

Sağlıkta Piyasacı Tahribatın Son Halkası: AKP



SAĞLIKTA PİYASACI TAHRİBATIN SON HALKASI: AKP



Bu çalışma “Ata Soyer, Bülent Aslanhan, Eriş Bilaloğlu, Güray Kılıç, Osman Öztürk
Cavit Işık Yavuz ve Mehmet Zencir” tarafından hazırlanmıştır.

SAĞLIKTA PİYASACI TAHRİBATIN SON HALKASI: AKP



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



ISBN 978-975-6984-90-1



TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ MERKEZ KONSEYİ

GMK Bulvarı Şehit Daniş Tunalıgil 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 ● <http://www.ttb.org.tr>

ÖNSÖZ

“Mücadelemiz sağlık hakkı içindir.” Broşürümüzün giriş başlığını bu cümle oluşturuyor. Çünkü Türk Tabipleri Birliği'nin onyıllardır temel yaklaşım olarak benimsediği bu anlayış, neo-liberal saldırganlığa karşı nasıl bir zeminde duracağımızın da göstergesi. Sağlık hakkını savunmak özü itibariyle iyi hekimlik değerlerini savunmaktır. Sağlık ortamının bütünü, çalışma koşullarımızı, ücretimizi, değerlerimizi, hasta hekim ilişkisini sağlık hakkı kavramının içinde değerlendirmek zorundayız.

Sağlıkta eşitsizliklerin arttırıldığı bir süreçten sağlığa erişimin yurttaşların önemli bir kısmı için imkansızlaştırıldığı bir sürece doğru evriliyoruz. Hekimlerin birer maliyet unsuru olarak değerlendirileceği, güvencesiz, geleceksiz ve piyasanın ağır baskısına açık değerler erezyonu bu sürecin kaçınılmaz sonuçlarını oluşturuyor. Yılların “sağlık reformu” girişimleri IMF ve TUSİAD destekli AKP hükümeti aracılığıyla “Sağlıkta Dönüşüm Programı” adı altında ülkemize pazarlanmaya çalışıldı. Tek başına iktidar olmak, Dünya Bankası kredileri ile değirmeni döndürmek, medya manüplasyonlarıyla “sağlıkta devrim” havası yaratmak için özünü değiştirmiyor. Sağlıkta neo-liberal dönüşümü, yani sağlık ortamımızın piyasacı tahribata uğratılmasının son halkasını AKP hükümeti temsil ediyor.

2007 seçimleri öncesinde tüm partileri merkeze çekme ve siyaseti teknokratlaştırma girişimleri siyasal temsil ve iktidar mekanizmasının oluşum sürecinde hekimler de dahil olmak üzere tüm çalışanları, emek örgütlerini ve demokratik kurumları devre dışı bırakmayı hedefliyor. Hangi hükümet gelirse gelsin sağlık gibi alanlarda aynı programı uygulamaktan başka çaresi ol(a)mayacağı ve toplumun bu duruma mahkum olduğu havası veriliyor. Ya bu konuları hiç konuşmamak ya da en piyasacı kimse ona yol açmak öneriliyor. Oysa bizler, ülkemize, hekimlere ve yurttaşlarımıza olan sorumluluğumuzdan hareketle bu sürece müdahil olmakta kararlıyız. Ne AKP hükümetinin dört buçuk yıllık icraatıyla tescilli olan programını kabullenmeye ne de sağlığı bir teferruat gibi görüp IMF ve Dünya Bankasına bağlılıklarını şimdiden ilan edenlerin icazetine ihtiyacımız var. Sağlıkta yaşanan tahribatı, nedenlerini, sorumlularını ve bunun ülkemiz için sonuçlarını göstermeye çalışırken, insanca yaşanacak bir dünya ve eşitlikçi bir sağlık ortamına sahip bir ülke özlemimiz devam ediyor.

Türk Tabipleri Birliği bu sorumluluk ve görev anlayışıyla uygulanma niyeti çıktığı andan itibaren fiili olarak karşı durduğu bu piyasacı programın iç yüzünü gerek hekimler, gerek vatandaşlar, gerekse demokratik kamuoyu önünde tüm açıklığı ile tartıştırmayı görev bildi. Sağlıkta piyasacı tahribatı en pervasız örneğinden hareketle irdeleyen bu broşürün mücadeleyi omuzlayan ve ülkemiz gerçeklerine uygun eşitlikçi bir sağlık ortamına kavuşma çabalarını sürdüren herkese bir kaynak oluşturacağını düşünüyoruz.

Broşürün hazırlanmasında emeği geçen tüm arkadaşlarımıza teşekkürü önümüzdeki dönem yürüteceğimiz etkin ve kararlı bir mücadele ile verebilmek umuduyla....

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ
MERKEZ KONSEYİ



İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ.....	3
İÇİNDEKİLER	5
I. MÜCADELEMİZ SAĞLIK HAKKI İÇİNDİR.....	9
II. TÜRKİYE, SAĞLIKLI VAROLMA (YAŞAMA) OLANAKLARI AÇISINDAN DÜNYADA KÖTÜ DURUMDA OLAN ÜLKELER ARASINDA SAYILMAKTADIR.	10
II.1. Ulusal Gelir Artmasına Karşın, Bu Artış Sosyal İşlevlere ve Gelir	11
Dağılımındaki Eşitsizliği Azaltmaya Yansımamaktadır.	
II.2. Ülkemizde, Sağlığı Etkileyen En Önemli Bileşenlerden Biri Olan İş'ten Yoksun Nüfus (İşsiz) Ciddi Bir Sayıda Seyretmektedir.	12
II.3. Türkiye'de Her Beş Kişiden Biri Yoksuldur.....	13
III. SAĞLIK ÖLÇÜTLERİ, YILLAR İÇİNDE İYİLEŞME GÖSTERMESİNE KARŞIN, YERLEŞİM YERİ, BÖLGE, SINIF, EĞİTİM GİBİ ETMENLER BAĞLAMINDAKİ EŞİTSİZLİKLER GİDEREK DERİNLEŞMEKTEDİR.....	14
IV. SAĞLIK HİZMETLERİNDE PİYASA YÖNELİMLİ MÜDAHALELER, AKP DÖNEMİNDE ARTARAK/HIZLANARAK DEVAM ETMİŞTİR: AKP DÖNEMİNDE SAĞLIKTA NELER OLDU, NELER DÖNÜŞTÜ?	19
IV.1. AKP, Sağlıkta Neler Yapacağını, Temel Belgelerinde Açıklamıştır. Neydi O Temel Belgeler?	19

IV.2. AKP Hükümeti, Sağlıkta Yasal Düzenlemeleri Alt Üst Etmiştir. Neydi, AKP Döneminde Sağlıkta Temel Yasal Düzenlemeler?.....	22
IV.3. AKP Hükümeti, Sağlık Finansmanına Müdahale Etmiştir:	23
IV.3.1. AKP Hükümeti, Sağlık Alanına Bütçeden Akan Parayı Asgari Bir Düzeye İndirmiş, Sağlık Önemli Ölçüde Sosyal Güvenlik Kurumlarının Kaynaklarından Karşılama Yoluna Gitmiştir.	23
IV.3.2. AKP Hükümeti, Zaten Sınırlı Hale Getirdiği Bütçe Sağlık Harcamalarını Giderek Daha Fazla Döner Sermayeye Dayandırmaktadır.	23
IV.3.3. 1992 Yılında Yoksullara Yönelik Gündeme Getirilen “Yeşil Kart”, AKP Döneminde Dördüncü Sosyal Güvenlik Kurumu Haline Getirilmiştir.	24
IV.3.4. AKP Hükümeti, Kamu Sağlık Hizmeti Kavramının Özünü Tahrip Etmiştir. Kamu Sağlık Hizmetini, Kamu Sağlık Kurumlarınca Sunulan Bir Hizmet Olmaktan, Kamu Sağlık Yatırımlarını Dibe Çekerek, Çıkarmıştır. Yerine, Kamu Dışından Satın Alınan Bir Hizmet Modelini Oturtmuştur	26
IV.3.5. Bu Bağlamda, AKP 1980 Sonrası Dönemin Sağlıkta En Verimsiz ve En Müsrif Hükümeti Olmayı Başarmıştır. Kamu Hizmetini Dışarıdan Satın Alma Modeli Temeline Oturtan AKP, Toplam Sağlık Harcamalarının Yaklaşık Yarıya Kadar Bir Kaynağı, Kamudan Özele Aktarmıştır. Sağlık Alanı, Kamudan Özele Kaynak Aktarmanın En Tipik Örneği Haline Gelmiştir	26
IV.3.6. AKP Dönemi, Kamudan Özele Kaynak Aktarma Modeli İle Birlikte Bir Özel Sağlık Sektörü Patlaması Yaratmıştır. Özel Hastanelerden, Özel Tıp Merkezlerine, Özel Polikliniklerden Özel Laboratuvarlara Kadar Hizmet Sunan Özel Sektör Bölmesinde Büyüme ve Yaygınlaşma Söz Konusudur	26
IV.3.7. AKP Döneminin Bir Başka Özelliği, İlaç Tüketimi, İlaç Harcamaları ve İthalatındaki Patlama Olmuştur.	28
IV.3.8. AKP Sağlık Finansmanı Alanındaki Asıl Saldırısını Genel Sağlık Sigortası Yasası İle Yapmaya Çalışmıştır.	30
IV.4. AKP Hükümeti, Sağlık Hizmet Sunumuna Kamuya Yatırım Yapmayarak Kamu Sağlık Hizmetlerini Çökertmek Suretiyle ve Kamu Sağlık Hizmetlerini Özel Sektör Yöntemleriyle Verilmesini Sağlayarak Müdahale Etmiştir.....	33

