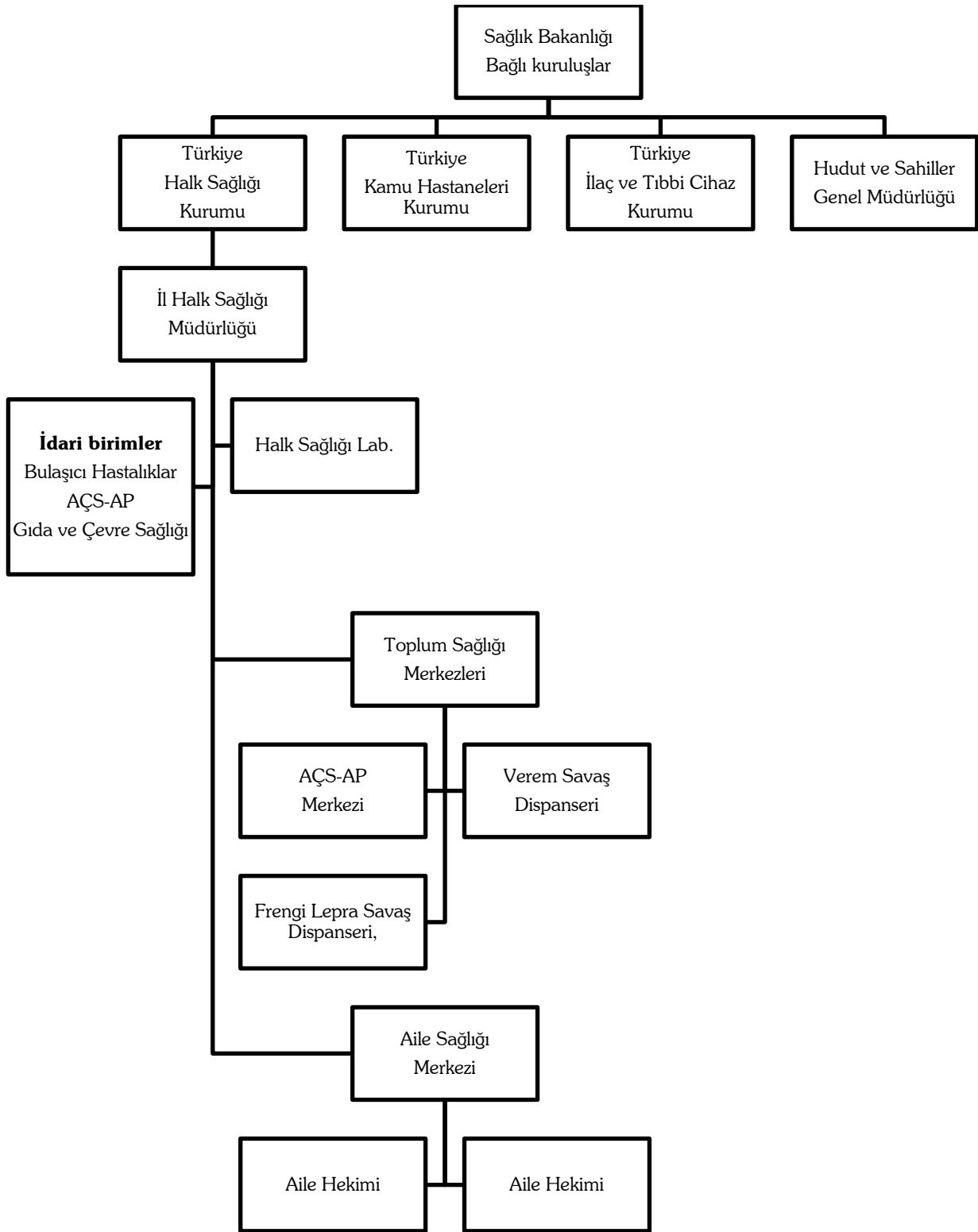
İki ya da daha fazla kişinin gerçekleştirilmeyi düşündükleri bir ya da bir takım amaçlarla ilgili uzun ya da kısa dönemli planları sinerji etkisi yaratarak yaşama

geçirmek; amaçlara etkili ve verimli bir biçimde ulaşılmasını sağlamak üzere, bilinçli bir biçimde bir araya gelerek, aralarında işbölümü ve işbirliğini gerçekleştirdikleri, uyumlaştırılmış ve eylemleri denetlenebilen açık sistemler (birbirleriyle ve dış çevreyle ilişkili, farklılıkları olan, belirli parçalardan oluşan ve daha büyük bir bütünün farklı parçalarını oluşturan, süreçsel bir bütün) olarak tanımlanır. Sağlık örgütü Talcott'a göre bütünleştirici; Etzioni, Blau ve Scott'a göre kamu yararı güden örgütlerden sayılmaktadır (9)

AH uygulaması öncesi sağlık ocaklarının %48'i kentte, %52'si kırdaki konuşlandırılmışken (10), yayınlanmış veri olmamakla birlikte aile hekimliği birimlerinin kentte konuşlandırıldığı gözlenmektedir. Sağlık evi kadrolarının iptali ile birlikte Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmalarının değişmeyen bulgusu olarak karşımıza çıkan kırsal yerleşimde olmaktan kaynaklanan dezavantajlı oluşa çözüm bir yana, eşitsizliği derinleştirici bir müdahalede bulunulmuştur (11). Coğrafik ve nüfus yapısına bağlı olarak birden fazla hekim çalışmasını gerektiren kırsal bölgelerin tercih edilmemesi aile hekimliği uygulamasına geçen illerin yöneticileri ile yapılan koordinasyon toplantısının saptamalarındandır (12).

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu bu yapılandırma ile "Organize edilmiş toplumsal çabalarla çevre sağlığı koşullarını düzelterek, bireylere sağlığı koruma bilgisi vererek, bulaşıcı hastalıkları önleyerek, hastalıkların erken tanı ve koruyucu tedavisini sağlayarak, hekimlik ve hemşirelik örgütleri kurarak, her bireyin sağlığını sürdürebileceği bir yaşam düzeyini geliştirerek hastalıkları önlemeyi, yaşamı uzatmayı, beden ve ruh sağlığıyla çalışma gücünü artırmayı sağlayan ve böylece her vatandaşın sağlıklı ve uzun bir yaşam sürme hakkını gerçekleştirmeye yönelik çalışmalar olarak" tanımlanan (13) halk sağlığı hizmetlerini karşılayabilmekten çok uzakta kalmaya adaydır.

Aile sağlığı merkezlerinde ekip kavramı parçalanmış, çok yönlü ekibin yerini bir hekim ve bir aile sağlığı elamanından oluşan bir ikili iki almıştır. Bu durum ileride önemli bir işsizlik sorunu yaşanabileceğinin habercisidir.



Şekil 1. 663 KHK sonrası Sağlık Bakanlığı Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Örgütlenmesi

**Tablo 2: Türkiye’de Temel ve Birincil Korumaya Yönelik Sağlık Hizmetleri ve Sunucuları, 2011**

Hedef	Birey	Toplum			
<b>Hizmet Kapsamı</b>	Kişiyeye yönelik koruyucu ve birinci basamak tedavi edici	Temel Sağlık Hizmetleri Sağlığın belirleyenlerine yönelik hizmetler Toplum kalkınması			
<b>Geçiş Dönemi Sunucusu</b>	Sağlık Bakanlığı		Çevre ve Orman Bakanlığı il Müdürlüğü	Tarım ve Köyişleri Bakanlığı İl Müdürlüğü	Yerel Yönetim
	Aile Sağlığı Merkezi Özel Sağlık Kuruluşları	Toplum Sağlığı Merkezi			
<b>663 KHK Sunucusu</b>	Türkiye Halk Sağlığı Kurumu		Çevre ve Şehircilik Bakanlığı İl Müdürlüğü	Gıda, Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı İl Müdürlüğü	Yerel Yönetim
	ASM Özel Sağlık Kuruluşları	Toplum Sağlığı Merkezi			
<b>Hizmetler</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aşılama</li> <li>• Erken tanı/sevk</li> <li>• Hasta tanı ve tedavisi</li> <li>• Beslenmeyi düzenleme</li> <li>• DÖB/DSB/15-49 yaş</li> <li>• Yaşlı izlemi</li> <li>• Büyüme Gelişme izlemi</li> <li>• Sağlık Eğitimi</li> <li>• Aile Planlaması</li> <li>• İlaçla Koruma</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• İlçe Sağlık Yönetimi</li> <li>• ASM Denetimi,</li> <li>• Afet Hazırlığı,</li> <li>• Okul Sağlığı Hizmetleri</li> <li>• Portör muayenesi</li> <li>• Evlenme muayenesi</li> <li>• İşçi-işe giriş muayenesi</li> <li>• Bulaşıcı hast. Kontrolü</li> <li>• Su denetimi</li> <li>• Oyuncak denetimi</li> <li>• Sağlık eğitimi</li> <li>• Adli tabiplik</li> </ul>	Hava kirliliği Gürültü denetimi	Gıda denetimi Zoonotik hast. Pestisidler	Sağlığa Aykırı Kuruluşlar Atık denetimi İşyeri denetimi, Su güvenliği

Tablo 3’te gösterildiği gibi bireye ve topluma yönelik hizmetler parçalanmış, topluma yönelik temel ve birincil koruma hizmetlerinin bir bölümü diğer bakanlıklar ve yerel yönetimlere bırakılmıştır.

**Yanıtı beklenen sorular:**

- Var olan yapının örgütsel niteliği yönetim bilimcilerce nasıl anlamlandırılmaktadır?
- Geçiş dönemi tamamlandı mı? Gönüllü sağlık hizmetleri bu yapılanmada yer alacak mı?
- Bu örgütsel parçalanmanın bireyin ve toplumun sağlığını nasıl etkilemektedir?
- ...

#### d. Uygulama: Aile Hekimliğinin Yaygınlaştırılması

Sağlık hizmetlerinde müdahalenin etkinliğini, yerindeliğini saptamak müdahale araştırmaları metodolojisine göre davranmayı gerektirir. Bu yöntemin başında durum saptama, süreç içindeki değişimi izleme ve müdahalenin öngörülen uygulama sürecinin belli zamanlarında değişimin boyutuna ilişkin durum değerlendirmesi yapma bulunur. Ne var ki, aile hekimliği uygulaması öncesi, **pilot uygulama** süreci ve ülke geneline yaygınlaştırma öncesi bu tür bilimsel paylaşımlar bulun(a)mamaktadır. Adeta her ilde özgü bir uygulama ile **kuralsızlaştırılan** bir süreç yönetimi ile sosyalleştirme/sağlık hizmetlerinin toplum yararına kılınması tasfiye edilmiş, diğer illere oranla sorunsuz illerde başlatılan uygulamada kapsayıcılık ilk 5 yılda ancak %31 ulaştırılabildiği, 6. yılda geri kalan nüfusun %69'una teşmil edilmiştir.

Aile hekimliği uygulaması pre-pilot olarak 16 Mayıs 2005'te 46 AH biriminde, pilot uygulama ise 15 Eylül 2005'te tüm ilde olmak üzere Düzce'de başlamıştır. Kısa sürede pilot uygulama kapsamına 10 il daha eklenmiştir. Pilot uygulama için seçilen iller ve İnsani Gelişmişlik Endeksi (İGE) ve Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Gelişmişlik Düzeyine sıralaması tablo 3'tedir (14,15). Pilot uygulama için seçilen iller seçilmeyenlere göre daha olumlu durumdadır.

Tablo 3: Pilot uygulama için seçilen illerin İnsani Gelişmişlik İndeksi ve Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Gelişmişlik Düzeyine Göre Sıralaması\*-2004

İl	İGE Sırası (N=81)	İllerin Birinci Basamak SH Gelişmişlik Düzeyine Göre Sıralaması
İzmir	77	73
Bolu	74	71
Eskişehir	68	76
Denizli	69	81
Edirne	61	56
Samsun	55	38
Düzce	48	72
Isparta	43	67
Elazığ	29	41
Gümüşhane	20	30
Adıyaman	14	43

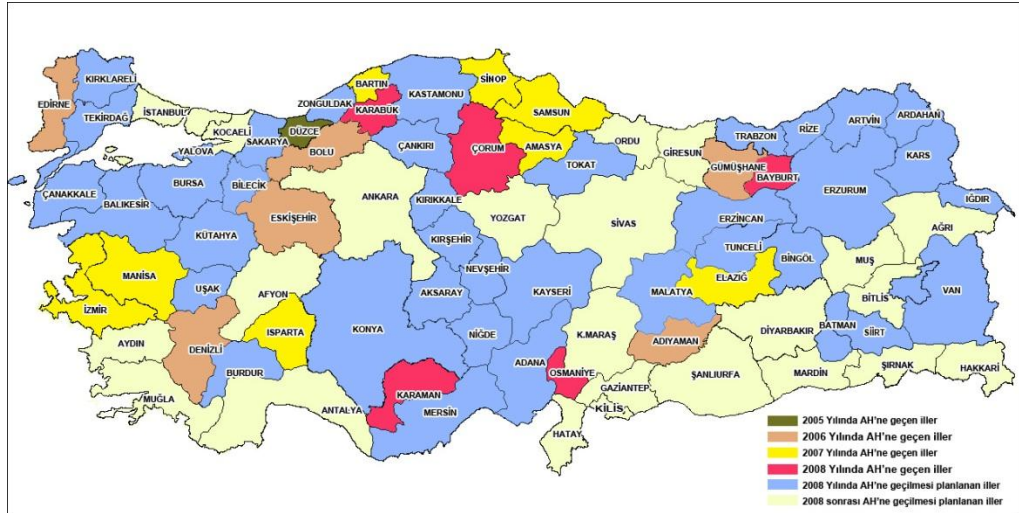
\*Sıralamada en iyi durum 81, en kötü durum 1 olarak gösterilmiştir

Hekim dışındaki sağlık çalışanları açısından, AH pilot uygulaması için seçilen 11 il ile seçilmeyen 70 il arasında fark yokken (bir ebeye düşen nüfus için p:0,172; bir hemşireye düşen nüfus için p:0,190; bir sağlık memuruna düşen nüfus için p:0,710); bir hekime düşen nüfus açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır (p:0.006). Pilot uygulama illerinde bir hekime düşen nüfus diğer illerden azdır (Tablo 4).

Tablo 4: Pilot Uygulama İçin Seçilen İllerde Sağlık Ocaklarında Çalışan Sağlık Personeli Başına Düşen Nüfus- 2004

İller	Nüfus	Hekim Ba- şına Nüfus	Ebe Başı- na Nüfus	Hemşire Başına Nüfus	Sağlık Memuru Başına Nüfus
Adıyaman	658510	5986	3228	5442	7399
Bolu	266523	4369	2298	3332	6834
Denizli	871841	3379	1216	3114	7326
Düzce	324157	5894	3242	4052	9262
Edirne	390187	5067	1711	6613	7963
Elazığ	586533	3223	2291	4769	7926
Eskişehir	715927	4313	1790	4447	10528
Gümüşha- ne	190032	3726	3455	4873	7918
Isparta	535689	3826	1513	3772	5699
İzmir	3588841	2976	2769	6052	13964
Samsun	1196896	4966	2720	5416	7823
Türkiye	71 152 000	5297	3278	6074	11827

Pilot uygulama için seçilen ilk 10 il çocuk izlemi dışında (p: 0,516) diğer tüm izlemler açısından olumlu yönde farklıdır (bebek izlemi p: 0,021; doğum öncesi bakım p: 0,011; doğum sonrası bakım p: 0,008). Sonuç olarak pilot uygulama birinci basamak hizmetlerin seçilmeyen illere göre daha iyi olduğu illerde başlatılmıştır (14).



Şekil 2: Aile Hekimliği Uygulamasının Zamana Göre İllere Yayılışı

Aile Hekimliği Uygulamasının yayılışına yönelik planlama 2008'de aksamış, 2008 sonrasına 26 il bırakılması planlanmışken uygulamada 50 ili dışarıda bırakılmış, dışarıda kalan nüfusun  $\frac{3}{4}$ 'ünün kapsama alınması 13 Aralık 2010'u bulmuştur (tablo 5).

Tablo 5: Aile Hekimliğine Geçişin Zaman ve Nüfusa Göre Dağılımı

Geçiş Yılı	İl Sayısı		Eklenen Nüfus	Kapsanan Nüfus	Kapsama yüzdesi
	Planlanan	Uygulanan			
2005	1	1	3.555.156	3.555.156	0.49
2006	6	6	2.868.248	3.223.404	4.44
2007	7	8	6.803.698	10.027.102	13.81
2008	41	17	8.699.897	18.726.999	25.80
2009	26	4	3.971.201	22.698.200	31.27
2010	-	46	49.862.310	72.560.510	100.0

Aile hekimi başına ortalama kaydedilen kişi sayısının (pozisyon başına nüfus) pilot Yasa'nın 5. maddesine göre ödeme için üst sınır olan 4.000'den fazla olduğu il sayısı 1 iken, pilot uygulama için çıkarılan yönetmelikte belirtilen 2.500-3.000 kişiye bir aile hekimi ortalamasının sağlandığı il yoktur. Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi sayım sonuçlarına göre pozisyon başına nüfus Türkiye geneli için 3.653, 1.000 kişiye düşen aile hekimi sayısı 0.27'dir. ASM başına nüfus 11.647, TSM başına nüfus 74 770'dir (16).

Aile hekimliği pozisyon sayısı 20.183 olarak bildirilmiştir. Her 2.500-3.000 kişiye bir pozisyon hesaplandığında açılması gereken pozisyon sayısı 24.574-29.489 arasında beklenirdi. Bu durumda 4.391-9.306 pozisyonun esirgendiği düşünülebilir. Her pozisyonun biri hekim olmak üzere 2 sağlık çalışanından istihdamı esirgemek anlamına geldiğini vurgulamak gerekir (16). (tablo 6).

Türkiye'de mevcut ilçe sayısı 892, açılmış TSM sayısı 986'dır (tablo 6). Her ilçeye bir TSM (nüfus 100.000 üzerinde ise her 100.000 kişiye bir TSM) olarak aile hekimliğine Düzce'de başladıktan 2 gün sonra (17 Eylül 2005) çıkarılan genelge ile yapılanma başlamıştır (17). Ne var ki, 25 Mayıs 2010 tarihli düzenleme ile nüfus temelli örgütlenmeden vazgeçilmiş, ancak Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası (SES) ve TTB tarafından yapılan başvuru üzerine yürütme durdurulmuştur (18). Ancak tekrar benzer düzenleme yayınlanmıştır. Nitekim 2010'da TSM sayısı 961 olarak bildirilmiştir (19)

Tablo 6: Türkiye'de Aile Hekimliği Pozisyon Sayısı ve Toplum Sağlığı Merkezleri Sayı ve Nüfusa Göre Dağılımı (16)

TUIK 2010 ADNKS Nüfus	Aile hekimi pozisyon sayısı	Pozisyon başına nüfus	Bin kişi başına pozisyon	Aile sağlığı merkezi	ASM başına nüfus	Toplum sağlığı merkezi	TSM başına nüfus
73.722.988	20.183	3.653	0,27	6.330	11.647	986	74.770

#### Yanıtı beklenen sorular:

- AHBS'ne kayıtlı kişi sayısı nedir?
- AHBS'ne kayıtlı olmayan nüfus ne kadardır? Kayıtlı olmayış nelerden kaynaklanmaktadır?
- Yeni açılan AH pozisyonları (varsa), açılma nedenleri, sayısı, dağılımı, tanımlayıcı özellikleri?



- İptal edilen AH pozisyonları (varsa), iptal nedenleri, sayısı, dağılımı, tanımlayıcı özellikleri?
- ...

### e. Aile Hekimliği Uygulamasının Değerlendirilmesi

Sağlık hizmetlerinin daha çok kullanımı için kullanıcı davranışlarında bilinçli değişiklikler oluşturulmuş kullanım artmıştır. Sağlık hizmetlerini kullanımında genel bir artıştan çok kullananların daha da fazla kullanımını örüntüsü işaretleri vardır. Şimdi kullanımı artırıcı girişimler (kullanıcı ödentisi almama, yeşil kartlıların poliklinik reçetelerinin ödenmesi...) yerine sınırlayıcılar uygulanmaya başlanmıştır.

Hizmetlerin başvuruya dayalı örgütlenmiş olması, TC kimlik numarası olmayışı, sürekli boş kalan AH pozisyonları, mobil hizmetler için politik isteksizlik, köylerin sağlık kadrolarının iptali herkesin hizmet kapsamında olmadığı/olamayacağı işaretleridir.

Yaşamın bütünlüğü, aile, çevre öğelerini gözetmeyen AH örgütlenmesi, AHBS ve Medulla kayıtlarının ayrılığı, sorumlucu karar vermeyi desteklemeyen yaklaşım ve memnuniyete dayalı 3 ayda bir hekim değiştirme olanağı ile sürekliliği sağlamaktan uzaktır.

AH uygulaması basamaklar arası dayanışma, hizmetlerde eşgüdüm, toplum katılımı gibi yönetsel etkinliği artırıcı mekanizmalardan yoksundur.

Muayene ücreti, reçete yaptırma ücreti, katkı payı gibi araçlarla cep-ten ödeme mekanizmaları kurulmuş, yasal engellemelere rağmen finansmanda kamu bir ölçüde sorumluluğu vatandaşa aktarılmıştır.

AH uygulaması köken aldığı neoliberal ideolojinin gereklerini yerine getirmekte, sağlık durumu/sağlık hizmetlerinden yararlanım yönlerinden eşitsizlik mağdurlarının eşitsizliğini derinleştirmektedir.

#### e.1.Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin kullanımı SB istatistiklerine göre 2002-2010 arasında %232, 2006-2010 arasında %53 oranında artmıştır. Sağlık hizmetlerinin yeterince kullanılmadığı, kullanımının artırılması gerektiği saptamasını raporlayan Sağlık Master Planını anımsamakta yarar vardır. Ne var ki hizmet kullanım hızı artışında 2008'den sonra bir azalma gözlenmektedir (tablo 7)

Tablo 7: Yıllara ve basamaklara göre yıllık başvuru sayıları, değişimi ve birinci basamak kullanım payı (19)

	2006	2007	2008	2009	2010
Sağlık Ocağı	121 101 156	123 259 825	121 441 948	123 851 458	76 629 163
Aile Hekimliği		22 902 118	45 111 103	65 716 898	108 976 049
Birinci Basamak Toplam	121 101 156	146 161 943	166 553 051	189 568 356	185 605 212
Yataklı tedavi kurumları	217 540 425	249 141 099	273 702 825	295 262 190	302 984 218
Birinci Basamak değişim (%)	-	17	12	12	-2
Yataklı tedavi kurumları değişim (%)	-	13	9	7	3
Birinci basamak kullanımı (%)	36	40	43	47	46

Sağlık hizmeti kullanımı için Edirne'yi temsil eden bir örnekte araştırma grubundakilerin yarısından fazlası (%57) son 6 ayda sağlık hizmeti almak için başvurmadığını bildirmiştir. Gelir getirici iş sayısına göre başvurma-başvurmama arasında fark saptanmamıştır ( $\chi^2$ : 0.66, p: 0,7171) (20). Hizmetten yararlanmanın 2 kat artışının yararlanma olanağı/becerisi olanların yararlanma sıklığının artışından kaynaklanıyor olabileceği kuşkusuz iyi bir sorusu oluşturabilir (tablo 8). Bu kaygıyı destekleyecek iki bulgudan birincisi hasta olmadan sağlık hizmeti alma davranışının gelir getirici iş sayısı, etnisite ve yere göre farklılığı (tablo 9, 10 ve 11) diğeri, Lağarlı T ve arkadaşlarınca bildirilen hizmetin sosyoekonomik durum açısından risk altındakilere yönelmekten çok sosyal güvencesi olan orta sınıfa yönelik olarak sunulduğudur (21)

Tablo 8: Evde gelir getirici iş sayısı ve son 6 ay içindeki başvuru durumu-Edirne 2007 (20)

Başvuru durumu	Yok		Tek İş		İki İş	
	n	%	n	%	n	%
YOK	22	58	175	58	29	52
Aile Sağlığı Merkezi	13	34	92	30	17	30
Toplum Sağlığı Merkezi	0	-	12	4	1	2
Kamu Hastanesi	2	5	25	8	9	16
Özel Sağlık Kuruluşu	1	3	0	-	0	-
Toplam	38	100	304	100	56	100

$\chi^2$ : 0.66, p: 0,7171

Tablo 9: Hasta Olmadan Sağlık Hizmeti Alma Durumunun Etnisiteye Göre Dağılımı- Edirne 2007 (20)

Etnisite	Hasta olmadan Sağlık hizmeti alımı			
	Evet		Hayır	
	Sayı	%	Sayı	%
Roman olmayan	315	90	35	10
Roman	29	72,5	11	27,5
Toplam	344	88,3	46	11,7

( $\chi^2$ : 25.37, p: 0.0000).

Tablo 10: Evde Gelir Getirici İş Sayısı ve Hasta Olmadan Hizmet Alma Durumu-Edirne 2007 (20)

Hasta Olmadan Hizmet Alma Durumu	Gelir Getirici İş					
	Yok		Tek iş		iki iş	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Evet	4	10	45	15	19	34
Hayır	35	90	260	85	37	64
Toplam	39	100	305	100	56	100

Evde gelir getirici iş yokluğunun- tek işi sahibi olmanın hasta olmadan sağlık hizmeti almak için başvuru tutumlarının gelir getirici iki iş göre farklı olduğu saptandı ( $\chi^2$ : 13.72 p: 0.001 ve  $\chi^2$ :10.65, p: 0.001).

Tablo 11: Yerleşim yeri ve Hasta Olmadan Hizmet Alma Durumu- Edirne 2007 (20)

Yerleşim Yeri	Hasta Olmadan Sağlık Hizmeti Alımı				
	Evet		Hayır		Toplam
	Sayı	%	Sayı	%	
Kent	81	27	216	73	297
Kır	12	13	80	87	92
Toplam	93	24	296	76	389

$\chi^2$ : 7,82, p: 0.0051

Bu hizmet kurgusu ve tutum dezavantajlarında derinleşme, sağlık hizmetlerinden yararlanmalarında eşitsizliğin büyümesi olarak karşımıza çıkacaktır.

Aile hekimlerinin işlevsellikleri “1” hiç/çok nadir; “4” daima olarak nitelenen ölçekte birinci basamak için ilk başvuru adresi olarak belirlenmiş 17 klinik durum için başvuru adresi olarak 2,4/2,48; tedavi işlevi için belirlenmiş 18 klinik durum için 2,26/2,28 ortalamaları Avrupa’daki değerlerden düşüktür (22)

Aile hekimlerine başvuranlar üzerinden yapılmış bu çalışmanın ilginç bulgularından biri de hizmetlerin kullanım hızındaki yükseklidir. Son 12 ayda aile hekimine 4’ten az başvuranların sıklığı 10’dan fazla başvuranlardan daha azdır. Hekimle temas sıklığı ortalama yılda 7 dolayında iken, aile sağlığı elemanı ile temas 5 dolayındadır (22).

Yurttaşların hasta olmadan sağlık hizmeti çoğunlukla almadıkları, hizmet alımının da dezavantajlıların aleyhine olduğunun araştırma bulguları ile doğrulanması yeni bir soruyu akla getirmektedir. Acaba aile hekimliği uygulaması bu eşitsizliği hizmet sunma yoluyla gidermekte midir? Ne yazık ki bu soruya da yanıt olumsuzdur.

#### Yanıtı beklenen sorular:

- Aile Hekimliği Bilgi Sistemine (AHBS) kayıtlarına göre sağlık hizmeti kullanımının tanımlanması (kullanım sayısının yaş, cins, sosyoekonomik düzey, sigorta, yerleşim yeri, neden, başvuru, mobil hizmet...)
- ...

#### e.2.Kapsayıcılık

AHBS’ye kayıt için TC kimlik numarası gerekmektedir. TNSA 2008 bulgularına göre nüfusun %6’sının, bebeklerin %12’sinin T.C. kimlik numarası yoktur (23).

Temel ve birincil korumaya yönelik sağlık hizmetleri gereksinimlerini kapsayıcı entegre bir hizmetten uzaklaşıldığı örgütlenme bölümünde irdelenmişti. Herkesin hizmetlerinden yararlanmasının sağlanması ancak topluma dayalı bir anlayış ile hizmet sunumunda gerçekleştirilecekken, sağlık hizmetlerinden yararlanmada terslik kanunu - gereksinimi daha çok olanlar- eşitsizlik mağdurları hizmetlerden daha az yararlanır!- işlerken başvuruya dayalı hizmet sunumunun eşitsizliği artıracığı bilinirken Türkiye’de kapsamlı olmayan- seçilmiş hizmetleri sunan AH uygulamasının sonuçları neleri göstermektedir?

Türk Tabipleri Birliği Halk Sağlığı Kolu, Halk Sağlığı Uzmanları Derneği ve Halk Sağlığı Anabilim Dalları Temsilcilerinin Düzce’de AH uygulamasının 6. ayında yaptıkları inceleme sonucunda duyurdukları saptamalardan biri hizmetin yalnızca başvuranlar ve çağrıldığında gelenlerle sınırlandığı, koruyucu hizmetlerin alanda sürdürülmesinden vazgeçildiğidir (24). “Ev ziyareti yapmanın aile hekimlerinin ana görevlerinden olmadığı açıktır” ifadesiyle DSÖ de aynı kaniyi bildirmektedir (22)

AH uygulamasının birinci yılında Edirne'de ikinci yılında (25) ve Eskişehir'de (26) evde doğum öncesi ve doğum sonu bakım alanlar sırasıyla %7 ve %1; evde bebek izlemi, 15-49 yaş kadın izlemi %3, araştırma grubundakilerin: %97,4'ü son altı ayda kendisi talep etmeden sunulan bir sağlık hizmeti ile karşılaşmamış) ili temsil eden araştırmaların bulguları da bu saptamayı doğrulamaktadır (tablo 12) .

Tablo 12: Yerleşim yeri ve Talep Olmadan Hizmet Sunma Durumu, Edirne, 2008 (25)

Yerleşim	Talep Olmadan Sağlık Hizmeti Sunumu				
	Evet		Hayır		Toplam
	Sayı	%	Sayı	%	
Kent	7	2,3	288	97,7	295
Kır	13	14,2	78	85,8	91
Toplam	20	5	366	95	386

$\chi^2:17,74$  , p: 0.0000

Evde gebe izlemi-doğum öncesi bakım (DÖB) alma sıklığı önce genelde düşükken (%26) bu sıklık Romanlar ve Roman olmayanlar arasında farklıydı ( $\chi^2: 4,74$ ,  $p < 0.05$ ) ancak sonra evde DÖB alımı daha da düşmüş (% 20) ve Romanlar ve Roman olmayanlar arasında farksız bulundu ( $\chi^2: 1,54$ ,  $p:0.2146$ ) ve doğum sonrası bakım (DSB) yeterli değil, ancak Romanlar lehine bir farklılık saptamışız. Dezavantajlı grup olarak daha önceki çalışmalarımızın kaynaklarına tanımlamalarımız sağlık çalışanlarımız tarafından pozitif ayrımcılık için dayanak olmuş, sağlık ocaklarımız ebeleri aracılığıyla evlerde gebe-loğusa izlemi için özel gayret göstermişlerdi.

Bir yıl sonra DÖB ve DSB hizmetlerinde Roman-Roman olmayanlar arasında ve AH başlangıç dönemine göre bir farklılık saptanmamıştır.

Evde bebek izleminde ise sonuçlar daha da çarpıcıdır. Evde bebek izleminde başlangıçta Romanlar lehine var olan pozitif ayrımcı tutum, Roman olmayanlar lehine farklılığa dönüşmüştür (tablo 13). DSÖ'nün yaptığı alan araştırmasına göre günde ortalama 47 hasta bakan aile hekimlerinin günlük ev gezisini 1,7 ev olarak bildirdiklerini de eklemek gerekir (22)

Tablo 13: Toplumda Dayalı Kimi Hizmetlerin Sunumunun Aile Hekimliği Öncesi/ Sonrası ve Etnisiteye Göre Dağılımı- Edirne, 2008 (25)

Sorular	Aile Hekimliği	Roman		Roman Olmayan		P <sub>R-RO</sub>
		Evet	Hayır	Evet	Hayır	
Evde Doğum Öncesi Bakım Alma	Önce(n=246)	12	14	53	167	<.05
	Sonra (n: 229)	7	16	40	166	$\chi^2: 1,54$ <b>0.2146</b>
P <sub>ö-s</sub>		0.4046		0.2432		
Evde Doğum Sonu Bakım Alma	Önce (n=244)	8	18	22	196	<.05
	Sonra (n: 227)	2	21	19	185	<b>0.7774</b>
P <sub>ö-s</sub>		0.1191		0.7874		
Evde bebek-çocuk izlemi	Önce (n=245)	9	17	35	184	<.01
	Sonra (n=228)	-	23	30	175	<b>0.0325</b>
P <sub>ö-s</sub>		0.0015		0.7003		

P<sub>ö-s</sub> = Önce ve sonra yapılan araştırmalar için yapılan analizde p değeri

P<sub>R-RO</sub> = Romanlar ve Roman olmayanlar için yapılan analizde p değeri

Manisa’da yapılan araştırmada hekimin hastası hakkında bilgi kapsamlı sahibi oluşu alt alanı araştırılan kapsayıcılığın sağlık güvencesi yokluğu, 0-12 aylık bebek varlığı, yaşlı ya da engelli varlığında azaldığı saptanmıştır (21). TB, CYBH, servix ve meme kanseri taramaları, esenlendirici hizmetler, ruh sağlığı programları aile hekimlerinin rutininde pek yer bulmayan hizmetler olarak belirtilmiştir (22).

“Sonuç olarak, birinci basamak sağlık hizmet sunumu biçimi olarak Düzce Modelinde; dezavantajlıların aleyhine olmak üzere toplumsal eşitlik bozulmuş, sağlık hizmeti sağlık merkezine gelebilenlere verilen tedavi hizmetine dönüşmüş, çevreyle bütünlük parçalanmış, yaşamın bütünlüğünü gözeten hizmet yaklaşımı sistematik olmaktan çıkarılmış, toplumsal etmenlerin sağlıklılık ve sağlık hizmetlerini etkileme boyutu görmezden gelinmiş, korumaya değil tedaviye, risk gruplarına değil başvurana öncelik verilmiş, hizmet disentegre edilmiş, ekip hizmeti yerine hekimin başat olduğu ikili çalışan kurgulanmış, sağlık-kalkınma ilişkisi basit bir matematik hesaplama olarak algılanmış, öz sorumluluğu geliştirici süreç ve eylemlerden vazgeçilmiş, halkın katılımı mekanizmaları ortadan kaldırılmıştır” (27).

Edirne’de AH uygulamasının başında (Aralık 2006), ikinci ve üçüncü yıllarında yaptığımız araştırmalarda aile hekimine yürüyerek ulaşabildiklerini bildirenlerin sıklığı %59, %59, ve %73 olarak bulunmuştur (28). İlk 2 araştırmada aile hekimlerinin var olan sağlık ocaklarının içinde konuşlandırıldıkları, ancak bir zaman sonra bu mekanlardan ayrılmaya olanak buldukları anlaşılmaktadır

Tablo14 Türkiye Genelinde Aile Hekimliği Boş Pozisyonları, 2011

İl	AH Pozisyon Sayısı	Boş AH Pozisyonu	Boşluk
Ağrı	147	36	%24,5
Hakkari	63	7	%11,1
Batman	140	13	%9,2
şırnak	112	9	%8,0
İstanbul	3540	113-41	%3,2-1,2

En sık boş pozisyon Ağrı (%24,5), Hakkari (%11,1) ve Batman (%9,2) illerinde saptanmıştır (Tablo-1). İstanbul Sultangazi’ de 22 pozisyon (%17) sürekli boş kalmıştır. Bina olmayışı, mobil nüfusun fazla olması ve nüfusun az olması boş kalma nedenleri olarak öne çıkmaktadır (29)

#### Yanıtı beklenen sorular:

- Aile hekimini kendi seçen yurttaşların sıklığı, seçim nedenleri ve tanımlayıcı zellikleri,
- Aile hekimini değiştirenlerin değiştirme nedenleri ve tanımlayıcı zellikleri,
- Mobil hizmetlerin durumu,
- Boş pozisyonların özellikleri (boşalma/dolmama nedenleri, yerleşimleri, hizmet binaları...),
- Topluma dayalı hizmetlerin durumu,
- ...

### e.3. Süreklilik

Bireyin yaşamında rol oynayan biyolojik, davranışsal, psikolojik ve toplumsal koruyucu etmenler ve risk etmenlerinin sağlık sonuçlarına etkisini inceleyici yaklaşımla toplumsal tarihsel ve coğrafyasal inceleme insanların geçmişinin geleceği nasıl biçimlendirdiğini ortaya koymaktadır. Uygulanmakta olan aile hekimliği ile çevre ve aile bağlamından koparılan liste kişilerine dönen insanların sağlığında hizmette süreklilik zamansal boyutuyla başlangıçta 6 ayda kullanılabilir "hekim seçme hakkı"nın 3 aya indirilmesi ile bir darbe daha almıştır.

Ek yerleştirmelerde boş pozisyon sayısının 2-3 katı kadar aile hekimi kimi zaman yer değiştirebilmektedir. Örn: Batman'da yapılan 4. ek yerleştirmede 2 boş pozisyona yerleştirmede 8 aile hekimi yer değiştirmiştir (29)

Edirne'de AH uygulamasının 1. yılı sonunda; aile hekimi tarafından izlendiği duygusunda olanlar Romanlarda %22, Roman olmayanlarda %33 olarak saptanmıştır. Arada istatistiksel yönden fark yoktur ( $\chi^2$ : 0.02541, p: 0.4367). Aile hekimini değiştirme sıklığı Romanlarda % 20, Roman olmayanlarda %12 olup arada istatistiksel fark saptanmamıştır ( $\chi^2$ : 1.367, p: 0.1215). Son 6 ayda gereksinimi olduğu halde aile hekimine ulaşamama Roman ve Roman olmayanlarda sırasıyla %12 ve %19'dur. Son ayda mobil hizmet alımı Roman ve Roman olmayanlarda sırasıyla %0 ve %26 (p: 0.0004), hasta olmadan sağlık hizmeti alma davranışının romanlarda roman olmayanlara göre farklı olduğunu (p: 0.0027) göz önüne almak sunulmayan hizmetlerin dezavantajlılar için eşitsizliği derinleştirici olacağı kaygısını uyandıracaktır (20, 25).

Günde ortalama 47 hasta bakılmaktadır. Yaklaşık olarak 45 saatlik haftalık çalışma süresinin %80'i hasta bakımıyla geçmektedir. Aile hekimlerinin yarıdan azı hasta kayıtlarını rutin olarak tutmakta olduklarını bildirirken, ancak dörtte biri hastaların özellikleri gereksindikleri hizmetleri planlamaya yönelik bir liste çıkarabileceklerini bildirmiştir. İkinci basamakla işbirliği için de bulguların olumsuzluğu bu saptamalara eklenebilir (22).

Lağarlı ve ark. Manisa'da yaptığı çalışmada süreklilik ile ilgili bulgularını "Örneğimizde kadınlar çoğunlukta olduğundan, süreklilik puanının 25-49 yaş grubunda ve beş yaş altı çocuk bulunan hanelerde düşük olması, genç ve çocuk sahibi annelerin her bir yeni sağlık sorununda aynı hekime başvurduğunu fakat izlemin devamı için farklı hekim ya da basamaklara yöneldiğini gösterebilir. 65 yaş üstü kesimin en yüksek puanı alması daha çok yaşlı kadınların hizmet sürekliliğinden yararlandıklarını düşündürmektedir" olarak bildirmişlerdir (21).

#### Yanıtı beklenen sorular:

- Sağlık ocağı çalışmalarından kişilere ve ailelerine ilişkin sağlık kayıtları (Form 012 A,B, 005, 006...) AHBS'ne ne denli aktarıldı?
- Sağlık ocağı çalışmalarından bölgeye ilişkin sağlık kayıtları (hastalık örüntüleri, koruyucu hizmetler, sağlığa aykırı kuruluşlar...) TSM'ne ne denli aktarıldı?
- Hizmetten yararlanmada süreklilik algısı ve etkileyen belirleyiciler
- ....

### e.4.Eşgüdüm

Aile hekimliği uygulamasının 7. yılında henüz sevk zinciri, aile hekimi aracılığıyla randevu alma, AHBS ile Medulla sistemi bağlantısı gibi sağlık özgeçmişini bütün-

leştirip görünebilir kılan, sağlık hizmetlerin etkinliğini ve kullanıcı/ hasta yararını geliştirici uygulamalar yoktur.