IV.4.1. AKP Hükümeti, Sağlığa Yatırım Yapmamıştır. Bunun En İyi Göstergesi, Sağlık Ocağı Başına Düşen Nüfusun, AKP İktidarı Döneminde Artmış Olmasıdır.	33
IV.4.2. AKP, Sağlık Yatırımlarını Durdurmasının Yanı Sıra, Özellikle Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Çökertilmesi Yönünde Adımlar Atmıştır. Sağlık Ocaklarına Hekim Ataması Yapılmamış, Birinci Basamağın Çökmesine Göz Yumulmuştur.	35
IV.4.3. Sağlık Ocakları, Sadece Tedavi Hizmeti Veren Yerler Olarak Görülmüş, Poliklinik Hizmetlerinin Artışı Bir Gelişme Olarak Sunulmuştur.	36
IV.4.4. Birinci Basamakta Özelleştirme: Aile Hekimliği	36
IV.4.5. Sağlıkta “Dönüşüm” Patronların Hizmetinde: Bir Darbe de İşyeri Hekimliğine	38
IV.4.6. AKP Döneminde Sağlıkta Taşeronlaştırma Destek Hizmetlerden Klinik Hizmetlere Yaygınlaştırılmıştır.	40
IV.4.7. Hastaneler de, Tıpkı Sağlık Ocakları Gibi, Sadece Hasta Tedavi Edilen Yerler Olarak Görülmektedir. Son 5 Yılda Artmış Görülen Ayaktan Bakılan ve Yatarak Tedavi Gören Hasta Sayısı, Bir Yönü İle El Konulan SSK Sağlık Kurumları İle İlgilidir. Diğer Yön ise, Kamunun çökertilmesi Sonucu Özel Sağlık Sektörünün Önünün Açılmasıdır	41
VI.4.8. AKP Son Bir Hamle İle Hastaneleri Kırk Parçaya Bölmeye Kalkmıştır. Kamu Hastane Birlikleri İle, Fiilen İşletmeleştirilen Hastaneler Yasal Olarak da İşletmeleştirilmek İstenmektedir.	41
IV.4.9. SSK Sağlık Kurumlarının Gaspı: Amaç Birleştirme Değil, Tasfiye.....	43
IV.5. AKP Hükümeti, Sağlık İnsangücüne Onları Birbirlerinden Yalıtarak, Rekabete Sokarak, Çoğunluğun Güvencesini Elinden Alarak, Baskıcı Bir Ortamda Çalışmaya Zorlayarak Müdahale Etmiştir.....	44
IV.5.1. AKP'nin Sağlık Çalışanlarına Layık Gördüğü Çalışma Biçimi Güvencesiz Çalışma Olmuştur: Sözleşmeli Çakılı Kölelik.....	45

IV.5.2. AKP Döneminde, Daha Önce Destek Hizmetlerde Çalışan Personelin Sözleşmeli Çalışmasına Ek Olarak, Tıbbi Hizmetlerde Çalışanlar Yaygın Olarak Sözleşmeli Olmaya Başlamıştır.	46
IV.5.3. AKP, Başlangıçta Kaldırdığı Mecburi Hizmeti, “Dün Düündür, Bugün Bugündür” Diyerek ve Hekim Eksikliğinin En Önemli Sağlık Sorunu Olduğunu Söyleyerek, Yeniden Yürürlüğe Sokmuştur.	47
IV.5.4. AKP İktidarının Kamu Hastanelerindeki Hekimlere ve Sağlık Personeline Reva Gördüğü, Performansa Dayalı Ticarileşme, Partizanca Kadrolaşma ve İşgal Olmuştur.	47
IV.5.5. AKP, Sağlık Alanını Piyasaya Açmada Sınır Tanımayan Uygulamalarına, Sermayenin İhtiyacına Yanıt Veren Bir Adımla Daha Katkıda Bulunmuştur: İthal Hekim Ve Torba Yasa.....	49
IV.6. Sağlıkta Uluslararası İpotek: IMF ve Dünya Bankası Sağlığa Zararlıdır	51
IV.7. AKP Hükümetinin Sağlığa Müdahalesinin En Önemli Sonucu, Bulaşıcı Hastalıkların Yaygınlaşmasıdır.	55
V. AKP HÜKÜMETİNİN SAĞLIKTA YAPTIKLARININ ANLAMI NEDİR?	62
VI. AKP DÖNEMİNDE SAĞLIK HAKKI MÜCADELESİ ÜZERİNE NOTLAR	64
VII. NEYİ TALEP ETMELİYİZ? NASIL TALEP ETMELİYİZ?	68
EK 1: 2002 KASIM- 2007 DÖNEMİNDE RESMİ GAZETEDE YAYIMLANAN BAZI KANUNLAR	74
Ek 2: 2002 KASIM- 2007 DÖNEMİNDE ÇIKARILAN BAZI YÖNETMELİKLER	75

I. MÜCADELEMİZ SAĞLIK HAKKI İÇİNDİR

Nedir, sağlık hakkı? Sağlıklı varolma hakkı (sağlıklı yaşama hakkı) ve sağlık hizmetlerine ulaşma hakkıdır. Sağlıklı yaşama için gerekenler iş, gelir, sosyal güvence, barınma, beslenme, insanca çalışma ortamı, toplumsal yaşama katılma vb.dir. Sağlık hizmetlerine ulaşma ya da yararlanma hakkı ise eşit, ulaşılabilir, tüm toplumu kapsayan, ücretsiz, nitelikli sağlık hizmetinden tüm insanların yararlanmasıdır. Yaptıklarımız ve yapacaklarımızın oturduğu temel, işte bu sağlık hakkıdır.

Sağlık Hakkı

Sağlıklı var olma (yaşama) hakkı

- İş (tam istihdam)
- Gelir (insanca yaşama için gerekli)
- Sosyal güvenlik
- Çalışma ortamı (insancıl)
- Kentsel ve kırsal alt yapı
 - Su, atık, ulaşım,
 - Gürültüsüz ortam,
 - Kültür, sanat gibi.
- Konut
- Eğitim
-

Sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı

- Eşit,
- Ulaşılabilir,
- Tüm nüfusu kapsayan,
- Ücretsiz,
- Nitelikli
-

TTB, Sağlık hakkını olumsuz etkileyen tüm müdahalelere, sağlık hakkının toplumda eşitsiz dağılımına karşı çıkar. TTB bilir ve savunur ki; bir ülkede iyi hekimlik, ancak sağlık hakkının tüm toplum için geçerli olduğu ve sağlıkta eşitsizliklerin kaldırıldığı bir ortamda mümkündür.

II. TÜRKİYE, SAĞLIKLI VAROLMA (YAŞAMA) OLANAKLARI AÇISINDAN DÜNYADA KÖTÜ DURUMDA OLAN ÜLKELER ARASINDA SAYILMAKTADIR.

Bu konuda bir ölçüt, insani gelişme endeksidir. 1975-2004 yılları arasında Türkiye'nin "insani gelişme indeksi açısından sıralamadaki yeri, 177 ülke arasında 92.likdir

Tablo 1. Türkiye İçin İnsani Gelişim İndeksinin Gelişimi ve Sıralaması (UNDP Human Development Report, 2006)*

	1975	1980	1985	1990	1995	2001	2002	2003	2004**
Türkiye Puanı	0.587	0.610	0.646	0.678	0.709	0.734	0.751	0.750	0.757
Seviyesi	Orta	Orta	Orta	Orta	Orta	Orta	Orta	Orta	Orta
Türkiye Sıralaması	56	64	68	79	75	96	88	94	92
Ülke sayısı	102	113	121	136	145	175	177	177	177
Ülke sayısına göre (%)	54.9	56.6	56.2	58.1	51.7	54.9	49.7	53.1	52.0

*İnsani Gelişim Endeksi ve Türkiye Açısından Değerlendirme, Sırnı Demir, Sosyal Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü, Ankara, 2006.

**UNDP Human Development Report, 2006.

Türkiye'nin komşuları Yunanistan, Bulgaristan, Romanya, Bosna-Hersek yüksek gelişmişlik düzeyinde ülkeler arasında yer almaktadır. Yine Makedonya, Ukrayna, Lübnan, Kazakistan, Ermenistan ve Ürdün bizimle birlikte orta gelişmişlik düzeyindeki ülkeler arasında olmasına karşın, sıralamada bizim üzerimizde yer almaktadır.

Türkiye, kendisiyle benzer gelir düzeyindeki ülkelerle kıyaslandığında çeşitli sağlık ölçütleri açısından en olumsuz ülkeler arasındadır. Örneğin, doğumda beklenen yaşam süresi açısından, 18 ülkenin en sonunda yer almaktadır. Bebek ölüm hızı açısından da, 18 ülke arasında 17. sıradadır.

Tablo 2 .Gelir Düzeyi Türkiye İle Benzer Olan Ülkelerde Doğumda Beklenen Yaşam Ümidi ve Bebek Ölüm Hızı Değerleri (UNDP, Human Development Report, 2006)

Ülke	İnsani gelişme endeksi sırası	Kisi başına GSYİH (Satın alma gücü paritesine göre, dolar)	Doğumda beklenen yaşam ümidi (Yıl)	Bebek ölüm hızı (Binde)
Bulgaristan	54	8078	72,1	12
Panama	58	7278	74,7	19
Romanya	60	8480	71,3	17
Bosna-Hersek	62	7032	74,1	13
Libya	64	7570	73,4	18
Makedonya	66	6610	73,7	13
Kolombiya	70	7256	72,2	18
Venezüella	72	6043	72,8	16
Arnavutluk	73	4978	73,7	17
Lübnan	78	5837	71,9	27
Çin	81	5896	71,5	26
Ekvator	83	3963	74,2	23
Filipinler	84	4614	70,2	26
Ürdün	86	4688	71,2	23
Tunus	87	7768	73,1	21
Türkiye	92	7753	68,6	28
Iran	96	7525	70,2	32
Suriye	107	3610	73,2	15

II.1. Ulusal Gelir Artmasına Karşın, Bu Artış Sosyal İşlevlere ve Gelir Dağılımındaki Eşitsizliği Azaltmaya Yansımaktadır.

1965'de 791 dolar (satın alma paritesi olarak) olan kişi başına gayri safi yurt içi hasıla (KB/GSYİH), 1975'de 1523, 1985'de 3340, 1995'de 5620, 2000'de 6974, 2002'de 6390, 2004'de 7753 dolara yükselmiştir. Ancak, bu gelişme sağlık, eğitim başta olmak üzere sosyal alanlara yansımamıştır. GSYİH'ya göre beklenen performans (-22) olarak hesaplanmıştır. Başka bir deyişle, insani gelişme indeksi sıralamasında Türkiye şimdiki bulunduğu yerden 22 sıra yukarıda olması gerekir.

Türkiye'ye göre geliri daha az olmasına karşın, insani gelişmişlik indeksine göre daha üst sıralarda bulunan ülkeler: Küba, Panama, Bosna-Hersek, Makedonya, Belarus, Dominik, Kolombiya, Saint Lucia, Venezuela, Arnavutluk, Samoa, Ukrayna, Lübnan, Kazakistan, Ermenistan, Çin, Peru, Ekvador, Filipinler, Ürdün, Grenada, Surinam, Fiji, Paraguay.

Gelir dağılımındaki eşitsizliğin sürmesi, artan gelirin toplumun geniş ve yoksul kesimlerine yansımadığını göstermektedir. Türkiye'de en zengin %10'un geliri, en yoksul %10'un gelirin 16.8 katıdır.

Tablo 3. Türkiye’de Gelir Dilimlerine Göre Gelirin Dağılımı (2003) (UNDP. Human Development Report. 2006)

	Gelirin veya harcamaların paylaşımı				Eşitsizlik ölçümleri		
	En yoksul %10	En yoksul %20	En zengin %20	En zengin %10	En zengin %10 / En yoksul %10	En zengin %20 / En yoksul %20	Gini katsayısı
2003 yılı	2.0	5.3	49.7	34.1	16.8	9.3	43.6

II.2. Ülkemizde, Sağlığı Etkileyen En Önemli Bileşenlerden Biri Olan İş’ten Yoksun Nüfus (İşsiz) Ciddi Bir Sayıda Seyretmektedir.

2005 yılı istatistiklerine göre, resmi işsiz sayısının 2.526.400 olduğu belirtilmektedir. Her 10 kişiden birinin işsiz olduğu ülkemizde, bu oran gençlerde %19’u geçmektedir.

Toplam 22 milyon istihdamının 6,5 milyonu tarımda, 4,3 milyonu sanayide, 11,3 milyonu hizmet sektöründedir. Yıldan yıla tarım azalırken hizmet sektöründe artış belirgindir. 2006 başında da “işsizlik” Türkiye ekonomisinin en önemli sorunlarından biri olmaya devam etmektedir. Ekonomi son dönemde hızlı büyüme konjonktürü içinde olmasına rağmen istihdam yaratamamaktadır. Yani. istihdamsız büyüme sergilemektedir. Yapısal reformlar ve “esnek işgücü piyasaları uygulamaları” da yüzde 10’un üzerinde seyreden işsizlik. daha düşük reel kazanç ve %50.1 düzeyinde (2005 yılı sonu itibarıyla) kayıt-dışı istihdam olarak kendini göstermektedir. İş bulma olanaklarını yitiren ve umudu kırılan sivil nüfusun boyutlarını da temsil etmesi açısından önemli olan işgücüne katılım oranı düşerken işsizlik göstergesinde anlamlı bir düşüş yaşanmaması ise sorunun aslında görünenden çok daha büyük boyutlu olabileceğinin işaretidir. **(Bağımsız Sosyal Bilimciler-2006 yılı raporu: IMF Gözetiminde On Uzun Yıl. 1998-2008: Farklı Hükümetler, Tek Siyaset).**

Tablo 4. Yurtiçi İşgücü Piyasasında Gelişmeler (bin kişi) (TUİK, Hane Halkı İşgücü Araştırması 2007 Ocak Dönemi Sonuçları)*

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006**	2007**
15+ yaştaki nüfus	46 210	47 150	48 041	48 917	49 829	50 810	51 281	52 151
Sivil İşgücü	23 036	23 496	23 946	23 790	24 191	24 595	23 633	24 424
İş gücüne katılma oranı (%)	49.9	49.8	49.8	48.6	48.5	48.4	46.1	46.8
Sivil istihdam	21 540	21 536	21 473	21 295	21 712	22 086	20 834	21 749
Sivil istihdam Oranı (%)	46.6	45.7	44.7	43.5	43.6	43.5	40.6	41.7
İşsiz	1 496	1 959	2 474	2 495	2 479	2 508	2 799	2 675
İşsizlik oranı (%)	6.5	8.4	10.3	10.5	10.3	10.2	11.8	11.0
Tarım Dışı İşsizlik Oranı (%)	9.2	12.7	15.1	15.0	14.7	13.6	14.9	13.7
Genç İşsizlik Oranı (%)							21.9	20.6

*Bağımsız Sosyal Bilimciler-2006 yılı raporu: IMF Gözetiminde On Uzun Yıl. 1998-2008: Farklı Hükümetler, Tek Siyaset.