#### Yanıtı beklenen sorular:

- AHBS'ne kayıtlı olanların ne kadarı Medulla sistemine kayıtlı?
- Aile hekimlerinin randevu almasından neden vazgeçildi? Düzce deneyiminin bulgular nelerdir?
- Sevk zinciri kavramı hakkında halkın, sağlık çalışanlarının görüşleri,
- Sevk zincirinin uygulanmamasının cepten ödemlere etkisi ve bu konuda farkındalık düzeyi
- ...

#### e.5.Finansman

Aile hekimliği uygulaması başladığında muayene ücreti alınmazken, 18 Eylül 2008'de Sağlık Uygulama Tebliği'nde 2 TL bedelin eczaneye reçete yaptırma sırasında alımı tebliğ edildi, TTB ve SES'nin yargıya başvurusu üzerine yürütmesi durduruldu. Ne var ki, aile hekimine başvuranlar 21 Ocak 2012'de yayınlanan sosyal güvenlik kurumu sağlık uygulama tebliğinde değişiklik yapılmasına dair tebliğe göre reçete bedeli olarak yazılan ilaç kalemi sayısına göre bir ödeme ile karşı karşıyadır. Edirne'de yaptığımız alan çalışmasında AH uygulamasından 1 yıl sonra cepten ödeme ile ilgili bulgularımız tablo 14, 15 ve 16'dadır (25).

Tablo 14: Cepten Ödeme Yapma Durumunun Etnisiteye Göre Dağılım

Etnisite	Sağlık Hizmetleri	Ödeme Yapan		Ödeme Yapmayan		P <sub>R-RO</sub>
		Sayı	%	Sayı	%	
Roman olmayan	Bağışıklama	94	29	232	71	0.1411
	Aile planlaması	55	17	271	83	0.9583
	Laboratuvar incelemesi	45	13	279	87	0.5157
	İlaç	221	68	105	32	0.4579
	<b>Özel hastanede muayene</b>	<b>146</b>	<b>45</b>	<b>180</b>	<b>55</b>	<b>0.0000</b>
Roman	Bağışıklama	5	15	28	85	
	Aile planlaması	6	18	27	82	
	Laboratuvar incelemesi	3	9	30	91	
	İlaç	25	76	8	24	
	<b>Özel hastanede muayene</b>	<b>2</b>	<b>6</b>	<b>31</b>	<b>94</b>	

Tablo 15: Aşı için Cepten Ödeme Yapma Durumunun Yerleşim yerine Göre Dağılım

Cepten Ödeme	Yerleşim yeri				p
	Kent		Kır		
	Sayı	%	Sayı	Sayı	
Evet	83	31	16	18	0.026
Hayır	188	69	71	82	
<b>Toplam</b>	<b>271</b>	<b>100</b>	<b>87</b>	<b>100</b>	

$\chi^2:4,93$ ; p: **0.026**

Tablo 16: İlaç için Cepten Ödeme Yapma Durumunun Yerleşim yerine Göre Dağılım

Cepten Ödeme	Yerleşim yeri				p
	Kent		Kır		
	Sayı	%	Sayı	Sayı	
Evet	178	66	67	77	0.048
Hayır	93	34	20	23	
<b>Toplam</b>	271	100	87	100	

$\chi^2:3,91$ ; p: **0.048**

Aşı ve aile planlaması hizmetler, laboratuvar incelemesi ve ilaç alımı için para ödeme bakımından etnisiteye göre fark saptanmamıştır. Ancak özel hastanede muayene açısından romanlar aleyhine fark vardır ( $\chi^2$ : 18.03 p: 0.0000). Aşı için, kente göre, kırdan daha az, ilaç için ise daha çok kişi cepten ödeme yapmaktadır.

AH uygulamasının 3. yılında Edirne'de cepten ödeme ve bütçeye etkilerine ilişkin bulgularımız ticarileştirmenin sonuçlarına ilişkin çarpıcı ipuçları vermektedir. Son bir yılda sırasıyla ilaç için ailelerin %39,6'sı, özel hastane için %25,6'sı, aşı için %22'si, aile planlaması için %6,8'i cepten ödeme yaptıklarını bildirmiştir. Son alınan sağlık hizmeti harcamasından etkilenme durumuna ilişkin % 6,5'i borçlandığını bildirmiştir (28)

#### Yanıtı beklenen sorular:

- Cepten ödemeler; boyut ve farkındalık analizi nasıl bir gerçekliği ortaya koyar?
- Prim ödemeleri; boyut ve farkındalık analizi nasıl bir gerçekliği ortaya koyar?
- Sağlık hizmetlerine ekonomik yönden ulaşılabilirlik analizi nasıl bir gerçekliği ortaya koyar?
- Sağlık harcamalarının katastrofik etkisi nasıl saptanır? Nasıl izlenir

#### e.6.Toplum katılımı

1978'de Alma-Ata Konferansı'nda tanımlanan temel sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde, toplumun yalnızca katkısının değil, hizmetin planlanmasına dek katılımının, etkinliği artıracak saptaması yapılmış ve az gelişmiş-gelişmiş ülkelerin tümüne hizmetin örgütlenmesinde toplum katılımı mekanizmalarını kurma çağrısı yapılmıştı. Bu çağrıdan 17 yıl önce ülkemizde kabul edilen sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesine dair yasa ile bu mekanizmaların kurulmuş olduğu gerçeğinin altını çizmek gerekir. Ne var ki, aile hekimliği uygulaması mevzuatında toplumun sağlıkla ilgili karar alma, planlama ve denetleme süreçlerine katılımı öngörülmüştür. Hekim seçiminin piyasayı düzenleyeceği varsayılmıştır. Sağlık hizmeti gereksiniminin piyasanın kurallarına göre düzenlenemeyeceği, sağlığın meta karakteri taşımadığı, hizmete gereksinim duyanın tüketici davranışı sergileyemeyeceği, profesyonellerin seçimine uymak zorunda kalacağı gerçeğine rağmen aile hekimliği sistemi, katılımı öngörmeyen, katılım mekanizmalarının tahrip edilip piyasanın düzenleyiciliğine güvenmenin esas alındığı siyasi bir tercih olarak uygulanmaktadır (30)



### Yanıtı beklenen sorular:

- Toplum katılımı ve mekanizmaları hakkında sağlık hizmeti üretenlerin ve halkın farkındalığı, talebini ortaya koyacak çalışmalar nasıl bir gerçekliği karşımıza çıkaracaktır?
- ...

### e.7.Basamaklı hizmet

Modelin temel unsurlarından biri olan “sevk zinciri” de Düzce örneğinde uygulanmamaktadır. Düzce’de yaşayanlar, birinci basamak sağlık hizmetlerinden yararlanmak için kayıtlı oldukları aile hekimlerine başvurabildikleri gibi, herhangi bir sevk belgesine gereksinim duymadan, diğer sağlık kurum ve kuruluşlarından da yararlanabilmektedir. Sevk zinciri gibi modelin temel unsuru olan bir uygulamanın niçin denenmediği sorusuna İl Sağlık Müdürü “Bakanlığın bu konuda görüşünü aldığını ve pilot uygulamada sevk zincirinin olmasına gerek duymadığı” yanıtını vermiştir (Düzce İli Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Değerlendirme Raporu, TTB, 2006)

29 Eylül 2008 tarihli ve 27012 sayılı birinci mükerrer Resmî Gazete’de yayımlanan “2008 Yılı Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği”nin (SUT) “Aile hekimliğine geçilen illerde sağlık hizmeti sunucularına müracaat işlemleri” başlıklı (3.1.1) numaralı maddesi ile “Sevk Zinciri Uygulanacak İller Listesi” (EK-4) yürürlükten kaldırılmıştır.

### Yanıtı beklenen sorular:

- Hekim seçme, sağlık hizmetlerini etkili kullanım kavramları hakkında sağlık çalışanları ve halkın görüşleri nelerdir?
- ...

### e.8.Eşitlikçi- hakkaniyete uygun hizmet sunumu

Hizmete gereksinimi olup karşılayamama durumu eşitsizlik göstergesidir. Edirne’de AH uygulamasının 3. yılında hanede gelir getirici işi olan kişi sayısına göre sağlık hizmetinden yararlanma durumu tablo 17’de gösterilmiştir.

Tablo 17: Hanede gelir getirici işi olan kişi sayısına göre sağlık hizmetinden yararlanma durumu Edirne, 2009 (28)

Son 6 ayda sağlık hizmetine ihtiyaç duyup da alamadığınız oldu mu?	Hanede gelir getirici işi olan kişi sayısı					
	Yok veya 1 kişi		2 ve daha fazla kişi		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Evet	51	89,5	6	10,5	57	100
Hayır	193	71,7	76	28,3	269	100

$$x^2=7,850 \text{ p}=0,005$$

Bundan sonraki tablolarda hizmetlerde değişimin olup olmadığı ki-kare analizi sonuçlarına göre verilmektedir. Veriler Edirne’de aile hekimliği uygulamasına geçiş (Aralık 2006) ve uygulamadan sonraki araştırmalarımızdan (Mayıs 2008) elde edilmiştir. Her iki araştırmanın bulguları Ulusal (2007 Denizli, 2008 Ankara, 2010 İzmir) ve 2009 Uluslararası İstanbul Halk Sağlığı Kongrelerinde sunulmuştur.

### e.8.1.Bağışıklama hizmetleri

Tablo 18: Edirne'de Aile Hekimliği Uygulamasından 1 Yıl Sonra Tam Aşılı Oluşturma Değişim (25)

Tam Aşılı olmada değişim	Değişimin yönü
35 yaşından büyük anne	Olumsuz
35 yaşından büyük baba	Olumsuz
Temel eğitimden düşük baba eğitimi	Olumsuz
Yeterli olmayan gebe aşılması	Fark Yok
Yeterli gebe aşılması	Olumlu

Yaşına göre tam aşılı olmadaki değişim evde izlemin olmayışının doğal sonucu olarak değerlendirilmelidir. Bağışıklama hizmetlerinde yetersizliğin maaşta kesintiye yol açan performans düşüklüğü olarak değerlendirilmekte olduğu bilgisini burada vermek gerekir. Her ne kadar aşı oranlarında yükseklik sürüyorsa da, olumsuzluğun dezavantajlılarda, olumluluğun olumlu deneyimi olanlarda görülmesi anlamlıdır. Eşitsizlik derinleşmesi açısından uyarıcıdır. Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin en göz önünde olanı olarak bağışıklama hizmetlerinde performans düşüklüğü bir yana olumsuzlukların sürmesi bile tek başına anlamlıdır.

Tablo 19: Evde gelir getirici iş sayısı ve aşılama durumu (25)

Aşı durumu	Gelir getirici iş	
	İş yok	Bir ya da iki
Aşısız-Eksik aşılı	13	83
Aşılı	23	275
Toplam	36	358

$\chi^2:2.966$ , p: 0.04252

Aşısız eksik aşılı olmanın gelir getirici bir işin varlığı-yokluğu arasında saptanmış anlamlı farklılık dezavantajlıların bu dönüşümden eşitsizliklerin derinleşmesi biçiminde etkileneceklerine ilişkin öngörülere destek kanıtları olarak değerlendirilmiştir.

## e.8.2.Topluma Dayalı Sağlık Hizmetlerinde Değişim ve Yönü

Tablo 20: Edirne’de Aile Hekimliği Uygulamasından 1 Yıl Sonra Topluma Dayalı Sağlık Hizmetlerinde ve kimi Sağlık bakanlığı Programlarında Değişim ve Yönü (25)

	Değişimin yönü
Son gebeliğinizde ASE/ASM aracılığıyla evde DÖB aldınız mı?	Fark yok
Son gebeliğinizde ASE/ASM aracılığıyla AP yöntemi konusunda eğitim aldınız mı?	Roman olmayanlar lehine olumlu
AP yöntemi kullanıyor musunuz?	Fark yok
Son doğumunuzdan sonra ASE/ASM aracılığıyla evde bakım aldınız mı?	Fark yok
Bebek aşılması konusunda eğitim	Romanlar aleyhine olumsuz
Bebekte ishal konusunda eğitim	Roman olmayanlar lehine olumlu
Zatürree belirtileri konusunda eğitim	Roman olmayanlar lehine olumlu
Son 6 ay içinde bir ASE tarafından evinizde bebeğinizin izlemi yapıldı mı?	Romanlar aleyhine olumsuz
Bebeğiniz D vitamini desteği alıyor mu?	Fark yok
Bebeğiniz Demir desteği alıyor mu?	Fark yok
Evde iyotlu tuz kullanımı konusunda hiç bilgilendirildiniz mi?	Roman ve Roman olmayanlar lehine olumlu
Evde yemekler için kullandığınız tuz iyotlu mu?	Fark yok
KKMM konusunda hiç bilgilendirildiniz mi?	Fark yok
Evde 65 yaş üzeri kimse varsa: Sağlıkçılar izliyor mu?	Fark yok
Evde fiziksel- ruhsal engelli kimse varsa: Sağlıkçılar izliyor mu?	Fark yok

Toplumun yaşadığı yerlerde sunulması gereken sağlık hizmetlerindeki değişimde RO (Roman olmayanlar) lehindeki, R (Romanlar) aleyhindeki gelişim eşitsizlik boyutunda derinleşme işareti olarak algılanmadır. Fark olmayan hizmet alanları ne yazık ki yetersizliğini sürdürmekte (tablo 19).

Tablo 21: Edirne’de Aile Hekimliği Uygulamasından 1 Yıl Sonra ASYE Denetimi Programı Uygulamalarında Değişim ve Yönü (25)

ASYE	Değişimin yönü
Son 2 hafta içinde çocuğunuz ateş ve öksürükle seyreden bir hastalık geçirdi mi?	Fark yok
Size bu hastalık için bedava ilaç verildi mi?	Fark yok
Size bu hastalık için besleme önerileri verildi mi?	Fark yok

Tablo 22: Edirne’de Aile Hekimliği Uygulamasından 1 Yıl Sonra İshalli Hastalıkların Denetimi Programı Uygulamalarında Değişim ve Yönü (25)

İshalli hastalıkların denetimi programı	Değişimin yönü
Son 2 hafta içinde çocuğunuz günde 3 defadan fazla sulu dışkılama ile seyreden bir hastalık geçirdi mi?	Fark yok
Size bu hastalık için tehlike belirtileri öğretildi mi?	Romanlar aleyhine olumsuz
Size bu hastalık için bedava ilaç verildi mi?	Fark yok
Size bu hastalık için besleme önerileri verildi mi?	Fark yok
<b>Altı aydan küçük</b> bebekleri olanlara: Bebeğinizi nelerle besliyorsunuz? 1. Yalnızca anne sütü 2. Anne sütü+ su-sıvı içecekler 3. Anne sütü+ hazır mama 4. Anne sütü+evde mama	Fark yok

ASYE ve ishali hastalıklar için başlangıç düzeyine göre fark olmayış (her iki programın yönetim performansı yetersizdi) kişiye yönelik hizmetlerde Sağlık Bakanlığı programlarının yürütümden sorumluluğun açık ifadesine karşın, beklene iyileşmenin sağlanmadığının göstergeleridir.

#### Yanıtı beklenen sorular:

- Sağlığın sosyal belirleyicileri ve sağlıkta eşitsizliklerin boyutu nedir?
- Sağlıkta eşitsizliklerin izlenmesine yönelik il düzeyinde uygulanabilecek protokol: kapsam ve yöntem ne olmalıdır?
- ...

#### e.9. Sağlık Hizmetlerinin Planlaması

Coğrafi alan, sabit nüfus, aile bütünlüğü, çevre değerlendirmesi, topluma dayalı hizmet özellikleri olmayan aile hekimliği uygulamasının planlı sağlık hizmeti vermesi beklenmemelidir. Bu süreçte veri akışında TSM'lerin de değerlendirici, denetleyici oluşuna yönelik politik isteksizlik, AHBS verilerinin analiz edilebilirliğine ilişkin kanıt yokluğu da göz önüne alınmalıdır. Keza bildirim sistemi ve alan araştırmalarından ölüm kayıtları ile ilgili bulgular planlama yapılamayacağına kanıt sunmaktadır (tablo 23 ve 24).

Tablo 23: Aile Hekimliği Uygulamasına Geçen İlk 11 İilde Kaba Ölüm Hızı (binde) (31)

	2005	2006	2007
<b>Düzce</b>	2,0	1,8	1,7
<b>Adıyaman</b>	1,96	1,72	1,39
<b>Bolu</b>	6,0	5,5	4,4
<b>Denizli</b>	3,4	3,4	2,9
<b>Edirne</b>	2,8	2,7	2,8
<b>Elazığ</b>	1,6	1,6	1,4
<b>Eskişehir</b>	5,8	4,8	-
<b>Gümüşhane</b>	1,76	1,60	4,75
<b>Isparta</b>	4,2	4,2	2,6
<b>İzmir</b>	3,6	2,9	4,8
<b>Samsun</b>	1,8	2,0	1,5

Tablo 24: Edirne ve Türkiye için Kaba Ölüm Hızları (Binde)(32)

Kaba Ölüm Hızı (Binde)	2004 Yılı	2008 Yılı
Türkiye Geneli	6,2	6,6*
Edirne Merkez İlçe (TÜİK)	6,21	7,97
Edirne Sağlık Müd. verileri	1,4**	2,8 **
Edirne Merkez İlçe ve Köyleri için Bulgularımız	5,17	5,48

\* Eurostat, candidate countries, 2007 verisi (42).

\*\* Edirne İl Sağlık Müd. İstatistik Yıllığı 2004 ve 2008 İl geneli verisi.

Ölümlerin tespiti ve nedenlerine yönelik çözümlenmeler sağlık hizmetlerinin planlanmasında önemli başlangıç noktalarından biridir. Ülkemizde pilot uygulama kapsamına alınmayan 70 ile göre birinci basamak sağlık hizmetleri örgütlenmesi açısından sorunsuz 11 pilot ilde kaba ölüm hızlarındaki bu gerçeklikten uzaklık hem planlama için başarısız bir izleme hem de listelerinde yer alan kişiler üzerin-

den ücretlendirilen aile hekimlerinin ve ücreti ödeyenlerin demografik verileri ne denli izleyebildiğine ilişkin ironik bir bulgudur.

**Yanıtı beklenen sorular:**

- Sağlık hizmetlerinin planlanmasını sağlayıcı mekanizmalar geliştirilebilir mi? Nasıl?
- ...

**f. Aile Hekimliği Uygulaması ve Dünya Bankası önerileri (33):**

**f. 1. Yerelleştirme**

- Hizmet sunma ile finansmanın birbirinden ayrılmıştır.
- İlçe sağlık yönetimleri, bölge sağlık yönetimleri, tasarı aşamasındadır; Kalkınma ajansları kurulmuştur
- Aile hekimi/aile sağlığı elemanları sözleşmelerinin il yönetimince yapılması, açık pozisyonlar için AH/ASE alım yapılması, diğer çalışanların il içi hareketinin il yönetimince yapılabilmesi sağlanmıştır.
- Hizmet satın alma, temel teminat paketi içeriğini belirlemede SGK'nın yetkilendirilmesi sağlanmıştır.
- Maliye Bakanlığı'nın, aile hekimlerini "serbest meslek erbabı" olarak vergilendirmesi, Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası primimin tümünü ödemek zorunda bırakması ile özel hekimlik statüsü ile çalışma tescillenmiştir.
- Mekân ve kullanılan demirbaş malzemeler için aile hekimleri tarafından kiralar ödenmektedir. Aile hekimleri özel statü kabul edilerek kötü hekimlik uygulamaları için zorunlu mali sigorta bedelinin tümü aile hekimleri tarafından karşılanmaktadır.

**f. 2. Taşeronlaştırma**

- Hizmet satın alma yoluyla hizmetli, ön büro çalışanı istihdamı, laboratuvar, görüntüleme, tıbbi atıkların yönetimi hizmet alımı, Aile Hekimliği Bilgi Sisteminin (AHBS) yazılımına erişim yolu açılmıştır

**f.3. Emekgücü maliyetini azaltma**

- Aile hekimliği pozisyon sayısı yasada öngörülenden 4.391-9.306 daha azdır.
- Güvencesiz sözleşmeyle çalışma kurallandırılmış, esnek çalışma özendirilmiş, ASM/TSM görevlerinde AH katkısı yapılandırılmıştır.
- Cari yardımı ASM sınıflamasına göre dağıtımda yardımın %100'ünü alabilecek ASM neredeyse yoktur.
- Boş aile hekimi pozisyonlarını doldurmak için süre sınırı 1 aydan 3 aya çıkarılmıştır.
- Tavanı belli ücretten, negatif performansa göre ödemede kesinti ile ücretlendirme yapılmaktadır.

#### f.4. Yeniden yapılandırma

- Aile sağlığı merkezleri yapılandırılmıştır.
- Toplum sağlığı merkezleri yapılandırılmıştır.
- Evde bakım hizmetleri örgütlenmektedir.
- Yerinde sağlık hizmeti planlanmaktadır.
- Entegre sağlık hizmetleri örgütlenmektedir.

#### f.5. Gereksinime göre planlama

Erişimi güç (coğrafi, kültürel, ekonomik) topluluklara ya da öncelikli hizmetlere yönelik planlama yapılması önerilmekte ise de mevsimlik tarım işçileri, göçerler, dezavantajlı gruplara bu kapsamda hizmet bulgusu edinilememiştir.

#### f.6. Dezavantajlılara erişim

Hastanelerde doğmuş ancak aile hekimlerine kaydı yapılmamış bebeklerin aile sağlığı Merkezleriyle ilişkilendirmesine yönelik çalışma, 2011 yazında yürütülmüştür.

#### f.7. Çalışan kullanıcı etkileşimi

- Hekim seçme özgürlüğü ile aile hekimi değiştirilebilmektedir.
- “Sağlık Bakanlığınca özel şirkete memnuniyet araştırması yaptırılmıştır.
- Hasta hakları takibi için hastanelerde bürolara hekimleri davranış ya da uygulamaları nedeniyle şikâyet mekanizması kurulmuştur.

#### Yanıtı beklenen sorular:

- Dünya bankasının sağlıkla/birinci basamak ile ilgili ajandasında daha neler var? Ülkemizde gelecekte bu alanda neler beklenmeli?
- Birinci basamak sağlık hizmetlerinin Aile Hekimliği uygulamasıyla ticarileştirilmesinin/özelleştirilmesinin kanıtları nasıl ortaya konabilir? Üretilen bilgiler nasıl toplumsallaştırılabilir?
- ...

#### Sonuç ve Ödevler

Sağlıkta Dönüşüm Programı ve bir ögesi olarak aile hekimliği uygulaması bilimsel veriler ışığında ortaya çıkan Türkiye halkının gereksinimlerini, yaşanmakta olan sağlıkta eşitsizlikleri giderilmek amaçlı olmasa da “reform” masalı ile gerçekliği ayırmaya kanıt olabilecek çok sayıda bilimsel bulgu vardır. Gerçekliği keşfetmek, tanımlamak ve etkili bir biçimde anlatmak bilim insanlarının gündeminde hak ettiği derecede yer almalıdır. Bu bağlamda Halk Sağlığı Anabilim Dallarının, sağlık hakkı savunucusu örgütlerin illerindeki AH uygulamalarını izlemeye yönelik mekanizma ve yöntemler geliştirmesi acil bir ödev olarak durmaktadır.

#### Teşekkür

Bu çalışmaya temel olan araştırmaları yapabileme yeteneği kazandıran halk sağlığı bilimine, bu yeteneği uygulama görev ve güdüsünü diri tutan ve ikinci çalışmaya maddi destek sağlayan TTB ve TTB Halk Sağlığı Kolu'na, araştırmaları planlama ve gerçekleştirme sürecinde birlikte çalışmaktan keyif aldığım Yrd. Doç. Dr. Seval Alkoy başta olmak üzere araştırma ekibimize (Yrd. Doç. Dr.Gamze Varol Saraçoğlu, Arş. Gör. Hasan Dedeler, Arş. Gör. Esin Seçgin Sayhan, Prof. Dr. Faruk Yo-

rulmaz, Yrd. Doç. Dr. Ufuk Berberoğlu, Ar. Gör. Ahmet Özgür Doğru , Doç. Dr. Necla Uluğtekin), veri toplamada emeği geçen Edirne Tabip Odası TÖK ve YK üyelerine, Trakya Tıp Fakültesi TurkMısic ve Bilimsel Araştırma Topluluğuna, Gönüllü hemşire anketörlere, beyana dayalı verilerin tamamlanmasında emeği geçen Bulaşıcı Hastalıklar Şb. çalışanlarına, çalışmaya izin veren Edirne Valiliğine; sağlık alanını biçimleyen politik ve teknik arka plan analizleriyle düşünsel zenginlik kaynağı olan Prof. Dr. Mehmet Zencir başta olmak üzere TTB Halk Sağlığı Kolundaki çalışma arkadaşlarıma teşekkürler.

## Kaynaklar

1. Whitehead M. Equity and health sector reforms: can low income countries can escape the medical poverty trap? The Lancet, Volume 358, Issue 9284, Pages 833 - 836, 8 September 2001
2. Structural Adjustment Programmes (SAPs)  
<http://www.who.int/trade/glossary/story084/en/index.html>, 14.11.11
3. Dussault G, Rigoli F. J The Interface Between Sector Reform and Human Resources in Health, HNP, Worldbank, 2003
4. Aile Hekimliği Nedir? TAHUD, <http://www.tahud.org.tr/hakkimizda/aile-hekimligi-nedir?> 15.05.2011.)
5. <http://www.facebook.com/video/video.php?v=10150143996579494&oid=169541863080860&comments>).
6. Ekim ayı Memnuniyet Anketi.  
[http://ailehekimligi.karabuksaglik.gov.tr/index.php?option=com\\_content&task=view&id=136&Itemid=1](http://ailehekimligi.karabuksaglik.gov.tr/index.php?option=com_content&task=view&id=136&Itemid=1) erişim: 10.01.2012.
7. Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat Ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname  
<http://mevzuat.basbakanlik.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=4.5.663&MevzuatTli=0&sourceXmlSearch=> erişim:15.01.2012)
8. TTB 663 Sayılı KHK Anayasaya Aykırılık Raporu  
<http://www.ttb.org.tr/index.php/Haberler/hukuk-2947.html>, erişim:12.01.2012)
9. Aktaran Sucu Y, Yönetim. Kavramlar, kuramlar, süreçler. AİBÜ Basımevi, 2000, Bolu).
10. 2011 Seçimlerine Giderken Türkiye’de Sağlık, TTB
11. Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı Yatak ve Kadro Standartları Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, 04 Ocak 2012 Resmi Gazete Sayı:28163)
12. Aile hekimliği pilot iller koordinasyon toplantısı, 09-11 Şubat 2007 / Ankara
13. Heggenhougen HK (eds).Public Health. International Encyclopedia of Public Health, Elsevier Inc. 2008, India
14. Eskiocak M, Ture M, Dedeler H. Transformation in health in Turkey: Are the provinces assigned for pilot study different from others? 12th World Congress on Public Health, April 29, 2009, Istanbul ve
15. Öcek Z, Soyer A. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Birikimimiz, 2000-2004 Türkiye Fotoğrafı. TTB, 2007
16. 2011 Seçimlerine Giderken Türkiye’de Sağlık, TTB, 2011, Ankara
17. Kandemir B. Edirne’ de Toplum Sağlığı Merkezlerinin Personel ve İşlev Açısından Değerlendirilmesi, 2008, (Yüksek Lisans Tezi)

18. Aile Hekimliğinin Pilot Uygulanan İllerde Toplum Sağlığı Merkezlerinin Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge, yürütmeyi durdurma kararı.  
[http://www.ttb.org.tr/images/stories/file/tsm\\_karar.pdf](http://www.ttb.org.tr/images/stories/file/tsm_karar.pdf)
19. Sağlık istatistikleri, 2010, SB, <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-13438/saglik-istatistikleri-yilligi-2010.html>
20. Eskiocak M, Alkoy S, Berberoğlu U, Varol Saraçoğlu G, Dedeler H, Yorulmaz F. Edirne'de Genişletilmiş Bağışıklama Programı (GBP) ve Ana Çocuk Sağlığı (AÇS) Hizmetlerinin Lot Kalite Tekniği ile Değerlendirilmesi, 2006
21. Lağarlı T, Eser E, İntern Hekimler, Bazı Aile Hekimliği Pilot Uygulama Birimlerinde Birinci Basamak Değerlendirme Ölçeği (Bdö) (Primary Care Assessment Survey) İle Sağlık Hizmet Özelliklerinin Değerlendirilmesi).
22. Evaluation of the organization model of Turkey, A survey based two provinces Project, WHO, Europe, 2009
23. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008
24. Düzce İli Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Değerlendirme Raporu, TTB, 2006
25. Eskiocak M, Alkoy S, Berberoğlu U, Varol Saraçoğlu G, Dedeler H, Yorulmaz F. Edirne'de AH uygulamasının 2. Yılında Sağlık Hizmetleri kullanımı, GBP ve AÇS Hizmetlerinin Değerlendirilmesi, 2008
26. Alkoy S, Aile hekimliği pilot uygulamalarının alan araştırmaları ile izlemi: Eskişehir örneği. [www.phd.org.tr/14kongresunum/30ekim/4.ppt](http://www.phd.org.tr/14kongresunum/30ekim/4.ppt), erişim: 24.1.2011
27. Çakır C, Çetin C, Demirdizen H, Eskiocak M, Etiler N, Kapaklı E, Pehlivan H, Özkavak B.. "Düzce Modeli" Birinci Yıl Sonu Değerlendirme Raporu. PHD, 2006
28. Berberoğlu U, Eskiocak M, sayhan ES, Karataş L, Yorulmaz F. Edirne'de Aile Hekimliğinin 3. Yılında sağlık Hizmetlerinin Kullanımı, 2009, 13. Ulusal halk sağlığı Kongresi, Balçova, İzmir, 18-22 Ekim 2010)
29. Demirkan BC, Eskiocak M. Aile hekimliği boş pozisyonlarının dağılımı ve özellikleri, 14. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Trabzon, 4-7 Ekim 2011).
30. Eskiocak M, Davas A, Aras E. Kentsel bölgede sağlık örgütlenmesi: Çok sektörlü yaklaşım aile hekimliği ülkemiz için uygun bir model midir? TTB. Halk Sağlığı Kolu, TTB, 2007
31. Nesanır, N, Erkman N. Evaluation of This Process on Health Indicators of 11 Provinces Practicing Model of Family Medicine Firstly. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2010; 9(5):493-504
32. Karakaya M, Eskiocak M, Edirne Merkez İle ve Köylerinde 2004 ve 2008 içinde oluşan ölümlerin yaş grupları ve nedenlerine göre dağılımının karşılaştırılması. 14. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Trabzon, 4-7 Ekim 2011
33. Eskiocak M, Zencir M, Yavuz CI, Çatak B. Sağlıkta dönüşüm programı Yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmet sistemi güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri ve aile hekimliği ögesinin 2003-2011 döneminin değerlendirilmesi, kapitalizmin Krizi ve Sağlık, XVI. Conference of International Association of Health Policy in Europe, 29 Eylül-2 Ekim, 2011, Ankara

### **Edirne, Bolu ve Eskişehir Aile Hekimliği İzleme Çalışmalarından Üretilen Bildiriler:**

#### **Uluslararası Bildiriler**

1. Saraçoğlu G, Eskiocak M, Alkoy S, Dedeler H, Berberoğlu U, Yorulmaz F. Comparison of the functions of baby feeding before and after the family medicine in Edirne, 2008, 12th World Congress on Public Health, April 29, 2009, Istanbul



2. Eskiocak M Alkoy S, Saraçoğlu G, , Dedeler H, Berberoğlu U, Yorulmaz F. Comparison of public health functions before and after family medicine in Edirne, 12th World Congress on Public Health, April 29, 2009, Istanbul
3. Eskiocak M Alkoy S, Saraçoğlu G, , Dedeler H, Berberoğlu U, Yorulmaz F. Comparison of variation of vaccination status of 0-23 month children in Edirne during health care reform in Turkey, 12th World Congress on Public Health, April 29, 2009, Istanbul
4. Alkoy S, Saraçoğlu G, Eskiocak M, Dedeler H, Berberoğlu U, Yorulmaz F. Comparison of variation of vaccination application places for 0-23 month children in Edirne during health care reform in Turkey 12th World Congress on Public Health, April 29, 2009, Istanbul
5. Alkoy S, Kiyani A, Catiker A, Ozkan I, Albayrak S, Eskiocak M. Provider and user evaluation of community-based health services Turkey 12th World Congress on Public Health, April 29, 2009, Istanbul
6. Alkoy S, Kiyani A, Catiker A, Ozkan I, Albayrak S, Eskiocak M. Provider and user evaluation of maternal and child health services during health care reform period in Bolu Turkey. 12th World Congress on Public Health, April 29, 2009, Istanbul
7. Alkoy S, Kurtcebe F, Doğru AÖ, Uluğtekin N, Eskiocak M. Monitoring quality of vaccination services provided for aged 0-23 months children in Edirne: Using lot quality technique and geographic information systems during health care reform period. 12th World Congress on Public Health, April 29, 2009, Istanbul

### **Ulusal Bildiriler**

1. Eskiocak M, Alkoy S, Dedeler H, Saraçoğlu GV, Berberoğlu U, Yorulmaz F. Edirne’de Lot Kalite Tekniği ile Yapılmış Bir Alan Araştırması - 4 İşal Sıklığı ve İşalli Hastalıkların Denetimi Programı Hizmetlerinin Aile Hekimliği Uygulaması Öncesi Durumu. XI. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 23–26 Ekim 2007, Denizli.
2. Eskiocak M, Alkoy S, Dedeler H, Saraçoğlu GV, Berberoğlu U, Yorulmaz F. Edirne’de Lot Kalite Tekniği ile Yapılmış Bir Alan Araştırması -3 ASYE Sıklığı ve ASYE DP Hizmetlerinin Aile Hekimliği Uygulaması Öncesi Durumu. XI. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 23–26 Ekim 2007, Denizli, Kongre Kitabı.
3. Eskiocak M, Alkoy S, Dedeler H, Saraçoğlu GV, Berberoğlu U, Yorulmaz F. Edirne’de Lot Kalite Tekniği ile Yapılmış Bir Alan Araştırması -5 Bebek ve Çocuk Beslenmesi Hizmetlerinin Aile Hekimliği Uygulaması Öncesi Durumu. XI. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 23–26 Ekim 2007, Denizli.
4. Eskiocak M, Alkoy S, Dedeler H, Saraçoğlu GV, Berberoğlu U, Yorulmaz F. Edirne’de Lot Kalite Tekniği ile Yapılmış Bir Alan Araştırması -6 Toplumaya Dayalı Hizmetlerin Aile Hekimliği Uygulaması Öncesi Durumu. XI. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 23–26 Ekim 2007, Denizli.
5. Eskiocak M, Alkoy S, Saraçoğlu GV, Dedeler H, Berberoğlu U, Yorulmaz F. Edirne’de Lot Kalite Tekniği ile Yapılmış Bir Alan Araştırması-2 Çocuk Sağlığı Hizmetlerinin Aile Hekimliği Uygulaması Öncesi Durumu. XI. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 23–26 Ekim 2007, Denizli.
6. Eskiocak M, Alkoy S, Saraçoğlu GV, Dedeler H, Berberoğlu U, Yorulmaz F. Edirne’de Yapılmış Bir Alan Araştırması-1 Ana Sağlığı Hizmetlerinin Aile Hekimliği Uygulaması Öncesi Durumu. XI. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 23–26 Ekim 2007, Denizli.
7. Eskiocak M, Alkoy S, Dedeler H, Saraçoğlu GV, Berberoğlu U, Yorulmaz F. Edirne’de Yapılmış Bir Alan Araştırması-7 Doğum Sonrası İlk Altı Ayda AP Hiz-

- metlerin Aile Hekimliği Uygulaması Öncesi Durumu. XI. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 23–26 Ekim 2007, Denizli.
8. Eskiocak M, Alkoy S, Dedeler H, Varol Saraçoğlu G, Berberoğlu U, Yorulmaz F. Edirne'de 0–23 Ay Çocukların Aşılandıkları Yerlerin Lot Kalite Tekniği ile Değerlendirilmesi. XI. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 23–26 Ekim 2007, Denizli.
  9. Eskiocak M, Alkoy S, Dedeler H, Varol Saraçoğlu G, Berberoğlu U, Yorulmaz F. Edirne'de 0–23 Ay Çocukların Aşılanma Durumlarının Lot Kalite Tekniği ile Değerlendirilmesi. XI. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 23–26 Ekim 2007, Denizli.
  10. Eskiocak M, Alkoy S, Dedeler H, Varol Saraçoğlu G, Berberoğlu U, Yorulmaz F. Edirne'de 0–23 Ay Çocukların Aşılanmama Nedenlerinin Lot Kalite Tekniği ile Değerlendirilmesi. XI. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 23–26 Ekim 2007, Denizli.
  11. Alkoy S, Doğru AO, Uluğtekin N, Eskiocak M. Edirne'de Aşılama Hizmetlerinin Kalitesinin Lot Kalite Tekniği (Lkt) ve Coğrafi Bilgi Sistemleri (Cbs) ile Değerlendirilmesi. XI. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 23–26 Ekim 2007, Denizli.
  12. Berberoğlu U, Tokuç B, Eskiocak M. Trakya Üniversitesi Tıp Fakóltesi Halk Sağlığı Anabilim Dalında İntörn Eğitimi. XI. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 23–26 Ekim 2007, Denizli.
  13. Alkoy S, Kıyan A, Çatiker A, Özkan İ, Abayrak S, Eskiocak M. Aile Hekimliğinin İkinci Yılında, Bolu'da *Topluma Dayalı Hizmetlerin Lot Kalite tekniği İle Değerlendirilmesi*, 12. Ulusal Halk sağlığı Kongresi, 21–25 Ekim 2008, Ankara. s.312
  14. Alkoy S, Çatiker A, Kıyan A, Özkan İ, Abayrak S, Eskiocak M. Aile Hekimliğinin İkinci Yılında, Bolu'da *Toplumun Sağlık Hizmetlerini Kullanm/Hizmetlerden Yararlanma Davranışlarının Lot Kalite tekniği İle Değerlendirilmesi*, 12. Ulusal Halk sağlığı Kongresi, 21–25 Ekim 2008, Ankara. s.313
  15. Eskiocak M, Alkoy S, Dedeler H, V.Saraçoğlu G, Berberoğlu U, Yorulmaz F. Aile Hekimliği Pilot Uygulamasının İkinci Yılında Edirne'de 0–23 Aylık Çocukların Aşılandıkları Yerlerin *Lot Kalite tekniği İle Değerlendirilmesi*, 12. Ulusal Halk sağlığı Kongresi, 21–25 Ekim v, Ankara. s.314
  16. Alkoy S, Çatiker A, Kıyan A, Özkan İ, Abayrak S, Eskiocak M Aile Hekimliği Pilot Uygulamasının İkinci Yılında Bolu'da 0–23 Aylık Çocukların Aşılanma Durumlarının *Lot Kalite tekniği İle Değerlendirilmesi*, 12. Ulusal Halk sağlığı Kongresi, 21–25 Ekim 2008, Ankara. s.315
  17. Alkoy S, Eskiocak M, Dedeler H, V.Saraçoğlu G, Berberoğlu U, Yorulmaz F. Aile Hekimliği Pilot Uygulamasının İkinci Yılında Edirne'de 0–23 Aylık Çocukların Aşılanma Durumlarının *Lot Kalite tekniği İle Değerlendirilmesi*, 12. Ulusal Halk sağlığı Kongresi, 21–25 Ekim 2008, Ankara. s.316
  18. Berberoğlu U, Eskiocak M, Soylu F Gül H. Edirne Verem Savaş Dispanserinin 2003–2007 Yıllarındaki Çalışmalarının Değerlendirilmesi. 12. Ulusal Halk sağlığı Kongresi, 21–25 Ekim 2008, Ankara. s.326
  19. Eskiocak M, V.Saraçoğlu G, Dedeler H, Berberoğlu U, Eraslan T, Ziyrek U, Günçikan N, Alkoy S, Yorulmaz F. Edirne'de Aile Hekimliği Uygulamasının Birinci Yılında İshal Sıklığı ve İshalli Hastalıkların Denetimi Programı Hizmetlerinin Durumu. 12. Ulusal Halk sağlığı Kongresi, 21–25 Ekim 2008, Ankara. s.327
  20. Eskiocak M, Alkoy S, Dedeler H, V.Saraçoğlu G, Berberoğlu U, Yorulmaz F. Aile Hekimliği Pilot Uygulamasının İkinci Yılında Edirne'de 0–23 Aylık Çocukların Aşılanmama Nedenlerinin *Lot Kalite tekniği İle Değerlendirilmesi*, 12. Ulusal Halk sağlığı Kongresi, 21–25 Ekim 2008, Ankara. s.389
  21. Alkoy S, Çatiker A, Kıyan A, Özkan İ, Abayrak S, Eskiocak M. Aile Hekimliği Pilot Uygulamasının İkinci Yılında Bolu'da 0–23 Aylık Çocukların Aşılanmama Neden-

lerinin *Lot Kalite tekniği İle Değerlendirilmesi*, 12. *Ulusal Halk sağlığı Kongresi*, 21–25 Ekim 2008, Ankara. s.390