**TUİK, Hane Halkı İşgücü Araştırması 2007 Ocak Dönemi Sonuçları

II. 3. Türkiye’de Her Beş Kişiden Biri Yoksuldur.

Türkiye’de yoksulluk oranı %20.5’tir. Kırsal yerleşim yerlerinde yaşayanlarda yoksulluk oranı % 32.95 iken kentsel yerlerde yaşayanların yoksulluk oranı %12.83’tür. 2005 yılında hane halkı büyüklüğü 3 veya 4 kişiden oluşan hanelerde bulunan fertlerin yoksulluk oranı %9.36 olurken 7 ve daha fazla olan hanelerde fertlerin yoksulluk oranı %45.99 olarak hesaplanmıştır. En yüksek yoksulluk riskine sahip olan tarım sektöründe çalışanlarda yoksulluk oranı 2003 yılında %39.89, 2004 yılında %40.88 iken 2005 yılında %37.24 olarak tahmin edilmiştir. Okuryazar olmayanlarda yoksulluk oranı %37.81 olurken ilköğretim mezunlarında bu oran % 22.42, lise ve dengi meslek okulları mezunlarında % 6.79, yükseköğretim, fakülte ve üstü mezuniyete sahip fertlerde % 0.79 olmuştur. (TUİK-2005 Yoksulluk Çalışması Sonuçları)

SAĞLIK HAKKINI ETKİLEYEN BİLEŞENLER AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLDİĞİNDE, SAĞLIK ÖLÇÜTLERİNİN İYİ OLMASI BEKLENEMEZ. TABLO AÇIKTIR; İŞSİZLİĞİN, YOKSULLUĞUN, SOSYAL HİZMET EKSİKLİĞİNİN YOĞUN OLDUĞU BİR TOPLUMDA SAĞLIK HAKKININ GERÇEKLEŞMESİ OLANAKLI DEĞİLDİR.

III. SAĞLIK ÖLÇÜTLERİ, YILLAR İÇİNDE İYİLEŞME GÖSTERMESİNE KARŞIN, YERLEŞİM YERİ, BÖLGE, SINIF, EĞİTİM GİBİ ETMENLER BAĞLAMINDAKİ EŞİTSİZLİKLER GİDEREK DERİNLEŞMEKTEDİR.

Bebek Ölümlülüğü:

Türkiye’de bebek ölüm hızı, 1978-2003 yılları arasında binde 134’den binde 29’a gerilemiştir. Olumlu gibi görünen bu gelişim, kır-kent, doğu-batı, yoksul-zengin gibi değişkenler üzerinden değerlendirildiğinde, ciddi bir eşitsizliği yansıtmaktadır.

1978-2003 yılları arasında kırdaki bebek ölüm hızı binde 146’dan, binde 39’a gerilerken, aynı sürede kentteki değişim, binde 119’dan binde 23’e olmuştur. Başka bir deyişle, kırdaki kente kıyasla 1.2 kat olan bebek ölümlülüğü farkı, 1.7’ye yükselmiştir.

Aynı durum, Doğu-Batı için geçerlidir. 1978’de binde 147 olan Doğu’daki bebek ölüm hızı, 2003’de binde 41’e gerilerken, aynı sürede Batı’daki bebek ölüm hızı, binde 108’den binde 22’ye düşmüştür. Doğu’da 1978’de, Batı’ya kıyasla 1.4 kat fazla bebek ölürken, bu fark, 2003’de 1.9’a yükselmiştir. Ayrıca, Batı ile Kuzey ve Güney arasında da eşitsizlikler söz konusudur.

Tablo 5. Yıllara ve Yerleşim Yerine Göre Bebek Ölüm Hızı (Binde) (Onur Hamzaoğlu, Türkiye’de Sağlıkın Bugünü(Sağlıkta Dönüşüm)-Ne Yapmalı? 9. Ulusal Sosyal Bilimler Kongresi, 2005, TNSA 1978 ve 2003)

Yerleşim/ Yıl	1978	2003
Kır	146	39
Kent	119	23
Kır/Kent (Hız Oranı)	1.2	1.7
Bölgeler		
Doğu	147	41
Kuzey	141	34
Orta	151	21
Güney	109	29
Batı	108	22
Doğu/Batı (Hız Oranı)	1.4	1.9
Kuzey/Batı (Hız Oranı)	1.3	1.5
Güney/Batı (Hız Oranı)	1.0	1.3
Orta/Batı (Hız Oranı)	1.4	1.0
Türkiye	134	29

HASTANELERDEKİ ÇALIŞMA KOŞULLARI İLE İLGİLİ BİR İBRET BELGESİ

YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM BİRİMLERİNDE (YYBB) BEBEK ÖLÜMLERİYLE İLGİLİ KOMİSYON RAPORU

1. Birimlerde her kritik hasta için vital bulguların izlemine yapılabileceği monitor bulunmamaktadır ve zorunlu kalındığında bir kütüğe 2-3 bebek yatırıldığı belirtilmiştir.

2. Üniversitelerdeki YYBB'lerde yatan hastaların büyük bir kısmı üniversite dışı özel ve diğer hastanelerden sağlık güvencesi olmadığı için sevik edilen hastalar olmaktadır. Bu hastaların çoğu doğum tartısı düşük, mortalite ve morbiditesi yüksek pretermiler olduklarından bunların sorunları ciddi ve yatış süreleri de çok uzun olmaktadır.

3. Temizlik işleri birimlerde taşeron firma tarafından yürütülmektedir. Firma elemanları yeterli sayıda değildir. Eğitimsiz ve niteliksiz olabilmekte ve sık değişmektedirler. Genel olarak eleman sayısı gece ve hafta sonu değişmekte, bu günlerde sabit eleman olmamaktadır.

4. Birimlere ünitenin temizliği için yeterli miktar ve nitelikte temizlik maddesinin verilmediği bildirilmiştir. Birimlere yeterli sayıda sarf malzemesi (kağıt havlu, sonda, ventilatör devresi vs.) sağlanamamaktadır. Düşük fiyatların tercih edilmesi yüzünden kaliteli sarf malzemesi alınamamaktadır. İhale şartnamesi bağlayıcı hükümler içermektedir. Bu nedenlerle kaliteli malzemeler kalitesizlerle rekabet etmektedir.

5. Diğer sağlık kurumlarından gelen bebeklerin çoğu optimal şartlarda transfer edilmemektedir.

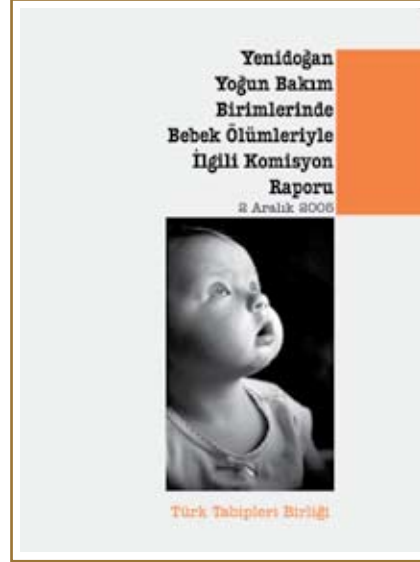
6. Nöbet şartlarında servislerde bulunan hekimler de neonatoloji konusunda deneyimlidir. Ancak sayıları yüksek hasta sayısına uygun değildir.

7. Hafta sonu ve gece hasta başına düşen hemşire sayısı daha da azalmakta, nöbet şartlarında 10-20 hastaya bir hemşire düşmektedir.

8. Diğer yandan kadrolu hemşireler Devlet Memurluğu Sınavı ile merkezden atanması atanmaların o bölgede ikamet etmemesi, eş vb. nedenlerle işe başladıktan kısa süre sonra tayinlerini istemeleri devir hızını artıran diğer faktörlerdir.

9. Zaman zaman yoğun bakım konusunda deneyimli hemşire olmadığına pediatriğin başka birimlerinden deneyimsiz hemşireler Yenidoğan Yoğun Bakım Birimlerinde görevlendirilmektedir.

(TTB Basın Açıklaması, 2 Aralık 2005.)



Beslenme Bozukluğu:

1993 yılında % 18.9 olan “yaşa göre boy açısından beslenme bozukluğu” olan 0-5 yaş grubu çocuk oranı, 2003’de % 12.2’ye gerilemiştir. Ancak, hem kır-kent, hem Doğu-Batı arasındaki eşitsizlikler, aynı sürede derinleşmiştir.Söz konusu oran, 1993-2003 yılları arasında, kırdaki % 25.2’den % 18.4’e gerilerken, kentteki değişim, % 14.8’den % 9.0’a olmuştur. Başka bir deyişle, kırdaki 1993’de kente kıyasla 1.7 kat fazla bodur çocuk varken, 10 yıl sonra bu fark, 2.0’ye çıkmıştır.

Doğu’da 1993-2003 yılları arasında bodur çocuk oranı % 33.3’den % 22.5’a gerilemiş, Batı’da ise aynı süredeki gerileme, % 10.2’den % 5.5’a olmuştur. Bu ölçüt açısından Doğu-Batı farkı, 10 yılda 3.3’den 4.1’e çıkmıştır. Ek olarak Batı’nın Kuzey ve Güney ile olan eşitsizliği vardır.

Tablo 6. Yıllara ve Yerleşim Yerine Göre Yaşa Göre Boy Açısından Beslenme Bozukluğu Olan 0-5 Yaş Grubu Çocuklar (%) (Onur Hamzaoğlu, Türkiye’de Sağlıkın Bugünü (Sağlıkta Dönüşüm) -Ne Yapmalı? 9. Ulusal Sosyal Bilimler Kongresi , 2005, TNSA 1978 ve 2003)

Yerleşim/ Yıl	1993	2003
Kır	25.2	18.4
Kent	14.8	9.0
Kır/Kent (Hız Oranı)	1.7	2.0
Bölgeler		
Doğu	33.3	22.5
Kuzey	12.9	22.5
Orta	18.8	9.5
Güney	14.8	10.4
Batı	10.2	5.5
Doğu/Batı (Hız Oranı)	3.3	4.1
Kuzey/Batı (Hız Oranı)	1.3	2.4
Güney/Batı (Hız Oranı)	1.5	1.9
Orta/Batı	1.8	1.7
Türkiye	18.9	12.2

5 Yaş altı ölüm hızı açısından da kır/kent farkı 1.67 kat, Doğu/Batı farkı 1.63 kattır. Perinatal ölüm hızındaki farklar, sırasıyla 1.38 ve 4.09’dur.

Kadın sağlığı açısından eşitsizlikler irdelendiğinde, kır-kent ve Batı ile diğer bölgeler arasındaki derin farklar görülebilir. Örneğin, kırdaki kente kıyasla 3.3 kat fazla sağlık personeli olmadan yapılan doğum söz konusudur. Doğu’da Batı’ya kıyasla kadınlar 8.7 kat fazla sağlık personeli olmadan doğum yaparken, aynı konuda Kuzey-Batı farkı 2,8 kat, Güney-Batı farkı 2.5 kat olarak hesaplanmıştır. Doğurganlık açısından da benzer eşitsizlikler vardır. Batı, Güney ve Orta’da doğurganlık önemli problem olmaktan çıkarken, Doğu ve Kuzey’de halen ciddi problem olarak yaşanmaktadır.

Tablo 7. Yerleşim Yeri ve Coğrafi Bölgelere Göre Doğum Yapan Kadınların Doğum Öncesi Bakım Alma ve Doğumu Yaptığı Yerler ile Doğurganlık Durumlarına Göre Dağılımı (TNSA 2003)

	Sağlık Personeli Olmadan Yapılan Doğumlar (%)	Sağlık Kurumunda Yapılmayan Doğumlar (%)	Doğum öncesi bakım alma			Toplam Doğurganlık Hızı
			Hekim (%)	Hemşire/ebe (%)	Bakım almamış (%)	
Yerleşim Yeri						
Kentsel	9.5	14.4	83.5	4.6	11.6	2.06
Kırsal	30.6	35.7	57.7	7.6	34.2	2.65
Kır/kent (Hız Oranı)	3.22	2.48			2.95	
Bölgeler						
Batı	4.6	8.5	85.8	5.4	8.5	1.88
Güney	11.4	21.5	79.6	5.3	14.6	1.86
Orta	8.6	11.8	75.4	7.3	16.6	1.94
Kuzey	12.7	14.7	78.4	6.2	14.8	2.30
Doğu	40.0	45.6	57.0	4.0	38.8	3.65
Doğu/Batı (Hız Oranı)	8.70	5.36			4.56	
Türkiye	16.7	22.7	75.4	5.5	18.6	2.26

Harita 1. Sağlık Personeli Olmadan Yapılan Doğumların İllere Göre Dağılımı (Zeliha Öcek-Ata Soyer, Türkiye’de Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Durum Değerlendirmesi 2000-2004, Pratisyen Hekimlik Kongresi, 11.11.2006)

Türkiye Nüfus Sağlık Araştırmaları (TNSA) 2003'e göre; doğum öncesi bakım almayan gebe oranı %18.6'dır. Neredeyse 5 gebeden birisi doğum öncesi bakım almamıştır. Kadın sağlığında en temel insan hakkı olan doğum öncesi bakımda ne yazık ki istenen düzeyde değiliz. Üstelik doğum öncesi bakım almada eşitsizlikler sürmektedir.

Doğum öncesi bakım alma durumu:

- ✓ Kırsal bölgede %34.2, kentsel bölgede ise %11.6'dır. Kırsal bölgede doğum öncesi bakım almayan gebe yaklaşık üç misli daha fazladır.
- ✓ Yine Doğu'da %38.8 iken, Batı'da %8.5'dir. Doğu bölgesindeki gebelerden doğum öncesi bakım almayanlar batı bölgesine göre yaklaşık beş kat daha fazladır.
- ✓ Doğum öncesi hekimden bakım alma kırsal bölgede %57.7, kentsel bölgede %83.5'dir. Doğu'da yaşayanlarda (%57.0) belirgin olarak diğer bölgelere göre daha düşüktür.

Doğum öncesi bakımdaki durumun bir benzerini de doğumun yapıldığı yerde görmekteyiz. Sağlık kurumunda yapılan doğumlar %78.8'dir.

- ✓ Kırsal bölgede %66.3, kentsel bölgede ise %85.6'dır. Sağlık kurumu dışında yapılan doğumlar kırsal bölgede kentsel bölgeye göre yaklaşık 2.5 kat daha fazladır.
- ✓ Yine Doğu'da %54.4 iken, Batı'da %91.5'dir. Doğuda her iki bebekten biri gözlerini sağlık kurumunda açmamaktadır. Doğuda sağlık kurumu dışında yapılan doğumlar batıya göre 5.36 kat daha fazladır.

Ulusal Anne Ölümü çalışmasına göre, gebeliğe bağlı ölümler (yüzbinde 38.3) ve anne ölümleri (yüzbinde 28), önemli bir sağlık sorunu olarak varlığını sürdürmektedir. Her iki ölüm hızı için de, bölgesel eşitsizlikler mevcuttur. Doğu Anadolu Bölgesi'nde gebeliğe bağlı ölüm hızı, yüzbin canlı doğumda 93.3 (Batı'dan 12.4 kat fazla) ve anne ölüm hızı ise 68.3' (Batı'dan 7.4 kat fazla)tür. Ayrıca, gebeliğe bağlı ölümlerin yaklaşık yarısı (%49.3) ve anne ölümlerinin yaklaşık 3/5'ü (%61.6) önlenbilir ölümlerdir.



IV. SAĞLIK HİZMETLERİNDE PİYASA YÖNELİMLİ MÜDAHALELER, AKP DÖNEMİNDE ARTARAK/HIZLANARAK DEVAM ETMİŞTİR: AKP DÖNEMİNDE SAĞLIKTA NELER OLDU, NELER DÖNÜŞTÜ?

IV.1. AKP, Sağlıkta Neler Yapacağını, Temel Belgelerinde Açıklamıştır. Neydi O Temel Belgeler?

3 Kasım 2002 tarihinde yapılan genel seçimlerde, parlamento çoğunluğunu kazanan AKP, 58. ve 59. hükümetleri oluşturdu. Bu hükümetlerin sağlıkla ilgili temel belgeleri olarak “AKP Parti Programı”, “Hükümet Program(lar)ı”, “Acil Eylem Planı” ve “Sağlıkta Dönüşüm Programı” belgesidir.