22. Alkoy S, Kurtcebe F, Doğru AÖ, Çatıker A, Uluğtekin N, Eskiocak M. Aile Hekimliği Pilot Uygulamasının İkinci Yılında Bolu'da Aşılama Hizmetlerinin Kalitesinin *Lot Kalite Tekniği(LKT) ve Coğrafi Bilgi Sistemleri (CBS) İle Değerlendirilmesi*, 12. *Ulusal Halk Sağlığı Kongresi*, 21–25 Ekim 2008, Ankara. s.391
23. Alkoy S, Kurtcebe F, Doğru AÖ, Uluğtekin N, Eskiocak M. Aile Hekimliği Pilot Uygulamasının İkinci Yılında Edirne'de Aşılama Hizmetlerinin Kalitesinin *Lot Kalite Tekniği(LKT) ve Coğrafi Bilgi Sistemleri (CBS) İle Değerlendirilmesi*, 12. *Ulusal Halk Sağlığı Kongresi*, 21–25 Ekim 2008, Ankara. s.392
24. Alkoy S, Çatıker A, Kıyan A, Özkan İ, Abayrak S, Eskiocak M. Aile Hekimliği Pilot Uygulamasının İkinci Yılında Bolu'da 0–23 Aylık Çocukların Aşılandıkları Yerlerin *Lot Kalite tekniği İle Değerlendirilmesi*, 12. *Ulusal Halk sağlığı Kongresi*, 21–25 Ekim 2008, Ankara. s.393
25. Alkoy S, Kıyan A, Çatıker A, Özkan İ, Abayrak S, Eskiocak M. Aile Hekimliği Pilot Uygulamasının ikinci Yılında Bolu'da Akut Solunum Yolu Enfeksiyonlarının (ASYE) ve İshalli Hastalıkların Kontrolü Programı Hizmetlerinin *Lot Kalite tekniği İle Değerlendirilmesi*. 12. *Ulusal Halk sağlığı Kongresi*, 21–25 Ekim 2008, Ankara. s.431
26. Alkoy S, Kıyan A, Çatıker A, Özkan İ, Abayrak S, Eskiocak M. Aile Hekimliği Pilot Uygulamasının ikinci Yılında Bolu'da Çocuk Sağlığı Hizmetlerinin *Lot Kalite tekniği İle Değerlendirilmesi*. 12. *Ulusal Halk sağlığı Kongresi*, 21–25 Ekim 2008, Ankara. s.432
27. Eskiocak M, V.Saraçoğlu G, Dedeler H, Berberoğlu U, Ziyrek U, Günçikan N, Alkoy S, Yorulmaz F. Aile Hekimliğinin 1.Yılında ASYE Sıklığı ve ASYE Denetimi Programı, Edirne, 2008. 12. *Ulusal Halk sağlığı Kongresi*, 21–25 Ekim 2008, Ankara. s.433
28. V.Saraçoğlu G, Eskiocak M, Dedeler H, Eraslan T, Ziyrek U, Günçikan N, Alkoy S, Yorulmaz F. Edirne'de Aile Hekimliği Uygulamasının 1. Yılında Çocuk Beslenmesi Hizmetlerinin Durumu. 12. *Ulusal Halk sağlığı Kongresi*, 21–25 Ekim 2008, Ankara. s.446
29. V.Saraçoğlu G, Eskiocak M, Dedeler H, Berberoğlu U, Eraslan T, Ziyrek U, Günçikan N, Alkoy S, Yorulmaz F. Edirne'de Aile Hekimliğinin 1. Yılında Çocuk Sağlığı Hizmetlerinin Durumu. 12. *Ulusal Halk sağlığı Kongresi*, 21–25 Ekim 2008, Ankara. s.447
30. Berberoğlu U, Dedeler H, Eskiocak M, Yorulmaz F. Edirne'de Bir Hazır Giyim İşletmesinde Gürültü İçin 5x5 Matris Yöntemiyle Yapılan Risk Değerlendirilmesi. 12. *Ulusal Halk sağlığı Kongresi*, 21–25 Ekim 2008, Ankara. s.491
31. Alkoy S, Kıyan A, Çatıker A, Özkan İ, Abayrak S, Eskiocak M. Aile Hekimliği Pilot Uygulamasının ikinci Yılında Bolu'da Anne Sağlığı Hizmetlerinin *Lot Kalite tekniği İle Değerlendirilmesi*. 12. *Ulusal Halk sağlığı Kongresi*, 21–25 Ekim 2008, Ankara. s.506
32. Eskiocak M, V.Saraçoğlu G, Dedeler H, Berberoğlu U, Ziyrek U, Günçikan N, Alkoy S, Yorulmaz F. Edirne'de Aile Hekimliğinin 1. Yılında Doğum Sonrası AP Hizmetlerinin Durumu. 12. *Ulusal Halk Sağlığı Kongresi*, 21–25 Ekim 2008, Ankara. s.516
33. V.Saraçoğlu G, Eskiocak M, Dedeler H, Berberoğlu U, Eraslan T, Ziyrek U, Günçikan N, Alkoy S, Yorulmaz F. Edirne'de Aile Hekimliğinin Birinci Yılında Ana Sağlığı Hizmetleri, 2008. 12. *Ulusal Halk Sağlığı Kongresi*, 21–25 Ekim 2008, Ankara. s.517

34. Eskiocak M, Dedeler H, V.Saraçoğlu G, Berberoğlu U, Eraslan T, Günçikan N, Alkoy S, Yorulmaz F. Aile Hekimliğinin Birinci Yılında Edirne'de Toplumda Dayalı Hizmetlerin Durumu, 2008. 12. *Ulusal Halk Sağlığı Kongresi*, 21–25 Ekim 2008, Ankara. s.596
35. Alkoy S, Kıyan A, Eskiocak M, Çatıker A, Özkan İ, Abayrak S. Aile Hekimliği Pilot Uygulamasının İkinci Yılında Bolu'da Aile Hekimlerinin Çalışma Düzenlerini ve Kendi Konumlarını *Değerlendirilmesi*. 12. *Ulusal Halk Sağlığı Kongresi*, 21–25 Ekim 2008, Ankara. s.631
36. Alkoy S, Kıyan A, Eskiocak M, Çatıker A, Özkan İ, Abayrak S. Aile Hekimliği Pilot Uygulamasının İkinci Yılında Bolu'da Aile Hekimlerinin Sundukları Sağlık Hizmetinin Kendileri Tarafından *Değerlendirilmesi*. 12. *Ulusal Halk Sağlığı Kongresi*, 21–25 Ekim 2008, Ankara. s.632
37. Çatıker A, Abayrak S, Özkan İ, Alkoy S, Kıyan A, Eskiocak M. Aile Hekimliği Pilot Uygulamasının İkinci Yılında Bolu'da Aile Sağlığı Elemanlarının Çalışma Düzenlerini ve Kendi Konumlarını *Değerlendirilmesi*. 12. *Ulusal Halk Sağlığı Kongresi*, 21–25 Ekim 2008, Ankara. s.633
38. Abayrak S, Çatıker A, Özkan İ, Alkoy S, Kıyan A, Eskiocak M. Aile Hekimliği Pilot Uygulamasının İkinci Yılında Bolu'da Aile Hekimlerinin Sundukları Sağlık Hizmetinin Kendileri Tarafından *Değerlendirilmesi*. 12. *Ulusal Halk Sağlığı Kongresi*, 21–25 Ekim, 2008 Ankara. s.634
39. Berberoğlu U, Eskiocak M, Sayhan ES, Karataş L, Yorulmaz F. Edirne'de Aile Hekimliğinin 3. Yılında Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı-2009.13. *Ulusal Halk Sağlığı Kongresi*, 18-22 Ekim 2010, İzmir.
40. Eskiocak M, Berberoğlu U, Sayhan ES, Kaman Ö, Terzi A, Yorulmaz F. Aile Hekimliğinin 3. Yılında Edirne'de ASYE Yönetimi-2009. 13. *Ulusal Halk Sağlığı Kongresi*, 18-22 Ekim 2010, İzmir.
41. Eskiocak M, Berberoğlu U, Sayhan ES, Ekici G, Yorulmaz F. Aile Hekimliğinin 3. Yılında Edirne'de Sağlık Algısı ve Ailenin Sağlık Öyküsü-2009. 13. *Ulusal Halk Sağlığı Kongresi*, 18-22 Ekim 2010, İzmir.
42. Alkoy S, Aile hekimliği pilot uygulamalarının alan araştırmaları ile izlemi: Eskişehir örneği. [www.phd.org.tr/14kongresunum/30ekim/4.ppt](http://www.phd.org.tr/14kongresunum/30ekim/4.ppt), erişim: 24.1.2011
43. Eskiocak M, Sayhan S.E., Berberoğlu U, Yorulmaz F. Aile hekimliğinin 3. Yılında Edirne'de 0–4 yaş çocukların aşılama durumlarının değerlendirilmesi–2009. 14.*Ulusal Halk Sağlığı Kongresi*, Trabzon, 4-7 Ekim 2011
44. Sayhan S.E., Eskiocak M, Berberoğlu U, Yorulmaz F. Edirne'de 0–4 yaş grubu çocukların beslenme durumlarının değerlendirilmesi. 14.*Ulusal Halk Sağlığı Kongresi*, Trabzon, 4-7 Ekim 2011

#### Ek:

Aile Doktorları İçin Kurs Notları – 1. Aşama – T.C. Sağlık Bakanlığı

1. Basım, Ankara, 2004 Ata Ofset Tanıtım ve Matbaacılık

#### İçindekiler

- Program tanıtımı
- Aile hekimliğinin tanımı ve temel ilkeleri
- Aile hekiminin görev tanımı
- Dünyada ve Türkiye'de aile hekimliği
- Birinci basamak sağlık sistemlerinin örgütlenme ve finansman modelleri

- İletişimin temelleri
- Hasta-hekim görüşmesi
- Hasta eğitimi
- Biyopsikososyal yaklaşım
- Ayrışmamış hastaya yaklaşım
- Hasta merkezli klinik yöntem
- Periyodik sağlık muayenesi
- Aile hekimliği pratiğinde araştırma ve konuları
- Aile doktorluğunda temel epidemiyolojik ve istatistiksel kavramlar
- Birinci basamakta kayıt tutma
- Elektronik tıbbi kayıt ve kodlama
- Bir makale nasıl okunur?
- Nasıl öğreniriz?
- Eğitim gereksinimlerinin belirlenmesi ve bireysel öğrenme planı
- Aile Doktorunun Görevleri
- Aile Doktorluğu Uygulaması
- Yerel Sağlık Kurumları
- Aile Doktorluğu Finansman / Ödeme Modeli
- Aile Doktorluğunda Özlük Haklar

## 4. BÖLÜM:

---

# TTB NUSRET FİŞEK SAĞLIK OCAĞI ÖDÜLÜ ALAN DOKTORLARIN SOSYALLEŞTİRMEYE BAKIŞI



## GÜNLÜĞÜMDEN

215

(TTB Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 2010 Sayı: 3)

## Günlüğümden



Bu ayki Günlüğümden sayfalarında, Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (STED) Yayın Kurulu üyemiz Dr. Figen Şahpaz'ın "Son" Nusret Fişek Sağlık Ocağı Ödülü'nü Mersin Tarsus Merkez 6 Nolu Sağlık Ocağı Aldı" başlıklı anısına yer veriyoruz.

Türk Tabipleri Birliği eski başkanlarından, halk sağlığı önderi Prof. Dr. Nusret Fişek'in ölümünün 20. yıldönümü nedeniyle 3 Kasım'da düzenlenen etkinliğe katıldım. Benim için çok özel, bir o kadar da hüzünlü bir geceydi.

Etkinlikte, Türk Tabipleri Birliği, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Fişek Enstitüsü Çalışan Çocuklar Bilim ve Eylem Merkezi Vakfı, Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Sosyal Politika Araştırma ve Uygulama Merkezi, Nükleer Tehlikeye Karşı Barış ve Çevre İçin Sağlıkçılar Derneği, Sevda Cenap And Müzik Vakfı, Karikatür Vakfı ve Çankaya Belediyesi vardı. Etkinlik kapsamında, "Etik Üzerine Düşünce Ortamı" konulu panel, Nusret Fişek Bilim, Hizmet ve Sağlık Ocağı Ödülleri Dağıtım Töreni, Çalışan Çocuk Karikatürleri Yarışması Ödül Töreni, 2. Çalışan Çocuk Karikatürleri Yarışması ve Sergisinin Açılışı ve "Bir Barış Dinletisi" adlı mini konser vardı.

Nusret Fişek Halk Sağlığı Hizmet Ödülü'nü Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı

Anabilim Dalı'ndan Nisan 2010'da emekli olan Prof. Dr. Hamdi Aytekin hocamız aldı. Sıra Nusret Fişek Sağlık Ocağı Ödülü'nü vermeye gelmişti. Ödül Mersin Tarsus Merkez 6 Nolu Sağlık Ocağı Sorumlu Hekimi Dr. Metin Uzabacı ve Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi öğretim üyesi Yrd. Doç. Öner Kurt'a verildi.

NF Sağlık Ocağı Ödülü "Sosyalleştirme Yasası"nın ruhuna uygun bir şekilde ve olanakları ölçüsünde; başarılı bir ekip hizmeti veren, entegre sağlık hizmeti sunan, bölgesindeki toplumla kaynamış sağlık ocaklarını kamuoyuna duyurarak, bütün sağlık ocaklarını daha iyi hizmet vermek yönünde özendirmek amacıyla 1991 yılından beri verilmekteydi.

1991 yılında İzmir Bornova Merkez Sağlık Ocağı, Muğla Yerkesik Sağlık Ocağı, Muğla Bayır Sağlık Ocağı, Isparta Göksöğüt Sağlık Ocağı ve Antalya Aksu Sağlık Ocağı'na; 1992 yılında Afyon Sultandağı Dereçine Sağlık, Muğla Ortaca Merkez Sağlık Ocağı, Muğla Göcek Sağlık Ocağı ve Muğla Dalyan Sağlık Ocağı'na; 1993 yılında Balıkesir Akçay Sağlık







Ocağı, Tekirdağ Balı Sağlık Ocağı ve Tekirdağ Balabancık Sağlık Ocağı'na; 1994 yılında Bolu I Nolu Merkez Sağlık Ocağı, İstanbul Kartal Kurtköy Sağlık Ocağı, Mersin Limonlu Sağlık Ocağı, Muğla Gökova Sağlık Ocağı, Muğla Yalıkavak Sağlık Ocağı ve Denizli 2 Nolu Merkez Sağlık Ocağı'na; 1995 yılında Burdur Tefenni Başpınar Sağlık Ocağı ve Muğla Dalaman II Nolu Merkez Sağlık Ocağı'na; 1996 yılında Ankara Gülveren Sağlık Ocağı, Muğla Milas Çamiçi Sağlık Ocağı, İzmir Karşıyaka II Nolu Sağlık Ocağı ve İzmir Torbalı Atatürk Sağlık Ocağı'na; 1997 yılında İzmir Bornova Özkanlar Sağlık Ocağı, Kocaeli Bahçecik Sağlık Ocağı, Kocaeli Seymen Sağlık Ocağı ve Nevşehir Gümüşkent Sağlık Ocağı'na bu ödül verilmiş. 1998 yılında ödüle değer görülen sağlık ocağı bulunamadı. 1999 yılında Denizli Çivril Sağlık Ocağı, Çankırı Ilgaz Merkez Sağlık Ocağı, Eskişehir 5 Nolu Merkez Sağlık Ocağı, Isparta Eğirdir Merkez Sağlık Ocağı ve İzmir Evka-3 Sağlık Ocağı; 2000 yılında Şırnak Balveren Sağlık Ocağı, Antalya Merkez 17 Nolu Dt.H.Selahattin Topçu Sağlık Ocağı ve Trabzon 4 Nolu Sağlık Ocağı; 2001 yılında Mihağazi Sağlık Ocağı ve Kaynaşlı Merkez Sağlık Ocağı; 2002 yılında Anamur Karadere Sağlık Ocağı ve Samsun 9 Nolu Merkez Sağlık Ocağı; 2003 yılında Denizli 4

Nolu Merkez Sağlık Ocağı ve Kayseri Erkilet Sağlık Ocağı; 2004 yılında Samsun Tekkeköy Sağlık Ocağı; 2005 yılında Denizli Merkez 18 Nolu Medine Vural Sağlık Ocağı; 2006 yılında Kırklareli Evrensekiz Sağlık Ocağı; 2007 yılında Muğla Ovakişlacık Sağlık Ocağı, Aydın Koçarlı Merkez Sağlık Ocağı ve Balıkesir Merkez 3 Nolu Sağlık Ocağı; 2008 yılında Aydın Çakırbeyli Sağlık Ocağı ve Kuşadası Ferit Demirel-Ali Çallı Sağlık Ocağı; 2009 yılında Afyonkarahisar Merkez 2 Nolu Sağlık Ocağı, Mersin 70. Yıl Cumhuriyet Merkez Sağlık Ocağı bu ödüle layık görüldü.

Bu yıl bu anlamlı ve değerli ödülün sonuncusu verildi. İlk kez 1963 yılında Muş ilinde uygulamaya konan, 224 sayılı 'Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası'nın 47 yıllık geleneği "Sağlık Ocakları", 2010 yılı bittiğinde tümüyle kapanmış olacak. Sağlık ocaklarının odaları, içindeki tıbbi malzemelerle birlikte aile hekimlerine kiralandı. Hekimi, diş hekimi, ebisi, hemşiresi, sağlık memuru, laborantı, çevre sağlık teknisyeni, tıbbi sekreteri, şöförü, hizmetlisi ile ekip anlayışıyla yürütülen, bölgelerinde tüm halka gebeliğin olduğu andan ölüme kadar tüm yaşamları boyunca, öncelikle koruyucu sağlık hizmetlerini, beraberinde de tedavi edici hizmetlerini verildiği sağlık ocakları, hızla bir aile hekimi ve bir aile sağlığı elemanının çalıştığı ofislere dönüştürülüyor.

Sevgili Metin ve Öner bu ödülü alıp sahneden indiklerinde yanlarına gittim. Onları kutladıktan sonra "Bu ödülü nereye asacaksınız?" diye sordum. Çünkü Mersin Tarsus Merkez 6 No'lu Sağlık Ocağı, artık aile sağlığı merkezi olmuştu. Sorduğum soruya şaşırdılar, bunu daha önce düşünmemiş oldukları yüzlerinde beliren ifadeden anlaşılıyordu. Metin ödülü Aile Sağlığı Merkezi'ne asamayacağını, Öner ise bu ödülün Mersin iline verilmiş dördüncü Nusret Fişek Sağlık Ocağı Ödülü olduğunu, Mersin Tabip Odası'nda bir köşeyi ayırıp, plaketteki oraya asabileceklerini söyledi.

Eve dönerken, içimde bir ağırlık, midemde de bir sancı vardı.

## NUSRET FİŞEK ÖDÜLÜ ALAN SAĞLIK OCAKLARI

Yıl		Sağlık Ocağı
<b>1991</b>	1	İzmir Bornova Merkez SO
	2	Muğla Yerkeşik SO
	3	Muğla Bayır SO
	4	Isparta Göksöğüt SO
	5	Antalya Aksu SO
<b>1992</b>	6	Afyon Sultandağı Dereçine SO
	7	Muğla Ortaca Merkez SO
	8	Muğla Göcek SO
	9	Muğla Dalyan SO
<b>1993</b>	10	Balıkesir Akçay SO
	11	Tekirdağ Ballı SO
	12	Tekirdağ Balabancık SO
<b>1994</b>	13	Bolu 1 No'lu Merkez SO
	14	İstanbul Kartal Kurtköy SO
	15	Mersin Limonlu SO
	16	Muğla Gökova SO
	17	Muğla Yalıkavak SO
	18	Denizli 2 No'lu Merkez SO
<b>1995</b>	19	Burdur Tefenni Başpınar SO
	20	Muğla Dalaman 2 No'lu Merkez SO
<b>1996</b>	21	Ankara Gülveren SO
	22	Muğla Milas Çamiçi SO
	23	İzmir Karşıyaka 2 Nolu SO
	24	İzmir Torbalı Atatürk SO

<b>Yıl</b>		<b>Sağlık Ocağı</b>
<b>1997</b>	25	İzmir Bornova Özkanlar SO
	26	Kocaeli Bahçecik SO
	27	Kocaeli Seymen SO
	28	Nevşehir Gümüşkent SO
<b>1998</b>		Ödüle değer sağlık ocağı bulunamamıştır
<b>1999</b>	29	Denizli Çivril SO
	30	Çankırı Ilgaz Merkez SO
	31	Eskişehir 5 No'lu Merkez SO
	32	Isparta Eğirdir Merkez SO
	33	İzmir Evka-3 SO
<b>2000</b>	34	Şırnak Balveren SO
	35	Antalya Merkez 17 No'lu Dt. H. Selahattin Topçu SO
	36	Trabzon 4 Nolu SO
<b>2001</b>	37	Mihalgazi SO
	38	Kaynaşlı Merkez SO
<b>2002</b>	39	Mersin Anamur Karadere SO
	40	Samsun 9 No'lu Merkez SO
<b>2003</b>	41	Denizli 4 No'lu Merkez SO
	42	Kayseri Erkilet SO
<b>2004</b>	43	Samsun Tekkeköy SO
<b>2005</b>	44	Denizli Merkez 18 No'lu Medine Vural SO
<b>2006</b>	45	Kırklareli Evrensekiz SO
<b>2007</b>	46	Muğla Ovakışlacık SO
	47	Aydın Koçarlı Merkez SO
	48	Balıkesir Merkez 3 No'lu SO
<b>2008</b>	49	Aydın Çakırbeyli SO
	50	Aydın Kuşadası Ferit Demirel-Ali Çallı SO
<b>2009</b>	51	Afyonkarahisar Merkez 2 No'lu SO
	52	Mersin 70. Yıl Cumhuriyet Merkez SO
<b>2010</b>	53	Mersin Tarsus Merkez 6 No'lu SO

## SAĞLIK OCAKLARI KAPANIRKEN\*

**Dr. Cemil BAŞAĞAN**

*1992 Nusret Fişek Sağlık Ocağı Ödülü, Muğla-Göcek Sağlık Ocağı*

### **Eğer bir erteleme olmazsa son illerin de katılımı ile 31 Aralık 2010 günü sağlık ocağı kavramı tarihe karışacak**

2011, “sağlık ocak”sız bir yıl olacak. Böylece 1961 yılında başlayan öykü, 50 yıl sonra sessizce son bulacak. Görünen o ki artık dönüş yok. Öyleyse tarihe bir not düşmek de en azından bir vefa borcu benim için. Yıllardır sağlık hizmetinin yükünü taşıyan bütün çalışanlara saygı icabı.

Ben bu öykünün tam ortasıydım. Doğduğumda babam Mardin-Midyat hükümet tabibi idi. Anadolu’da sağlık ocakları açıldıkça sanki biz de onları kovaladık: Afyon, Tokat, Diyarbakır, Giresun, Maraş... Çocukluğum sağlık ocağı lojmanlarında geçti. Valilerin babamı karşılamaya geldiğini de gördüm, sağlık ekibinin at sırtında aşya gittiğini de. Ama en çok o zor koşullarda çalışan insanların neşesi, akşamları paylaşılan anılar, dağıtılan süttozları vb. geliyor aklıma. Şimdi düşünüyorum da o binalar, lojmanlar ve çalışanlar, o buldukları yerlerle nasıl da uyum içindeydiler! Sanki çok eskidiler de ortama uymuşlardı. Oysa aksine, o zamanlar çok yeniydiler. Belli ki doku tutmuştu. Proje başarılıydı. İnsanların ihtiyaçlarına cevap veriyordu ve benimsenmişti. Proje, yıllar sonra öğrencisi olmak şerefine eriştiğim Nusret Fişek hocamızın projesiydi. Aslında basitti, marifeti de buydu. Belli sayıda nüfusa (yaklaşık 5000 kişi) bir sağlık ocağı olacak, burada temelde hekim, hemşire, ebe, sağlık memuru ve şoförden oluşan ekip entegre sağlık hizmeti, yani koruyucu ve tedavi edici hizmetini birlikte verecekti. Anahtar kelimeler, ekip hizmeti, entegre hizmet ve sosyalizasyondur.

### **Özgün olmayan proje**

Bu özgün bir projeydi, dünyada da tam örneği yoktu. Şimdi hayata geçirilen aile hekimliği projesi ise özgün değil. Dünyada birçok örneği var. İyidir, kötüdür ayrı konu. Sorun, bu projenin bu coğrafyaya uyup uymayacağı. Şimdilik sorun yok gibi görünüyor, çünkü sağlık ocaklarının altyapısı kullanılıyor, hekimlere -şimdilik- yüksek ücret ödeniyor (ayrıca niçin yıllarca düşük ücretlere çalıştırıldıysak?) vs. Bu projede önerilen kısaca, 3000-3500 kişiye sözleşmeli 1 hekim ve 1 sağlık elemanının bakması, devletin onlara belli bir miktar para verip oda ve malzeme kiralaması, sonra belli standartlarda hizmet beklemesi. Burada anahtar kelimeler ise bireysel hizmet, tedavi edici hizmet, rekabet ve rekabet.

1986’da tıp fakültesinden mezun olduğumda babam hâlâ çalışıyordu. Maalesef ben Ağrı’da mecburi hizmetimi yaparken emekliliğini göremeden kalp krizinden vefat etti. Ne yazık ki mesleğin zor ve güzel taraflarını çok konuşamadık. Ben Ağrı’da göreve başladığım ilk gün, 60 hasta gördüm. Ama ekip vardı, ayrıca lojman da. Benim yalnızca işimi yapıp ortama uyum sağlamam gerekiyordu. Bu da çok zor olmadı ve sonra ben orada hem çok güzel günler geçirdim hem de hizmete ihtiyacı olanlar için çalışmaktan çok mutlu oldum.

\* Bu yazı 2 Temmuz 2010 tarihli Radikal 2 gazetesinde yayınlanmıştır

Şimdi hayal edelim: Yeni mezun bir hekim, böyle bir yere aile hekimi olmak üzere gitsin. Henüz bir odası bile yok. Önce oda ve malzeme kiralayacak. Ama asıl ekip yok. Ona yol gösterecek, destek olacak, birlikte çalışacak kimse yok. Kendisine bir eleman bulması gerekecek. Ve en acı olan (bence) o zor koşullarda dertleşebileceği, güvenip birlikte çalışabileceği meslektaşlarının onu rakip görecektir olması. Çünkü kaydedilen her fazla kişi, para demek. Ayrıca kayıtlı nüfusunuzun binin altına düşmesi işinizi kaybetmeniz demek.

### **Plaket ne olacak?**

Denilebilir ki sağlık ocakları bu kadar iyiydi de niçin kimsenin sesi çıkmadı? Aslında çıktı da fazla duyulmadı tabii. Mükemmel değildi belki ama son zamanlarda yatırım da yapılmadı, aksayan yönler düzeltilmedi, bütün enerji yeni sistem için harcandı. Doğal olarak çalışanların hevesi de kırıldı.

Ama asıl neden ekonomik. Siz yaklaşık 1500 +500 lira prim alan bir kişiye 5000-6000 liralardan bahsederseniz ne olur? İsterse işi üç-beş kat artsın, isterse yıllarca çalışıp bağışlarla donattığı yer dağılsın, iş arkadaşlarıyla rakip olsun, sorumluluğu sadece hekimlere yükleyebilir misiniz? Çoğu hekim şöyle diyor: Biraz çalışırım, para biriktirim, olmadı bırakırım. Onları suçlayabilir misiniz? Ama tabii bu arada birçok insan yerinden olacak, aileler etkilenecek vs...

Ben ise babam gibi yapmadım, Ağrı'dan sonra bir kıyı kasabasına yerleştim ve 21 yıldır buradayım. Geldiğim yer, kiralık bir binada hizmet veren yeni açılmış bir sağlık ocağıydı. Üç geçici binadan sonra bir hayırseverin yaptırdığı şimdiki kaloriferli, jeneratörlü modern binamıza taşındık. Hizmet alanların bağışları ile birçok malzeme alındı. Nüfus arttı, hasta sayısı arttı; hekim ve yardımcı personel sayısı da. Yaklaşık 10 yıldır da 112 acil ile beraber 24 saat açık sağlık ocağı hizmeti yürütülüyordu. Tabii yerleşik halk ve yabancılar bu hizmetten çok memnundu. Kaç kez özellikle İngiliz hastalardan duydum: Böyle bir hizmet için İngiltere'de ya acilde saatlerce beklemem ya da aile hekimimden günler öncesinden randevu almam gerekir diye. Böyle bir hizmetin hem de ücretsiz verilmesinin nasıl bir reklam olduğunu siz düşünün. Demek ki her şey para değilmiş! Ama ne çare... Üç ay sonra 112 acil ekibi ayrılacak, 24 saat hizmet haliyle son bulacak, bugüne kadar 40 kişinin yaptığı işi de dört kişi yapmaya çalışacak. İki hekim, iki de sağlık elemanı. Üstelik o iki hekimin yıllardır burada çalışan hekimlerden olma garantisi de yok. Diyelim birkaç ay önce başka bir ilden bu ile gelmiş, puanı yüksek bir hekim yerinize gelebilir. Yıllardır orada çalışmış olmak ya da belli eğitimlere katılmış olmak, hatta 1992'de aldığımız "Nusret Fişek Sağlık Ocağı Ödülü" bile para etmiyor bu sistemde. Acaba sağlık ocağı kapanınca o plaket ne olacak?

Her şeye rağmen, iyimser olmak isterim, umarım geçmişin birikimi ve yetişen insan gücüyle sağlık düzeyi daha iyiye gider ve belki de sosyalizasyon modeli ile aile hekimliği modelinin olumlu taraflarının bir araya geldiği yeni bir yapı oluşur. Kim bilir?

## BİR FİŞEĞİN İZİNİ SÜRMEK...

### **Dr. Dilek TIRYAKI**

*1994 Nusret Fişek Sağlık Ocağı Ödülü, Bolu 1 No'lu Merkez Sağlık Ocağı*

1991 yılının Ocak ayında tayin yazımıyla birlikte önce İl Sağlık Müdürlüğüne, ardından Bolu 1 No'lu Gölyüzü Merkez Sağlık Ocağına gittim. Bolu'nun kalabalık ama sakin bir bölgesinde bulunan Gölyüzü Sağlık Ocağı, nispeten merkezde bulunan bir sağlık ocağı olduğu için personel açısından oldukça kalabalık, 1967 yılından bu yana pek fazla bakım görmeden hizmet verdiği için de bir o kadar da bakımsız ve köhne bir durumdaydı. Yol kenarında, tek katlı, geniş bahçeli bu binanın personeli, hemşiresi, ebesi, çevre sağlığı teknisyenleri, sağlık memurları ve hekimleriyle pey kalabalık bir ekip oluşturuyordu.

Birinci yılın sonunda ekipteki tayinlerden sonra sorumlu müdürlük görevini devraldığımda, ocağımızda 8 hekim, 5 hemşire, 2 sağlık memuru, 2 çevre sağlığı teknisyeni, 18 ebe, 2 tıbbi sekreter ve 3 hizmetli görev yapıyordu.

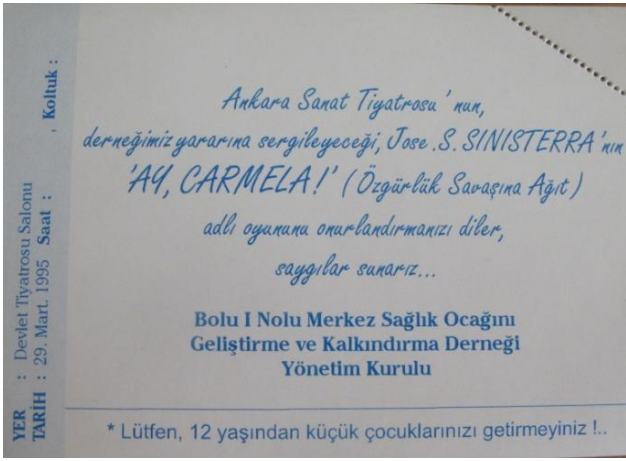
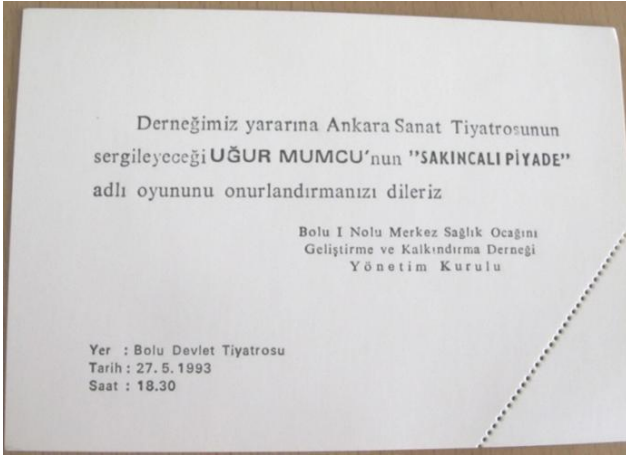
İlk olarak sınırlı kaynakları olan ocağın halkla ilişkisini artırmak, alt yapısını ve verilen hizmet kalitesini iyileştirmek amacıyla bir dernek kurmaya karar verdik. Bu amaçla derneğin kurucularını belirlemeye başladık. Öncelikli amacımız bu hizmetten faydalanan Bolu'lu insanların bu sürece katılmasını, sahip çıkmasını sağlamaktı. Bu amaçla Bolu'nun yerlisi olan, Bolu'yu tanıyan ve Boluluların tanıdığı insanlarla buluşmaya karar verdik. Bu ilişkilere bizi taşıyan ve derneğimizin başkanlığını uzun süre gönüllü ve "hevesli" olarak sürdüren, Ayhan Seval'e (Bolu'lu hekim arkadaşımız sevgili Akif Seval'in babası) bu süreçte bizi yalnız bırakmadığı için tekrar teşekkür ederim. Derneğimizin ve ocağımızın başarılarında kendisinin büyük payı vardır.

24 Şubat 1992'de Bolu 1 No'lu Merkez Sağlık Ocağını Geliştirme ve Kalkındırma Derneği'nin resmi kuruluşunu tamamlamış olduk. Derneğimizin diğer kurucu üyeleri olan Gazeteci Cahit Dinçtürk'ü, sevgili Hüsnüye Orhun'u, değerli meslektaşımız emekli sağlık memuru İsmail Tunca'yı ve İhsan Sarıkaya'yı tekrar saygıyla selamlamak isterim. Derneğimizin kurucu üyelerinin hemen hemen tamamı sonraki dönemlerde de dernek yönetiminde rol almaya devam ettiler.

Birinci basamak sağlık hizmetini uygulama alanı olarak benimsemiş, iz bırakacak, iyi bir şeyler yapmak isteyen insanların bir araya geldiği bir sağlık ocağı oluşuyordu.







Yapmak istediklerimizi gerçekleştirmek için bir kaynak oluşturmamız gerekiyordu. Hem şehirdeki sosyal yaşamı desteklemek hem de ocağımıza kaynak sağlamak amacıyla Ankara Sanat Tiyatrosu ile görüşerek oyunlarını Bolu'da derneğimiz adına sergilemelerini istediğimizde sonucu tam olarak öngöremiyorduk. İlk oyun Uğur MUMCU'nun "Sakıncalı Pi-yade" adlı oyunuydu.

Derneğimizin kurucu üyelerinin desteğiyle Bolu Devlet Tiyatrosunun salonunda gerçekleştirdiğimiz ilk oyunda salon tamamen doluydu. Bu başarı bizi başka oyunları da takip eden aylar için Bolu'da sergilemek üzere harekete geçirdi. İlk oyunu Ankara Sanat Tiyatrosu'nun "Ay Carmela" adlı oyunları izledi. Bolu Tabip Odasının organizasyonlarıyla kent yeni tiyatro oyunları ve gösterilerle buluşmaya devam etti. Ibsen'in "Bir Halk Düşmanı" adlı oyunu ve Modern Dans Topluluğunun gösterisi ilk aklıma gelenler.

Oyunlardan elde ettiğimiz kaynakla ocağımızı genişletmek için harekete geçmeye karar verdik. Geniş ama bakımsız bahçemizin bir bölümüne ek bina yapmak için, izin almak üzere harekete geçtiğimizde İl Sağlık Müdürlüğü'nün ilgili şubesinden aldığımız ilk tepki "çivi bile çaktırmayız" olmuştu. Amacımız, oluşturduğumuz ek kaynağı kullanarak ocağımızın hizmet kapasitesini, Sağlık Müdürlüğü'nün hiçbir kaynağını kullanmadan genişletmek, geliştirmektir. Derneğimizin kurucu üyelerinin samimi çabasıyla bu durum ilgili mercilere açıklandı ve söz konusu engel kısa sürede aşıldı. İnşaatı kısa sürede tamamlanan ek bina bölümünde, sağlam çocuklarla hasta çocukların ayrı odalarda muayene edilmesini sağlamak amacıyla hazırlanmış olan "Sağlıklı Bebek" odası ve 2 ayrı poliklinik odası oluşturmuş olduk. Ocağa bilgisayar ve EKG alınması, kan şekeri tayini, hemogloblin, kan grubu tayini, gebelik testi, tam idrar tahlili gibi temel tıbbi testlerin yapıldığı bir laboratuvar oluşturulması, eski bina bölümünün boya badanası, zemindeki

betonun temiz karolarla değiştirilmesi, zemini betonla döşeli olan personel odalarının halı ile kaplanması, ocağa bir telefon santrali alınması gibi işlemleri de tamamladıktan sonra ocağımız baştan sona yenilenmiş gibiydi.

O dönem için bir ilk olan bir diğer uygulama da personelin toplu kararıyla ocakta odalarda sigaranın yasaklanması ve ocakta bir sigara odasının oluşturulmasıydı. Bugün çok olağan gelen bu uygulama, tüm sağlık personelinin odalarında serbestçe sigara içebildiği o dönemler için fazlasıyla ütöpik bir uygulamaydı.

Bolu Valisi'nin katılımıyla ek binamızın açılışını yaptık. Bu ziyareti önemli bir fırsat sayarak Valimize koruyucu sağlık hizmetinin kapsamı, anlamı hakkında bilgisayaramızda gece gündüz uğraşarak hazırladığımız sunumu, projektörümüz olmadığı için, ekrandan dia fotoğraflarını çekerek dia makinası ile sunduk.

Bebek takibi, gebe takibi, aile planlaması, kronik hastalık takibi, sağlam çocuk polikliniği konularında verilen hizmetin içeriğini standardize etmek ve verilen hizmetin niteliğini yükseltmek amacıyla hem personel eğitimlerine hem de halkın bilgilendirilmesine ağırlık verdik.

Personel içinde herkesin sorumluluk alarak hazırladığı ve tüm diğer sağlık ocağı personeline sunduğu eğitim başlıkları; aşılar, AIDS, ishal, anne sütü, kuduz, kongenital kalp hastalıkları, romatizmal ateş, sigara ve zararları, kalp hastalıkları, üst solunum yolu enfeksiyonları, BCG, bebek bakımı ve beslenmesi ve sağlık ocağı çalışmalarından oluşuyordu.

Sadece 1993 yılında sağlık ocağı personeli tarafından 2.429 seansta bölge halkına yönelik olarak gerçekleştirilen eğitimlere 22.289 kişi katıldı. Bu eğitimlerin başlıkları arasında hijyen ve çevre, beslenme, çocuk sağlığı ve çocukluk dönemi hastalıkları, ana sağlığı ve aile planlaması, bulaşıcı hastalıklar, aşılar, tüberküloz, Sıtma, AIDS, Sigara, İlk yardım vb. sağlık konuları yer alıyordu.

Halk eğitimine yönelik olarak bilgisayarımızda hazırladığımız bültenleri derneğimizin kaynaklarını kullanarak bastırdık.

1992 yılında başlattığımız bir diğer çalışma ise Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Hastalıkları Enstitüsü Metabolizma Bölümü tarafından yürütülen Fenilketonüri tarama programına katılmak oldu.

Değerli hocamız Prof. Dr. İmran Özalp'ın bu konuda gösterdiği yakın ilgi ve destek sayesinde 2 yıllık bir süre içinde 1168 bebeğin topuk kanı incelenmiş oldu.

Kendisinin eğitici olarak katıldığı ve Bolu Tabip Odasında düzenlenen fenilketonüri konulu bir eğitim programı ile Bolu ilindeki birçok pratisyen hekim bu tarama programını öğrenmiş oldu ve çok kısa bir süre sonra Bolu ilinden birçok sağlık ocağı bu tarama programına, Sağlık Bakanlığı tarafından zorunlu hale getirilmeden çok önce katıldı.

Nusret Fişek Sağlık Ocağı Ödüllerini duyduğumuzda yaptığımız çalışmaların böyle bir platformda paylaşılması, sınanması ve nerede olduğumuzun, başka neler yapabileceğimizin farklı deneyimlerle kıyaslanması fırsatı bizleri heyecanlandırdı. Öğrencisi olma şansını yakaladığım ve daha sonrada TTB çatısı altındaki faaliyetlerde dinleme, yan yana gelme fırsatı bulduğum Nusret Fişek hocamın adına verilen böyle bir ödüle aday olmak bile benim için çok büyük anlam taşıyordu.

Yaptığımız işleri kağıda döküp, bir başvuru dosyası hazırladıktan sonra sonuçları beklemeye başladık. Nusret Fişek Sağlık Ocağı Ödülüne hak kazandığımızı öğrendiğimizde yaşadığımızı sevinç kolay anlatılmaz.

Hepimiz çok kıvançlı ve mutluyduk, başarmıştık.







Ödül töreninde yapacağımız konuşmayı hazırladık. Sağlık Ocağı adına 5 hekim olarak törene katıldık. Tören için hazırladığımız konuşmadan kısa bir bölüm aktarmak istiyorum. “...Aldığı eğitim, zorlandığı yarışmalar, mesleki hiyerarşilerin yarattığı çekim alanları ile sağlık ocakları için hiç de hazır olmayan pratisyen hekimler artık kimliklerini benimsemeye, çalışma alanlarının ayrı bir disiplin olduğu gerçeğini anlamaya başladılar. Burada bir fişegin izini sürmek adına bir araya gelen herkese iletmek istediğimiz bir dileğimiz var. Lütfen bizi yalnız bırakmayın. Yani bu ülkenin bebeğini, annesini, yaşlısını, çocuğunu yalnız bırakmayın. Hatırlanmaya, desteklenmeye, dayanışmaya, paylaşmaya ihtiyacımız var. Ürettiğiniz bilgi ve birikim üniversite koridorlarında sıkışıp kalmasın. Onları bizlerle ve onlara ihtiyacı olan insanlarla paylaşın. Bizim oralarda derlenip, ayıklanacak, sınanacak bilgi ve deneyimlerin üniversitemizi de besleyecek bir zenginliğe sahip olduğuna inanıyoruz. Bu ülkenin pahalı, gelişmiş tıbbi teknoloji ve uzman hekimden daha çok sağlıklı koşullarda doğmuş ve sağlıklı yetişmiş bebeklere, annelere, bireylere ve işini seven, onun önemini kavrayan pratisyen hekimlere ihtiyacı var. En iyi işleri yaptığımız için değil, işimizi iyi yapmaya çabaladığımız için ödüle layık olduğumuzu düşünüyor, teşekkür ediyoruz.”

Ödülümüzü büyük bir coşku ile sağlık ocağımıza getirdik. Bu ödülü haketmemizi sağlayan en önemli farkımız, birinci basamak sağlık hizmetini ve bu hizmeti talep edenleri ciddiye almaktı. İnsanların güler yüzle karşılandığı, baştan savılmadığı bir kurum ve kurumun çalışanları olmaya çalıştık.



Hiçbir iyilik cezasız kalmaz demişler, ödülümüz bağlı bulunduğumuz resmi kurumlar tarafından adeta yok sayıldı. Herhangi bir kutlama, tebrik yazısı, telefonu almadık. Aksine kısa bir süre sonra sorumlu hekimlik görevinden alındığımı belirten bir yazı elime ulaştı.

Aradan uzun yıllar geçti. En son geçtiğimiz yıl ziyaret ettiğimde sağlık ocağımızın “aile sağlığı merkezi”ne dönüştürüldüğünü, personelin dağıldığını öğrendim. Ocak bakımsız günlerine geri dönmüş gibiydi. Eski yıllardan kalan bir ebe ve bir hizmetli personelden başka tanıdık bir yüz, tanıdık bir mekân kalmamıştı.

Ocağın tüm odaları hekimlere kiralanmış, herkes bireysel aile hekimi olarak çalışmaya başlamıştı. O eski kalabalık, koşturmacalı ocak gitmiş, yerini adeta terk edilmiş bir bina almıştı. Daha fazla kalamadım...

O dönem bana inanan, destekleyen hekim arkadaşlarımızdan Akif Seval, Ziya Ağır, Meliha Alemdar, M. Alkılıç Öç, hemşirelerimizden Nurcan Uslu, Yıldız Akme-riç, Nimet Özen, Fatma Coşkun, Gülizar Kayman, sağlık memurlarımızdan İsmail Altundal, ebelerimizden Selda Mutlu, Fatma Dinçer ve hizmetlilerimizden Mustafa Biçer’i anmak ve onlara samimi çabaları için teşekkür etmek istiyorum.

O günlerde Bolu 1 No'lu Sağlık Ocağı'nda yapılan bu coşkulu çalışma aslında Bolu'da o günlerde Bolu Tabip Odası içinde-etrafında geliştirdiğimiz çok geniş katılımlı ilişki-iletişim dayanışma, çalışma atmosferinden, ülke çapında TTB çatısı altında yürüyen, büyüyen iyi hekimlik ve birinci basamak sağlık hizmeti odaklı örgütlü faaliyetten ve özellikle Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi etrafında şekillenen çalışmalardan beslendi. Tabii motivasyonu giderek artan bu etkileşim içinde biz de bu örgütlü çalışmaya büyük bir coşku ile katıldık, katkıda bulunduk. Oluşan bu örgütsel çalışma ortamında sesimizin duyulmasında, çalışmalarımızın özendirilmesinde, güler yüzlü, destekleyici, yüreklendiren ilişkilerin geliştirilmesinde Füsun Abla'nın çok önemli katkısı, payı vardı.

Kendisini ilk olarak nerede tanıdığımı hatırlamıyorum. Ama ilk kez daha yakından tanıdığım dönem TTB'nin 1-2 Ağustos 1992'de pratisyen hekimlik toplantısı için Bolu'yu ziyaret ettiği dönemdi.

Ondan sonra da benim için, bizler için hep çok değerli oldu. Birinci basamaktaki çalışmalarımızı desteklemek, bizi yüreklendirmek için, az gelişmiş ülkelerdeki çocuk sağlığı ile ilgili temel konuları çizimlerle ifade eden "My Name is Today" adlı kitabı hediye etmiş, Türkçe'ye çevirmemizi önermişti. Birkaç kez yeniden başladığım, çok arzu ettiğim halde, bir türlü hak ettiği zamanı ve enerjiyi ayıramadığım için tamamlayamadım. Kusura bakma Füsun abla.



O günlerden bu yana benim anılarımda hep yakasındaki çiçekler gibi tazecik kaldı. Her şey için çok teşekkürler Füsun abla...



## MUĞLA-MİLAS ÇAMIÇI SAĞLIK OCAĞI

**Dr. Erdal AYZ**

*1996 Nusret Fişek Sağlık Ocağı Ölüü, Muğla-Milas Çamiçi Sağlık Ocağı*

1987-1997 Yıllarında Muğla Milas Çamiçi (Bafa) Sağlık Ocağında 10 yıla yakın tek hekim olarak çalıştım. Göreve başladığımda yıllık 1.500 civarında poliklinik yapılan, ETF nüfusu 4.500 civarında olan bir sağlık ocağı idi. İşe önce tertip düzeni kendime göre yorumlayarak başlayıp, benden önceki arkadaşların yaptıklarının üzerine koyarak yapılabileceklerin en iyisini yapmaya çalıştım.

Temel prensip olarak tüm çalışmalarımızı kayıt altına almayı ön plana çıkararak işe başladık. Böylece sağlık düzey ölçütleri sonuçlarını daha iyi değerlendirip eksiklerimizi görerek gidermeye çalıştık. Her geçen zaman üstüne koyarak belli bir düzeye gelmeye başladık. Tertip düzenimiz de iyi idi.

Bir gün Alman doktor ve hemşire grubu Bafa Gölü ve çevresini gezdiği sırada sağlık ocağımıza uğradı. Tercümandan aldığım bilgiye göre beğenmemişler ve özellikle laboratuvarın yetersiz olduğunu söylemişlerdi. Üzüldüm ama gerçektir. Yerel imkanlarla (boğa güreşi vb) önce EKG cihazı, spektrofotometre, mikroskop, portabl ultrason ve çeşitli laboratuvar malzemeleri aldık. Böylece kanıta dayalı muayene teşhis yapabilmeye başladık. Tüm sağlık ocağı ekibinin motivasyonu üst düzeyde olduğundan, poliklinik sayısı artışı, gebe-lohusa izlemleri, bebek-çocuk izlemleri, aşı oranları, anne ölüm oranları gibi sağlık düzey ölçütlerimiz iyi seviyelere çıktı ve bunu da korumak için çalışmalarımızı aynı düzeyde sürdürdük ve Sağlık Müdürlüğü'müzün de takibi ve farkındalığı nedeniyle Nusret Fişek Sağlık Ocağı Ödülüne aday gösterildik ve aldık. Gerçekten 19 Kasım 1996 tarihinde Sayın Füsün Sayek hanımın huzurunda bu ödülü sağlık ocağımız ve personelimiz adına aldığımızda çok sevindim.

Ne yazık ki sevincim 1.5 ay sürdü. Önce evime hırsız girdi; babamın, o günün muhalefet partilerinde ilçe düzeyinde politika yapması nedeniyle Kütahya Pazarlar'a sürgün edildim. Birden kendimi ahtapotun kollarında hissettim. "Aferin" beklerken sürgün edilmemi anlayamadım.!!! Neyse, daha sonra Aydın Didim olarak düzeltildi, ama kıymeti kalmadı.

Sağlık ocakları ile aile hekimliğini karşılaştırırsak; temelde benzeşen yönleri çok fazla. Zaten sağlık ocağından gelen hekimler daha kısa zamanda uyum sağlıyorlar. Sorumluluk çizgisi aile hekimliğinde daha net. Kayıtlar için elektronik ortam daha fazla kullanılıyor. Hizmeti yürütürken sadece bir yardımcı sağlık personeli olması yetersiz. Turistik bölgelerde misafir hasta bakmaktan kendi sorumlu olduğumuz nüfus ile ilgili görevlere odaklanamıyoruz ve yaz aylarında mesai yetmiyor. Misafir hastası yoğun olan yerlerde Sağlık Bakanlığımızca uygun çözüm bulunmalı. Performans ile de ilgili kriterler getirilirken amacın ücretten düşürmek olduğu apaçık.



## SOSYALLEŞTİRME DEVAM EDİYOR (MU?) İSİMLER DEĞİŞTİ, YAPILACAK İŞ AYNI!

**Dr. Sami Şükrü GÜLDÜRÜR**

*1996 Nusret Fişek Sağlık Ocağı Ödülü, İzmir Torbalı Atatürk Sağlık Ocağı*

Bu konudaki görüş ve duygularımı anlatmadan önce, İzmir'de aile hekimliğine geçilirken neden aile hekimliğine geçmediğimi açıklamak isterim.

Ben o dönemde sağlık grup başkanı yardımcısı olarak görev yapmaktaydım. Aile hekimliği mevzuatını ve Eskişehir ve Denizli örneklerini (yerinde) inceledim. Kendimce yaptığım değerlendirme sonucunda, aslında sistemin artılarının daha fazla olduğunu düşündüm. Örneğin, benim yıllardır hayalini kurduğum ve üzerinde çalıştığım, birinci basamakta bilgisayar kullanımını getirmesi ve bu sayede hizmetin daha rahat takip edilip, idarenin güncel ve hızlı bir şekilde hizmeti ölçebilecek oluşu beni etkilemişti vb. Buna rağmen aile hekimliğine geçmedim. Bunun sebeplerini kısaca şöyle özetleyebilirim;

- Bu sistemin uzun süre finanse edilemeyeceği ve sağlık ocağı sistemine göre daha pahalı olacağını öngörmüştüm.
- Bu iş için ayrılan paraların israf ölçüsünde harcanması canımı sıkıyordu. Örneğin, her ay aile sağlığı merkezi (ASM) giderleri için verilen paraların ASM'lerin iyileştirmesi için harcanmayacağını biliyordum. Nitekim meslektaşlarımız mutlu bir 3 yıl geçirdiler ve çoğu daha iyi ev ve araba sahibi oldular. Bu duruma bir yönüyle sevinilebilir. Öte yandan bu paralar sağlık ocaklarının altyapısının iyileştirilmesine harcansaydı, her sağlık grup başkanlığı bölgesinde her ay birer aile sağlığı merkezi yapılabilir veya uygun bina satın alınabilir ve hizmet sunum koşulları mükemmelleştirilebilirdi. Kısacası hizmet verdiğimiz binaların durumu en az bugünkü kadar iyi olurdu ve kiralık hizmet binası aramak durumunda kalmazdık.
- Bir diğer gerekçem de kurumsallaşmanın kolay olmadığı ve 40 yılda oluşturulan sağlık ocağı ve sağlık evi yapısının korunması gerektiğine inanmamdı.
- Ancak sağlık ocağı ve sosyalizasyon sisteminin bu şekilde yürümediğini ve ciddi bir revizyona ihtiyaç olduğunu da görüyordum.
- Son gerekçem ise mesleki dayanışma içinde olup arkadaşlarımın ve tabip odasının kararına destek vermektir.

Yaklaşık 3 yıllık bir sürecin sonunda, bir arkadaşımın, kendisini eleştirmem üzerine “geç de görelim bakalım, ahkâm kestiğin gibi aile hekimliği yapabilecek misin?” demesi üzerine de 2010 Ocak ayında aile hekimliğine geçtim ve halen Torbalı'da görev yapmaktayım.

Türk Tabipleri Birliğinden yukarıda belirttiğim konuda yazı yazmam istendiğinde ilgili mevzuatı ve en altta kaynaklar listesinde belirttiğim bazı rapor ve eleştiri yazılarını okudum. Sosyalizasyon ve aile hekimliğiyle ilgili duygu ve düşüncelerimi bunların etki ve ışığında ifade edeceğim.

Konu sosyalizasyon ve bu çerçevede sağlık sisteminin eleştirisi olunca, yasa ve yönetmeliklerin ayrıntılı değerlendirilmesine girip konuyu dağıtmadan, 224 sayılı Yasa ve Prof. Dr Nusret Fişek'in ağızından sosyalizasyonla ne kastedildiğini tekrar vurgulamak istiyorum. Kendisiyle yapılan söyleşide Prof. Dr. Nusret Fişek sosyalizasyon terimini niye seçtiğini şöyle açıklıyor:

*“Sosyalizasyon, bazılarının sandığı gibi sosyalizmle ilgili bir terim değildir. Sosyalizasyon topluma uyum sağlamak demektir. Sosyolojide, çocuğun sosyalizasyonu diye bir hikaye vardır. Çocuğun yaşadığı toplumla bütünleşmesi demektir. Kelimenin kökeni burada. Amacım, hizmeti toplumun, halkın hizmeti haline getirmek olduğu için sosyalizasyon kelimesini seçmişim.”*

224 sayılı Yasadaki tanım da Sosyalleştirme ise: *“Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi vatandaşların sağlık hizmetleri için ödedikleri prim ile amme sektörüne ait müesseselerin bütçelerinden ayrılan tahsisat karşılığı her çeşit sağlık hizmetlerinden ücretsiz veya kendisine yapılan masrafin bir kısmına iştirak suretiyle eşit şekilde faydalanmalarıdır”* denilmektedir.

Aile hekimliği mevzuatı ve sosyalizasyon mevzuatı incelendiğinde organizasyon ve görev tanımları açısından çok ciddi değişikliklerin olmadığını düşünüyorum. Bu haliyle aile hekimliği mevzuatının altında Nusret Fişek'in imzası olsa herhalde başka şeyleri tartışıyor olurduk. Asıl sorun güvensizlik ve karşılıklı ön yargılarımızdır. Hükümetimizin hemen her alandaki serbest piyasacı ve özelleştirmeci uygulamalarını, sağlıkta hangi sınırdaki tutacağını kestirememek güvensizlik ve ön yargılarımız beslemektedir.

Benim endişem, Hükümetimizin sağlık hizmetlerini tamamen özelleştirmesi olasılığı ve bu yöndeki gidişattır. Bilgi alanım birinci basamak sağlık hizmetleri olduğu için, bununla ilgili projeksiyonlar yapıyorum ve ‘4-5 yıl sonra İzmir’in birinci basamak sağlık hizmetleri, ihaleyle bir sağlık grubuna verilir mi acaba?’ diye soruyorum. ‘Sağlık hizmetleri özelleştirilse, özel sektör dinamizmiyle bu işi daha iyi ve ucuza yapılmaz mı?’ diye sorduğumuzda da konunun can alıcı noktasına geliyoruz.

Bilindiği gibi özel sektör, arz ve talep dengesi üzerinden kar etmek üzerine kuruludur. *(Birçok üründe talep yaratmayı masum görebiliriz. Daha çok dondurma satışı, daha çok tişört satışı, daha çok araba vb. satışına sözüm yok. Peki daha çok sağlık ve sağlık ürünü, tetkik ve tedavi satışı nasıl olacaktır. Optimal sağlık hizmetinin tanımını kim ve nasıl yapacaktır? Bunu piyasaya bırakırsak elbette kendi kurallarını işletecektir. Örneğin bir ara tıbbi mümessil sayısı hekim sayısından fazlaydı, elbette bunun sonuçları olacaktı ve oldu.)* Herhangi bir konuda talep yaratmak özel sektör için çocuk oyuncağıdır, reklam ve iletişim sektörü de bunun için vardır. Kar için talep gerekir ve daha çok kar için talep yaratılması gereği kaçınılmazdır. Devlet bu dengeyi nereye kadar koruyabilecektir. Oluşacak olan lobilerin hükümetleri etkilemesi her zaman mümkündür. *“Sağlıkta maliyet muhasebesi mi olur?”* diyen görüşler de olabilir. Ancak konu gereksiz talep yaratma ve israftır, ayrıca bir hizmet veya malı daha ucuza mal etmek hiçbir ekonomi için göz ardı edilemeyecek bir husus olsa gerektir.

Bu temel dayanakla Devlet, sağlık hizmet sunumunda her zaman güçlü bir şekilde ve deyim yerindeyse bir oyun kurucu gibi sahada bulunmalıdır.

### **Ödülü Nasıl Aldık? Duygu ve Düşüncelerim**

1995 yılında Torbalı Atatürk Sağlık Ocağı'nda çalışmaya başladım. Sağlık ocağı bölgesi, Doğu ve Güneydoğu Anadolu'dan göç alan vatandaşlarımızın yaşadığı ve

hızla göç alan bir bölgeydi. Bölge halkı kırılğan ve kamu görevlilerine karşı önyarğılıydı ve bu özellikleriyle insanlarımız her türlü provokasyona açıktı. Kaba doğum hızı yüksekti ve ana-çocuk sağlığı hizmetleri öncelikliydi. Yeterli yardımcı sağlık personeli vardı ancak kadrolu hekimi yoktu. Diğer sağlık ocaklarında gereğinden fazla hekim olmasına rağmen hiçbir meslektaşımız burada çalışmak istememiş ve işi rotasyonla idare etmişler ve birkaç aylık geçici görevlerle hizmet yürütülmüştü. Ben gelince hepsi (artık idare edersin diye) çok sevindiler!

Sağlık ocağının binası iyi durumda değildi. Sobayla ısınıyordu. Toplantı salonu, AP odası yoktu. Tek tuvaleti vardı. 1 yıl içinde belediye ve esnafın katkısıyla bir toplantı salonu, ilave 2 tuvalet ve oda yaptırdık. Orman Fidanlık Müdürlüğü bahçemizi ağaçlandırdı. Sağlık Müdürlüğümüz kalorifer yaptırdı. Mahalle esnafı 2 adet bilgisayar ve yazıcı hediye etti. Benim 1993 yılından beri üzerinde çalıştığım ve geliştirdiğim sağlık ocağı programım vardı ve bunu kullanmaya başladık. Tüm personele bilgisayar kullanmayı öğrettim. Sağlık ocağı programını kısa sürede öğrendiler ve hizmet takibini buradan yapmaya başladık. Rutin hizmetlerimiz yanında değişik kaynaklardan kutu sütü bağışısı sağladık ve maddi durumu kötü olan 2-5 yaş arası çocuklara sağlık ocağına gelip gözümüzün önünde içmeleri kaydıyla süt desteği verdik.

Yaklaşık 1 yıl tek hekim olarak çalıştım. 1 yılın sonunda herhalde “bu adama ayıp oluyor” deyip bir hekim daha atadılar. Çünkü ilçe merkezindeki diğer sağlık ocaklarının birinde 6 diğerinde 5 hekim vardı. Bu ocaklarda hekim arkadaşların birisi poliklinik yapar, sorumlu hekim idari işlerle uğraşır ve diğerleri dinlenir, varsa işyeri hekimliği ve muayenehane işleri mesai saatlerine sıkıştırılırdı.

Sonuç olarak biz bu ödülü, 9 yardımcı sağlık personelikle birlikte “biz Devletin sıcak ve güleç yüzüüz” sloganını şiar edinip, görevimizi yaparak aldık. Ödülü verenler ne diye verdi bilmiyorum, söylemediler.

Bu arada rahatsızlandım ve bir dizi ameliyat olmam gerekti. Artık hekim ihtiyacımız karşılanmış ve 3 hekim atanmıştı. Bir gün iktidar partisinin ilçe sağlık sorumlusu olduğunu söyleyen bir kişi sağlık ocağına geldi ve kendisini tanıtıp (ayrıca ilçede perdeciymiş) seni ‘sağlık grup başkanlığına alacağız’ dedi. Ben teşekkür edip yerimden memnun olduğumu söyledim. Sağlık Grup Başkanının haberinin olup olmadığını sordum. Haberi varmış ona da söylemişler. Bu sırada çok sevdiğim bir arkadaşım da sağlık grup başkanlığına geçecekmiş, herhalde ismimi o vermiş, ‘gel beraber çalışalım’ deyince sağlık grup başkanı yardımcılığı görevim başladı. Yani işler böyle yürüyordu.

### **Aile Hekimliği Deneyimim ve Görüşlerim..**

Yukarıda aile hekimliğine nasıl geçtiğimi anlatmıştım. Yaklaşık 1.5 yıldır Torbalı Yeniköy’de tek aile hekimliği birimi olan bir aile sağlığı merkezinde çalışıyorum. Çalıştığım ASM muhtarlığa ait bir bina ve kira sözleşmesi yaptık. Daha uygun bir bina olmadığından 1.5 yıldır bu binanın yönetmeliğe uygun hale getirilmesiyle uğraşıyorum. Bir yıl içinde, yaptırdığım ek inşaat dahil 25.000TL para harcamışım. Aile sağlığı merkezim büyük ölçüde istediğim şekle geldi ve geçen nisan ayında “C sınıfı” belgesi verdiler. Aslında standartlarım A sınıfı olmaya uygun ancak bunun için bir odaya daha ihtiyacım var. Benim C sınıfı olma amacım, 1 hemşire daha çalıştırmak ve bunun maliyetini karşılamak olduğundan A sınıfı belgesi almak için ek inşaat işiyle uğraşma gereği duymadım. Hali hazırda Torbalı’da bizden başka C sınıfı olan ASM yok ve bizden sonra sadece bir ASM “D sınıfı” belgesi aldı. Bunun dışındaki tüm ASM’ler sınıflandırma dışında ve bu durum hiç-



bir aile hekiminin umurunda da değil. Hâlbuki alt yapısı A sınıfı olmaya uygun pek çok ASM var. Bildiğiniz gibi sınıflandırmaya dahil olmak kurumunuzda toplam kalite yönetimini uygulama taahhüdünü gerektirmektedir ve bu İzmir’de ciddi ve sıkı takip ediliyor.

Bunun dışında görev tanımımız pek değişmedi. Zamanımın büyük kısmını poliklinik hizmetleri almakla birlikte ana çocuk sağlığı ve koruyucu sağlık hizmetlerinin birinci önceliğimiz olduğunu unutmuyoruz, ayrıca bize bağlı 2 köyde sağlık evi oluşturduğum ve program dahilinde oralarda hizmet veriyoruz. Ana çocuk sağlığı hizmetlerimiz eskisinden daha kötü değil ve bölgemize elimizden geldiğince hâkim olmaya çalışıyoruz.

Dikkat ederseniz sağlık ocağı hikâyemle, aile hekimliği hikayem birbirine benziyor. Bunları şu nedenle anlatıyorum; benim gibi bir grup hekim çıkıyor, Sosyalleştirme Kanunu veya Aile Hekimliği Kanununun ruhuna uygun çalışma mücadelesi veriyor. Daha büyük bir grup ise işine ve kişisel menfaatlerine bakıyor ve hakikaten rahat ediyorlar. Örneğin, 5 gün sonra (C sınıfı olduğum için) periyodik denetlemem var ve onun stresi içindeyim. Bölgemizdeki diğer meslektaşlarımın böyle bir kaygısı yok, çünkü onlar sınıflandırma için çalışmadılar ve başvurmadılar dolayısı ile bu yönde denetlenmeleri söz konusu değil.

İster sosyalizasyon veya isterse aile hekimliği olsun, kanun ve yönetmeliklerin uygulanması kişilerin arzu, istek veya keyfine bırakılmamalıdır. Sosyalizasyonun uygulanmasında ne yazık ki bu olmuştur. 1961 yılından 2010 yılına kadar buna benzer onlarca örnek verilebilir. Yaklaşık 50 yıl uygulanamamış bir sistemin iyi örneklerini öne çıkarıp o sistemin iyi olduğunu göstermeye çalışıyoruz. Aslında bizim gibi insanlardan yazı istenmesinin bir nedeni de budur.

Bence de sağlık ocağı ve sosyalizasyon sistemi daha iyidir. Bana bırakılsa sağlık ocağı sistemini rehabilite etmeyi tercih ederdim. Ancak sonuçta bu sistem hedeflendiği gibi uygulanamamıştır ve bu yönüyle başarısız olmuştur. Aile hekimliği uygulaması şimdilik bu açıdan daha başarılıdır.

Sosyalizasyon sisteminin bu başarısızlığında, yasanın askeri darbe hükümetleri (1960 ve 1980) tarafından başlatılıp yaygınlaştırılmasından tutun da, kullanılan isim (sosyalizasyon=sosyalizm?), hükümetlerin neoliberal politikaları vs. etkili olmuş olabilir. Benim için önemli olan ise hekimlerin bu başarısızlıktaki rolüdür ve bunu öne çıkarmak ve irdelemek isterim. Prof. Dr Nusret Fişek’in Kitaplaşmamış Yazıları-3’te Prof. Dr Z. Öztekinle yapılan söyleşiyi tekrar okumanızı öneririm. Sosyalizasyonun ilk uygulama sürecinde hekimlerin tavrıyla bugünkü genel tavrımızı karşılaştırmamız lazımdır.

Sonuç olarak, Prof. Dr. Nusret Fişek kendisiyle yapılan bir söyleşide “isim değiştirmek önemli değil, önemli olan yapılacak iş” diyor. Evet, pek çok isim değiştirildi, ancak yapılacak iş değişmedi. Aile hekimliği sistemin eleştirilecek yanı yok mu ve sistem sorunsuz mu çalışıyor? Tabi ki hayır, birçok sorunu içinde yaşıyoruz. Bence artık bunları tartışalım ve katkı vermeye çalışalım.

Peki, biz derdimizi kime anlatacağız. Tabi ki Hükümete ve Sağlık Bakanımıza. Bence Sağlık Bakanımızın TTB’nin muhalif ve uzlaşmacı tavır ve görüşlerine ihtiyacı var (*Bir yönetim toplantısında amirimin üst üste birkaç görüşüne katıldığımı ve kendisiyle aynı görüşte olduğumu belirtmem üzerine “ her konuda aynı görüşte olacaksak, birimiz burada fazlayız” demişti.*). Sağlık Bakanımızın da muhalif görüş ve bakış açılarını bu çerçeveden değerlendirmesini diliyorum ancak iş inada ve hesaplaşmaya binmiş gibi görünüyor. Buna rağmen Türk Tabipleri Birliği yöneti-

mi kendisine ulaşma ve etkilemenin bir yolunu bulmak zorundadır. Çünkü piyasalaştırma ve olası sonuçları konusunda haklıysak, sistem tıkanığında bunun vebali hepimize olacaktır.

### **Düşünce Kaynaklarım**

1. 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun
2. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetin yürütülmesi Hakkında Yönetmelik
3. 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun' un Kalite açısından değerlendirilmesi, Doç. Dr. İlhami ÜNLÜOĞLU, Uzm. Dr. Ümit ŞAHİN
4. Sosyalizasyondan aile hekimliğine, Prof. Dr. Sabahattin AYDIN,
5. Dr Nusret Fişek'in Kitaplaşmamış yazıları -3. Dr Z. Öztekin yaptığı söyleşi
6. Sağlık Hizmetlerinde Piyasalaştırma Değil Kamucu, Eşitlikçi Sosyalleştirme TTB Raporu 12 Ocak 2011
7. 5258 Sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun
8. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği



## ŞIRNAK BALVEREN SAĞLIK OCAĞI

**Dr. Abdülaziz ÜNAL**

*2000 Nusret Fişek Sağlık Ocağı Ödülü, Şırnak Balveren Sağlık Ocağı*

Erzurum Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi'ne kayıt yaptırırken içimde bir şeyler kıpırdaşıyordu, içim içime sığmıyordu. Rahmetli babamın yıllar önce gördüğü “Tıp, Doktor” yazılı zarf rüyası gerçek olmuş, benim de hayattaki tek gayem olan bütün tercihlerimde peş peşe sıraladığım tıp fakültesi hayalime kavuşmuştu. Denizli'ye göre Erzurum hayli doğuydu, 21 saatlik otobüs yolculuğunun verdiği yorgunluğu bile hissetmiyordum. Kaydımı yaptırdım ve okumaya başladım. Doğunun gizemi, tarih kokusu ve insanları hep dikkatimi çekmişti. Stajlarda olsun, okul dışında halkla temaslarımda olsun bu insanları tanımaya çalıştım ne de olsa benim ülkemin insanlarıydı.

Altıncı yılın sonunda beni tekrar bir heyecan sardı, “DOKTOR” oluyordum artık. Bence en yüce, en onurlu, en saygıya değer mesleklerin başında geliyordu, hatta ilk sıradaydı bana göre. Sahip olmak üzere olduğum mesleğin öneminin fazlasıyla farkındaydım. Yeni kaybettiğim babam rüyasının gerçek olduğunu bir yıl farkla göremedi ama “O’na” layık bir doktor olmak ta bir şart olmuştu benim için.

Nihayet kura zamanı gelip çıktığında etrafımdakilerin baskısıyla karşılaştım. “Kuraya gitme. Doğu filan çıkar, araya adam koyarız, batıya bir yere yaptırırız.” diyorlardı bana. Şiddetle karşı çıktım. Memleketin bayrak dalgalanan her karışı benim ülkemdi, her köyünde, bucağında yaşayan benim milletimdi. Ne olursa olsun kuraya girecektim ve girdim. Kendi ellerimle de Şırnak yazılı kağıdı seçtim. Kısa bir burukluğun arkasından duygularım öne geçti ve hemen kabullendim. 1997 yılının sonbaharında gariplikler ve çok ilginç deneyimlerle dolu geçecek “Şırnak ve İlk Doktorluk” serüvenim başlamış oldu.

Kurada çektiğim köy terör nedeniyle boşaltılmıştı. Önce Cizre Devlet Hastanesi ardından Şırnak Merkeze bağlı Balveren Beldesi Sağlık Ocağına geçici görevlendirmem yapıldı. İlk işim gidip sağlık ocağını görmek oldu. Eski köy tipi sağlık evinden çevirme küçük bir sağlık ocağı. Bitişiginde öğretmen kalsın diye yapılmış tek odalı küçük bir kulübe, hemşire ve ebenin kalması için tahsis edilmiş. Sağlık evinin içinde bir oda doktorun kalması için tahsis edilmiş, bir de altı metre karelik küçük bir mutfak, orada da sağlık memuru yatıp kalkıyor. Şebeke suyu yok, hizmetli ocağın temizliği ve içme suyu için köyün çeşmesinden su taşıyor, ebe ve hemşire de kendi ihtiyaçları olan suyu çeşmeden taşımak zorunda. Halk elektriği ücretsiz ve hor kullandığı için sağlık ocağına gelen elektriğin hiçbir cihazı çalıştırmaya yetmeyecek kadar az olduğu ve bu yüzden telefon santralinin de çalışmadığı, sonuçta ne televizyon ne de telefon olmadığı için dünyayla bağlantımın tamamen kesildiği bir ortamda buldum kendimi. Terör nedeniyle öğleden sonra yolların ulaşımına kapatılması, doğuda akşamın erken olması, lüks lambası altında saatlerce oturup biraz personelle konuşup uykuyu ipe çektiğim ortamı anlatmaya gerek kalmamıştır sanırım. Tüm bu olumsuzluklarla karşı karşıya kalmam bütün şevkimi alıp götürmüştü. Günler geçtikçe hastaları muayene edip verdiğim reçetelerin olumlu geri bildirimleri gelmeye başlayınca tekrar duygularım eski haline geldi. Bulduğum ortamın olumsuzluklarını kabullenmiş, hastalara yardımcı olmak için elimden ge-

leni yapıyordum ve günler hızla geçmeye başlamıştı. Bu arada sağlık ocağına gelen elektrik hattının çok dolu olması ve azaltılınca elektriğimizin cihazları çalıştıracağına, elektrik düzeltilmezse gideceğim restini çektikten sonra öğrendim ve ocak elektriğe kavuştu.

Çalışırken bir şey beni çok rahatsız ediyordu. Sağlık ocağında koruyucu hekimlik adına hiçbir şey yapılmıyordu. Belediye başkanı kadınlara doğum kontrol malzemesi ve eğitimi verilmemesi için baskı yapıyor, hatta tehdit ediyordu. Bebeklere aşı yapılmıyor, sebebini sorunca da hem halkın tepkisi deniyor hem de Sağlık Müdürlüğü'nün bu yönde talimat verdiği söyleniyordu. Konuyu Sağlık Müdürü'ne açtığımda kulaklarıma inanmamıştım. "Siz sadece hasta bakın, aşı yapmayın, halkla takışmayın" diyordu. Vicdanımın sesi her geçen gün daha da rahatsız etmeye başladı beni. Ve bir gün kararımı verdim. Ebe ve hemşireyi çağırıp aşı yapacağımızı söyledim. Güvenlik yok, koskoca güneydoğuda kimse yapmıyorken bize madalya mı verecekler gibi itirazların ardından planlamaya geçtik. Üç bin nüfuslu sağlık ocağı bölgemde binden fazla beş yaş altı bebek ve çocuk vardı. Sıcak soğuk, kar yağmur demeden çalıştık. Güvenlik konusunda askerin desteğini aldık. Bir buçuk yılın sonunda yüzde doksan beş aşılama oranıyla Türkiye ortalamasını yakalamıştık. Gene kadınlara gizli de olsa eğitimler vererek yüzde on gibi etkili korunma yöntemi oranını yakaladık. İnsanlar doğumları için ebeden yardım istemeye bile başlamıştı artık.

Bu süreçte olumsuzluklar olmadı mı? Pek tabi ki oldu. Ama amacınız doğru ve siz yapabileceğinize inanıyorsanız her türlü olumsuzluğu yenmesini de biliyorsunuz, çözümü de kendiniz bulabiliyorsunuz. Personelim o kadar yorulmuştu ki, arada bir "madalya mı verecekler?" hatırlatmasını da ihmal etmiyorlardı. Bir gün STED'te "Nusret Fişek Sağlık Ocağı Ödülü" duyurusunu gördüm. Personelden habersiz dokümanlarımı hazırlayıp gönderdim. Üçüncü yılın sonunda Şırnak'tan ayrılıp Denizli'de çalışmaya başladığım ilk aylarda Şırnak'tan arayan personelimden sonsuz mutluluğu sesinden anlaşılıyordu. Bizim sağlık ocağımız ödülü almıştı. Demek ki çalışana ödülü bir şekilde veriliyormuş, kupa olmuş, madalya olmuş, plaket olmuş, bir kuru teşekkür olmuş. Ben de meslek hayatımın en onurlu gününü yaşamıştım. Olaydan yeni haberi olan sağlık müdürlüğünden gelen telefon bile mutluluğumu azaltmaya yetmedi. "Siz gerçekten böyle bir şey yaptınız mı orada? gelip denetleyeceğiz" diyordu arayan yetkili.

Şırnak'ta kaldığım süre içinde beni en çok üzen personel atamalarında dönen torpil ve adaletsiz atamaları. Üç yıl geçici görevle çalıştırıldığım sağlık ocağına atanan asil kadrolu doktor merkeze alınıyor, hukuksuz bir şekilde geçici görevim devam ediyordu. Diğer ilçe ve kasabalara baktığımda da aynı şeyi görüyordum. Torpili olan istediği yerde çalışıyor, doktor verilemeyen yerlerde insanlar mağdur oluyordu. Torpili olan ebe ve hemşire merkeze, torpili olmayan ebe ve hemşire köylere gidiyordu. Şırnak döneminde yaşadığım bir sürü deneyimin ardından geldiğim Denizli'de farklı bir durum yoktu. Çalışmaya başladığım ilçede on sekiz sağlık ocağı vardı, yarısı doktorsuzdu. Merkez sağlık ocaklarında en az beşer doktor çalışmaktaydı. Bir gün sağlık grup başkanı iki yere birden bakıp bakamayacağımı sordu. Seve seve dedim. İki sağlık ocağını sabahçı-öğleci usulü beş yıldan fazla idare ettim. Uygulama örnek oldu, diğer boş sağlık ocaklarını bu şekilde birer birer paylaşıp halkı mağdur olmaktan kurtardık. Merkezlerde çalışan hekimler ek işlerle çok iyi gelirler elde ederlerken periferde çalışanlarda memnuniyetsizlik, huzursuzluk ve tedirginlik vardı. O dönemlerde döner sermaye yoktu ve tek maaşla idare ediliyordu. Mesleğinde on yılın aşmış, torpili olmadığı ve yerine torpili olmayan birinin gelmemesi yüzünden orada kalmaya mahkûm idiler. Aile geçindirmek

ve çocuklarına gelecek hazırlamak onların da gayesiydi ama, merkezlerde çalışanlar çok kazanırken tek maaşla kasabalarda çalışmaya mahkum olmak bunu mümkün kılmıyordu. Sağlık personelinin bu tükenmişliği hastalarına da yansıyor, hastalar yeterli ilgiyi göremiyor ve özel muayenehaneler dolup taşıyordu. Yani merkezlerde işler iyi gidiyor görüntüsü verirken periferde tam tersi bir durum vardı. Merkezdeki sağlık ocakları bakımlı, güzel görünüşlü, boyalı ve alımlıydı. Biz ise soba isinden kararan duvarları badana edebilmek için boya bile alamamıştık oysa. Medikal malzeme oldukça kısıtlı, sarf malzemesi ise nerdeyse hiç verilmiyordu.