“devlet, herkesin temel sağlık hizmetlerini, gerekirse özel sektörle işbirliği yaparak yerine getirmek zorundadır...” “koruyucu hizmetlerin yaygınlaşması teşvik edilecek...” “...sağlık hizmetleri alanı, gönüllü kuruluşlara ve özel sektöre açıktır...”, “aile hekimliği sistemi uygulamaya konulacaktır...aile hekiminin muayenehanesi, fizik koşulları ve uygulama standartları Sağlık Bakanlığı’na belirlenecektir...bu muayenehanelerin kurulması için devlet ucuz krediler verecek...” “sevk zinciri sağlıklı hale getirilecek, ihtisas hastanelerindeki anlamsız yığılmalar önlenecektir...” “sağlık sektörü SB tarafından tek merkezden koordine edilecek...sadece organizasyon, koordinasyon, yol gösterici, denetleyici, ..bir rol üstlenecektir...”, “SB’na yeni sağlık sisteminin uygulamaya konulması ile tüm yerel yönetimler de buna entegre olacak...” “sağlık çalışanlarının hakları yeniden düzenlenecek, uluslararası standartlara uygun hale getirilecek ve bu sektördeki ücret politikası yeniden ele alınacak...”, “tüm vatandaşlarımızı kapsayacak etkin bir genel sağlık sigortası sistemine geçilecek...” (AKP Parti Programı)

Hükümet Programı ise sağlıkta şu tespitlere yer vermektedir:

1. mevcut sağlık sistemi...ihtiyaca cevap veremiyor;
2. nüfusumuzun %19’unun sağlık güvencesi yok;
3. amaç; etkin, ulaşılabilir, kaliteli bir sağlık sistemi;
4. devlet, herkesin temel sağlık ihtiyacını...özel sektörle işbirliği yaparak yerine getirmek zorunda;
5. mevcut sağlık sistemi çağdaş değil, maliyetleri yüksek, sağlık hizmetlerine ulaşım zor, sosyal güvenlik kurumları arasında standart birliği yok...;
6. sağlık hizmetlerinin tüm vatandaşların ulaşabileceği yapıya kavuşturulması gerek;
7. sosyal güvenlik kuruluşlarının,sağlıkla uğraşması, asıl yapması gereken işleri engellemiş...”

Bu tespitlerin ardından, yapılması gerekenler de şu şekilde sıralanmış;

1.devlet-sigorta-kurum hastanesi ayrımı kaldırılacak; tüm hastaneler özerkleştirilecek; 2.sağlık bakanlığı, yeniden yapılandırılacak; 3.sağlık sektörüne rekabet getirilecek; 4.sağlık hizmeti sunumu ile finansmanı, birbirinden ayrılacak; 5.sağlık sigortası, uzun vadeli sigorta kollarından çıkarılacak; 6.nüfusun tamamını kapsayan GSS sistemi kurulacak, ödeme gücü bulunmayanların primleri devletçe ödenecek; 7.aile hekimliği uygulamasına geçilecek; 8.sağlam bir hasta sevk zinciri sistemi kurulacak; 9.bilişim teknolojisinden azami yararlanılacak, sağlık bilgi sistemi kurulacak; 10.hasta haklarının korunmasında hukuki eksiklik giderilecek...”

Yapılması gerekenlerin yanına kadın hakları, özürlü hakları, çevre hakkı, kentli hakları, afetler başlıklarında bir çok önerme eklenmiş. Sosyal güvenlik konusunda da, sağlığı da ilgilendiren ciddi bir belirleme var: “sosyal güvenlik kuruluşlarında norm ve standart birliği sağlanacak,...bütünleştirilmiş bir sosyal güvenlik ağı kurulacak” **(Hükümet Programı,2002)**.

“Acil eylem planı”; “Etkin ve kaliteli bir sağlık sistemi oluşturma, herkesin temel sağlık ihtiyacını özel sektörle işbirliği yaparak yerine getirme, ülkemizde sağlık hizmetlerinin yurt düzeyinde dağılımını dengeli hale getirme hedefleri çerçevesinde; bir yıl içerisinde...”

1. Devlet hastanesi, sigorta hastanesi, kurum hastanesi ayrımını kaldırmaya dönük çalışmalar başlatılacak;
2. Hastanelerin idari ve mali yönden özerkliğinin sağlanması çalışmaları başlatılacak;
- 3.Genel Sağlık Sigortası Sistemi kurulacak,
- 4.Aile hekimliği uygulamasına geçilecek ve sağlam bir sevk zinciri oluşturulacak;
- 5.Koruyucu hekimlik yaygınlaştırılacak;
- 6.Özel sektörün sağlık alanına yatırım yapması özendirilecektir.

İnsanların ayırım gözetilmeksizin, ekonomik ve sosyal bakımdan güvencede yaşamaları ilkesi çerçevesinde yine bir yıl içinde; 1.Sosyal güvenlik kuruluşlarında norm ve standart birliği sağlanacak, bütünleştirilmiş bir sosyal güvenlik ağı kurulacaktır. 2.Bütünleştirilmiş bir sosyal hizmet ve yardım ağının oluşturulabilmesi için dağınık durumdaki sosyal hizmet faaliyetleri tek çatı altında toplanacaktır. 3.Sosyal Yardımlaşmayı ve Dayanışmayı Teşvik Fonu'nun (SYDTF) kaynakları artırılacak, harcama usul ve esasları yeniden belirlenecek ve yönetim yapısı güçlendirilecektir.

Özetlersek; 1. hastaneler “işletmeleştirilecek”; 2. finansmanda “sigorta” tercihi kurumsallaştırılacak; 3. birinci basamak sağlık hizmetleri-aile hekimliği adı altında-özelleştirilecek; 4. özel sektör yatırımları teşvik edilecek; 5. sosyal güvenlik kuruluşları birleştirilecek; 6. SYDTF güçlendirilecek... **(Hükümet Acil Eylem Planı, 2003)**.

AKP Hükümeti'nin sağlıktaki asıl hamlesi Haziran 2003'te ortaya çıktı. Dünya Bankası kredileriyle hazırlanıp yıllardır “Sağlık Reformu Projesi” adıyla pazarlanan şablonun yeni adı “Sağlıkta Dönüşüm

Programı” olmuştur.

Son on beş yıldır hemen her hükümet tarafından değişik isimlerle sunulan ve sağlığın ticarileştirilmesi/ özelleştirilmesini hedefleyen öneriler paketi tekrar ısıtılıp ortaya sürülmüştü. Zaten, Sağlık Bakanlığı’nın “Sağlıkta Dönüşüm” başlıklı kitabında proje şöyle tanıtılıyordu:

“Bugüne kadar bakanlığımız bünyesinde ulusal ve uluslararası katılımı yapılmış çok sayıda çalışma ve proje ortaya konmuş ve bu projeler “reform” olarak adlandırılmıştır. ... Bugün bir reformdan söz etmeyişimiz tamamen yeni bir görüş ortaya koymadığımızın bilincinde olduğumuz içindir.”

Gerçekten de, diğer bütün belgeler bir yana, Dünya Bankası’nın Haziran 2002 tarihli “Türkiye: Yaygınlığı ve Verimliliği İyileştirmek Amacıyla Sağlık Sektöründe Yapılan Reformlar” dökümanına göz atanlar Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın neredeyse olduğu gibi buradan kopya edilip pazarlandığını görüyorlardı.

Programın hiçbirisi Türkiye’ye özgü olmayan çözüm önerileri şöyleydi:

- Sağlık Bakanlığı’nın hizmet sunumundan çekilmesi; kamu sağlık kurumlarının ilk aşamada il özel idareleri ve belediyelere, daha sonra özel sağlık sektörüne devredilmesi.
- Sağlık harcamalarının yeni bir “sağlık vergisi” olan Genel Sağlık Sigortası (GSS) ile finanse edilmesi; GSS kapsamındaki nüfusa verilecek sağlık hizmetlerinin Temel Teminat Paketi (TTP) ile sınırlandırılması; GSS primini ödeyemeyenlerin sağlık hizmetlerinden mahrum edilmesi.
- SSK sağlık kurumlarının Sağlık Bakanlığı’na devredilerek tasfiyesi.
- Birinci basamak sağlık hizmetlerinin temeli olan sağlık ocaklarının yok edilerek “Aile Hekimliği” modelinin uygulanması.
- Kamu hastanelerinin kâr-zarar hesabına göre çalışan “Sağlık İşletmeleri”ne dönüştürülmesi; hekimler ve diğer sağlık çalışanlarının iş güvencesinin kaldırılarak sözleşmeli statüde ve/veya taşeron firma elemanı olarak çalıştırılması.
- Fevkalade yetersiz olan hekim temel ücretlerinin arttırılması yerine performansa dayalı döner sermaye uygulaması.
- Kamusal kaynakların özel sağlık sektörüne akıtılması. Kamu sağlık kurumlarının kaynaklarının, yatırımlarının ve personel alımlarının kısıtlanarak çökertilmesi.
- İşyeri hekimliği alanında TTB’nin eğitim, ücretlendirme ve görevlendirme yetkisinin ortadan kaldırılması; işyeri hekimlerinin ücret ve çalışma koşullarının belirlenmesinin işverenlerin insafına bırakılması.
- Sağlık harcamalarının ve GSS’nin maliyetinin azaltılması için hekimlerin reçete yazma, hastaların ilaca ulaşma haklarının Bütçe Uygulama Talimatlarıyla kısıtlanması.