Üç yıllık Şırnak ve beş yıllık Denizli periferi deneyimlerim sırasında, yurt dışında çalışanların da çalıştıkları ülkelerdeki “aile doktorluğu” sistemlerini anlattıklarında, aslında ülkemizde de benzer bir uygulamanın gerekliliği inancım giderek kuvvetlenmişti. Özellikle doğu bölgelerinde ve batının perifer bölgelerinde bu sistem çözüm olabilirdi. Her ne kadar iki binli yılların başlarında uygulamaya konulan bölge tabanlı sağlık hizmeti merkezler için iyi görünse de perifer için değildi çünkü zaten periferde doktor yoktu. O yıllarda dillendirilmeye başlanan Türkiye’de de aile hekimliği uygulaması söylentileri bizi heyecanlandırıyordu, çünkü yıllardır zihnimizde hayal ettiğimiz, savunduğumuz bir şeydi aslında. Sağlık sistemini eşit personel ve malzeme dağılımı olmadan yaygınlaştıramazsınız. Personel atamaları siyasilere elinde olduğu sürece de personel dağılımı yapamazsınız. Periferde bir doktora iki sağlık ocağı, sağlık ocağı başına sadece 2 personel verirsiniz, merkezdeki bir sağlık ocağına beş doktor ve kırk personel verirsiniz sağlık sistemini yaygınlaştıramazsınız. Her sağlık ocağına eşit olarak malzeme ulaştırıp destek veremezseniz sağlık sistemini yaygınlaştıramazsınız. Personel hizmet verdiğiniz eliniz ve kolunuzdur. Eliniz ve kolunuz kuvvetli ve sağlam olmalı ki ancak kaliteli ve yaygın hizmet verebilirsiniz. Personeliniz rahat olmalı, geçim derdi ve endişesi olmamalı, belirli bir süre periferde çalıştıktan sonra kademe kademe merkeze gelebileceğini bilmeli ki geleceğinden emin olabilmeli. Periferdeki personelle merkezdeki personel aynı kazanmalı ki mutsuzluk, doyumsuzluk, tükenmişlik olmasın, periferden kaçmak için siyasilere el açmasını ki verdiğiniz hizmet yaygın olarak devam edebilsin.

Aile Hekimliği Pilot Kanunu ve Uygulama Yönetmeliği yayınlanıp Denizli’de aile hekimliğinin başlayacağını duyduğumda çok heyecanlanmış ve merakla beklemeğe başlamıştım. Yönetmelikte yazanlar, yönetmeliği yorumlayanların anlattıkları, Bakanlık’tan gelen yetkililerin anlattıkları, sistemi kurgulamaya çalışan akademisyenlerin söylediklerine bakılırsa Türkiye için oldukça iyi bir sistem getiriliyordu. Hekimler puanlarına göre adaletli bir şekilde yerleştirilecekti. Özel alanlarda para kazanmak için emek harcamayacak, özendirici ama hasta memnuniyetiyle orantılı bir ücrete kavuşacaktı. Çalışma ortamını istediği gibi düzenleyecek bunun için yeterinden fazla ek ödenek alacaktı. Hele periferde yaşayanlar için bir ödülde adeta. Kira, malzeme, ev kirası gibi harcamaları daha düşük olacağı için parasının çoğu elinde kalacak, periferde çalışmanın ayrıcalığına varacaktı. Sadece kendi hastasına bakacak, sorumlu olduğu bölgenin koruyucu sağlık hizmetlerinden sorumlu olacak, diğer konularda toplum sağlığı merkezleriyle işbirliği içinde olacaktı. Küçük yaptırımlarla koruyucu sağlık hizmetlerini %95’in üzerinde tutması yeteri olacaktı. Kimse siyasi torpiliyle yerine gelmeye çalışmayacaktı. Her köy ayda en az bir gün doktor görecekti, hekim de tüm hastalarını kırk yıllık dostu gibi tanıyacaktı. Hastalar hekimlerinden memnun olacaklar, mutlu olacaklar, sağlık ocağına geldiklerinde iyi karşılanacaklar, ortalıkta görünmediklerinde ise aranıp sorulacaklardı. Hekim de kendini seven hastalarından oluşan bir gruba sağlık hizmeti verecek, aldığı ücret de eskisinden iyi olacaktı.

Aradan geçen zaman içinde saydığımız iyi şeylerden sadece hasta memnuniyetinin elde kâr kaldığını, çalışanların mutlu ve huzurlu olmadıkları görmekteyiz. Hastaların her türlü sağlık problemlerinden sorumlu olan hekim, eski sisteme göre belki iki kat daha artırılmış iş yüküyle çalışmakta. Cezai yaptırımlar çok ağırlaştırılmış, yüzde yüz aşı yapmayan hekimden para kesintisi yapılmaya başlanmıştır ki, dünya genelinde yüzde doksan beş başarı sayılırken. Hastane acillerinde 24 saat nöbet ve nöbet için ücret ödenmediği gibi nöbet izninin kullandırılmaması, ambulanslarda icap nöbeti tutturulması gibi angaryalar yüklendi. Sağlık ocağının masrafları için verilen paranın da azaltılarak sınıflama adı altında sağlık ocaklarının kalitesinin artırılması yoluna gidildi. Periferde çalışan hekimlere başta ödül gibi görünen ücretler cezaya dönüştü. Hekimler tek başlarına altından kalkamayacakları masraflarla karşılaştılar. Hekimlerin elinde sadece puanlarına göre seçtikleri yerler kâr kalmış görünüyor.

İlk başta güzel tabloyu önümüze koyan Bakanlık ne oldu da işi buraya getirdi anlamak mümkün değil. Darası alındığında hekimin elinde kalan ücretin sistemin dışında kalanlardan fazla olmadığı da göz önüne alındığında çalışanlar için mutluluk verici bir şeyin kalmadığı gerçeği üzücüdür. Hizmet verdiği el sağlıklı, kuvvetli ve huzurlu olsun ki sağlık hizmetleri daha kaliteli olsun demiştik ama görünen o ki bunun için daha çok bekleyeceğiz. Sağlık politikalarını oluştururken zaman, personel ve maliyet kavramlarını iyi değerlendirmek gerekir. İdeal aile hekimliği uygulaması için gerekli hekim sayısına ulaşılabilmesi yirmi yıl sonra mümkün olabilecektir. Aile hekimliği de bir ebe ile yürütülebilecek bir hizmet değildir. Demek ki elimizde personel sorununuz var. Maliyet konusunu bir şekilde halletmiş olsak bile politikaların oluşturulup sürdürülebilmesi için zamana yayılması gerekiyor. Şartlar oluşmamışken bir hekim ve bir ebe üzerine tüm sağlık sistemini yüklememek gerekir. Kırk yıl dayanan sosyalleştirmenin arkasından beş yılda bu aşamaya geliniyorsa buna birinci basamakta ya ölü doğum ya da düşük denir.

On beş yıl önceki duygularım değişti mi dersiniz? kesinlikle değişmedi. Hala hekimliği fazlasıyla seven, sağlık sisteminin ülkemizin hak ettiği yerlere gelmesi için gereken ne varsa yapılmasını savunan, gerçek aile hekimliğini hala sonuna kadar savunan bir sağlık neferiyim. İnşaat ustası inşaatı hep dışardan yapmaz, içeri girip zaman zaman eserini kontrol eder çünkü hayat eserin dışında değil içindedir. Politikaları geliştirenlerinde sıkça sistemin içine girmeleri yani sistemin içindekilere kulak vermeleri gerekiyor. Yoksa onca emeğe ve kaynağa yazık olur.

## GELECEĞİ GEÇMİŞTE GÖREBİLMEK

**Dr. Birtürk ÖZKAVAK**

*2001 Nusret Fişek Sağlık Ocağı Ödülü, Mihalgazi Sağlık Ocağı*

On yılı geçmiş nereden bakarsan. O günlere geri dönmek müthiş heyecanlı. Sağlık ocağını, gündelik koşturmacısını, birlikte çalıştığımız arkadaşları bir bir yeniden düşünüyorum.

Aslında o günlerden biraz daha gerilere gittiğimde deryada olup da deryayı bil-memek gibi bir durumdaymışım diye düşünüyorum. Aslında çok da okurdum. Gündelik gelişmeleri, toplumsal sorunları takip ederdim. Yoksulluğu, nedenlerini, çözümlerini sorgulardım da. Sağlık alanındaki yaklaşımım ise insanlara yardım etmek için iyi bir hekim olabilmek, hastalıkları iyi tanımak tedavisini düzenlemek-ten öte geçmezdi. Çalıştığım sağlık ocaklarında ise bize verilen görevleri en iyi şekilde yapmayı, iyi insani ilişkiler kurmayı rehber edinmişim, o kadar.

O sıralar -pek katılmadım kongrelere -Kuşadası'nda düzenlenen Pratisyen Hekim Kongresine gitme önerisi geldi. Böylelikle birçok farklı şehirdeki pratisyen hekim arkadaşıyla birlikte katılmayı organize ettik. Kongrede buluştuk. Çok farklı şeylerle karşılaştım. İlk kez pratisyen hekimliğin farklı bir tıp disiplini olduğunu, sağlık ocak-larının ne denli önemli olduğunu hissettim orada. Özellikle İzmir'den arkadaşların kendi bölgelerinde yaptıkları çalışmalarını anımsıyorum. Konak Sağlık Grup Başkan-lığı çalışmalarını raporlaştırmışlar, kitaplaştırmışlardı.

Kongre dönüşü Mihalgazi Sağlık Ocağı'ndaki arkadaşlarla hemen bir toplantı yap-tım. Kitabı birlikte inceledik. Aslında bizim de bölgemizde yaptığımız birçok faali-yetimiz vardı. Ebelerin çalışmaları, örneğin ev ziyaretleri, aşılar konusundaki titizli-ğimiz, bebek gebe takiplerimiz muntazamdı ve bölgemizdeki birçok sağlık ocağına göre de çok sıvrılmıştık.

O günlerde sağlık ocağımıza Nusret Fişek Ödül duyurusu geldi. Önceleri çok dik-kat etmeden arşive kaldırttığım bu yazıyı bu sefer alıkoydum. Dikkatlice inceledim. Biz de sağlık ocağı olarak bu ödüle başvurmalıyız diye düşündüm. Bu fikrimi diğer çalışan arkadaşlara açtım. Sağlık ocağımızda çalışan konusunda birçok ocağa göre iyi durumdaydık. Hizmetli, şoför, hemşire, sağlık memuru, laborant sayımız ideale yakındı. Özellikle hemşire arkadaşlardan Burcu (kulakları çınlıyordur şimdi emi-nim) fikrimi çok önemseddi. Ödül başvurusu için gerekli yazı-rapor vb düzenlemeyi üzerine aldı. O günler bilgisayarların yeni yayılmaya başladığı günlerdi. Biz kendi olanaklarımızla bir bilgisayar almıştık ama yeterince kullanamıyorduk, yazıcı yeterli değildi. Teknik bilgimiz neredeyse yoktu. Burcu hemşire neredeyse 15 gün bo-yunca ilçemizin Belediyesindeki bilgisayarda çalıştı. Kah oradaki memurlardan bilgi aldı, kah Eskişehir'e giderek destek aldı. Ara sıra ben de yanına giderek ra-porlaştırma konusunda yardımcı oldum. Sonunda başvuru için gereken sağlık ocağımızın tanıtımını, tüm sağlık verilerimizin raporlaştırılmasını tamamlayarak başvurumuzu yaptık.

Şimdi anımsıyorum. Günler geçmek bilmemişti. Bir gün sağlık ocağımızın bahçe-sinde zeytin ağaçlarının altında oturup yaptığımız faaliyetleri konuşurken birden "Bizim şansımız olmaz" dedim Burcu hemşireye. "Kim bilir koca memlekette kaç



güzel sağlık ocağı vardır doktor bey” dedi, “Bizim sağlık ocağımız örnek bir yer oldu. Biz de bunu olabildiğince yazıya döktük. Eminim jüri çalışmalarımızı görecektir. Umudumuzu yitirmeyelim” diye moral vermişti. Şimdi ilçenin polis karakolu olan sağlık ocağımız, o zaman her türden ağaçlarıyla ön bahçedeki kavakların arkasına gizlenmiş yemyeşil tertemiz şirin bir binaydı. İki de pınar yaptırmıştık bahçemize: birisi “Hekim Pınarı” diğeri “Sağlık Pınarı”. Şimdi öksüz kalan o iki çeşme o günlerde her gün birbirlerine bakarak çağıldarken, hizmetli Şakir’in Kürtçe ezgilerine eşlik ederlerdi. Sağlık ocağımız da sabah kısa bir değerlendirme yaptıktan sonra ebe arkadaşlar mahallelerine gider, sağlık memuru kayıt evrak takipleri, bir taraftan poliklinik falan derken her gün mutlaka çevre sağlıkçı Osman’ın denetlemelerindeki problemlerden birinin çözümü için koştururduk.

Haberi kim verdi? Bize nasıl ulaştı hatırlamıyorum. Ama ortalık bayram yerine döndü. Herkes birbirini kutluyor epeydir birbirine küs olan iki hemşire arkadaşımızın bile birbirine sarıldığını anımsıyorum. Ödül törenine çağrılıyordum. Nusret Fişek Ödülüne layık görüldüğümüz bildiriliyordu. Hiç abartısız, duyduğum en güzel haberlerden biriydi desem yalan olmaz. O yılki ödül törenine bir arkadaşımızın arabasına doluşarak Ankara’ya gidişimizi, yol boyunca neşemizi, şarkılarımızı bugün bile unutmadım.

Ne güzel bir şeydi. İnsanlar için yaptığımız çabaların birileri tarafından fark edilerek önemsenmesi. Dağ, tepe dolaşarak yaptığımız aşuların, eğitimlerin, çocuk takiplerinin, diyabetli hastalar için geliştirdiğimiz takip ve eğitim sisteminin, onlarca yüzlerce küçük büyük çabamızın değerinin bilinmesi çok gurur vericiydi.

Kim bilir belki günün birinde geçmiş önümüzde yeniden durur. O günlerin gurur verici anları tekrar yaşam bulur.

## KAYNAŞLI MERKEZ SAĞLIK OCAĞI

**Dr. Hakan Erkan PEHLİVAN**

*2001 Nusret Fişek Sağlık Ocağı Ödülü, Kaynaşlı Merkez Sağlık Ocağı*

Aile hekimliğinin ilk olarak başladığı Düzce'de aile hekimliği öncesinde, sağlık ocağımızda tüm çalışanlarımızla birlikte ekip anlayışı ile önceliği koruyucu hekimlik hizmetlerine vererek görev yapıyorduk. Mahalle ve köy gezilerimizi düzenli bir şekilde yapıyorduk. Her eve o evin bir ferdiymiş gibi rahatlıkla giriyor ve aile bireyi gibi iletişim kurabiliyorduk. Bu görevlerimizi performans kaygılarıyla değil, inandığımız değerler için layıkıyla yapmaya çalışıyorduk.

12 Kasım 1999 Kaynaşlı depreminde Kaynaşlı'nın %90'ı yerle bir olmuştu. Benim yaşadığım sağlık ocağı lojmanı tamamen yanmıştı. Depremzede olmama rağmen depremin ilk anından itibaren mesleğimi yapmak durumundaydım. Tek katlı sağlık ocağı binası yıkılmamıştı. Artçı depremlerin devam ettiği anlarda tedirgin bir şekilde bina içine girip aldığımız tıbbi malzemelerle enkazdan çıkarılan yaralılara ilk müdahale yapmaya çalışıyorduk. Sağlık ocağında görevli üç hekim olmamıza rağmen depremden sonraki günlerde diğer hekim arkadaşlarım depremden olmanın psikolojisiyle yöreden uzaklaşmıştı. Sağlık memuru, hemşire, ebe, şoför ve hizmetli arkadaşlarımızla hizmet vermeye çalışıyorduk.

Hizmeti yıkılmayan sağlık ocağı binasında değil, çadırlarda vermeye çalışıyorduk. Türkiye'nin birçok yerinden gelen sağlık çalışanları sağlık hizmetlerinin, özellikle de acil ve tedavi hizmetlerinin verilmesinde büyük katkı sağladılar. Yüzlerce sağlık çalışanı gelmiş olmasına rağmen depremden vatandaşlar sağlıkla ilgili sorunlarında beni arıyorlardı.

Depremde yaralanan, yakınlarını kaybeden insanlar kendilerini tanıyan, kendilerinin tanıdığı bildiği bir yüzü arıyorlardı. Sağlık ocağında görev yapan diğer hekimler gitmemiş olsaydı onları da arayacaklardı. Düşünüyorum da şu anda uygulanan aile hekimliği o zamanlar uygulanıyor olsaydı ve aile hekimlerinin bir kısmı bölgeden uzaklaşsaydı depremedeler tanıdık bildik bir yüz aradıklarında ne yapacaklardı? Sağlık ocağı sisteminde tüm hekimler dönüşümlü olarak tüm görevleri yapıyor ve tüm nüfusa hizmet veriyordu ve hekimlerden biri bile olsa o hekim tanıdık bildik bir yüzdü.

Depremden sonraki günlerde koruyucu hekimlik hizmetlerinin de verilmesi gerekiyordu. Bebek ve çocuk aşıları, izlemleri, gebe izlemleri ve diğer hizmetleri verirken düzgün doldurulmuş ETF'lerden çok yararlandık. Kaç bebeğe aşı yapmamız gerektiğini, kaç bebeğin izlemini yapmamız gerektiğini ve bu bebeklerin kimler olduğunu sağlık ocağı kayıtlarımızdan tespit ediyorduk.

Deprem sonrasında sağlık ocağı kayıtlarımızla katkı sağladığımız öyle bir hizmet vardı ki deprem öncesinde aklımıza hiç gelmemişti. Düzenli yardım sağlayan kişi ve kuruluşlara ne kadar süt, ne kadar bebek bezi gerektiği konusunda kayıtlarımız aracılığı ile yardımda bulunuyorduk. Süt, bebek bezi, giysilerin hangi ailelere verilmesi gerektiğini tespit ediyorduk.

Sağlık ocağımızda ekip anlayışıyla, dayanışmayla hizmet veriyorduk. Deprem öncesinde köylere, mahallelere ekip olarak gidip tespitleri, izlemleri, aşıları, eğitimleri, muayeneleri yapıyorduk.

Deprem sonrasında tüm depremzedeler gibi sağlık ocağı çalışanları olarak bizler de barınma, gıda ve diğer ihtiyaçlarımız konusunda sıkıntılar yaşadık. Barınma konusunda sağlık ocağı bahçesine kurduğumuz iki büyük çadırda ailelerimizle beraber kalmaya başladık. Ekip anlayışımızı barınma konusunda sürdürmüştük.

Günümüzde aile hekimliği sisteminde; sağlık ocağı çalışmalarımızda yaptığımız hizmetleri, aile hekimi ve diğer sağlık çalışanı vermeye çalışıyor. Ekip anlayışının ortadan kalktığı, tedavi edici sağlık hizmetlerinin öncelik kazandığı aile hekimliğinde koruyucu hekimlik hizmetleri geri planda kalmaktadır. Sağlık çalışanları arasındaki dayanışma ortadan kalkmaktadır.

Etik değerlerin zarar gördüğü bir ortam oluşmuştur. Sağlık çalışanları için güvencesiz, geleceği belirsiz bir çalışma hayatı oluşmuştur.

Desteklenen ve geliştirilen bir sağlık ocağı ortamında yeniden çalışmak dileğiyle...

## 2011'DEN BAKIŞLA EVRENSEKİZ SAĞLIK OCAĞI

**Dr. A. Önder PORSUK**

*2006 Nusret Fişek Sağlık Ocağı Ödülü, Kırklareli Evrensekiz Sağlık Ocağı*

Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi üzerine bilimsel olarak yazılmadık cümle herhalde kalmamıştır. Ama duygusal olarak yazılacak kelimeler de herhalde hiç bitmeyecektir. Ülkemizdeki sağlık hizmetleri anlayışını adeta bir devrim niteliğinde değişikliklere uğratan 224 sayılı Yasa'nın, vatandaşlarımıza en somut yansıması olan sağlık ocakları, sağlık çalışanlarına da halkla bütünleşme, onların sorunlarını yerinde görme ve ekip anlayışı içinde çözümler üretme olanağı vermiştir. Bunun mikro ölçekte bir örneği olan Evrensekiz Sağlık Ocağı, eleman temininde güçlük çekilen, başka bir deyişle kimsenin çalışmak istemediği bir sağlık ocağının, birkaç yıl içinde ödüllü bir sağlık ocağı haline getirilmesinin öyküsüdür. Sağlık ocağı ekibinin duygularını da yansıtmak amacını taşıyan bu yazı bir geçmişe öykünme olmayıp, genç meslektaşlarımıza hiçbir durumda karamsarlığı kapılmamaları gerektiği mesajını vermeyi amaçlamaktadır. TTB eski başkanlarından Sayın Dr. Füsün Sayek'in kaybedilme yıl dönümünde yayınlanmasının da yazının mesajına ayrı bir anlam katacağı düşünülmektedir.

\* \* \*

### Giriş

Türk Dil Kurumu'nun yayınladığı Büyük Türkçe Sözlük'e göre ocak kelimesinin on bir tane eş anlamı bulunmaktadır. Bu eş anlamlardan bir tanesi; aynı amaç ve düşünceyi paylaşanların kurdukları kuruluş veya toplandıkları, görev yaptıkları yer olarak tanımlanmaktadır<sup>1</sup>. Bu tanımdan yola çıkarak sağlık ocağı, başvuran ya da başvurmayan, gereksinim duyan ya da duymayan, toplumun ya da bireyin, ayırt etmeksizin herkesin sağlığını olduğundan daha iyiye götürmeyi amaç edinmiş sağlıkçıların toplandıkları, görev yaptıkları yer olarak tanımlanabilir. Sağlık ocağının bugüne kadar pek çok bilimsel tanımı yapılmışsa da duygusal tanımının da bu olduğu düşünülmektedir.

Evrensekiz Sağlık Ocağı detaylı olarak açıklanacağı üzere bu yazıya konu olan ekibin ilk göz ağrısı olmuştur. Bu nedenle bir işyeri olmaktan öte, tarifi zor bir duygusal bağ oluşmuş bir mekân olarak da tanımlanabilir. Ama ne yazık ki hayatta her güzelliğin bir sonu olduğu gibi, Evrensekiz Sağlık Ocağı da tarihteki yerini almıştır.

### Füsün Abla

Sevgili Füsün Sayek, konuşurken seçtiği kelimeler, ses tonu, duruşu, bakışı kısaca beden diliyle sevecen mesajlar veren, sağlığın bir bütün olarak hep daha iyiye götürülmesi için çaba sarf eden ve ömrünün önemli bir kısmını Türk Tabipleri Birliği'ne (TTB) adanmış çok değerli bir bilim insanı olarak hatırlanmaktadır. Kendisiyle çok samimi olmayanlar dahi, ona Füsün Abla demekte bir mahsur görmemişlerdir. Çok ağır hasta olduğu dönemlerde bile çevresindekilere pozitif enerji verdiği bilinmektedir. Onun bu duruşu aslında hepimize en olumsuz koşullarda

dahi yılmamız gerektiği mesajı olarak değerlendirilmektedir. Kaybedilenin arkasından “yeri doldurulamaz” demek çok klişe bir sözdür ama geçen günler onun için bu sözün klişe olmadığını ispat etmiştir. Başta hekimler olmak üzere tüm sağlık çalışanları Füsun Ablalarını hep iyi duygularla ve rahmetle anmaktadırlar.

### **Evrensekiz**

Evrensekiz, coğrafi konum olarak Marmara Bölgesi’nde yer almaktadır. Bilindiği üzere Marmara Bölgesi’nin İstanbul ve Çanakkale Boğazları’nın kuzeyinde kalan kısmına Trakya denmektedir ki, Evrensekiz adeta bir üçgene benzeyen bu bölgenin orta noktasındadır. Kırklareli ili Lüleburgaz ilçesi sınırları içinde kalan Evrensekiz Beldesi, Tekirdağ-Kırklareli il sınırında bulunmaktadır.

Düz bir arazi üzerine kurulmuş olan Evrensekiz Beldesinin tarıma çok elverişli geniş arazileri, beldenin hemen yanından geçen Evrensekiz Deresi’yle hayat bulmaktadır. Bu derenin önünün bir setle kesilmesiyle oluşan gölet de, özellikle belediyenin ağaçlandırma çalışmaları sonucu, sulama amacının yanında, mesire yeri olma özelliğine de kavuşmuştur.

Evrensekiz konum olarak İç Trakya’da yer aldığı için yazları sıcak ve az yağışlı, kışları ise nispeten ılıman ve yağışlı bir iklime sahiptir.

### **Evrensekiz Beldesi’nin Tarihçesi**

Evrensekiz Beldesinin sınırları içerisinde bulunan arkeolojik kalıntılardan, bu yörenin Bizans döneminde de bir yerleşim merkezi olduğunu anlaşılmaktadır. Evrensekiz isminin etimolojisi konusunda da değişik rivayetler vardır. Bunlardan bir tanesine göre, beldenin ismi Trakya’nın Türkler tarafından fethinden sonra, Ahi Evren’in Malkara’da yerleşen Ahi Musa’ya el vermesi ve Trakya’da Ahi Evren hareketinin yaygınlaşmasıyla ilişkilendirilir. Bir diğer rivayete göre başlayan “kırın” hastalığından bu bölgede yaşayan sekiz “evren” kurtulmuş ve bugünkü Evrensekiz’in ilk temellerini atmışlardır. Başka bir rivayet de, Evrensekiz adının Lüleburgaz’ın da içinde bulunduğu bu yöreyi fetheden Evrenos Bey’den geldiğidir (2).

### **Demografik Yapı**

Evrensekiz Beldesinin 2005 yıl ortası nüfusu 3.632 kişidir. Beldenin toplam hane sayısı 997 olup, ortalama hane halkı büyüklüğü 3,6 olarak hesaplanmıştır. Nüfusun yaş gruplarına göre dağılımında erkeklerde en yoğun grup %9,2 (n=168) ile 20-24 yaş grubu, kadınlarda %8,1 (n=147) ile 10-14 grubu oluşturmaktadır. 65 yaş üstü grup toplam nüfusun 12,8’ini (n=464) oluşturmaktadır. Nüfusun eğitim durumuna göre dağılımında her iki cinsiyette de en büyük grubu ilkokul mezunları oluşturmaktadır (Tablo 1) (3).

Tablo 1: Evrensekiz Sağlık Ocağı Bölgesinde Nüfusun Eğitim Durumuna Göre Dağılımı (2005)

CİNSİYET	OKUR YAZAR DEĞİL	OKUR YAZAR	İLK OKUL	ORTA OKUL	LİSE	YÜKSEK OKUL	TOPLAM
Erkek	1,1%	1,2%	27,9%	9,3%	8,8%	1,2%	49%
Kadın	4,6%	4,3%	29,5%	6,6%	4,8%	0,8%	51%
TOPLAM	5,7%	5,5%	57,4%	15,8%	13,6%	2,0%	100%

## Ekonomik ve Sosyal Yapı

Evrensekiz Beldesi'nin ekonomisi fabrikalarda çalışan gençler ve daha ileri yaşlardaki çiftçiler olarak özetlenebilir. 2005 yılı verilerine göre, nüfusun sosyal güvenceye göre dağılımı %41'i SSK, %16 Bağ-Kur, %7 Emekli Sandığı, %4 Yeşil Kart ve çoğunluğu tarım sektöründe çalışanların oluşturduğu %32 sosyal güvencesi olmayanlar şeklindedir. Bunun yanında sayıca az olmak üzere esnaf ve büyük tüccarlar da Evrensekiz'de bulunmaktadır.

Belde verimli tarım arazilerinin ortasında kurulmuş bir yerleşim birimi olup, sulamaya uygun arazilerde pancar, mısır gibi bitkiler yetiştirilirken, arazinin geniş bir kısmında buğday, arpa gibi hububat, ayçiçeğiyle dönüştürümlü olarak ekilmektedir. Bahçe bitkilerinin üretimi ise genellikle yerel tüketime yönelik olarak yapılmaktadır. Küçükbaş ve büyükbaş hayvanların bakıldığı hayvancılık tesisleri genellikle küçük işletme boyutundadır.

Sağlık ocağı bölgesindeki 997 hanenin tamamında şebeke suyu mevcuttur. Her hanede elektrik ve telefon bağlantısı imkânı mevcuttur. Beldede kanalizasyon sistemi bulunmayıp, 628 hane foseptik çukurlu, 369 hane tek çukurlu tuvalet kullanılmaktadır. Çöpler belediye tarafından toplanmakta ve vahşi depolama olarak bilinen yöntemle bertaraf edilmektedir.

Trakya'nın büyük çoğunluğunda olduğu gibi, Evrensekiz de çeşitli tarihlerde Balkanlar'dan göç almıştır. Belde halkının tamamına yakını Müslüman nüfus oluşturmakla birlikte, mezhepler konusunda çok çeşitli bir yapı vardır. Ancak çeşitli kökenlerden gelen insanlar barış içinde yaşamaktadırlar (3).

## Kültürel Özellikler

Evrensekiz'in kültürel özellikleri, coğrafi yapı olarak tam ortasında bulunduğu Trakya'nın bütün özelliklerini içermektedir. Kültürel özelliklerin en iyi görüldüğü ortamlar düğünlerdir denilebilir. Hareketli Trakya türküleri eşliğinde çok çeşitli sebeplerle yapılan düğünler (evlilik, sünnet, asker uğurlama, asker karşılama vb), halkın kültürel özelliklerini devam ettirebilmesi açısından bir fırsat oluşturmaktadır (3).

## Evrensekiz Sağlık Ocağı

Başlangıçta 12 km uzaklıktaki Ahmetbey Beldesi'ne bağlı bir sağlık evi olarak kurulan Evrensekiz Sağlık Evi, 7 Aralık 1992 tarihinden itibaren "Evrensekiz Sağlık Ocağı" adıyla hizmet vermeye başlamıştır. Kendisine ait bir binası bulunmayan sağlık ocağı iki kez yer değiştirdikten sonra, 1995 yılında bu tarihten on yıl önce belediye hizmet binası olarak inşa edilmiş olan binaya taşınmıştır. Ancak belediye yeni binasına taşınırken, hiçbir tadilat yapılmamış ve bina olduğu gibi sembolik bir kira bedeli karşılığı Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir. Tabiri caizse harabe vaziyetindeki bina, 2003 yılına kadar mevcut haliyle kullanılmıştır. Tabii bu süreçte hiçbir hekim meslektaşımız, kimisi bürokratik, kimisi kişisel sebeplerle pek bir şey yapamamışlar ve mümkün olan en kısa sürede tayin olup gitmişlerdir. Sonuçta Evrensekiz Sağlık Ocağı gerek doktor, gerekse sağlık personelinin çalışmak istemediği, eleman temininde güçlük çekilen bir kurum haline gelmiştir.

2003 yılında çıkarılan 4924 sayılı "Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Personel Çalıştırılmasına Dair Kanun" kapsamında Evrensekiz Sağlık Ocağı'na tamamı sözleşmeli bir doktor, bir ebe, bir hemşire ve bir sağlık memuru atanmıştır. 657 sayılı Kanun'a tabi memur olarak çalışan tek ebenin de hastaneyeye

taayin edilmesi sonucu, Evrensekiz Sağlık Ocağı sadece sözleşmeli personelin çalıştığı bir sağlık birimi haline gelmiştir.

2004 yılı başında göreve başlayan bu ekip taşeron firma elemanı olarak göreve başlayan hizmetli personelin de katılımıyla kurumlarını bir “sağlık ocağı” haline getirme çalışmalarına başlamışlardır. Öncelikle kişisel sağlık fişleri ve ev halkı tespit fişleri düzenlenmiş ve o tarihlerde kullanılmakta olan bir otomasyon sistemi olmadığı için bilgiler personelce yapılandırılan veri tabanına aktarılmıştır. Bu çalışmaya paralel olarak saha ziyaretleri ve düzenlenen toplantılarla halkla bütünleşme çalışmaları yapılmıştır. Yine bir ilk olarak sağlık ocağı sağlık kurulu oluşturularak yönetime halkın katılımı sağlanmıştır. Bu sayede sağlık ocağı ilaç yazdırılan yer olarak tanınmaktan kurtarılıp, sağlık hizmeti alınan yer kimliği yeniden kazandırılmıştır.

Diğer bir yandan da halkın katılımıyla binanın fiziki koşullarının düzeltilmesine yönelik girişimler başlatılmıştır. Evrensekiz Sağlık Ocağı'nın o güne kadarki şansızlığı olan, binanın Belediyeye ait olması nedeniyle Bakanlığın herhangi bir yatırım yapmaması, Belediyenin de kiraladığı binaya para harcamak istememesi kısır döngüsü kırılarak, fiziki şartları da bir sağlık kuruluşu olmaya uygun hale getirilmiştir. Önce şakayla başlayan, sonra ciddileşen Nusret Fişek Sağlık Ocağı Ödülüne aday olma fikri, sağlık ocağı çalışanlarına o güne kadar çalıştıkları ilde kimsenin ulaşamadığı ve ne yazık ki bundan sonra da ulaşamayacağı bir onura kavuşturmuştur (3).

### **Nusret Fişek Sağlık Ocağı Ödülü**

TTB Nusret Fişek Sağlık Ocağı Ödülü, ülkemizde bir sağlık ocağının kurum olarak alabileceği en saygın ödül olma özelliğini hep korumuştur. Bu ödülün en önemli özellikleri arasında; sağlık ocağı çalışanlarının tümüne verilmesi, maddi bir ödül olmayışı ve hak etmeleri halinde birden fazla sağlık ocağına verilebilmesi sayılabilmektedir<sup>4</sup>. Evrensekiz Sağlık Ocağı ekibinin ödülü kazanmasının nedeninin öz verili çalışma, istemek ve inanmak kelimeleriyle özetlenebileceği düşünülmektedir. Sağlık ocağı ekibinin tamamının sözleşmeli personel, hatta o gününün deyimiyile “çakılı kadro” olması, yani en kısa sürede gitme şanslarının olmaması, standart memurlara göre daha yüksek maaş aldıkları için (sanki suçmuş gibi) maruz kaldıkları iğneleyici sözler, Bakanlık da dahil (ücret hariç) sözleşmelilere her ortamda uygulanan negatif ayrımcılık ekibi motive eden önemli faktörler olmuştur.

Nusret Fişek Sağlık Ocağı Ödülü'nün en önemli kazanımı, komşu Edirne ilinde aile hekimliği sistemine geçildikten sonra elde edilmiştir. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD kendi illerinde sağlık ocağı kalmadığı için, mezunlarının sağlık ocağı çalışmalarını yerinde görebilmesi açısından, intern doktorları düzenli olarak Evrensekiz Sağlık Ocağı'na götürmüştür. İlimizin, Edirne'ye göre coğrafi olarak en uzak noktasındaki, hem de eleman temininde güçlük çekilen bir sağlık ocağının, birkaç yıl içerisinde örnek model niteliğini kazanmasının onuru, genç meslektaşlarımızla tanışmanın mutluluğuyla birleşince ödülün anlamı daha iyi anlaşılmaktadır. Bu çalışmalar 13. Pratisyen Hekimlik Kongresi'nde de bir poster sunum olarak bildirilmiştir. (Resim 1)

## Resim 1:Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Halk Sağlığı Eğitiminde Evrensekiz Sağlık Ocağı Gezilerinin Değerlendirilmesi Çalışması Poster

247

### Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi İntörn Dr.larının Halk Sağlığı Eğitiminde Evrensekiz Sağlık Ocağı Gezilerinin Değerlendirilmesi

Doç. Dr. M. ESKİOCAK<sup>1</sup>Dr. A. Ö. PORSUK<sup>2</sup>Yrd. Doç. Dr. U. BERBEROĞLU<sup>1</sup><sup>1</sup> Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı.<sup>2</sup> Evrensekiz Sağlık Ocağı, Lüleburgaz, Kırklareli.**GİRİŞ ve AMAÇ:**

Ülkemiz için en uygun birinci basamak sağlık sunum modeli olan sağlık ocakları sisteminin mezuniyet öncesi Halk Sağlığı İntömlük döneminde tanınması ve çalışmalarının incelenmesi tıp eğitiminin önemli bir parçasıdır. Edirne ilinde "Aile Hekimliği Türkiye Modeli" uygulaması başladığı için, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi (TÜTF) son sınıf öğrencileri, Halk Sağlığı Anabilim Dalı eğitim programı kapsamında, Kırklareli ili Lüleburgaz ilçesi Evrensekiz Sağlık Ocağı'na ziyaret etmektedirler. Bu çalışmanın amacı Evrensekiz Sağlık Ocağı'na yapılan ziyaretleri değerlendirmektir.

**RESİMLERLE BİR GÜNÜN ÖZETİ:****1) Tanışma ve beklentilerin alınması****TOPLANTI ÖNCESİ BEKLENTİLERDEN SEÇİMLER:**

- 1) Evrensekiz Sağlık Ocağı'nın neden Prof. Dr. Nusret Fişek Sağlık Ocağı Ödülüne layık görüldüğünü öğrenmek
- 2) Sağlık ocağının çalışmalarını yerinde görebilecek teorik ve pratik arasındaki farkı öğrenmek
- 3) Aile sağlığı merkezi ile sağlık ocağı arasındaki farkları yerinde görmek
- 4) Mezun olmadan önce bir sağlık ocağı tanımak
- 5) Sağlık ocağı hizmetlerini, kayıtlarını, yönetimini görebilecek anlamak

**2) Evrensekiz Sağlık Ocağının Tanıtımı**

Odalara ve işlevlerinin ebe ve sağlık memuru tarafından tanıtımından sonra Evrensekiz Sağlık Ocağının poliklinik muayene odası toplantı salonu gibi düzenlenerek, Dr. A. Onder Porsuk öğrencilere sağlık ocağı çalışmalarıyla ilgili sunum yaparken

**3) Öğle Arası**

Artık gelenekselleşen öğle yemeği: ayaküstü köfte ekme ve ayran

**4) Grup Çalışması**

Öğrenciler üç gruba bölünmüş ve sağlık ocağına yeni başvuran, çeşitli sorunları olan üç değişik aileye nasıl yaklaşacaklarını tartışırken

**5) Çay arası**

Sağlık ocağı personeli yorulan zihinlere sıcak çay desteğinde bulunurken



**SONUÇ:** Aile Hekimliği uygulaması ile sağlık ocaklarının kapatılması, birinci basamak sağlık hizmetlerini yerinde tanıma ve uygulamaları görme olanağını ortadan kaldırmıştır. Birer günlük gezi ile de olsa sağlık ocağı ziyareti yararlı olmuştur. Bu bağlamda Evrensekiz Sağlık Ocağı ziyaretinin öğrencilerin beklentilerini büyük ölçüde karşıladığı ve mezuniyet sonrası çalışma dönemi için önemli katkıları olacağı sonuçlarına ulaşılmıştır.

Anahtar kelimeler : Halk Sağlığı İntörn Eğitimi, Sağlık Ocağı, Aile Hekimliği

e-posta : onderporsuk@gmail.com

**GEREÇ VE YÖNTEM:**

08.03.2007 – 14.08.2008 tarihleri arasında 15±3 İntörn hekimden oluşan toplam 17 grup Evrensekiz Sağlık Ocağı'na sorumlu öğretim üyesi eşliğinde bir tam gün ziyaret etmiştir. Sorumlu öğretim üyesi tarafından gün başlangıcında ziyaretin amaç ve öğretim hedefleri anlatılmış, gün sonunda da izlenimler tartışılmıştır. Evrensekiz Sağlık Ocağı, 2006 yılında TTB "Prof. Dr. Nusret Fişek Sağlık Ocağı Ödülü" almış, halen 3622 nüfusa hizmet veren, 1 hekim, 1 sağlık memuru, 1 ebe ve 1 hizmetli olmak üzere toplam 4 personeli bulunan bir sağlık kuruluşudur. Ziyaret sırasında uygulanan yapılandırılmış eğitim programının aşamaları değerlendirilmiştir.

**BULGULAR:**

Katılımcıların tamamı TÜTF son sınıfında Halk Sağlığı İntörn eğitimi almakta olan öğrencilerdir. Sağlık ocağı ziyareti başında, kısa bir tanışma ve sağlık ocağının gezilmesi sonrasında, ocak hekimi tarafından beklentiler alınmış, beyaz tahtaya yazılıp fotoğraflanarak kayıt altına alınmıştır. Öğle öncesi programda sağlık ocağı ve verilen hizmetlerin tanıtımını içeren bir sunum gerçekleştirilmiştir. Öğleden sonra sağlık ocağına değişik sorunlarla başvurabilecekleri kurgulanmış üç ayrı aileye, bir sağlık ocağı ekibinin nasıl yaklaşması gerektiği konusunda grup çalışması yapılmıştır. Yapılan grup çalışmalarının sonuçları bütün grupla tartışılmıştır. Gün sonunda da öğrencilerden geri bildirim alınarak, yine aynı yöntemle kaydedilmiştir. Sağlık ocağındaki çalışmalar sırasında projeksiyon, beyaz tahta gibi araçlar kullanılmıştır.

**6) Grup Çalışması Sonuçlarının Sunumu**

"Sağlık ocağımıza ilk defa başvuran bu aileye nasıl yaklaşırdınız?" konulu grup çalışması sonrasında grup sözcüsü sunum yaparken

**7) Günün Değerlendirilmesi**

Her katılımcıdan mutlaka bir olumlu bir olumsuz geri bildirimde bulunması istendiği için, sağlık ocağı hekimleriyle birlikte hasta muayene etme imkanının sağlanamaması, saha çalışmalarına katılamaması gibi ciddi problemlerin yanında, duvar kaplamasının rengini beğenmemek bile olumsuz geri bildirimlere konu olabiliyor.

**8) Hatıra fotoğrafları ve uğurlama**

**TOPLANTI SONRASI GERİ BİLDİRİMLERDEN:**

- 1) Pratisyen hekimliğe bakış açım değişti.
- 2) Polikliniklere ve saha çalışmalarına da katılma olanağımız olsa daha iyi olurdu.
- 3) Bizimle ilgilenmesinden memnun olduk.
- 4) Beklentilerimiz karşılandı, ancak daha uzun süreli olsa daha da yararlı olurdu.
- 5) Sağlık ocaklarımızın değerini şimdi daha iyi anladım.
- 6) Okulda öğrendiğimiz teorik bilgiler şimdiki yerine oturdu.

**İlk ve Tek'ler**

Evrensekiz Sağlık Ocağı ekibi birçok ilk ve tek olarak nitelendirilebilecek olayı sağlık ocağında geçirdikleri sürede yaşamışlardır. Ödül kazanan ekibin çalıştığı ilk ve tek (ne yazık ki bundan sonra da olamayacak) sağlık ocağı Evrensekiz Sağlık Ocağı'dır. Evrensekiz Sağlık Ocağı, Kırklareli ilinde bu ödülü kazanan ilk ve tek sağlık ocağı olduğu gibi, ülke çapında çalışanlarının tamamı sözleşmeli personel olarak ödül kazanan ilk ve tek sağlık ocağıdır.



## **Ficus Carica**

Ficus Carica, dutgillerden, asıl yurdu Akdeniz kıyıları olan, yaprakları geniş dilimli bir ağaç ve bu ağacın etli, tatlı yemişine verilen isim olarak tanımlanmaktadır. Bildiğiniz “incir”in latince adıdır. İncir, içerdiği besin öğeleriyle sağlık açısından çok faydalı bir meyve, incir ağacı da bu faydalı meyveyi bize veren ağaç olarak bilinmektedir. Ama bizim ocağın yanına gelince “ocağına incir ağacı dikmek” gibi bir deyim oluşuyor ki “birinin evini barkını dağıtmak” anlamına gelmektedir (1).

Nusret Hocanın büyük çabalarla ülke çapında yayılması için ömrünü vakfettiği “SAĞLIK OCAKLARI”, ismi “AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ” olarak değiştirilerek fiziki olarak yerinde dursa da, işlevi, görevleri ve en önemlisi ruhu kalmadığı için fiilen yok olmuşlardır. Belki de geleceğe ışık tutması açısından cevaplanması gereken en önemli soru “ocağımıza incir ağacı”nı kimin diktiğidir. İster iktidarda, ister muhalefette olsun, sağlıkçıların arasında siyasi, ekonomik, kişisel rant kaygıları yetmezmiş gibi bir de son günlerde olduğu gibi etnik milliyetçilik kaygılarını da katarak, sağlık politikalarına yön vermeye talip olanların, halkın sağlığını kendi çıkarlarına alet etmeye çalıştığı ortamlarda, sağlık çalışanlarının ocaklarına dikilecek daha çok incir ağaçları olduğu düşünülmektedir.

## **Kaynaklar**

1. Türk Dil Kurumu Büyük Türkçe Sözlük, www.tdk.gov.tr, erişim tarihi:15.08.2011
2. Evrensekiz Belediyesi Tanıtım Kitapçığı, Evrensekiz, 2004
3. Nusret Fişek Sağlık Ocağı Ödülü Çalışma Raporu, 2006
4. Nusret Fişek Sağlık Ocağı Ödülü Yönergesi, www.ttb.org.tr

## BALIKESİR MERKEZ 3 NO'LU SAĞLIK OCAĞI

**Dr. Özlem GÜNDOĞDU**

*2007 Nusret Fişek Sağlık Ocağı Ödülü, Balıkesir Merkez 3 No'lu Sağlık Ocağı*

1961 Anayasası ile sağlık ve sosyal güvenlik yönünden Cumhuriyet döneminin en önemli ilkeleri getirilmiştir. Sağlık ve sosyal güvenlik, devletin temel görevi ve vatandaşların Anayasal hakkı olarak sayılmış, Anayasa hükmü olarak 12 Ocak 1961 de 224 sayılı "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi" Hakkında Yasa çıkarılmıştır. Bu nedenle Türkiye' de sağlık ocaklarının ve çağdaş hekimlik uygulamalarına geçilmesinin miladı 1961 yılıdır.

Sağlık Ocağı bir ulusal oluşumdur, ülkemizin şartları göz önüne alınarak ülkemize özel olarak oluşturulmuş bir sistemdir. Temel tıp pratiğinde ve genel tıp pratiğinde görev almakla birlikte toplumsal konularda da görevleri bulunmaktadır.

Sağlık politikasının örgütlenmesinde Koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetleri bir arada yürütülmekte ve "ilk basamak sağlık hizmetini" sağlık evi sağlamaktadır. Sağlık ocağı aracı ile başvuran hasta için hizmetler ücretsizdir. Sosyalleştirmede hekimler tam gün çalışmaktadır.

Prof Dr. Nusret Fişek, "Sosyalleştirme Kanunu'nun en önemli kısmı, devrim niteliğindeki kararı, birinci basamağı kurmaktır. Batıda sağlık hizmetlerinin çok mükemmel oluşunun nedeni hastanelerin iyi oluşu değil. Birinci basamak sağlık hizmeti var. Hastaların %95' ini evde ve ayakta tedavi ve takip ediyorlar. Bizde bu yok. Sosyalleştirme Kanunu'ndaki örgütlenmede köyde ve kentte sağlık ocakları kurarak, halkın kolaylıkla kullanabileceği şekilde hizmet sunma esastır." demektedir.

İlk olarak 1963'te Muş'ta başlayan uygulama daha sonra Bitlis, Hakkari, Van ve Etimesgut ile devam etmiştir. 1967 yılında tüm doğu illerine yaygınlaştırılmıştır. Kademeli olarak tüm ülkeyi kapsayacağı varsayılmış, ülkedeki sağlık hizmetlerinin 15 yıl içinde (1978'e kadar) bütün Türkiye'de sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi öngörülmüştür. Ancak mümkün olmamıştır.

224 sayılı yasanın özü:

- Nüfus tabanlı hizmet,
- Herkese eşit ve ulaşılabilir hizmet verilmesi,
- Kademeli (basamaklı) sağlık hizmeti verilmesi,
- Koruyucu ve tedavi edici hekimliğin iç içe entegre hizmet olarak verilmesi,
- Sağlık hizmetinin bir ekip işi olarak görülmesi,
- Hizmetin vatandaşa ek parasal yük getirmeden devlet görevi sayılması,
- Toplumsal katılım, sektörler arası işbirliği,
- Geri bildirim içeren sevk zinciri gibi ileri ve çağdaş ilkeleri kapsıyordu.

Lojman, malzeme, personel sağlanmadan ve yeterli nüfusa ulaşmadan o bölgede sosyalleştirme uygulanamayacağı temel ilkeleridir.

## **Ekip Hizmeti**

- Hizmetin kalitesini arttırmak,
- Motivasyonu ve işten alınan tatmini arttırmak,
- Hiyerarşik baskıları azaltmak,
- Var olan süreci geliştirmek,
- Verimi arttırmak,
- Yeni hizmetlere yönelik fikir geliştirmek,
- Problem çözme gücünü arttırmak.

Birçok ülke sosyalizasyon uygulamasından etkilenmiştir. Temel Sağlık Hizmetleri anlayışı uluslararası düzeyde kabul görmüştür (1978 Alma Ata).

## **Sosyalizasyon**

- Uygulama 1969-71 döneminde yavaşlamıştır.
- Herkese eşit, ücretsiz sağlık hizmeti anlayışı yerine, sosyal güvenceye bağlı sağlık hizmeti anlayışı (Memurlar Emekli Sandığından (Kurum tabiplikleri), işçiler SSK'dan (hastane, istasyon, işyeri hekimliği), esnaf kendi cebinden (Bağ-Kur 1985'te sağlık hizmeti sağladı), köylü ??? bir ölçüde sağlık ocağından)
- Anayasa'da sağlık hala bir hak ve devlet yükümlülüğü olarak kaldı.

“1963–1965 yılları arasında başarı ile uygulanmıştır.1966 yılından başlayarak günümüze kadar başarısız bir uygulama olarak gelmiştir”.Dr. Nusret FİŞEK

1972-77 yıllarında uygulama kendi haline bırakılmıştır.

1978 yılında Ecevit, sosyalleştirmeyi yeniden canlandırmak için sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği illerde Tam Gün Yasası ile hizmeti cazip hale getirmiştir. Sağlık ocakları yeniden hekim ve diğer sağlık personeli dolmuştur. Geciktirilen sosyalleştirmenin 1981 yılına kadar tamamlanmasına karar verilmiştir.

12 Eylül döneminde 1982 Anayasası ile *sağlık hak olmaktan çıkarılmıştır*, devlet yükümlülüklerini terk edip, sağlıkla özel sektörün desteklenmesine ve genel sağlık sigortasına vurgu yapılmıştır. Tam Gün Yasası kaldırılmıştır. Hekimlere zorunlu hizmet getirilmiştir.

## **Sosyalizasyonun Uygulama Eksiklikleri**

- Siyasal iktidarlar ve bürokratları yasanın uygulamasını istememişlerdir (Politik kararlılık gösterilmemiştir.).
- “Sosyalleştirme” (sosyalizasyon=topluma uyum sağlamak) terimine tepki duyulmuş ve kavranılmamıştır.
- Merkezi bütçeden birinci basamak özellikle finansman, altyapı ve personel yönünden yeterince desteklenmemiştir.
- Hekim ve hekim dışı personel hizmet gerekleri ve önceliklerine uygun olan eğitim sürecinden geçirilmemiş ve birinci basamağa uygun hekim yetiştirilememiştir.
- Çok sayıda ve yetersiz tıp fakültesi açılmıştır (1970'de 9, 1980'de 19 iken, 2004 yılında 50, 2008 yılında 66 olmuştur).
- Öğrenci kontenjanları çok fazla arttırılmıştır.

- Sağlık yöneticisi olarak; yetersiz kişiler tercih edilmiştir (Oysa 224 sayılı Yasa'nın 24. maddesi "yansız ve adil bir atama, yer değiştirme ve yükselme" hükmünü getirmekte idi).
- Özellikle şehirlerdeki sağlık ocakları yeterince geliştirilememiştir (bina, lojman, araç-gereç, malzeme).
- Nüfusa göre sağlık ocakları ve sağlık evleri yeterince tamamlanamamış ve binası olmayan yerlere sağlık personeli gönderilmiştir.
- Sevk zinciri hiçbir zaman gereği gibi işletilememiştir.
- Sağlık kurulları maalesef yeterince oluşturulamamıştır.
- Yeterli binek aracı sağlanamadığından gezici hizmetler yapılamamıştır.
- İlaç desteği gerektiği şekilde sağlanamamıştır.
- Kanun gereği verilmesi gereken ödenekler ve yolluklar hiçbir zaman verilmemiştir.
- Geçici görevlendirmeler rutin uygulamalar haline getirilmiştir.
- Adli tıp uygulamaları amacını aşan şekilde angarya olarak yaptırılmış, hekimlere tıbbi bilirkişi ücreti ödenmemiştir.

Genel Sağlık Sigortası, özel sektöre teşvik, sağlığın ticarileştirilmesi, 1987 Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu ile 224 sayılı Sosyalleştirme Yasası'nın kadük hale getirilmesi, 1990 Sağlık Sigortası Yasası (Sağ-Kur) çalışmaları yapılmıştır. Bu dönemde sağlık için cepten yapılan harcamalar %51 artmıştır. Teşviklerin de etkisiyle 1990'lı yıllarda özel sağlık sektörünün özellikle tedavi edici hizmetlerde ağırlığı giderek hissedilir hale gelmeye başlamıştır.

1990'lı yıllarda yoğunlaşan bir başka gelişme kamu sağlık kurumlarının yatırım, yenileme ve koruyucu hizmetlere ayrılan bütçeler açısından zora sokulmasıdır. Öyle ki bu dönemde sağlık ocakları binalarının telefon, elektrik, su, ambulans benzin faturaları devlet tarafından ödenmez olmuş, ocaklar kendi kurdukları dernekler ya da vakıf makbuzları ile "bağış" toplayarak kamu sağlık hizmetlerini sürdürmeye zorlanmışlardır. Sağlık alanında kamusal yatırımlar sıfıra yaklaşmıştır.

- 1992' de 1. Ulusal Sağlık Kongresi (Aile Hekimliği, Genel Sağlık Sigortası, hastanelerin özertleştirilmesi) hususlarında yoğunlaşmış olup, 1993'teki 2. Ulusal Sağlık Kongresi'nden sendikalar ve TTB çekilmiştir.
- Türkiye'nin neoliberal rüzgârlara kapılmaya başladığı 1980'li yıllara birinci basamak sağlık hizmetleri eksik-gedik, ağır-aksak girmiştir. Sağlıktaki özelleştirme süreci Dünya Bankası ile 1990 yılında imzalanan "Sağlıkta Reform" denilen anlaşma olarak başlamış, Dr. Yıldırım AKTUNA ile hız kazanmıştır.

### **Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP)**

- 2003 yılından itibaren; özel sektörde tam zamanlı çalışma ile kamuda sözleşmeli istihdam sağlık çalışanları içinde yaygınlık kazandırılmıştır (iş güvencesiz çalışma).
- Çalışma hayatında güvencesiz çalışma, daha çok çalışmak ve güvencesiz ücret çalışma biçimi olarak belirlenmiştir.
- Sağlık "hak" olma özelliğini yitirip meta haline gelmiştir.
- 2000'den sonra üniversitelerde döner sermaye uygulaması ile başlayan süreç, sağlık ocaklarına yazar kasanın yerleştirilmesi, hastanelerde ve sağlık

ocaklarında performans, sözleşmeli personel uygulamaları ile devam etmiştir.

- Bir yandan da kamu kurumları olan hastanelere ve sağlık ocaklarına gerekli yatırımlar yapılmayarak, bu kurumlar hızla işlevsiz hale getirilmiştir.
- Son uygulama, Aile Hekimliği Pilot Uygulamasıdır.

### **Aile Hekimliği**

Birinci basamakta hizmet sunumu olarak aile hekimliği tercihi, devletin yeniden yapılanması sürecinin bir parçasıdır. Yeniden yapılanmadan kastedilen; devletin sosyal işlevlerinden (eğitim, sağlık vb) çekilmesidir. Devletin giderek küçülmesi ve sadece düzenleyici işlev üstlenmesidir.

Aile hekimliği modelinin üç temel özelliği;

- Prim toplanması,
- Hizmetin toplanan primlerle finanse edilmesi,
- Sevk zinciri.

Aile sağlığı merkezleri tarafından sunulan tedavi, laboratuvar, bağışıklama ve izlem hizmetleri ücretsiz olarak sunulmakta, halen herhangi bir prim veya katkı payı alınmamakta ve harcamaların tümü Sağlık Bakanlığı tarafından kamu bütçesinden karşılanmaktadır

Sağlık Bakanlığı, her fırsatta aile hekimliği modelinin temel unsurlarından ve en önemli yararlarından birinin sevk zincirinin çalıştırılması olacağını belirtmektedir. Ancak dört ilde sevk zinciri ile ilgili pilot uygulama yapılmış, ama hemen sevk zincirinden vazgeçilmiştir.

Ayrıca Türkiye’de 81 ilde aile hekimliği uygulamasına “Pilot Kanun” ile geçilmesi ve halen aynı Kanun ile devam edilmesi olaya verilen değeri ve önemi göstermektedir.

### **Sağlık Ocağı-Aile Hekimliği**

- Çağdaş sağlık hizmetleri yaklaşımında bütüncül bir biçimde sunulması gereken bazı toplumsal hizmetler, aile hekimliği uygulamasında ise parçalanarak ayrı birimlerce yürütülmesi planlanmıştır.
- Ekip Çalışması: Ortak amaçları, herkesin kendi rolünü ve ekipteki diğer kişilerin rol ve becerilerini anlamasını ve değer vermesini gerektirir. Hekimlerin aşırı iş yükünü önleyerek hasta bakımına daha fazla zaman ayırmalarına olanak verirken, hekim dışı sağlık çalışanları ile daha rahat iletişim kurabilen hastaların sağlık hizmetlerinden daha kolay yararlanabilmelerini sağlar.
- Aile hekimliği modeli ise, sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinin temel unsurlarından biri olan “ekip” kavramına yeni bir yaklaşım getirmektedir. Yeni model aile hekimi ve aile sağlığı elemanından oluşan “iki kişilik yeni bir ekip” tanımlamaktadır. Ekip ruhu olmayan RUHSUZ bir ekip anlayışıdır bu.
- Aile hekimliği modeli, coğrafik olarak tanımlanmış belli bir nüfusa hizmet vermeyen bir modeldir. Aileleri bölmekte, istediği yerden hasta kayıt edebilmektedir aile hekimi.
- Sahada hizmet veren ebe, aile sağlığı merkezlerinde çalışmalarını yürütmek zorunda bırakılmıştır. Bizim gibi sağlık bilinci yeterince gelişmemiş

toplumlarda, ebenin sahada verdiği başta ana-çocuk sağlığı hizmetleri olmak üzere, sağlık eğitimi, vb. hizmetlere yeterince önem verilememektedir. Kişinin yaşadığı ortamla birlikte değerlendirilmesi, hizmetin kişinin ayağına götürülmesi ilkeleri göz ardı edilmiştir.

- Saha hizmeti, hekimin nüfus kaydetmek için yaptığı ev ziyaretlerine indirgenmiştir.
- Aile hekimliği sistemi ile birlikte devlet kendi binalarını veya dernekler aracılığı ile yapılan binaları hekimlere “kiraya” vermektedir. Yıllar içerisinde ihtiyaç duyulan sağlık ocaklarını tamamlamayan Hükümetlerin bu ihtiyacı şimdi aile hekimi olmayı seçen hekimlerin kendi kiralayacakları binalar üzerinden gidermeye çalışmaktadır.

### **Birinci Basamak Çalışanları**

Çiçek hastalığını ve polioyu eredike eden, kızamığı elimine eden, bebek ölümleri ve ana ölümlerinin azaltılması, aile planlaması ile modern yöntem kullanan oranını arttıran, doğurganlık oranlarının azaltılması (her türlü teşvike rağmen), sıtma eradikasyonundan su ve besinlerle bulaşan hastalıkların (kolera, tifo vb) önlenmesi için su sanitasyonuna kadar temel sağlık hizmetlerine, ortalama yaşam süresini artıran ve sonuç olarak ta temel sağlık ölçütlerine katkı sağlayan (ancak hiçbir zaman ve ısrarla bu hizmetleri görülmeyen) birinci basamak çalışanları, yeterli olanaklar sağlandığında yanlış ve popülist politikalar sonucu sorunlar yumağına dönüştürülen ülkemizin sağlık sistemine de mutlaka önemli katkılar sağlayacaktır.

Bireyi değil toplumu hedefleyen çağdaş, nitelikli, parasız, eşit, ulaşılabilir sağlık hizmeti sunulmalıdır.

*Hekimlerin ve sağlık personelinin çözümünde ve karar mekanizmasında yer almadığı hiçbir sistem başarıya ulaşamayacaktır, sağlık sorunları da çözülemeyecektir.*

### **Anektodlar:**

**"Gökte allah, yerde sosyalizo"** (Ropörtaj 1963)

Bu Muş'taki köylünün reaksiyonu. Bunu hiç unutmam. Muş'un bir köyündeki bir sağlık ocağına köylü gelmiş. Köylüyle birlikte bir adam daha gelmiş. Hastayı takdim etmiş. Kızıldağ sağlık ocağı olabilir. Doktor "sen kimsin?", demiş. "Ben köyün ağasıyım", demiş. Ağaya "Dışarı çık", demiş. Bu Muş'taki ağa için hazmedilecek hikâye değil tabii. Ocak hekimine bir şey diyemez, ama gücü yettiğince otoritesinin kırılmasını istemez tabii. Onların alıştığı hükümetle ne işleri varsa ağa ile beraber gelmek. Düzen o. Durumu gören köylü bunun üzerine Sosyalizasyonun gücünü belirtmek için "Gökte Allah yerde sosyalizo" demiş.

### **Dr. Nusret FİŞEK'in gezisi:**

1963 de Muş'a gittiğimde herkes memnun, ama eşraf memnun değildi. Eşraftan biri, "Müsteşar Bey bu ne biçim hizmet" dedi. "Eskiden 10 TL. verirdik, doktor evimize gelirdi dedi. Şimdi elin köylüsüyle birlikte sağlık ocağında sıra bekliyoruz", dedi. (Dr. Nusret FİŞEK)



## KAYIP ARANIYOR\*

**Yrd. Doç. Dr. A.Öner KURT**

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

1994 Nusret Fişek Sağlık Ocağı Ödülü; Mersin Limonlu Sağlık Ocağı

2002 Nusret Fişek Sağlık Ocağı Ödülü; Mersin Anamur Karadere Sağlık Ocağı

2009 Nusret Fişek Sağlık Ocağı Ödülü; Mersin 70. Yıl Cumhuriyet Merkez Sağlık Ocağı

2010 Nusret Fişek Sağlık Ocağı Ödülü; Mersin Tarsus Merkez 6 No'lu Sağlık Ocağı

Zülfü Livaneli'nin 1993 yılında çıkardığı albümde bir şarkının sözleri; “Haydi çık pazara her şey satılık, Üç otuz paraya her şey satılık, Dostluk şeref namus hep haraç mezat, Üstte başta ne varsa her şey satılık” diye devam ediyor ve “Rüzgarlarla yarışan atlar satılık” diye sonlanıyordu. Mersin Tabip Odası'nın dergisi ARTER'in yayın kurulunda Mersin'de “Nusret Fişek Sağlık Ocağı Ödülü” alan sağlık ocaklarının öyküsünü yazalım diye konuştuktan sonra ansızın aklıma bu şarkının sözleri geldi. Sovyet Sosyalist Cumhuriyetler Birliği'nin 1991'de dağılması sonrasında kapitalizm eleştirisi olarak yazılmış, söylenmiş ve sonra unutulmuştu sözleri, özü... Yıl 2010, acaba o günden bugüne neler değişmişti, neler yaşanmıştı ki?...

20 yıl öncesini anımsadım! Siyasi iktidar bilindiği üzere, Sağlıkta (Geri) Dönüşüm Programı'nın bir ayağı olan aile hekimliği modeliyle birinci basamağın özelleştirilmesini yani sağlık ocaklarının satışını 2010 yılının sonuna kadar tamamlayacak. Gelecek yıldan itibaren ülkemizde sağlık ocakları kalmayacak. Ve, rüzgarla yarışan atların satıldığı dünyada, sıranın sağlık ocaklarına geldiği acı gerçeğiyle yüzleşeceğiz...

Türk Tabipleri Birliği 1991 yılından beri “Sosyalleştirme Yasası”nın ruhuna uygun bir şekilde ve olanakları ölçüsünde; başarılı bir ekip hizmeti veren, entegre sağlık hizmeti sunan, bölgesindeki toplumla kaynaşmış sağlık ocaklarını kamuoyuna duyurarak bütün sağlık ocaklarını daha iyi hizmet vermek yönünde özendirme amacıyla Nusret Fişek Sağlık Ocağı Ödülünü vermektedir. Bu ödül 20 yılda toplam 53 sağlık ocağına bu verildi. Mersin'in doğusundan batısına toplam dört sağlık ocağımız da bu ödülü kazandı.

1994 yılında Mersin Limonlu Sağlık Ocağı

1. 2002 yılında Mersin Anamur Karadere Sağlık Ocağı
2. 2009 yılında Mersin 70. Yıl Cumhuriyet Merkez Sağlık Ocağı
3. 2010 yılında Mersin Tarsus Merkez 6 No'lu Sağlık Ocağı

Her başarının arkasında ciddi bir emek ve emekçiler vardır, bir ekip vardır. Bu ödüllerin öykülerine ve emek veren sağlık çalışanlarına bir bakalım...

\* Bu yazı, Mersin Tabip Odası yayını organı olan ARter Dergisi'nin 2010/2-3 sayısında yayımlanmıştır.



## **Mersin Limonlu Sağlık Ocağı**

Mersin Limonlu Sağlık Ocağı Erdemli'yi geçince yolun sağında denize yakın bir yerde, adeta bir deniz feneri. Limonlu Sağlık Ocağı bu ödülü 1994 yılında aldı. Sağlık ocağı personeli 1991 yılında göreve başlayınca hizmet ilkelerini “Sağlık ocağını baştan aşağı değiştirerek, ideal bir sağlık ocağı yapmak” şeklinde özetlemişlerdi. Kendi deyimleriyle “Birinci basamağın ne kadar önemli olduğunu biliyoruz, bu bilincin ışığında kolları sıvayıp tüm hızımızla çalışmaya başladık” diyerek işe koyulmuşlardı. Mersin, Nusret Fişek Sağlık Ocağı Ödülü ile ilk defa 1994 yılında Limonlu Sağlık Ocağı sayesinde buluştu. Ekipte kimler vardı:

- İsmail Hakkı Bozgedik (doktor)
- Mustafa Karabıyık (doktor)
- İlkey Bal (hemşire)
- Sevda Öztan (ebe)
- Emine Uğuz (ebe)
- (Merhum) Kadriye Çelik (ebe)
- Selver Aydın (ebe)
- Bayram Ali Uğuz (sağlık memuru)
- Ali Rıza Meşe (sağlık memuru)
- Ramazan Akman (çevre sağlık teknisyeni)
- (Merhum) Mustafa Barbaros (sıtma savaş memuru)
- İbrahim Yazıcı (sıtma savaş memuru)
- Muzaffer Çöme (sıtma savaş işçisi)
- Necati Çopur (şoför)

## **Mersin Anamur Karadere Sağlık Ocağı**

Mersin Anamur Karadere Sağlık Ocağının 2002 yılında aldığı ödül gerekçesinde şunlar yazıyordu: “*Temel sağlık hizmetleri yönünden ülke standartlarının üzerinde hizmet sunan Karadere Sağlık Ocağı, kendini yenileyen yapısı ile diğer sağlık ocaklarına örnek durumdadır. Sağlık ocağında, Türkiye’de uygulanması az olan kişisel sağlık fişi uygulaması yani bölgedeki tüm bireylere sağlık kartı çıkarılarak sağlık izlemi yapılmaktadır. Sağlık ocağı şartlarına göre en iyi laboratuvar hizmeti sunulmakta, temizlik ve vatandaşa güler yüz ön planda tutulmaktadır. Karadere Sağlık Ocağı bir köy sağlık ocağı olmasına rağmen personelin özverili çalışmalarıyla kaliteli, sürekli ve sürdürülebilir sağlık hizmetini ekip anlayışı içinde sunmakta, bu nedenle toplumun sevgi ve katılımını sağlamaktadır.*” Bu ifadeden sonra yazacak kelime bulamıyorum. Birinci basamak sağlık hizmetlerini nasıl sunmak gerekir diyenlere çok net bir yanıt; Anamur Karadere Sağlık Ocağı’ndaki gibi olacaktır. Peki bu hizmeti sunan ekipte kimler vardı:

- Erhan Gökduman (doktor)
- Şükrü Aydemir (doktor)
- Ümmü Şahin (hemşire)
- Ayşe Şahin Balcı (hemşire)
- Ayşe Satıcı (ebe)
- Sonnur Göçer (ebe)
- Ali Balcı (sağlık memuru)
- Abdurrahman Yaşar (memur)

## Mersin 70. Yıl Cumhuriyet Merkez Sağlık Ocağı

Mersin 70. Yıl Cumhuriyet Merkez Sağlık Ocağı'nın ismi ocağın kurulduğu yılın Cumhuriyet'in 70. kuruluş yıldönümüne rastlaması nedeniyledir. Yıllardır beş mahalle ve yaklaşık 35.000 nüfusa birinci basamak sağlık hizmeti sunmaktadır. Bunun yanında bütün çalışanlarıyla tıp fakültesi öğrencilerinin halk sağlığı staj uygulamalarına da destek olmaktadır. Sağlık ocağının çalışanları 2009 yılı Nusret Fişek Sağlık Ocağı Ödülü'ne aday olma gerekçelerini şu şekilde açıklamaktadır: *“Aile hekimliğine geçme süreci içinde sağlık ocaklarımız kapatılırken, şimdiye kadar yapmış olduğumuz hizmetlerin ne kadar önemli ve başarılı olduğunu hatırlatmak, sağlık ocaklarının desteklenmesi durumunda bu hizmetlerin çok daha başarılı olacağını gözler önüne serebilmek, şimdiye kadar bir başarı yakalandıysa bunun bizler tarafından yapıldığını hatırlatmak içindir.”*

Sağlık ocağı ekibinde yer alanlar:

- Senay Demiroğlu (doktor)
- Hüseyin Bozgeyik (doktor)
- Hülya Sözen (doktor)
- Ayhan Ekinci (doktor)
- Mehmet Cavlım (doktor)
- Nadir Uyanık (doktor)
- Ahmet İzci (doktor)
- Duran Akat (doktor)
- Ayşegül Mil Sandallı (hemşire)
- Hatice Yürük Dilbaz (hemşire)
- Zülfiye Bilgin (hemşire)
- Hüsniye Özsubaşı (izlem sorumlusu)
- Ayşe Çiçeklioğlu (aile planlaması sorumlusu ebe)
- Esmanur Erken (bağışıklama sorumlusu ebe)
- Fatma Toptaş (mahalle ebesi)
- Şerife Yılmaz (mahalle ebesi)
- Sadiye Dülger (mahalle ebesi)
- Filiz Toktaş (mahalle ebesi)
- Müzeyyen Kılıç (mahalle ebesi)
- Aysel Nalbant (mahalle ebesi)
- Fatma Nariç (mahalle ebesi)
- Nursel Bolacalı (mahalle ebesi)
- Gül Yeter Uz (mahalle ebesi)
- Duygu Ustaoglu (ocak ebesi)
- Ayten Şimşek (ocak ebesi)
- İlknur Obaoglu (ebe, gece çalışıyor)
- Ayşe Şimşek (ebe, gece çalışıyor)
- Zübeyde Özdemir (ebe, gece çalışıyor)
- Ayşe Selçuk (ebe, gece çalışıyor)
- Serpil Köprübaşı (ocak ebesi)
- Emine Arık (Karaisalı Sağlık Evi)
- Atilla Salış (sağlık memuru)
- Yahya Yirci (çevre sağlık teknisyeni)
- Özden Doydu (laboratuvar teknisyeni)
- Ömer Taşpınar (tıbbi sekreter)
- Selma Şahbaz (mahalle ebesi)

## Mersin Tarsus Merkez 6 No'lu Sağlık Ocağı

Tarsus Merkez 6 No'lu Sağlık Ocağı; Nato Yolu'nun kenarında, üç mahalle ve üç köyde yaklaşık 14.000 nüfusa hizmet veren bir sağlık ocağıdır. Sağlık ocağı her türlü kültürel yapıyı içinde barındıran bir göç bölgesinde yer almaktadır. Mersin Tarsus Merkez 6 No'lu Sağlık Ocağı'nın ödül başvurusu öyküsü "güneş doğudan yükselir" sözünden yol çıkarak başlamıştır. 1994 yılında Mersin'in en batısı, 2002 yılında merkezin batısı, 2009 yılında merkezden bir sağlık ocağı ödül aldı. Burada doğudan bir şeyler eksikti. "Bir uçtan diğerine sağlık ocağı hizmet sunumu açısından güzel bir örnek oluşturabilir miyiz?" diye düşünürken Tarsus Merkez 6 No'lu Sağlık Ocağı ekibi bu işe girdi. Hem de günlerden Temmuz sıcağı, aile hekimliği kuraları yeni çekilmiş. Ortalık toz duman. Sağlık ocağı raporu hazırlanıyor, ama sağlık ocağı yok. Kayıp...

Nusret Fişek Sağlık Ocağı Ödülü son kez, Tarsus Merkez 6 No'lu Sağlık Ocağı'na verildi. Sağlık ocağı ekibinin ödül başvuru amaçları aslında birçok şeyi anlatmaktadır: "Artık hem sağlık çalışanlarına hem de topluma kendini hissettiren Sağlıkta dönüşüm sürecinde sağlığın metalaştırıldığı bir süreçten geçmekteyiz. Mersin ilinde de 5 Temmuz 2010 tarihinden itibaren aile hekimliği modelinin yürürlüğe konulmasıyla sağlık ocaklarının yerini aile sağlığı merkezleri almıştır. Bugüne kadar bizim diyerek sahiplendiğimiz, ülkemizde sağlık ortamının yapıtaşları olan sağlık ocaklarının sonucusu olacağımızı bilmek elbette üzücü. Biz her türlü olumsuzluğa rağmen sağlık ocağımızda ekip anlayışı ile doktoru, hemşiresi, sağlık memuru, ebesi ve personeli ile sağlık hizmeti üretmeye çabaladık. Bununla birlikte ülkemizde polio hastalığının eredike edilmesinde, kızamık hastalığının eliminasyonunun sağlanmasında 6.000 civarında sağlık ocaklarında çalışan sağlık ekibinin çabalarının unutulmaması gerekir. Uzun yıllar ekip ruhu ile birlikte çalıştığımız sağlık çalışanları ile birlikte her şeye rağmen sosyalizasyonu uygulamaya çalışmış bir sağlık ocağı olarak, bu zor dönemde çalışmalarımızı derleyip bizlere sağlık alanında her zaman önder olan Hocamız Sayın Prof. Dr. Nusret Fişek adına verilen sağlık ocağı ödülüne başvurarak sağlık ocağı çalışmalarımızı sizlerle paylaşmak istedik."

Sağlık ocağı ekibi:

- Metin Uzabacı (doktor)
- Sermet Engin (doktor)
- Turgut Ög (doktor)
- Osman Çarlak (sağlık memuru)
- Esmâ Soruklu Akyüz (hemşire)
- Fadime Kaya (ebe)
- Vezire Kaya (ebe)
- Yasemin Çeliktaş (ebe)
- Ayfer Anıl (ebe)
- Zülal Dediğidoğru (ebe, aile planlaması)
- Özlem Orhan (ebe, aile planlaması)
- Mustafa Nenni (memur)

### **Sonuç ya da Başlangıç!?**

Nusret Fişek Sağlık Ocağı Ödülü alan her sağlık ocağına pirinçten yapılmış bir plaket ve her çalışana bir belge verilmektedir. “2010 yılı ödülünü nereye asacağız, bu belgeleri sahiplerine nasıl vereceğiz?” sorularının yanıtını netleştiremedik. “Biraz daha geriye gidince acaba önceki yıllarda ödül alan sağlık ocakları ve çalışanlar nerede, ne durumda?” diye düşündük. Belirsizlikler, soru işaretleri arttı. Durum böyle olunca yazının başlığı “**kayıp aranıyor**” ortaya çıktı.

### **Arananlar listesi**

- Bu ödülleri alan sağlık ocakları ve ekibi
- Mersin’in doğusundan batısına bütün sağlık ocakları ve buralarda çalışanlar
- Giderleri bütçeden karşılanan, herkes için eşit, ücretsiz, nitelikli, ulaşılabilir ve kamusal bir sağlık hizmeti
- Bu topraklarda sağlığın alınıp satılır bir mal olarak dayatılmayıp sağlığın doğuştan kazanılmış bir hak olarak sunulması



Resim 1. Mersin Limonlu Sağlık Ocağı Ekibi



Resim 2. Mersin Limonlu Sağlık Ocağı Ekibi ve Öğrenci Ebe Hemşireler



Resim 3. Mersin Anamur Karadere Sağlık Ocağı Ekibi



Resim 4. Mersin Anamur Karadere Sağlık Ocağı Ekibi Dr. Füsun Sayek ile Ödül Töreninde



Resim 5. Mersin 70. Yıl Cumhuriyet Merkez Sağlık Ocağı Ekibi



Resim 6. Mersin Tarsus Merkez 6 No'lu Sağlık Ocağı Ekibinin Çalışmalarından görüntüler





Resim 7. Mersin Tarsus Merkez 6 No'lu Sağlık Ocağı Ekibi





## 5. BÖLÜM:

---

# TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ SAĞLIK HİZMETLERİNDE PIYASALAŐTIRMA DEĞİL KAMUCU, EŞİTLİKÇİ SOSYALLEŞTİRME RAPORU



# TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ SAĞLIK HİZMETLERİNDE PİYASALAŞTIRMA DEĞİL KAMUCU, EŞİTLİKÇİ SOSYALLEŞTİRME RAPORU

12 Ocak 2011

Bugün takvimler 12 Ocak 2011 tarihini gösteriyor. Sağlık hizmetleri açısından önemli bir tarih bu. Bundan tam 50 yıl önce, ülkemizin sağlık örgütlenmesi açısından önemli bir aşama olan 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, dönemin Milli Birlik Komitesi'nce kabul edilmişinden bir hafta sonra 12 Ocak 1961 tarihinde Resmi Gazete'de yayımlanmıştı. **“SOSYALLEŞTİRMENİN ELLİNCİ YILI KUTLU OLSUN”**.

Başta Yasa'nın şekillendiricisi olan Prof. Dr. Nusret Fişek olmak üzere katkı verenleri, emeği geçenleri saygıyla anıyoruz. Şimdilerde piyasacı bir sağlık sistemine doğru ilerlediğimiz bu günlerde “sosyalleştirmeyi” tekrar hatırlama zamanı.

Türkiye'de sağlık sistemi tartışmaları uzun bir geçmişe dayanmaktadır. Bu tartışmalar ülkemizin geçirdiği dönemlere göre şekillenmiş, ülkenin ekonomik ve sosyal politikaları sağlık sistemi tartışmalarının da zeminini oluşturmuştur. Bu zemin ve sağlık hizmetinin işlev ve kapsamını belirleyen ekonomi politik etkenler çerçevesinde sağlık sistemimiz farklı işlevler üstlenmiştir.

Ülkemizdeki sağlık sistemi tartışmalarında ortaklaşılan noktalardan biri, 1961 yılı sonrası “sosyalizasyon modeli” olarak adlandırılan sistemin Türkiye için bir dönüm noktası olduğudur. İlkeleriyle çağdaş sağlık hizmeti anlayışının iyi bir örneği olarak nitelendirilebilecek bu model ülkemizin içselleştirdiği ve benimsediği bir yapı kurmuş ve ülkeyi “sağlık ocaklarıyla” donatmıştır. Modelin ülke geneline yaygınlaştırılması süreci, modele gereğince sahip çıkılmaması, sağlık örgütlenme ve uygulamalarına yapılan politik müdahaleler, altyapı yetersizliği, fiziksel olanaksızlıklar, finansal destek yokluğu, kötü yönetim vb bir çok faktör nedeniyle aksamıştır. 1983 yılında o zamana kadar nüfusun ancak %53'nün yaşadığı bölgelerde tamamlanabilmişken, geriye kalan bölgelerde hiçbir altyapısal hazırlık gerçekleştirilmeden sosyalleştirme ülke genelinde uygulanmaya başlanmıştır.