- Özel sağlık sektöründe teknoloji kullanımı artışı ve büyük sermayenin teşvikiyle muayenehane ve polikliniklerin yok edilmesi. Bu alanda çalışan hekimlerin ücretli hale getirilmesi; hekim emeğinin ucuzlatılması.

Bu neo-liberal programın temelini, kuşkusuz; GSS, aile hekimliği ve sağlık işletmeleri oluşturuyordu. **(Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Dönüşüm Programı, 2003)**

IV.2. AKP Hükümeti, Sağlıkta Yasal Düzenlemeleri Alt Üst Etmiştir. Neydi, AKP Döneminde Sağlıkta Temel Yasal Düzenlemeler?

Beş yıllık dönemi, kronolojik olarak belli başlı mevzuat değişimleri açısından incelediğimizde; bu dönemde çıkarılan Kanunlar arasında “tarihi” özellik taşıyan birkaçını saymak olanaklı. Kuşkusuz İş Kanunu bunların başında geliyor. Kapitalizmin kendi ihtiyaçları ve patronların çıkarları doğrultusunda yaşamı neredeyse baştan sona yeniden düzenleyen dinamiklerinin etkisiyle, iş yaşamını ve emekçileri “hizaya sokmaya” yarayan, çalışma yaşamını esnekleştiren ve emekçilerin bir çok hak ve kazanımını tehdit eden bu Kanun, dönemin ilk düzenlemeleri arasında yer aldı.

Dönemin tarihi düzenlemelerinden biri de 5283 sayılı Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesine Dair Kanun (19.01.2005 tarih ve 5705 sayılı Mükerrer R.G.) ile gerçekleşmiştir. Bu Kanun ile bazı kamu kurumları dışında (Cumhurbaşkanlığı, yüksek mahkemeler, Sayıştay, Türk Silahlı Kuvvetleri, Milli İstihbarat Teşkilatı, üniversiteler, mahalli idareler ve mazbut vakıflara ait sağlık birimleri) kamu sağlık birimleri SB’ye devredilmiştir. Hastaneleri tek çatı altında toplayan bu düzenleme GSS’ye geçiş süreci ve SDP’nin özellikle SSK hastanelerinde görüldüğü gibi, finansman ve hizmet sunumunun birbirinden ayrılmasını sağlaması açısından “tarihi” bir nitelik taşımaktadır. Yayımlı tarihinden bir ay sonra yürürlüğe giren bu Kanun ile başta SSK sağlık birimleri olmak üzere çok sayıda sağlık kurumu SB’ye devredilmiştir. Tek çatıda birleştirdiği hastaneleri “idari ve mali özerk işletme” haline getirerek “Kamu Yönetimi Temel Kanunu” ile yerel yönetimlere devretme süreci ve farklı yollarla özel sağlık sektörüne sistem içinde ağırlıklı yer ve rol verme tercihi ile GSS’nin uygulanabilmesi için gerekli koşullardan biri olduğu düşünüldüğünde, bu düzenlemenin farklı okunması gerektiği ortaya çıkmaktadır.

Bu dönemin önemli mevzuat değişiklikleri arasında, Sağlıkta Dönüşüm Programı’nda iki önemli bileşeni olan Genel Sağlık Sigortası ve Aile Hekimliği’ne ilişkin Kanun ve Yönetmelikler yer aldı. Kanun’lar arasında Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun (09.12.2004 tarihinde Resmi Gazete’de yayımlandı), Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu (16.06.2006 tarihli RG), diğerleri arasında ise, Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik (06.07.2005 tarihli R.G.), Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ve Sözleşme Şartları Hakkında Yönetmelik (12.08.2005 tarihli R.G.) ve 15.09.2005 tarihli Aile Hekimliğinin Pilot Uygulandığı İllerde Toplum Sağlığı Merkezleri Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge sayılabilir.

IV.3. AKP Hükümeti, Sağlıkın Finansmanına Müdahale Etmiştir:

IV.3.1. AKP Hükümeti, Sağlık Alanına Bütçeden Akan Parayı Asgari Bir Düzeye İndirmiş, Sağlık Önemli Ölçüde Sosyal Güvenlik Kurumlarının Kaynaklarından Karşılama Yoluna Gitmiştir.

Tablo 8. Kurumların Sağlık Harcamalarının Toplam Kamu Sağlık Harcamaları İçindeki Payı (%) (TBMM Kesin Hesapları, Mart 2007)

Kurum / Yıl	1995-98	1999-2002	2003	2004	2005	2006
SSK	42.4	37.0	36.4	40.2	42.1	50.1
Bağ-Kur	11.9	21.0	23.4	22.5	19.9	15.7
Emekli Sandığı	17.7	18.1	18.4	16.9	16.0	11.7
SOS.GÜV. TOPLAM	72.0	76.1	78.2	79.6	78.0	77.5
BÜTÇE	22.7	17.5	15.0	14.0	12.0	10.4
YK	5.3	6.3	6.7	6.6	9.9	12.4

AKP Hükümeti, sağlığa bütçeden akan payın, toplam kamu sağlık harcamaları içindeki oranını 1/10'a kadar geriletmiştir. Başka deyişle, hükümet bütçesi sağlıkta anlamsız hale getirilmiştir. Buna karşın, AKP sağlığı, üç sosyal güvenlik kurumunun, özellikle de SSK'nın kaynakları ile karşılama yoluna gitmiştir.

IV.3.2. AKP Hükümeti, Zaten Sınırlı Hale Getirdiği Bütçe Sağlık Harcamalarını Giderek Daha Fazla Döner Sermayeye Dayandırmaktadır.

Yataklı tedavi kurumlarında, 1989 yılı sonrası ağırlık kazanmaya başlayan döner sermaye gelirleri, 1993 yılında Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü bütçesinin %29'unu oluşturmaktaydı. Bu oran 2003'de %214'e, 2004'de % 177'ye ulaşmıştır. Başka bir değerlendirme çerçevesinde ise, yataklı tedavi kurumlarının döner sermaye gelirlerinin, Sağlık Bakanlığı bütçesini aştığını söyleyebiliriz. Örneğin 2004 yılı Sağlık Bakanlığı bütçesi 4788 trilyon TL'ye, yataklı tedavi kurumlarının döner sermaye gelirleri 4827 trilyon TL olarak gerçekleşmiştir.

Tablo 9. Genel Bütçe, Sağlık Bakanlığı Bütçesi, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Bütçesi ve Yataklı Tedavi Kurumları Döner Sermaye Gelirleri (1993-2005) (Kayıhan Pala, Türkiye İçin Nasıl Bir Sağlık Reformu? Milliyet Gazetesi, 2007)

YILLAR	GENEL BÜTÇE (MİLYAR TL)	YATAKLI TEDAVİ KURUMLARI DÖNER SERMAYE GELİRLERİ (MİLYAR TL)	% ¹	SAGLIK BAKANLIĞI BÜTÇESİ (MİLYAR TL)	% ²	TEDAVİ HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ BÜTÇESİ (MİLYAR TL)	% ³
1993	398.710,0	2.484	0,62	18.074,0	13,7	8.548,2	29,1
1994	823.396,3	5.913	0,72	30.463,3	19,4	14.204,1	41,6
1995	1.335.978,0	20.437	1,53	48.741,5	41,9	21.139,7	96,7
1996	3.558.506,8	39.276	1,10	98.064,4	40,1	38.597,6	101,8
1997	6.344.685,5	71.993	1,13	204.499,2	35,2	80.157,3	89,8
1998	14.749.475,0	157.832	1,07	390961,0	40,0	160.056,8	98,6
1999	27.186.600,0	339.128	1,25	683123,5	49,6	274.057,2	123,7
2000	46.702.436,0	601.009	1,29	1.059.855,0	56,7	427.068,4	140,7
2001	48.219.490,0	1.008.127	2,09	1.280.660,0	78,7	499.212,5	201,9
2002	97.831.000,0	1.874.983	1,92	2.345.447,8	79,9	944.980,1	198,4
2003	146.805.170,0	2.905.016	1,98	3.570.054,0	81,4	1.355.420,0	214,3
2004	149.858.129,0	4.827.167	3,22	4.787.751,0	100,8	2.728.670,8	176,9
2005	153.928.793,0	--	--	5.462.975,0	--	3.245.298,1	--

¹ (Döner sermaye gelirleri / Genel Bütçe) x 100

² (Döner sermaye gelirleri / Sağlık Bakanlığı bütçesi) x 100

³ (Döner sermaye gelirleri / Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü bütçesi) x 100

IV.3.3. 1992 Yılında Yoksullara Yönelik Gündeme Getirilen “Yeşil Kart”, AKP Döneminde Dördüncü Sosyal Güvenlik Kurumu Haline Getirilmiştir.