Böylece, Türkiye'nin neoliberal rüzgarlara kapılmaya başladığı yıllara birinci basamak sağlık hizmetleri, eksik-gedik, ağır-aksak girmiştir. Donanım, altyapı ve yönetim başlangıçta öngörülen düzeyde olmamış olsa da kuşaklar sağlık ocaklarıyla büyümüştür. **Bugün Sağlıkta Dönüşüm Programı ile veda etmekte olduğumuz sağlık ocaklarında sağlık hizmeti veren bütün sağlık emekçilerine bu ülkeye verdikleri emekler için ne denli teşekkür etmek azdır.**

## **Aile hekimliği sistemi öncesi birinci basamak sağlık hizmetleri**

Ülkemizde kapitalizmin ihtiyaçları doğrultusunda şekillenen sağlık alanında neoliberal düzenlemeler 24 Ocak 1980 sonrası başlamıştır. On iki Eylül 1980 darbesiyle perçinlenen kapitalizmin yeni düzenlemeleri, bu darbe ortamının etkisi ve bu

düzenlemelere uygun hükümetlerin işbaşına gelmesiyle hızla uygulanmaya başlamıştır. Bu düzenlemelerin sağlık hizmetlerine ve özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerine etkileri genel olarak belirli başlıklarda özetlenebilir:

- Sağlık alanı da neoliberal politikalarla kendi payına düşeni almıştır. Bin dokuzyüz seksen sonrası yapılan ilk düzenlemelerden biri sağlık yatırımlarının teşvik kapsamına alınması, özel sağlık kuruluşlarına yönelik teşvik tedbirlerinin getirilmesi olmuştur. Teşviklerin de etkisiyle 1990'lı yıllarda özel sağlık sektörünün özellikle tedavi edici hizmetlerde ağırlığı giderek hissedilir hale gelmeye başlamıştır.
- Sağlık alanında yaşananlara ikinci bir milat olarak da 1987 tarihi verilebilir. Bu tarih gerek dünyada Dünya Bankası ve IMF'nin yapısal uyum programlarının ve yapısal uyum borçlarının kavramsallaştırıldığı gerekse de ülkemizde 1987 tarihli 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nun çıkarılarak "sağlık reformu" sürecinin başlatıldığı bir yıl olması açısından önemlidir. Doksanlı yılların başında Dünya Bankası'nın katkısıyla düzenlenen sağlık kongreleri sağlık reformunun yapıtaşlarını ve çerçevesini gözler önüne sermiştir. Bu kongrelerin hemen sonrasında ardı ardına yasa tasarıları hazırlanmış ve dönemin Hükümetleri bu tasarılarla ilgili çalışmalar yürütmüştür. Doksanlı yıllarda yoğunlaşan bir başka gelişme kamu sağlık kurumlarının yatırım, yenileme ve koruyucu hizmetlere ayrılan bütçeler açısından zora sokulmasıdır. Öyle ki bu dönemde sağlık ocakları binalarının telefon, elektrik, su, ambulans benzin faturaları devlet tarafından ödenmez olmuş, ocaklar kendi kurdukları dernekler ya da vakıf makbuzları ile "bağış" toplayarak kamu sağlık hizmetlerini sürdürmeye zorlanmışlardır.
- Bu süreçte birinci basamak sağlık hizmetleri başta altyapı olmak üzere birçok sorunla karşı karşıya kalmıştır. Sağlık Bakanlığı İstatistik Yıllıkları verilerine göre 1961 yılında başlanmış olmasına karşılık 1989 yılına gelindiğinde sağlık ocaklarının (toplam 3267 sağlık ocağı) ancak %75'inin kendi binasında hizmet verdiği 2000 yılında ise bu oranın %67'ye düştüğü görülmektedir (2000 yılında toplam 5700 sağlık ocağı bulunmaktadır). Özellikle kentlerde kendi binasında hizmet veren sağlık ocağı oranı bu yılda %33 düzeyinde kalmıştır. **Dolayısıyla sağlık ocakları özellikle kentlerde altyapı sıkıntılarıyla baş başa bırakılarak çoğaltılmıştır. Bu durum bugün uygulamaya konulan aile hekimliği sistemini de etkileyen bir biçimde sürmektedir.**
- Sağlık ocaklarının ülke düzeyine yaygınlığında eşitsizlik baştan beri var olmuş, bölgesel ve kırsal/kent dağılımı dengesizliğini korumuştur. Sağlık ocaklarının işleyişindeki sorunlara ilişkin Türk Tabipleri Birliği'nin 1989 yılından bu yana her yıl gerçekleştirdiği TTB Halk Sağlığı Gezici Eğitim Seminerleri raporlarında çarpıcı tespitlerle karşılaşılmaktadır. 1991 tarihli seminerden yansıyanlar sağlık ocaklarının doksanlı yılları nasıl geçirdiğini gözler önüne sermektedir:

- “224 sayılı yasa tümüyle ve iyi uygulandığı takdirde önemli sağlık sorunları çözülebilecek iken yasanın uygulanamadığı, bunda;
  - Sağlık örgütlenme ve uygulamalarındaki politik müdahalelerin,
  - Altyapı yetersizliği ve fiziksel imkansızlıkların,
  - Yeterli miktarda araç, gereç ve tüketim malzemesi teminindeki güçlüklerin,
  - Belirli bir personel istihdam politikasının olmayışı ve personelin dengesiz dağılımının,
  - Personeli özendirici uygulamaların olmamasının,
  - Sağlık hizmeti verecek personelin (gerek sağlık müdürü, gerekse sağlık ocağı hekimi) bu hizmeti yürütecek eğitim ve motivasyona sahip olmamalarının,
  - Sağlık hizmeti verecek personele hizmet içi eğitim olanaklarının sağlanamamasının,
  - Yeterli ve hizmetlerin iyileştirilmesine uyarıcı etki edecek denetimlerin yapılamamasının,
  - Halkın sağlık eğitiminin yeterli düzeyde yapılamamasının ve kimi yerlerde halkın bölgelerindeki sağlık ocaklarından habersiz oluşunun,
  - Hastane yönetimlerinin, sistem dışılaştırılıp kendi başına buyruk hale getirilmesinin,
  - Sağlık hizmetlerini destekleyecek altyapı hizmetlerinin yetersiz oluşunun, etkili olduğu saptanmıştır.”
- Sağlık ocağı modelinin aksamalarına yönelik bu çerçevede genişletilebilir:
  - Hizmet kapsamı istenen genişliği sağlayamamış, sağlık ekibi genişletilememiştir.
  - İkinci ve üçüncü basamakla entegrasyon zayıf ve etkisiz bırakılmıştır.
  - Sektörlerle birlikte üretim yapılamamış, bunun için çabalanmamıştır.
  - Toplum katılımı çok sınırlı gerçekleşmiştir.
  - Uygulama açısından ulaşılabilirliğin ekonomik, coğrafi, teknik, lojistik ve kültürel bileşenlerinde yetersizlikler yaşanmıştır.
  - Zamanla kentsel bölgelerde, kentlin sağlık sorunlarına uygun bir yapılanma ve çalışma biçimi sağlanamamıştır.
  - İşçi sağlığı, okul sağlığı, ergen sağlığı, esenlendirme, ağız dış sağlığı, erken tanı, evde bakım, sosyal hizmetler vb. yetersiz bırakılmıştır.
  - Kayıt sistemi kurumsallaştırılamamıştır.

- Çalışanların özlük hakları korunup-geliştirilememiştir.
  - Sistemin kurumsallaşması için sağlık yönetiminde görev alacak halk sağlığı uzmanı, halk sağlığı yüksek lisansı vb. personel yetiştirmede yetersiz kalınmıştır. Bu kapsamda yetişen insangücü etkin kullanılmamıştır.
  - Bilimsel bir sağlık yönetim anlayışının kurumsallaşamadığı izlenmiştir.
  - Sağlık gereksinimlerine gözeten bir planlama anlayışının, sağlık personeli yetiştirme politikalarının yetersiz olduğu görülmüştür.
  - Sağlık çalışanlarının görev ve sorumluluklarının yerine getirmesi sağlanamamış, denetlenememiştir.
  - Sağlık müdürlüğü, sağlık grup başkanlığı vb. kurumlar da liyakata dayalı bir görevlendirmenin sağlanamadığı, siyasilerin manüplasyonlarına her zaman açık olduğu her dönem karşılaşılan bir durum haline gelmiştir.
  - Üniversite, tıp fakülteleri, hemşirelik yüksek okulları vb. akademik yapılarla birbirini geliştiren bir çalışma anlayışı sağlanamamıştır.
- Sıralanan bu sorular ve daha birçokları sosyalleştirmenin doğumundan bugüne artarak sürmüştür ve neoliberal döneme (1980 sonrası) özel değildir. Kapitalizmin ithal ikameci döneminde sermayenin devlet anlayışına ve dönemin kamu yönetimi anlayışına uygun bir yapılanma oluşturulmaya çalışılmış, bu yapılanma içinde de eşitlikçi bir bakış öncelikli olmamıştır.

### **Aile hekimliği sistemi neler değiştiriyor ?**

- Ülkemizde verem, kırım kongo kanamalı ateşi, çeşitli ishaller gibi bulaşıcı hastalıklardan, içme suyunda yüksek düzeyde arsenik, hava kirliliği, baz istasyonları gibi çevresel tehditlere kadar çok geniş bir çerçevede yayılan önemli halk sağlığı sorunları yaşanmaktadır. Bu sorunların çözümü ise, belli bir bölgede yaşayan toplumun sağlık düzeyini ve bu bölgede gerçekleşen sağlıkla ilgili olayları düzenli olarak izleyen, sorunları daha ortaya çıkmadan önleyebilen ve salgın, çevre kirliliği vb durumlara anında müdahale edebilen bir sağlık kurumu yapısı gerektirir. Bu kurumlarda ise halk sağlığı sorunları ile mücadele edebilmek için yeterli sayı ve nitelikli sağlık çalışanının bulunması çok önemlidir. Aile Hekimliği uygulamasıyla aile hekimleri sadece bireylere yönelik tedavi edici ve sınırlı düzeydeki bireysel koruyucu hizmetlerden sorumlu tutulurken, topluma yönelik sağlık hizmetleri yani halk sağlığı sorunları toplum sağlığı merkezlerine (TSM) aktarılmıştır. Ayrıca toplum sağlığını korumaya yönelik hizmetlerin bir bölümü Çevre ve Orman Bakanlığı, Tarım ve Köy İşleri Bakanlığı, yerel yönetimlere devredilerek de hizmet bütünlüğü parçalanmıştır.
- Sağlık ocağı modeli parçalanmaktadır. Bu parçalanma hem sağlık ocağında sunulan hizmetin hem de ekibin parçalanmasıdır. Eskiden bütüncül

olarak sağlık ocağında verilen hizmetler ikiye bölünerek iki ayrı merkezde yürütülmektedir: Aile sağlığı Merkezleri(ASM) ve Toplum Sağlığı Merkezleri(TSM). Bu iki merkezin yapıları, personel statüleri vb birbirinden farklıdır. Sağlık ocağı modelinde sağlanmaya çalışılan hizmet entegrasyonunu bozan yeni sistem “entegre sağlık hizmeti” adı altında bir “entegrasyon” getirmektedir. Yapılan yeni düzenlemede “entegre sağlık hizmeti”, “Bakanlıkça belirlenecek yerlerde, bünyesinde koruyucu sağlık hizmetleri, acil sağlık hizmetleri, muayene, tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri, doğum, ana çocuk sağlığı hizmetleri, ayakta ve yatarak tıbbî ve cerrahî müdahale ile çevre sağlığı, adli tabiplik ve ağız diş sağlığı hizmetleri gibi hizmetlerin de verildiği, birinci basamak sağlık hizmetlerini yoğunlukla yürütmek üzere tasarlanmış sağlık hizmeti” olarak tanımlanmaktadır. Tanımda yer alan hizmetler düşünüldüğünde, sağlık ocağı-hastane karışımı bir sağlık kurumu olacak böyle bir yapıya ve böyle bir entegrasyona ihtiyaç var ise o zaman “neden sağlık ocakları kaldırıldı” sorusu akla gelmektedir. Ayrıca akla gelen ikinci bir soru da, “sağlık ocakları yeterince işlevsel çalıştırılmıyor ve entegrasyon zaten eksik kalıyorken ne değişti de bu yeni yapıyla entegrasyon sağlanacak” sorusu olmaktadır.

- Birinci basamak sağlık hizmetlerinin bu şekilde ayrışması, her iki hizmet grubunda çalışan personelin çalışma koşullarını ve görev tanımlarını da değiştirmektedir. Aile hekimliği/aile sağlığı elemanlığı pozisyonlarında çalışacak personel, aile hekimliği hizmet akdi(sözleşmesi) ile bugünkü kamu mevzuatında benzeri olmayan bir çalışma biçimi ile çalıştırılmaktadır. Çalışma türünün yanında ücretlendirme yolu da değişime uğramaktadır. Sağlık ocağı modelinde personelin aylığını devlet verirken, bina, malzeme ve ihtiyaçlar il sağlık müdürlükleri tarafından karşılanırken(Bakanlık bütçesi ya da döner sermayeden) aile hekimliği sistemiyle birlikte bu ödemeler biçim değiştirmektedir. Aile hekimliği kapsamında çalışacaklara çeşitli başlıklardan oluşan bir bütçe verilerek hem çalışanların ücretlendirilmesi hem de hizmetin finansmanı sağlanmaktadır.
- Değişimin boyutunu gözler önüne sermek için bakmamız gereken noktalardan biri aile hekimlerinin çalışacakları binalardır. Aile hekimliği sistemi ile birlikte devlet kendi binalarını hekimlere “kiraya” vermektedir. İlgili Kanun’un “Kamuya ait taşınmazların kullanımı” başlıklı dördüncü maddesinde “*Hazine, belediye veya il özel idaresine ait taşınmazlardan aile sağlığı merkezi olarak kullanılması uygun görülenler, Maliye Bakanlığı, belediye veya il özel idarelerince bu amaçla kullanılmak üzere doğrudan aile hekimine kiraya verilebilir*” ibaresine yer verilmektedir. Böylece, “aile hekimleri” sağlık ocaklarında odaları “kiralayarak” ve kendi listelerine hasta kaydederek hizmet vermektedirler.
- Değişim hekime bir tür “işletmecilik” fonksiyonu yüklemektedir. Hekime verilen bir bütçe ile hizmeti kendi kendine finanse etmesi öngörülmektedir. Sağlık hizmeti gelir/gider dengesi ile yürütülecek bir hizmet değil, özellikli bir hizmettir. Devlet hekimleri gelir/gider sarmalıyla karşı karşıya bırakarak



aradan çekilmektedir. Hekime kendi kişisel geliri için bu gelir/gider dengesi adres gösterilmektedir. Hekimler koruma, tanı, tedavi, rehabilitasyon vb. tıbbi hizmetlerin yanında muhasebe, defter tutma, fatura toplama, katsayılar ve çarpanlarla gelir hesaplama gibi “işletme” ile ilgili işleri öğrenmek durumunda kalmaktadırlar. Tıp fakültesi müfredatında “işletme dersleri”nin yer almaya başlaması yakındır.

- Aile hekimliği sisteminin etkileri değerlendirilirken Genel Sağlık Sigortası ile birlikte ele alınmalıdır. Aile hekimliği sisteminde hekimin sunacağı hizmetlerin belirli kısımlarının Genel Sağlık Sigortası sistemi üzerinden Sosyal Güvenlik Kurumu aracılığı ile sağlanacağını düşündüğünde Genel Sağlık Sigortası sistemindeki aksaklıkların hizmeti etkileyeceği açıkça görülmektedir.
- Göz önünde tutulması gereken bir diğer nokta, “yerelleşme” ekseninde yaşanacak değişimlerdir. Sağlık Bakanlığı’nın sıkça dile getirdiği “rol değişimi”, Bakanlığın hizmet sunumundan çekilmesi, taşra teşkilatını yerel birimlere devretmesidir.
- Aile hekimliği sistemi sorunlar yumağı ile başlamıştır. Örnek olarak İstanbul verilebilir. Bazı bölgelerde yeterli hekim bulunmadığı için aile sağlığı merkezleri doldurulamamıştır. İstanbul’da İl Sağlık Müdürlüğü tarafından belirlenen 3645 Aile Sağlığı Birimi’nin 345’i (%9.5) uygulamanın başlangıcında doldurulamamıştır. İstanbul’da yirmi beş yılı aşan Sağlık Ocağı uygulaması süresince önemli bir kısmı kiralama, yerel yönetim katkısı ve vatandaş başışı yolu ile ancak 560 Sağlık Ocağı açılabilmişken aile hekimliği sistemine geçiş için 940 Aile Sağlığı Merkezi belirlenmiştir. **Yıllar içerisinde ihtiyaç duyulan sağlık ocaklarını tamamlamayan sağlamayan Hükümetlerin bu anlayışını sürdüren mevcut Hükümet, bu ihtiyacı şimdi Aile Hekimi olmayı seçen hekimlerin kendi kiralayacakları binalar üzerinden gidermeye çalışmaktadır.**
- **Personel sıkıntısı sadece birinci basamakta değil, aile hekimliğine geçişler nedeniyle, hastanelerde ve özellikle acil servislerde de yaşanmaktadır.** Oluşan personel ve özellikle pratisyen hekim boşluğu, acil servislerde çalışan hekimleri ve hastanelerdeki uzman ya da pratisyen bütün hekimleri yoğun bir çalışma temposuyla karşı karşıya bırakmıştır. Öyle ki, uzman hekimlere acil servis nöbetleri tutturulmaya çalışılmaktadır.
- **Varolan altyapı sorunları çözülmüş değildir. Aile hekimliği ile ilgili yapılan son düzenlemeler ile aile hekimlerine verilecek bütçede “Aile Sağlığı Merkezi Giderleri”, aile hekimliği merkezlerinin bulunduğu ilin satın alma paritesine ve ağırlıklı olarak fiziksel özelliklerine bağlı olarak 4 gruba (A,B,C,D) ayrılmalarıyla “grubuna göre” verilmektedir.** İllerde yapılan değerlendirmelerde edinilen bilgiler kamu binalarının ya düşük gruplara girdiği ya da çoğunlukla herhangi bir gruba sokulamadığı yönündedir. Yaşanacak sorunları Bakanlık da öngörerek 30 Aralık 2010 tarihli yeni yönetmelikte bazı düzenlemeler getirmiştir. Ancak kaygılar giderilememiş görünmektedir.
- Pilot uygulama sürecinde yaşananlar, aile hekimliği sisteminin akıbeti hakkında fikir vermektedir. Türk Tabipleri Birliği Halk Sağlığı Kolu ve Halk

Sağlığı Uzmanları Derneği'nin işbirliği ve Halk Sağlığı Anabilim Dalları temsilcilerinin katılımıyla Mart 2006 tarihinde gerçekleştirilen Düzce alan çalışması raporunda yer alan tespitler oldukça çarpıcıdır:

- *Aile hekimliği modelinin 3 temel özelliği ve belirleyicisi prim toplanması, hizmetin toplanan primlerle finanse edilmesi ve sevk zinciri uygulamasıdır. Düzce'de denenen model kapsamında Aile Sağlığı Merkezleri tarafından sunulan sağaltım, laboratuvar, bağışıklama ve izlem hizmetleri ücretsiz olarak sunulmakta, herhangi bir prim veya katkı payı alınmamakta ve harcamaların tümü Sağlık Bakanlığı tarafından kamu bütçesinden karşılanmaktadır. Denenen uygulamaların modelin temel unsurlarından yoksun olması, uygulamaları "pilot" olma özelliğinden uzaklaştırmaktadır ve sonuçta elde edilecek değerlendirmelerin de eksik olmasına neden olacaktır.*
- *Sevk zinciri ile ilgili diğer bir tartışma konusu da Sağlık Bakanlığı'nın uygulamaya karşı gösterdiği tutumdur. Sağlık Bakanlığı her fırsatta aile hekimliği modelinin temel unsurlarından ve en önemli yararlarından birinin sevk zincirinin çalıştırılması olacağını belirtmektedir. Sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinin de en önemli unsurlarından birini oluşturan ve sevk zinciri terimiyle adlandırılan basamaklandırılmış sağlık hizmetleri yaklaşımının uygulanması için yeni bir yasal düzenlemeye gerek yoktur. Sağlık Bakanlığı'nın göstereceği kararlı bir tutum, sevk zincirinin ülke genelinde uygulanması için yeterlidir. Sağlık Bakanlığı'nın "madem bu kadar önemli buluyorsunuz, öyleyse niçin uygulamıyorsunuz?" sorusuna ısrarla yanıt vermediği ve sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerini sistimli bir biçimde çökertebilmek ve başarısız gösterebilmek için aynı ısrarla uygulamaktan kaçındığı sevk zinciri uygulamasını, yeni bir uygulama gibi aile hekimliği modeliyle birlikte gündeme getirmesi ise inandırıcılıktan uzaktır. Üstelik, Sağlık Bakanlığı, geçmişteki inandırıcılıktan uzak tüm söylemlerine karşın, yeni model ile yeniden ısrarla önemini vurguladığı ve yeni yasal düzenlemeye de eklediği sevk zincirini, daha önce belirtildiği gibi, Düzce denemesi kapsamında gereksiz görülerek uygulamaya almamıştır. Bu örnek bile, tek başına, Sağlık Bakanlığı'nın Düzce uygulamasını gerçekçilikten uzaklaştırmaya yetmektedir.*
- *Koruyucu hizmetler önceliğini yitirmiştir. Birlikte verilmesi gereken toplumsal hizmetlerin ayrı birimlerce yürütülmesi planlanmıştır. Örneğin, bulaşıcı bir hastalık ile karşılaşılması durumunda aile hekimlerinin sorumluluğu yalnızca bildirim ile sınırlıdır.*
- *Toplumsal ölçekte programlı bir gebe, loğusa, bebek ve çocuk izlemi ve bağışıklama hizmeti gözlenmemiştir.*

- Koruyucu hizmetlerin alanda sürdürülmesinden vazgeçilmiş, hizmet sadece başvuranlar veya çağrıldığında gelenler ile sınırlandırılmıştır
- Kişinin yaşadığı ortamla birlikte değerlendirilmesi, hizmetin kişinin ayağına götürülmesi ilkeleri göz ardı edilmiştir. Saha hizmeti, hekimin nüfus kaydetmek için yaptığı ev ziyaretlerine indirgenmiştir. Düzenli yapılması gereken doğurgan çağ kadın izlemleri, gebe loğusa izlemleri, çocuk izlemleri aile hekimliği merkezlerine başvuran kişilerle sınırlı tutulmuştur. Sahada hizmet verilmemesi, özellikle sosyoekonomik yapının düşük olduğu bölgelerde, sağlık hizmetine değişik nedenlerle ulaşmada güçlük çeken gruplara (ekonomik, kültürel inançlar, kalabalık aile vb.) koruyucu sağlık hizmetlerinin verilmemesi anlamına gelmektedir.
- Açıkça görülebildiği gibi, Toplum Sağlığı Merkezleri, aile hekimlerinden beklendiği ifade edilen 4 grup hizmetin (poliklinik, sevk, bağışıklama ve izlem) dışında kalan tüm hizmetleri yapması istenen bir “yedek kuvvet” niteliğindedir. Üstelik bu yoğun iş yükünün, meslektaşları gibi aile hekimliğini seçmediği için bu merkezlerde görevlendirilen, aile hekimliğine geçen meslektaşlarından belirgin biçimde düşük ücretle çalışan ve kendilerini “cezalandırılmış” olarak duyumsayan sağlık personeli ile başarılması beklenmektedir.
- Sosyalleştirmenin temel insan gücünü oluşturan “ekip” kavramı parçalanmış, çok yönlü ekibin yerini “iki kişiden oluşan” yeni bir ekip almıştır. Bu durum ileride önemli bir işsizlik sorunu yaşanabileceğinin habercisidir. Sözleşmeli statüde çalışma, sosyal güvenlik haklarını ortadan kaldırmıştır.
- Aile hekimliğinde görev almayan personelin gözden çıkarıldığı ve yoğun ücret eşitsizlerine maruz bırakıldığı gözlenmiştir. Bu eşitsizlikler çalışma barışına kalıcı zarar verecektir.
- Aile hekimliği sistemlerinin en önemli unsuru olan sevk sisteminin üç buçuk yıldır uygulanmıyor oluşu akıl alır bir durum değildir. Sağlık Bakanlığı kendi kendisiyle çelişmektedir.
- **Aile hekimliği sistemi ile koruyucu hekimlik hizmetindeki varolan sorunlar yoğunlaşacaktır. Koruyucu hekimlik hizmetlerinin toplumsal ve bireye yönelik olarak ayrılması ve entegrasyonunun güçleştirilmesi aksamaları yoğunlaştıracaktır. Yeni yönetmeliği göre acil tıp teknisyenleri, bireye yönelik koruyucu hizmetleri hekimle birlikte yürütecek aile sağlığı elemanı olarak tanımda yer almaktadır. Bu değişiklik bile aile sağlığı merkezlerinde bireye yönelik koruyucu hizmetlerin ne kadar öncelendiği (!) göstermektedir. Aile hekimliği Pilot Kanun’unda ve 25 Mayıs 2010 tarihli Uygulama Yönetmeliği’nde olmayan “acil tıp**

**teknisyeni” 30 Aralık 2010 tarihli yeni yönetmelik ile adeta “araya sıkıştırılmıştır”.**

- **Ayrıca “aile sağlığı elemanlığı” kavramı ile hemşirelik, ebelik, sağlık memurluğu gibi sağlık meslek gruplarının mesleki özellikleri yok sayılmaktadır.**
- Birinci basamakta hekim başına düşen hasta sayısı ve hekim başına düşen nüfus artmaktadır. Hekim başına düşen hasta sayısı 2002’de yaklaşık 20 iken 2009’da yaklaşık 50 olmuştur. Dolayısıyla birinci basamak hekimi iyileştirici hizmetler dışında bir iş yapamaz hale getirilmiştir. Buna karşılık, hekim başına nüfus 2002’de 3911 iken, 2009’da 4166’ya çıkmış, koruyucu sağlık hizmetleri gereksinimi olan nüfus artmıştır. **Aile hekimliği sistemi bu haliyle sağlık hizmetlerinin maliyetini artırma ve tedavi edici hekimliğe yoğunlaşma potansiyeline sahiptir.**
- Toplum Sağlığı Merkezlerinin sorumlu oldukları nüfusa daha etkin bir hizmet sunabilmeleri için alanlarının daraltılıp kadrolarının artırılması gereklidir. Buna karşın Sağlık Bakanlığı bunun tam tersini yapmış ve Aile Hekimliğinin Pilot Uygulandığı İllerde Toplum Sağlığı Merkezleri Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge’de değişiklik yaparak, coğrafi bölge nüfusu ne olursa olsun her ilçede yalnızca bir TSM kurulmasını, birden çok TSM varsa kapatılmasını tebliğ etmiştir. Bu değişiklik, **Bakanlığın, sağlık hizmetlerinin sadece bireysel yönü ve tedavi edici boyutu ile ilgilendiğini, toplumsal hizmetleri, yani salgınların önlenmesi, sağlığı etkileyen çevresel risklerin denetimi, bebek ve anne ölümlerinin nedenlerinin sorgulanması, okullara yönelik sağlık hizmetleri gibi hastalıkların asıl nedenlerini ortadan kaldırmaya, kontrol etmeye yönelik halk sağlığı hizmetlerini gözden çıkarttığını göstermektedir.** Topluma yönelik koruyucu hizmetler yanı sıra acil sağlık hizmetleri, adli tıp hizmetleri, görüntüleme ve laboratuvar hizmetleri de bulunan bu merkezlere toplumun ulaşması engellenmiş olacak, aile sağlığı merkezlerinin denetim ve destelenmesi hizmetleri de aksayacaktır.
- Sağlık Bakanlığının buradaki temel amacı; istihdam edilmesi gereken kendisi için yük saydığı çalışan sağlık personeli sayısını azaltmaktır. Ancak göz ardı edilen ise, 120.000 nüfuslu bir il ya da ilçede kurulacak A tipi bir TSM personeli ile iki milyon nüfuslu İstanbul’un bir ilçesinde kurulan A tipi TSM’den aynı görevlerin isteniyor olmasıdır. Bu hem teknik açıdan hem de sağlık insan gücü anlamında mümkün değildir. Eğer Bakanlık TSM’nin verdiği hizmetleri toplum sağlığı açısından önemli görüyorsa, iki milyon nüfuslu ilçede halkın sağlığını tehlikeye atıyor demektir.
- Sağlık Bakanlığı aile hekimliği sisteminin yaygınlaştırılması sürecinde üç ana yaklaşımla değerlendirmeler yapıldığını belirtmektedir: Memnuniyet, temel sağlık göstergeleri, finansal açıdan sürdürülebilirlik.
  - Sağlık Bakanlığının memnuniyet verisi olarak sunduğu rakamların kaynağı memnuniyeti “hekim ve muayenehanesini” değerlendiren

mek için uygun bir ölçekten elde edilmektedir. Dolayısıyla bu haliyle memnuniyet birinci basamağın topluma değil, kendisine ulaşan hastaya hizmet eden kurum olarak değerlendirildiğinin, başvuran kişilerle sınırlı kalan bir göstergesi olarak izlenmektedir.

- Sağlık göstergeleri açısından kullanılan veriler belirli kıstlıklar taşımaktadır. Sağlık istatistiklerinin içeriğinin ve sunum biçiminin değişimi karşılaştırmaları zorlaştırmaktadır. Sağlık Bakanlığı rakamları zaman zaman başka verilerle uyuşmayan bir manzara sergilemektedir. Örneğin Bakanlığın 2008 İstatistik yıllığında kızamık aşılama verisi 2006,2007 ve 2008 yılları için sırasıyla %98, %96 ve %97 olarak belirtiliyor iken 2008 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması'nda (TNSA) 15-26 çocukların kızamık aşılama oranı %89.3 olarak verilmektedir.
- Sağlık Bakanlığı, “aile hekimliği sisteminin finansal sürdürülebilirliğin olduğu görüldüğünden tüm ülkeye yaygınlaştırılmasına karar verilmiştir” demektedir. Bu karar hangi kriterlere göre verilmiştir? Aile hekimliği sisteminin ülke geneline yaygınlaştırılması için ne kadar dış kredi alınmıştır? Bugüne kadar sistemin maliyeti ne kadardır? Sağlık çalışanları arasında yaratılan ücret farklılıklarının giderilmesi düşünülmekte midir?
- **Birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında çalışanlar yönelik sağlık hizmetlerinde de değişim yaşanmaktadır.** Bu alanda dikkati çeken, işyeri sağlık birimleri aracılığıyla yürütülmesi öngörülmuş olan hizmetlerin şirketler aracılığıyla sürdürülmesi eğilimidir. Tüm çalışanları kapsamayan, sağlık sistemi ile entegrasyonunda zorluklar bulunan bu hizmetler de piyasaya açılmaktadır. Bu haliyle Toplum Sağlığı Merkezleri'nin işyerlerine sağlık hizmeti verebilmesine olanak tanıyan ve kapı açan düzenlemelerin anlamı dikkatle irdelenmelidir. Yukarıda da değinildiği gibi bu haliyle mevcut işleyişte ağır bir yükün altına girecek TSM'ler standart bir kadro yapılanması olmadan bu hizmetleri nasıl yürütecektir? Üstelik mevzuat anlamında da bir karmaşa yaşanmaktadır. TSM'ler bir yönerge ile kurulmuşken, işyeri hekimliği düzenlemelerini getiren bir yönetmelik ile işyerlerine sağlık hizmeti vermek üzere sözleşme yapabilme düzenlemesinin getirilmesi uyumsuzluk oluşturmaktadır. Bir diğer nokta da TSM'lerin norm kadrolarında “işyeri hekimi”nin bulunmayışıdır. Bu durum beraberinde akla birçok soru getirmektedir.
- **“İki binli yılların sağlık sistemi” olan aile hekimliği ilkeler açısından bakıldığında “sosyalizasyon” anlayışının gerisinde kalmaktadır. Açık olarak belirtmek gerekirse aile hekimliği sistemi bu haliyle kamunun -devletin/Sağlık Bakanlığı'nın- sağlık hizmetlerinden çekilmekte oluşunun birinci basamaktaki görünümüdür. Sağlık Bakanlığı-hekimler ilişkisi “hastane-taşeron şirket”, “asıl işveren-müteahhit”, “ev sahibi-kiracı” türünden ilişkilere dönmekte, farklılaşmaktadır.**
- Aile hekimliği sistemi, sağlık gereksinimlerine göre değil, piyasaya, rekabete, müşteri memnuniyeti ilkesi ile talebi sürekli kıskırtan ve tüketmeye

dayalı yeni bir sağlık algısına dayalı, birinci basamakla ilgili tüm hizmetlerde piyasalaşma dinamiklerinin önünü açan, sağlık düzeyini, hizmetin geliştirilmesini, niteliğinin zenginleştirilmesini piyasa kuralları ile çözmek isteyen, bu amaçla sağlıkçılara gelire dayalı pozitif ve negatif performans dayatan, istenen düzeyin elde edilememesi halinde sözleşme feshi ile personelin tehdit edilmesini de yönetimde ikinci bir yol olarak kullanan, ekip çalışanlarının sayısı ve nitelikle azaltılıp, çalışma sürelerinin ve iş yoğunluğunun artırıldığı bir sistem olma özelliğindedir.

- **Sonuç olarak Türkiye'nin ihtiyacı olan sağlık sistemi "piyasalaşma yönelimli" değil, "eşitlikçi ve kamucu sosyalleştirme" ilkelerini esas alan çağdaş sağlık sistemidir. Bu eşitlikçi ve kamucu sistem elbette ki eşitlikçi ve kamucu bir toplumsal yapı için çabalamayı gerektirir.**

Sağlıkta dönüşüm programı ile birinci basamakta aile hekimliği sistemi, birinci basamak sağlık hizmetlerinde hemen her şeyi kökten değiştirmiştir. Değişimin boyutunu anlamak için sosyalleştirme ile öngörülen birinci basamağın özellikleri ile sağlıkta dönüşümün birinci basamağının genel özelliklerini karşılaştırmak yararlı olur:

<b>Sosyalleştirme birinci basamak sağlık hizmeti anlayışı</b>	<b>Sağlıkta dönüşümün birinci basamak sağlık hizmeti anlayışı</b>
<p><b>Alt yapı temini</b></p> <p>Sosyalleştirme, bir bölgede sağlık ocağı kumak için o bölgede gerekli tüm tesislerin, lojmanların, malzemelerin, araçların ve personelin sağlanmasını, bunlar sağlanmadıkça o bölgenin sosyalleştirilmemesini Kanun hükmü olarak belirlemiştir.</p>	<p><b>Alt yapı temini</b></p> <p>Devletin altyapı temini ile ilgili bir sorumluluğu yoktur. Devlet kendi binasını hekime kiraya vermektedir. Hekime verilen bir bütçeden eğer devlete ait bir binada hizmet veriyor ise kira, elektirik, su, doğalgaz, telefon, internet vb harcamaları karşılaması beklenmekte, eğer devlete ait uygun bir yer yoksa kendisinin bir bina kiralaması ve harcamalarını karşılaması öngörülmekte ve uygulanmaktadır.</p>
<p><b>Parasız hizmet</b></p> <p>Bağlı oldukları sağlık ocaklarına başvuranlardan, bu kurumca sunulan her tür sağlık hizmetinden parasız yararlanması öngörülmüştür.</p>	<p><b>Katkı payı</b></p> <p>Bugün itibarı ile uygulanmıyor olsa da sağlık hizmetlerinin diğer basamaklarında olduğu gibi birinci basamak sağlık hizmetlerinde de katkı payı öngörülmektedir.</p>
<p><b>Entegre hizmet</b></p> <p>Sağlık ocakları ve sağlık evlerinde her tür koruyucu sağlık hizmeti ile tedavi edici hizmetlerin entegre olarak sunulması esas alınmıştır.</p>	<p><b>Parçalanmış entegrasyon</b></p> <p>Kişiy ve çevreye yönelik sağlık hizmetleri ayrıştırılmıştır. Kişiy yönelik koruyucu ve tedavi edici hizmetler aile sağlığı merkezlerine, neredeyse kalan bütün diğer hizmetler de(çevreye yönelik hizmetler ve diğer hizmetler) toplum sağlığı merkezlerine verilmiştir. Böylece entegrasyon bütünlükte değil parçalarda sağlanmaya çalışılmaktadır.</p>
<p><b>Ekip hizmeti</b></p> <p>Sosyalizasyonda sağlık hizmeti hekim, hemşire, ebe, sağlık memuru, tıbbi sekreter, şoför, hizmetli ve diğer sağlık çalışanlarından oluşan bir ekip tarafından üretilir.</p>	<p><b>Ekipçik hizmeti</b></p> <p>Ekibin her anlamda parçalanması söz konusudur. Bir hekim bir de hekim dışı sağlık çalışanından oluşan bir "ekipçik" oluşturulmuştur. İhtiyaç olması durumunda ek personeli hekimin kendisinin temin etmesi/sağlaması söz konusudur.</p>

<p><b>Nüfusa orantılı hizmet</b></p> <p>Sosyalleştirme dar ve belirlenmiş bir alanda geniş kapsamlı (entegre) hizmet sunumunu öngörmüştür.</p>	<p><b>Kayıtlı kişiye orantılı hizmet</b></p> <p>Bölge tabanlı nüfus anlayışını öngörmez, onun yerine “kayıtlı liste” nüfusuna geçiş gerçekleşmiştir. Aile hekimliği sisteminin belirli bir bölge anlayışı ya yok ya da o bölge çok geniş bir düzeydedir. Bu açıdan bölge düzeyinde bir değerlendirme, planlama ve müdahale olanağı yok olmaktadır. Sosyalleştirmenin belirlediği dar alanda bölge tabanlı genişletilmiş geniş hizmet anlayışı kayıtlı listeye dar kapsamlı hizmet anlayışına dönüştürülmüştür.</p>
<p><b>Koruyucu sağlık hizmetine öncelik ve önem</b></p>	<p><b>Koruyucu sağlık hizmetinin parçalanması.</b></p> <p>Tedavi edici sağlık hizmetlerine daha fazla yönelme tehlikesi.</p>
<p><b>Personelin sürekli eğitimi</b></p> <p>Birinci basamakta çalışan sağlık personelinin sürekli eğitimini, özellikle ikinci basamak sağlık kurumlarına görevler tanımlayarak sağlamaya çalışmıştır.</p>	<p><b>Personelin sürekli eğitimi</b></p> <p>Sistematize edilmiş bir sürekli eğitim ve gelişim anlayışı yoktur.</p>
<p><b>Toplum katılımı</b></p> <p>Toplumun hizmetin planlama, üretim ve denetimine katılımını sağlamak için sağlık merkezlerinde ve illerde sağlık kurulları oluşturulmasını öngörmüştür.</p>	<p><b>Maliyet paylaşımı</b></p> <p>Hiçbir toplum katılımı mekanizması yoktur. Daha doğrusu toplum katılımı yerine, “maliyet paylaşımı” anlayışı göze çarpmaktadır.</p>
<p><b>Sevk sistemi</b></p> <p>Sağlık hizmetlerinin işleyişinde “sevk sistemine” kilit bit rol vermiştir.</p>	<p><b>Teoride var pratikte yok</b></p> <p>Sağlıkta dönüşüm programının önemli iddialarından biri birinci basamağın “kapı tutucu” işlevi, etkili sevk sistemi olmuş ancak 2007 yılında sevk sistemi kaldırılmıştır.</p>
<p><b>Tam gün çalışan hekim</b></p> <p>Sosyalleştirme, sağlık personeline yüksek ücret vererek güvenceli bir tam gün çalışmayı ve sağlık personeline yüksek ücret verebilmek için sosyalleştirilmiş bölge ve kurumlardaki personelin sözleşmeli çalışmasını esas almıştır. Sözleşme ile verilecek ücret miktarının bu meslek mensuplarının genel serbest kazanç düzeyleri, hizmet süreleri, mesleki konumları, görevlerinin ağırlığı, mahrumiyet koşulları dikkate alınarak belirlenmesi kararlaştırılmıştır. Özellikle ilk yıllarda Maliye Bakanlığı ile Sağlık Bakanlığı arasında ücretin belirlenmesi ile ilgili yoğun tartışmalar yaşanmış, Sağlık Bakanlığı Maliye'nin öngördüğü maaş tutarının yaklaşık üç katını kabul ettirmiştir. Ancak zamanla sağlıkçılara-özellikle de hekimlere- ödenen yüksek ücretler çeşitli nedenlerle tirpanlanmış ve düşürülmüştür.</p>	<p><b>Kendi hesabına çalışan hekim</b></p> <p>Aile hekimliği sistemi ücretlendirmeyi farklılaştırmıştır. Aile hekimi olarak çalışacak hekime verilen bir bütçeden hekimin kendi gelirini çıkartmasını esas almaktadır. Hekimin hizmet sunumundaki bütün giderleri ve gelirini de bu bütçeden karşılayacak olması hizmet sunumunu etkileyecek bir unsur haline gelmektedir. Hekimi kendi hesabına çalışan bir tür “küçük işveren” konumuna düşürmektedir.</p> <p>Öte yandan toplum sağlığı merkezlerinde çalışan sağlık personeli eski statüde(maaş+ döner sermaye) devam etmektedir. Sağlık personeli arasında ücretler, çalışma koşulları ve biçimleri açısından olumsuz farklılıklar oluşmuştur.</p>
<p><b>Planlama ve değerlendirme üst kurulları</b> Sosyalleştirme, sosyalleştirmeyi değerlendirmek ve halk ve çeşitli kurumlar arasındaki işbirliğini sağlamak için bir Genel Kurul oluşturulmasını öngörmüştür. Bu kurula çeşitli kurum ve kuruluşlardan(Üniversiteler, DPT, SSK, TTB, TEB, TVHB vb) temsilcilerin katılımı, olağan olarak yılda bir kez toplanması Kanun hükmü olarak belirtilmiştir.</p> <p>Bu mekanizma yanında gerek merkezi düzeyde gerekse de illerde sektörlerarası işbirliği önemsenmiştir.</p>	<p><b>Böyle bir yapı ve vizyon yoktur</b></p>

## FİNANSMAN

- Aile hekimliği sistemi dış kredilerle ülke geneline yaygınlaştırılmaktadır. Sistemin finansal sürdürülebilirliğine ilişkin başta aile hekimleri olmak üzere iyimserlik izlenmemektedir.

- Sağlık sistemimizde yaşanan değişiklikler, hem genel olarak özel sağlık sektörünü artırarak hem de “özel sektör sağlık hizmetlerinden faydalanmanın kolaylaştırılması”, hem de kamu sağlık kurumlarını piyasada rekabete uygun hale getirecek düzenlemeler ile özelleştirmeci bir yörünge izlemektedir.
- Yıllar içerisinde Genel Bütçe'den Sağlık Bakanlığı'na ayrılan pay ve miktar artıyor görünmekle birlikte Bakanlık bütçesinden, birinci basamak sağlık hizmetlerinin yürütülmesinden sorumlu birim olan Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne ayrılan pay azalmaktadır. Azalan bütçe yanında birinci basamak yatırımları için ayrılan pay da düşmektedir. **Yatırım harcamaları azalırken cari harcamalar artmıştır, birinci basamağa yatırım değil gündelik harcamalar yapılmıştır.**
- Türkiye'de sağlık finansmanı ile ilişkili fikir birliğine varılan nokta, sağlık harcamalarının az oluşu olmuştur. Özellikle OECD ülkeleriyle yapılan karşılaştırmada bu azlık daha da belirgin olarak karşımıza çıkmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün 2010 istatistikleri dokümanında ülkemize ilişkin veriler aşağıdaki gibi sunulmaktadır:

**Tablo 1: Seçilmiş ülkelerin ve Türkiye'nin bazı sağlık harcaması verileri**

Ülke	Toplam sağlık harcamasının GSYİH'ya oranı % (2007)	Toplam sağlık harcaması içindeki kamu payı % (2007)	Toplam sağlık harcaması içindeki özel harcama payı % (2007)	Hükümet harcamaları içindeki sağlık harcamaları payı % (2007)
Türkiye	5.0	69.0	31.0	10.3
DSÖ Avrupa bölgesi	8.8	76.0	24.0	15.3

- Yukarıdaki tabloda da görüldüğü gibi Türkiye'de hükümet harcamaları içinde sağlığa yapılan harcama oranı bölge ortalamasının altında seyretmektedir. Ülkemizin hükümet harcamaları içinde sağlığa ayırdığı pay, DSÖ Afrika bölgesindeki orana yakın bir düzeydedir (DSÖ Afrika bölgesi ortalaması %9.6).
- Sağlık Bakanlığı verileri kişi başı sağlık harcamaları açısından incelendiğinde, kişi başı sağlık harcamasının 2002 yılına kadar 150-200 USD arasında seyrettiği, 2002 yılı sonrasında artış trendine girdiği izlenmektedir. 2007 yılında 553 USD'lik kişi başı harcama gerçekleşmiştir. Bu harcamanın kamu/özel harcama dağılımına bakıldığında çarpıcı bir tablo ile karşılaşılmaktadır. Sağlık Bakanlığı verilerine göre kişi başı toplam sağlık harcamalarında oransal olarak özel sağlık harcaması azalmaktadır, 1999 yılında kişi başı sağlık harcamasının %61'i kamudan, %39'u özel sağlık harcaması iken bu oran 2007'de sırasıyla %68'e % 32 olarak gerçekleşmiştir. Buna karşılık harcanan para bazında bakıldığında 1999 yılında özel sağlık harcaması 73 USD iken 2007'de 178 USD'ye çıkmıştır. **Dolayısıyla direkt/dolaylı vergi ve primlere ek olarak sağlık için cebimizden ödediğimiz para artmıştır, artmaktadır.**



Tablo 2: Yıllara göre kişi başı sağlık harcaması (Kaynak: SB verileri)

Yıl	Kamu sağlık harcaması (USD)	Özel sağlık harcaması (USD)	Toplam (USD)
1999	114	73	187
2000	129	75	204
2001	105	49	154
2002	133	55	188
2003	174	68	242
2004	221	89	310
2005	259	123	382
2006	301	140	441
2007	375	178	553

- **Türkiye büyüyen bir ilaç pazarı haline gelmektedir.** İlaç işverenleri sendikası verilerine göre 2009 yılında reçeteli ilaç pazarı 14 milyar TL düzeyindedir(9.1 milyar USD). Bir önceki yıla göre %17 büyüme gerçekleşmiş, kişi başı ilaç tüketimi 132 USD olarak belirlenmiştir. Satılan ilaçların 2009'da kutu bazında %78'i yerlidir (2003'te bu oran %88), tutar olarak ise yerli payı %48 düzeyinde gerçekleşmiştir (2003'te bu oran %63). İlaç pazarı ve bu pazar içindeki ithal ilaç payı büyümekte, ilaç harcamaları hızla artmaktadır. OECD verilerine göre Türkiye'de toplam sağlık harcamaları içinde ilacın payı %25 düzeyindedir.
- Kamu sağlık harcamaları içinde Sağlık Bakanlığı'nın payı 1999-2002 döneminde %24, 2003-2006 döneminde %23 düzeyindedir. Aynı dönemde kamunun yatırıma harcadığı para %4 oranında artmıştır. **Dolayısıyla yatırım ve koruyucu hekimlik hizmetlerine yönelik harcamalar öncelik olarak alınmamakta, harcamalar tedavi edici sağlık hizmetlerine akıtılmaktadır. Sosyal güvenlik kurumu sağlık giderleri 2002-2006 yılları döneminde %232 oranında artış göstermiş, kurumun açığı %227 oranında büyümüştür.** Kurumun 2010 yılının ilk sekiz ayındaki bütçe açığı, 2009 yılı yıllık bütçe açığına eşitlenmiştir.
- Sosyal güvenlik kurumu harcamalarının profili değişmektedir. SGK verilerine göre 2001 yılında harcamaların %39'u tedaviye yapılırken 2008'de bu oran %55'e yükselmiştir. Gerek özel hastane ve özel poliklinik/tıp merkezlerinin hizmet sunumunda yaygınlaşması gerekse de kamu hastanelerinin döner sermaye gelirlerini arttırma baskısı yaşamaları bu artışın temel nedenleri arasında yer almaktadır. Aynı dönemde tedavi harcamalarında da çarpıcı bir değişim dikkati çekmektedir. **SGK tedavi harcamalarının 2001'de %16'sı özel hastanelere gitmekte iken 2008'de bu oran %31'e yükselmiştir.**

- 1980'li yıllarda başlayan teşviklerin de etkisiyle 1990'lı yıllardan itibaren özel sağlık sektörünün özellikle tedavi edici hizmetlerde ağırlığı giderek hissedilir hale gelmeye başlamıştır. TÜİK verilerine göre Milli Savunma Bakanlığı hastaneleri dışarıda tutulduğunda 1980 yılında özel hastaneler ülkedeki toplam hastanelerin %10.9'unu oluşturuyor iken 1990 yılında bu oranın %14.6'ya çıktığı görülmektedir. Bu artış trendi sonrasında daha da yoğunlaşmış, 2000 yılında %22'ye, 2007'de %28.6'ya, Sağlık Bakanlığı verilerine göre 2008'de de %30'a yükselmiştir. **Bugün itibarıyla memleketteki her üç hastaneden en az biri özel hastanedir.**
- Sayısal olarak artan hastaneler hizmet içerisindeki paylarını ve ağırlıklarını da arttırmaktadırlar. TÜİK verilerine göre 1980 yılında hastane yataklarının %4'ü özel hastanelerde iken bu oran, 1990'da %5'e, 2007 yılında ise %10'a ulaşmıştır. 2004 yılından itibaren özel hastanelerin önce devlet memurları, sonrasında tüm sosyal güvenlik programlarına açılmaları, 2007 yılında da sevk sisteminin kaldırılması ile sistem içerisindeki rolleri fazlasıyla artmıştır. Bu durum, sağlık insangücü istihdamına da –özellikle hekim emekgücü üzerinden- sağlık finansman verilerine de yansımaktadır.
- Özel sağlık sektörünün hizmet sunumundaki payının artışı son birkaç yılda daha da büyük boyutlara ulaşmıştır. TÜİK sağlık istatistikleri ve 2010 programına göre genel olarak **2006-2008 döneminde hastanelere yapılan toplam müracaat sayısı yüzde 26 artmış olmasına karşılık özel sektörde bu artış yüzde 149 olarak gerçekleşmiştir.** 2008 yılında özel sektörün yatak kapasitesi toplamın %11.2'sine ulaşmış, buna karşılık, toplam ameliyatların %48'i, büyük ameliyatların da %26'sı özel hastanelerde gerçekleşmiştir.
- Kamu hastaneleri için döner sermaye kilit konuma getirilmiştir. Kamu hastanelerinin döner sermaye gelirleri 2004 yılında Sağlık Bakanlığı bütçesini geçmiştir.
- Sağlık Bakanlığı verilerine göre Aralık 2002-Aralık 2009 yılları arasında Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan yatırımların (Sağlık Yatırımı, Bakım-Onarım ve Tıbbi Donanım) %43.45'i Genel Bütçe'den, %47.24'ü döner sermayeden, %9.31'si ise il özel idaresi kaynaklarından karşılanmıştır. **Sağlık yatırımı, bakım-onarım ve tıbbi donanımlar artık bütçeden değil, döner sermayeden karşılanmaktadır.**
- Sağlık finansmanında dikkati çeken bir başka değişim yeşil kart harcamalarındaki artıştır. 2000-2008 yılları arasında yeşil kart harcamalarında 18 kat artış meydana gelmiştir. 2010 yılında 9.5 milyon kişinin yeşil kartlı olduğu bilinmektedir. Yeşil kart harcamaları bir yandan yoksullara yönelik bir “emniyet sübabı” olarak, diğer yandan da kontrol altına alınması gereken bir harcama kalemi olarak görülmektedir.
- Bin dokuz yüz seksenli yıllarda yoğunlaşmaya başlayan özelleştirme eksenli düzenlemeler sağlık finansmanına bir çok başlıklarda yansımaktadır. Toplam sağlık harcamaları artmış, bu harcamalarda kamudan özel sektöre kaynak transferi yapısal bir özellik haline gelmiş, harcamaların

bütçe dışı kaynaklara yönlendirilmesi ve kamu hastanelerinin döner sermaye gelirlerine itilmesi süreci yoğunlaşmıştır.

### **Ayrıntılı veriler için önerilen kaynaklar**

TTB STED “Türkiye’nin sağlığını okumak” köşesi

Yeni bin yılın başında Türkiye sağlık sektörünün durumu. TTB, 2002

[http://www.ttb.org.tr/kutuphane/tr\\_saglik/index.pdf](http://www.ttb.org.tr/kutuphane/tr_saglik/index.pdf)

Sağlıkta dönüşüm programı kim için. Bursa TO dokümanı. [www.bto.org.tr](http://www.bto.org.tr)

Sosyal Sigortalar Ve Genel Sağlık Sigortası (SSGSS) Yasasının II. Uygulama Yılında Sağlık Ve Sosyal Güvenlik Raporu Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası 2010, ANKARA

## **BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ BİRİKİMİMİZ**

*(Bu bölüm TTB’nin “Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Birikimimiz: 2000-2004 Türkiye Fotoğrafı” yayınından alınmıştır. <http://www.ttb.org.tr/kutuphane/birincibasamaksh.pdf>)*

Bugün Türkiye’de birinci basamak sağlık hizmetlerinde çok kökten bir değiştirme süreci yürütülmekte ve birinci basamak yönelimli bir sağlık sistemi kurulacağı gerekçesi ile kamusal hizmet sunumu, ekip çalışması, coğrafi bölgeleri temel alan örgütlenme ilkesi vb sosyalleştirme yasasında tanımlanan birinci basamak sağlık sistemine ait tüm unsurlar kaldırılmaktadır. Amaç ve yapılmakta olanlar arasında ciddi bir çelişki vardır. Getirilmek istenilen yeni model, çok uzun yıllara dayalı bilimsel birikimin bize tanımladığı birinci basamak sağlık hizmetlerinin en temel özelliklerini dışlamaktadır. Ortaya çıkan bu çelişkinin nedeni aslında birinci basamakla hatta halkın sağlığı ile pek ilgili olmayan sağlık reformları için gerekçe aranmasıdır. Kavramların kötüye kullanıldığı, sağlık sistemine ve sağlık hakkına yönelik darbelerin üzerinin genel geçer ifadelerle süslenerek örtüldüğü bu ortamda, eşitlikçi ve etkin bir birinci basamağın özelliklerinin neler olduğu tekrar netleştirilmesi gereken bir konu haline gelmiştir. Nedir birinci basamak sağlık hizmetleri? En yalın olarak, “vatandaşın”, çeşitli nedenlerle başvurduğu ilk sağlık kurumu ve bu kurumda üretilen sağlık hizmeti “birinci basamak sağlık hizmeti” olarak tanımlanabilir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin özellikleri iki başlık altında toplanır. Birinci başlık ulusal düzeydeki politika öncelikleri ile bağlantılı olan ve ülkenin birinci basamak yönelimli olmasını destekleyen sistem özellikleri ya da bir diğer ifade ile yapısal özelliklerdir. Bu başlık altında yer alan özellikler birinci basamağın alt yapı ve insan gücü olanaklarının dağılımı, finansman tipi, hizmetlerin verildiği yer ve birinci basamak sağlık hizmetinden sorumlu olan sağlık çalışanı tipidir. İkinci başlık ise birinci basamağın bu sistem özellikleri üzerine kurulu olan işlevlerini tanımlar: ilk başvuru, kapsayıcılık, süreklilik ve eşgüdüm. Birinci basamağın bireylerin sağlık sistemine ilk giriş aşaması olması ilk başvuru, az rastlanan ve alışılmadık durumlar dışında herkese koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri sunması kapsayıcılık, hasta ile uzun erimli bir ilişki içinde bulunması süreklilik, sistemin diğer aşamaları ile arasında bilgi aktarımı gerçekleşmesi ise eşgüdüm özelliğini açıklar.

### **Alt Yapı ve İnsan Gücü Dağılımı**

Sağlık sistemleri kaynak dağılımının düzenlenmesi açısından ikiye ayrılır. İlk grupta, birinci basamak alt yapısının, insan gücünün ve diğer kaynakların tüm toplumda eşit ve coğrafik olarak dengeli dağılımını amaçlayan örgütlenme politikalarının

bulduğu sağlık sistemleri yer alır. Bu sistemlerde eşit kaynak dağılımına yönelik politikalar sağlık eşitliklerini geliştirirken, coğrafik olarak tanımlanmış nüfus temeline örgütlenme birinci basamak ekibinin toplumun sorunları hakkında daha fazla bilgi sahibi olmasını, toplumun sorunlarının çözümlenmesine dolayısıyla da topluma daha fazla katılmasını sağlar (Starfield, 1998). Finlandiya, İsveç, İspanya sağlık sistemleri eşit kaynak dağılımına yönelik politikaların uygulandığı başlıca örnekler arasındadır (Macinko, 2003). Eşit kaynak dağılımına yönelik bir politikanın bulunmaması, bu kaynakların gereksinimi en az olan bölgelere ve genellikle şehirlere aktarılmasına neden olur, çünkü bu bölgelerin ödeme gücü daha yüksektir. Bu durum toplumun bir bölümünün kaynaklara ulaşamamasına diğer bölümünün ise kaynakları gereğinden fazla kullanmasına ve sonuç olarak da sağlık eşitsizliklerine neden olur. Coğrafik olarak tanımlanmış belli bir nüfusa hizmet vermeyen hekimler toplumun gereksinimleri ve sorunları hakkında bilgi edinemezler ve topluma yabancı bir hekim tipi ortaya çıkar (Starfield, 1998). Kaynakların politikalar aracılığıyla düzenlenmediği sistemler grubunda ABD, Fransa, Almanya ve Belçika gibi kamu veya özel sigorta modeli uygulanan ülkeler yer alır (Macinko, 2003).

## **BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ**

### **Finansman**

Güçlü bir birinci basamak finansman açısından iki özellik gerektirmektedir: vergi ile finansman ve cepten ödeme olmaması (Macinko, 2003). Buna karşın bugün sağlık reformu adı altında pek çok ülkede sigorta+cepten ödeme uygulaması getirilmektedir. Çünkü bu kombinasyon sağlık harcamalarının tüm yükünü vatandaşlara aktarabilmek ve işverenleri de bu yükten kurtarabilmek için en uygun seçenektir. Bu bakımdan cepten ödeme paylaşımcı finansman ve yardımlaşma ilkelere tamamen aykırıdır ve sosyal riskin bireyselleştirilmesi olarak görülmelidir (Deppe, 2005).

### **Birinci Basamak Hizmetini Sunan Sağlık Çalışanı**

#### **İstihdam tipi**

Birinci basamak hizmetlerinin sunumu ile ilgili iki temel model vardır. Birinci modelde hizmet, bağımsız olarak özel muayenehanesinde çalışan ve yanında istediği sayı ve nitelikte personel çalıştıran hekimler tarafından sunulur. Kamu ve özel sağlık sigortası sistemlerine özgü olan bu model Ulusal Sağlık Sistemi ülkelerinden İtalya ve İngiltere'de de uygulanır. İkinci modelde ise hizmet, kamu sağlık merkezlerinde maaş karşılığında kamu personeli olarak çalışan hekimler ve sağlık çalışanları tarafından sunulur (Boerma, 2003).

Birinci basamak hekiminin eğitimi birinci basamağın başarısını belirler. Çünkü birinci basamak hizmetleri, toplum sağlığı ile ilgili özel bir sorumluluk taşıyan, toplumun gereksinimlerine yönelik hizmet sunan, klinik kararlarını hastanın içinde yaşadığı toplum ve çevre ile ilgili bilgileri kullanarak veren, hastalık yönelimli değil, bütüncül ve sağlığa odaklı bir bakış açısına sahip olan bir hekim tipi gerektirir. Bu nedenle birinci basamak hekimlerinin eğitimi, birinci basamağa uygun içerikte planlanmalı ve birinci basamakta gerçekleşmelidir. Ağırlıklı olarak üçüncü basamak hastanelerinde gerçekleşen mezuniyet öncesi ve sonrası tıp eğitiminde ise öğrenciler genellikle toplumda çok az rastlanan ve çok farklılaşmış bir aşamada olan hastalıklarla karşılaşır ve üçüncü basamak hastanelerinden çıkıp toplumda çalışmaya başladıklarında ciddi bir hastalıkla karşılaşma olasılığını abartma eğiliminde olurlar (Starfield, 1998). Bu eğilimin, kişileri sosyal ve fiziksel çevreleriyle

birlikte değerlendirebilme becerisinin eksikliği ve pahalı teknolojilere yapılan ekonomik teşviklerin, ilaç şirketlerinin promosyon çalışmalarının ve rekabete dayalı sistemin etkisi ile birleşmesi, hastalara çok sayıda gereksiz tanı testlerinin ve tedavilerin uygulanmasına neden olur. Bu nedenle birinci basamak dışındaki herhangi bir uzmanlık eğitiminden ya da aslında birinci basamağı amaçlanmasına rağmen, birinci basamağa özel olarak tasarlanmamış olan ve sadece sağlık sisteminin diğer aşamalarında yapılan rotasyonlardan oluşan bir süreçten geçmiş hekimlerin birinci basamakta çalışması uygun değildir (Starfield, 1998).

Kamu sağlık merkezlerinde hekim çok disiplinli birinci basamak ekibinin pek çok üyesinden sadece biridir. Bu ekipte, ebe, hemşire, çevre sağlığı teknisyeni, tıbbi sekreter, sosyal çalışmacı, psikolog, diş hekimi, eczacı ve fizyoterapist gibi diğer sağlık çalışanları da yer alır. Birinci basamak ekibine farklı sağlık profesyonellerinin katılımı, sosyal, psikolojik ve tıbbi bilgi ve becerilerinin ortak kullanımını, bunun sonucunda da hastalara yönelik hizmet çerçevesinin genişletilmesini, sorunların kapsayıcı bir bakış ile değerlendirilmesini, hastane sevklerinin azalmasını, bakımın kesintisizliğini, entegre hizmet sunumunu, hizmet tekrarlarının önlenmesini ve maliyetlerin azalmasını sağlar. Ekip çalışması hekimlerin aşırı iş yükünü önleyerek hasta bakımına daha fazla zaman ayırmalarına olanak verirken, hekim dışı sağlık çalışanları ile daha rahat iletişim kurabilen hastaların sağlık hizmetlerinden daha kolay yararlanabilmelerini sağlar. Bunlara ek olarak, ekip içinde çalışan hekim dışı sağlık çalışanlarının meslek memnuniyetleri daha yüksek, işe yabancılaşma düzeyleri ise çok daha düşüktür (BMA Health Policy and Economic Research Unit, 1999).

Fakat bu noktada ekip çalışmasının ne olduğunun daha doğrusu ne olmadığını açılmasında yarar vardır. Sağlık çalışanlarının birlikte çalışmaları ekip çalışması yaptıkları anlamına gelmez. Ekip çalışması, ortak amaçları, herkesin kendi rolünü ve ekipteki diğer kişilerin rol ve becerilerini anlamasını ve değer vermesini gerektirir. Ekip çalışmasının gerçekleşmesi için birinci basamak çalışanlarının meslek eğitimi de ekip çalışması ilkelerine göre düzenlenmelidir. Ayrıca ekip üyelerinin istihdam tipleri farklı olduğunda, örneğin bazıları sözleşmeli bazıları kadrolu veya bazıları ayrı bir kuruma, örneğin taşeron şirkete bağlı ise ekip çalışması zor olabilir (BMA Health Policy and Economic Research Unit, 1999).

Özel hekim muayenehanelerinde ise hizmet hekim merkezlidir, diğer sağlık çalışanları sadece yardımcı personel niteliğindedir. Hekim ile diğer çalışanlar arasında istihdam tipi ve gelir düzeyi bakımından önemli farklar bulunmaktadır.

## **BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNİN UYGULAMA ÖZELLİKLERİ**

### **İlk Başvuru**

İlk başvuru özelliği birinci basamağın bireylerin bir sağlık sorunu nedeniyle ortaya çıkan her bir yeni bakım gereksiniminde sağlık sistemi ile ilk karşılaştıkları aşama olmasını tanımlar (Starfield,1998). Sağlık sistemleri birinci basamak yönelimli olan ülkelerin önemli bir bölümünde uzmanlık hizmetlerine ancak bir birinci basamak hekiminin sevki ile ulaşılabilir. Genel pratisyenlerin, hastaların sağlık sisteminin diğer aşamalarını kullanımını kontrol etmesi “kapı tutuculuk (gatekeeping)” olarak adlandırılır (Starfield, 1998). Kapı tutuculuk temel olarak iki farklı şekilde uygulanır. Birinci model kamu sağlık merkezlerinde çalışan genel pratisyenlerin coğrafik olarak tanımlanmış bir nüfusa, ikinci model ise özel olarak çalışan hekimlerin kendilerine belli bir dönem için kayıtlı olan hastalardan oluşan bir hasta listesine hiz-

met vermesidir (Boerma, 2003). Hastaların ilk başvuru aşamasında bir uzmana gitmesinin engellenmediği, uzmanlık hizmetlerine erişimin kontrol edilmediği uygulamaya ise “açık sistem” adı verilmektedir (Guy,2001). Ancak, bu uygulamanın getirdiği adının çağrıştırdığı gibi özgürlük değil, sağlık sisteminde tam bir karmaşadır. Açık sistemlerde sağlık hizmetlerinin birinci, ikinci ve üçüncü basamak yerine, ayakta ve yataklı bakım olarak sınıflandırılması daha uygundur ve ayakta bakım hem birinci basamakla ilgili tüm hizmetleri hem de muayenehane tabanlı uzmanlık hizmetlerini ve ayakta yapılan hastane tedavilerini kapsar (Guy, 2001).

Kapı tutuculuk, hizmetlerin eşgüdüm içinde sunulması sağlamak, gereksiz girişimleri, uzmanlık hizmetlerinin aşırı kullanımını, hastanede yatış süresini ve ilaç kullanımını azaltmak, hizmetlerin toplumun bir bölümü tarafından aşırı düzeyde kullanılmasını önleyerek eşitsizlikleri önlemek gibi çok sayıda avantajı beraberinde getirmektedir. Bugün özellikle Doğu Avrupa olmak üzere tüm Avrupa’da özel çalışan genel pratisyenlerin listelerindeki hastaların sevklerini kontrol ettikleri bir kapı tutuculuk uygulaması eğilimi görülmektedir (European Observatory on Health Systems and Policies, 2007). Fakat, sağlıkta özelleştirme sürecinin bir parçası olan bu tip bir kapı tutuculuk hekimin sadece listesinde yer alan hastalara karşı sorumluluğunu güçlendirmekte, hekimleri bireylere, ailelere ve topluma birinci basamak düzeyinde ve sürekli hizmet sunmaktan uzaklaştırmaktadır. Listelerine daha fazla hasta kaydetmek için birbirleriyle rekabet halinde olan genel pratisyenler hasta taleplerinin baskısı altında kalmakta, hasta memnuniyetine dayalı sağlık sistemlerinde kapı tutucu rollerini gerçekleştirememektedir. Kapı tutuculuk ancak birinci basamak sağlık hizmetleri yeterince güçlü ve sağlık sistemi birinci basamak yönelimli olan ülkelerde uygulanabilir. İsveç örneği çok çarpıcıdır. Kapı tutuculuk zorunlu değildir, ama hastalar ilk başvuruda birinci basamak hekimlerine gitmeyi ve bu hekimler tarafından sevk edilmeyi tercih etmektedir. Bu tercihin nedeni birinci basamakta hizmet kapsamının geniş olmasına ve genel pratisyenlerin toplumdaki statüsüne bağlanabilir (Boerma, 2003).

Bu iki koşul sağlanmadığı takdirde hastalar acil servislere gitmeyi yada para ödeyerek uzmana doğrudan ulaşmayı tercih etmektedir (European Observatory on Health Systems and Policies).

Toplum tabanlı örgütlenmeyen, geniş bir hizmet kapsamına sahip olmayan, pazar ekonomisine dayalı birinci basamak sağlık sistemlerinde ve genel pratisyenlerin öneminin toplum tarafından yeterince anlaşılmadığı ülkelerde kapı tutuculuk uygulaması hasta-hekim ilişkisinin bozulmasına, hekimlerin tüketici baskılarının altında ezilmesine neden olacak ve sağlıkta eşitsizlikleri arttıracaktır.

### **Kapsayıcılık**

Hizmet kapsamı ile ilgili temel ilke, birinci basamağın hangi tipte olursa olsun toplumda sık görülen tüm sağlık sorunlarını tanımlayabilecek ve müdahale edebilecek düzeyde olmasıdır. Bu nedenle kapsayıcılık değerlendirilirken personelin eğitiminin, sayısının, kurumun olanaklarının, donanımının ve destek hizmetlerinin bu sorunları tanımlayabilme ve müdahale edebilme açısından yeterliliği sorgulanır. Bağışıklama, sağlık eğitimi ve tarama gibi etkinliklerin uygulanma düzeyi de kapsayıcılığı yansıtır. Kapsayıcılığın değerlendirmesinde kullanılan bir diğer ölçüt olan sevk oranının yüksek olması ise kapsayıcılığın yetersiz kaldığını gösterir (Starfield, 1998).

## Süreklilik

Süreklilik, hasta ve birinci basamak kurumu arasındaki herhangi bir sağlık sorununun varlığından bağımsız, uzun erimli ilişkidir. Sürekliliğin toplum açısından tanımı, düzenli bir birinci basamak sağlık hizmeti kaynağının varlığını ve bunun kullanımını kapsar. Hizmet veren taraf açısından ise süreklilik, hizmet verdiği toplumu tanıma, bu toplumun gereksinimlerini bilme ve gereksinimlerin karşılanıp karşılanmadığını izleme düzeyini yansıtır (Starfield, 1998).

Birinci basamak kurumlarının coğrafik olarak tanımlanmış bir nüfusa hizmet vermesi, bu kişilere ait bilgileri içeren kayıtlara sahip olması sürekliliğin sağlanmasında anahtar rol oynar. Bu kayıtlar hem genel pratisyenlerin halk sağlığı görevlerini yerine getirmeleri hem de sağlık hizmetlerinin planlanmasına yol gösteren verilerin elde edilebilmesi açısından çok önemlidir (Starfield, 1998).

Coğrafik olarak tanımlanmış bölgeler temelinde örgütlenmeyen birinci basamak, hekimlerinin sadece kendilerine kayıtlı olan hastalara hizmet verdikleri uygulama liste sistemi olarak adlandırılmaktadır (Starfield, 1998). Liste sistemi, birinci basamak ekibinin toplumu tanımasına olanak sağlamamaktadır. Üstelik tüketici ilişkileri mantığı ile işleyen bu sistemde hastalar bir hekimin listesinden çıkıp diğerine geçebilir ve bir sonraki dönem tekrar hekim değiştirebilir (Boerma, 2003, Carlsen, 2005). Bu durumda hekimler hastalarını tanımak için çaba gösterse bile hasta listelerindeki değişkenlik nedeniyle sürekliliği sağlamaya yönelik çabalarının bir sonuca ulaşması güçtür.

## Eşgüdüm

Birinci basamak ile sistemin diğer aşamaları arasında bilgi aktarımının gerçekleşmesini tanımlar. Eşgüdüm sağlanabilmesi için üç temel koşulun varlığı zorunludur. Birinci koşul kapı tutuculuk uygulamasıdır. Diğer koşullar ise birinci basamağın yanı sıra ikinci ve üçüncü basamakta da hastalarla ilgili tüm bilgilerin kaydedilmesi ve bu bilgilerin birinci basamağa aktarılmasının resmi yönergelerle zorunlu tutulmasıdır (Starfield, 1998).

## TÜRKİYE’DE BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ

Türkiye’de birinci basamak sağlık örgütlenmesi konusunda temel adım, bilindiği gibi 1961 tarihli 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi adlı yasa ile atılmıştır. Yasa, birinci basamak sağlık hizmetlerinin önemli özelliklerini barındırıyordu: Basamaklandırılmış sağlık sistemini benimsemişti. Hizmet sunacak asli personel ebe ve pratisyen hekimdi. Sunulan hizmet, tümelci yaklaşıma göre belirlenmişti, yani koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmet birlikte verilecekti. Ve hizmet, bir kamu sağlık kurumunda, *ekip olarak, ücretsiz verilecekti*. 1963’de başlayan uygulama aşama aşama ülke düzeyinde yaygınlaştırılırken, 1978 Alma-Ata, birinci basamak sağlık hizmetleri kavramının daha kapsamlı tartışmaları ülkemize taşıdı. Bunun tersine, 1980’le başlayan süreç, kamu sağlık hizmetlerinin genel olarak çökertilmesi anlamında yaşanırken, birinci basamak sağlık hizmetleri de, bundan nasibini aldı. Birinci basamak sağlık hizmetleri kavramının yeniden gündem olması, 1990 sonrası “Sağlık Reformu” tartışmaları ile başladı. Ama, farklı bir tercihle. Sağlık Reformu, sağlık ocakları ile entegre, çok sektörlü, toplumcu, sistematik, standart bir hizmete uyarlanmış, kapsamlı, eşitsizliği azaltma amaçlı bir birinci basamak yerine, aile hekimliği temelli bir birinci basamak anlayışını tercih etmiştir. Sağlıkta Dönüşüm de, bu bağlamda yeni bir şey değil, 1990’lardaki Sağlık Reformu sürecinin benzeridir.

Nedir, iki tercih arasındaki fark ve aile hekimliği tercihinin birinci basamak sağlık hizmetleri açısından anlamı nedir? Aile hekimliği bir uzmanlık dalı olarak değil, bir örgütlenme modeli olarak nitelendirilmelidir. Burada önemli olan isim değil, işlev ve sistemdir. Birinci basamakta aile hekimliği sistemi ile işlevleri sınırlanarak, polikliniğe hapsedilmiş bir hekim tipi öngörülmektedir. Sosyalleştirmenin tanımladığı pratisyen hekim ile “reform” ya da “dönüşüm”ün tarif ettiği aile hekimi arasındaki fark, teknik ya da bilimsel değil, her şeyden önce politiktir ve bir tercihi yansıtmaktadır.

Bu noktada, başa dönersek Türkiye’de iki tercihin aynı anda uygulamada olduğunu, değerlendirmeyi de ikili yapmak gerektiğini söyleyebiliriz. 1961 tercihi, birinci basamağın yapısal özellikleri açısından, örneğin alt yapı ve insan gücü dağılımı yönünden eşitliği hedeflemiştir. Finansman açısından en eşitlikçi finansman yöntemi olan vergi temellidir. Fakat birinci basamakta döner sermaye uygulamasıyla birlikte ücretsiz hizmet ilkesi çığnemiş ve yoksul, güvencesiz kişiler sağlık ocaklarında para ödemek zorunda bırakılmıştır. Aslında bu uygulama, sağlık ocakları sisteminden “reform”un gerektirdiği yeni sisteme geçişin bir gereği olarak gündeme sokulmuştur. Hizmet sunan sağlık personeli olarak, daha kapsamlı bir hizmeti görev edinmiş pratisyen hekimi öne çıkarır. Bu noktada, pratisyen hekimin eğitim eksiklerini gidermeyi amaçlayan Genel Pratisyenlik Enstitüsü yönelimi, bu tercihi güçlendirici bir etmendir. Uygulama ilkeleri açısından değerlendirildiğinde, 1961 tercihi, ilk başvuru zorunluluğu temellidir. Ortaya çıkan sıkıntılar, yasadan değil, uygulamadaki gevşeklikten kaynaklanmıştır. Hizmet çerçevesi açısından, 1961 tercihi daha geniş kapsamlıdır. Sadece tedavi hizmetlerini değil, koruyucu hizmetleri, -üstelik çevreye ve bireye yönelik ayrımı yapmadan- sektörler arası koordinasyonu, yönetsel hizmetleri kapsamaktadır. 1961 tercihinin en temel özelliklerinden birisi de, sürekliliktir. Yani, bir hekime, daha doğrusu bir sağlık kurumuna bağlı, coğrafi bir bölge temelli bir nüfus söz konusudur ve bu ilişki hastalık olsun olmasın sürekli. Eşgüdüm, yani uygulama ilkelerinin dördüncüsü de, 1961 tercihinin içerisinde mevcuttur. Sağlık ocaklarından ikinci basamak sağlık kurumlarına giden ve orada bakım gören hastaların nasıl bir süreç yaşayacağı yasal olarak tarif edilmiştir. Uygulamada bu ilkeye uyulmaması, piyasa yönelimli tercihlerin, sağlık sistemindeki tahribatının sonucudur. Gelelim, aile hekimliği tercihine. Yapısal özellikler açısından bakıldığında, insan gücü dağılımının teorik olarak öngörüldüğü görülebilir. Üç bin kişiye bir aile hekimi öngörüsü ve gönüllü çıkmazsa, görevlendirme yaklaşımı, eşitlik ilkesi ile ilişkilidir. Alt yapı açısından ise eşitlik, teorik olarak da sözkonusu değildir. Finansman ilkesi açısından aile hekimliği tercihi, daha az eşitlikçi sigorta modeline oturmakta, ayrıca kullanıcının bir finansman biçimi olduğu Genel Sağlık Sigortası modeli ile birlikte değerlendirilmektedir.

Hizmet sunacak sağlık personeli ise, sadece tedavi hizmetleri konusunda eğitilmiş olan ve topluma karşı bir sorumluluk taşımayan aile hekimidir. Ebeler, hemşireler ve sağlık memurları, yardımcı sağlık personeli olarak tanımlanarak kimliksizleştirilmiş ve ekip anlayışı tamamen ortadan kaldırılmıştır. Uygulama ilkeleri açısından aile hekimliği tercihi, ilk başvuruyu teorik olarak başa koymuştur. Ancak, AKP Hükümetinin uygulamaları, özellikle de katkı payının yaygın bir uygulama olarak gündeme sokulması, ilk başvuru ilkesinin sahiplenilmesi yönünden kuşku yaratıcıdır. Fakat birinci basamağın ilk başvuru kurumu olarak kullanılmasını sağlayan sevk sisteminin uygulanması çok ciddi sorunları beraberinde getirecektir. Pazar ekonomisine ve tüketici memnuniyetine dayalı birinci basamak sağlık sistemlerinde ve genel pratisyenlerin statüsünün hak edilen düzeyin çok altında olduğu ülke-



lerde sevk sistemi çok sayıda sorunu beraberinde getirir. Ülkemizde de bu sorunların faturasını yine genel pratisyenler ödeyecek, hastaları ile karşı karşıya getirilecek, tüketici baskılarının altında ezilecektir. Sevkin pilot illerde uygulanmamasının amacı da bu sorunların balayı döneminde ortaya çıkmasını önlemektir. Aile hekimliği tercihi, teorik olarak bile kapsayıcılık ilkesini reddetmiştir. Koruyucu hekimlik hizmetleri, “bireysel” olanla sınırlandırılmış, birinci basamağın birçok hizmeti kapsam dışına çıkarılmıştır. Toplumsal hizmetler bireysel hizmetlerden kopartılmış ve bu hizmetlerin gerektirdiği örgütlenme modelinden, alt yapı, personel olanaklarından ve yetkiden son derece uzak olan toplum sağlığı merkezlerinin üzerine atılmıştır. Ayrıca, sunulacak hizmetin kapsamı, hizmeti alacak kişinin sosyal güvencesine oldukça bağımlıdır. Yani, hizmet alamama seçeneği dahi vardır. Süreklilik ilkesi, aile hekimliği açısından “sözde”dir. Bir kere, coğrafi bir temel yoktur. Belirli bir nüfus tarif edilse bile, bu nüfusun hizmetten yararlanması, sadece belirli bir süre için geçerlidir. Üstelik, rekabet mantığı, bir çok ülkede süre kısıtlanmalarının gevşetilmesini getirdiğinden, bu sınırlı süreye dahi uyulması konusunda kuşku lar vardır. Son ilke eşgüdüm konusunda, teorik olarak bir sahiplenme söz konusudur. Ancak, aile hekimlerinin sevk edeceği sağlık kurumlarının birbirleri ile rekabetinin, bu eşgüdüm ilişkisini, başka bir yöne hızla evriltmesi mümkündür.

Sonuç olarak, ülkemizde birinci basamak sağlık hizmetlerinde çok derin eşitsizlikler yaşanmaktadır. Bu eşitsizlikler illerin sosyoekonomik gelişmişlik düzeyleri ile bağlantılıdır. Bir diğer ifade ile toplumsal eşitsizlikler birinci basamak sağlık hizmetlerinde de eşitsizliklerin yaşanmasına neden olmaktadır. Politik tercihler nedeniyle sosyalleştirmenin desteklenmemesi eşitlikçi özünü ortaya çıkarmasını engellemektedir. Eşitsizliklerin ve sistemdeki aksaklıkların faturası sosyalleştirmenin ilkelerine çıkartılmakta ve Türkiye’deki eşitsizlikleri çok daha dramatik bir şekilde arttıracak olan piyasa yönelimli yeni bir sistem için zemin hazırlanmaktadır.