1995-98 arasında % 5.3, 1999-2002 yıllarında % 6.3 ortalama ile seyreden yeşil kart harcamalarının, toplam kamu sağlık harcamaları içindeki payı, 2006'da ikiye katlanarak % 12.4'e ulaşmıştır. Bu artış, yeşil kart sahiplerine ayaktan bakımda da yatarak tedavideki hakların tanınması ile açıklanabilir. Ancak, daha önemlisi, bugün 13 milyon kişiye varan yeşil kartlı sayısındaki artışın, iki önemli değişimle ilişkili olmasıdır: sosyal güvence sahiplerinin önemli bölümünün sosyal güvencelerini yitirmeleri ya da yeşil kartın kendi sosyal güvencelerinden daha iyi olduğu gerekçesi ile mevcut sosyal güvencelerinin yanı sıra yeşil kart da almaları, yoksulluğun yaygınlaşması. Modern bir sosyal güvenlik sistemi kur(a)mayan AKP, sosyal güvencesizlik ve yoksulluk karşısında, bunların etkisini azaltmak için, yeşil karta yüklenmiştir. Ayrıca, yeşil kart, AKP'nin hizmet üretmeyip, hizmet satın alarak, kamudan özele

kaynak aktarma tercihine de çok uygun bir araçtır. Örneğin, 2006 yılında yeşil karta harcanan 2.9 milyar YTL'nin 923 milyon YTL'si ilaca, 1.96 milyar YTL'si ise tedavi hizmetlerine harcanmıştır.

Harita 2. Türkiye’de İllerdeki Yeşil Kartlı Nüfus Oranı (TBMM Kesin Hesapları, Mart 2007)



□ Beyaz: -9 ■ Gri: 10-19 ■ Sarı: 20-29 ■ Yeşil: 30+

Yoksullar için çıkarılan yeşil kartın bu kadar yaygınlaşması, aslında yoksulluğun ulaştığı boyutu göstermesi bakımından çarpıcıdır. Yaklaşık olarak her 5 kişiden birinin yeşil kart sahibi olduğu ülkemizde, bazı illerde yeşil kart oranı 7/10'a ulaşmıştır: Bingöl (% 68.5). Özellikle Doğu ve Güneydoğu Anadolu'daki birçok ilde, yeşil kart egemen sosyal güvenlik kurumu durumuna gelmiştir: Siirt (%60.1), Ağrı-Hakkari (%58.7), Van (%57.5), Batman (%56.0), Adıyaman-Kars (%48.3), Iğdır (%46.9), Bitlis (%45.8), Ardahan-Muş (%44.2), Şırnak (%43.7), Mardin (%42.8), Kilis-Diyarbakır (%41.2), Tunceli (%39.8), Kahramanmaraş (%36.9), Erzurum (%35.8), Şanlıurfa (%32.1), Bayburt (%30.1)...Sağlıkta ve sosyal güvenlikle “iane modeli”, AKP döneminde egemen kılınmıştır.

IV.3.4. AKP Hükümeti, Kamu Sağlık Hizmeti Kavramının Özünü Tahrip Etmiştir. Kamu Sağlık Hizmetini, Kamu Sağlık Kurumlarınca Sunulan Bir Hizmet Olmaktan, Kamu Sağlık Yatırımlarını Dibe Çekerek, Çıkarmıştır. Yerine, Kamu Dışından Satın Alınan Bir Hizmet Modelini Oturtmuştur.

Tablo 10. Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Bütçesi İçinde Yatırım Harcamaları Oranı (2001-2005) (TSHGM, Temel Sağlık Hizmetleri Yıllığı, 2006)

	2001	2002	2003	2004	2005
Yatırım/TSH GM Bütçesi	3.9	3.2	2.4	2.8	2.2

IV.3.5. Bu Bağlamda, AKP 1980 Sonrası Dönemin Sağlıkta En Verimsiz ve En Müsrif Hükümeti Olmayı Başarmıştır. Kamu Hizmetini Dışarıdan Satın Alma Modeli Temeline Oturtan AKP, Toplam Sağlık Harcamalarının Yaklaşık Yarısı Kadar Bir Kaynağı, Kamudan Özele Aktarmıştır. Sağlık Alanı, Kamudan Özele Kaynak Aktarmanın En Tipik Örneği Haline Gelmiştir.

Tablo 11. Kamudan Özele Aktarılan Kaynakların Toplam Sağlık Harcamaları İçindeki Payı (Ata Soyer, AKP Hükümetinin 5.Yılında Sağlıkta Ne Durumdayız? Tıp Dünyası, 1.4.2007)

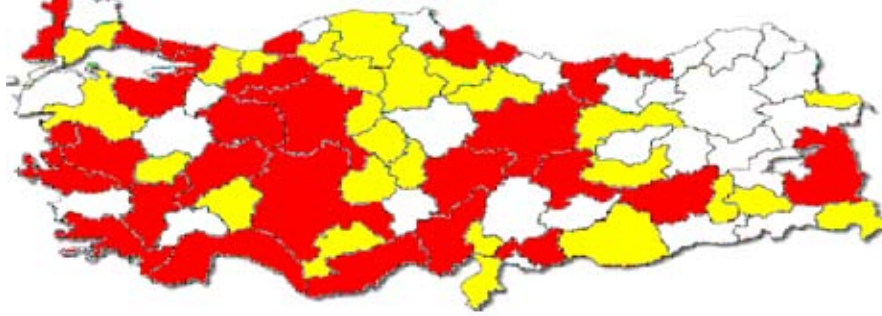
YIL	2000	2003	2005
KAMUDAN ÖZELE AKTARILAN PARA (TOPLAM SAĞLIK HARCAMASININ %'Sİ OLARAK)	24	37	47

IV.3.6. AKP Dönemi, Kamudan Özele Kaynak Aktarma Modeli İle Birlikte Bir Özel Sağlık Sektörü Patlaması Yaratmıştır. Özel Hastanelerden, Özel Tıp Merkezlerine, Özel Polikliniklerden Özel Laboratuvarlara Kadar Hizmet Sunan Özel Sektör Bölmesinde Büyüme ve Yaygınlaşma Söz Konusudur.

Türkiye'deki özel hastane yataklarının %75'i I.Bölgenin 8 ilinde bulunurken, II.Bölgede % 17'si, III.ve V.Bölgede % 3'ü, IV.ve VI.Bölgede % 1'i mevcuttur.

(DPT'nin İllerin Gelişmişlik Derecelerine Göre Türkiye'deki Hastanelerin Bölge Sınıflandırılması ile Kurumların Yatak, Nüfus ve 10 000 Nüfusa Düşen Yatak Sayısı, 2005) (Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 2005)

Harita 3. Türkiye’de Özel Hastane Yataklarının İllere Göre Dağılımı (Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 2005)



Beyaz: Hiç özel hastane yatağı yok; Kırmızı: 250’den fazla hastane yatağı

Özel hastane yatakları, zengin bölgelerde yoğunlaşırken, en yoksul iller, aynı zamanda, özel hastane yoksundur. Ülke GSYİH’nın % 70’ine sahip 18 il, toplam özel hastanelerin % 98’inin, özel hastane yataklarının % 92’sinin de sahibidir.

AKP döneminde artan sadece özel hastaneler değil, tüm özel sağlık kuruluşlarıdır. Örneğin, özel laboratuvar sayısı, 2000-2005 yılları arasında %16 oranında artmıştır. Ancak, Güneydoğu (%81.5) ve Doğu Anadolu Bölgesindeki (%105.8) artış oldukça yüksektir. Özel sağlık sektörünün yeni pazarı, bu bölgeler olmuştur. Bu artışta, fizik tedavi merkezlerinin ve nükleer tıp ile radyoloji laboratuvarlarının artışı etkilidir. İleri teknoloji odaklı bu gelişme, tıbbi teknoloji ithalatındaki artışla paraleldir.

Tablo 12. Özel Laboratuvarların Coğrafi Dağılımı (2000 ve 2005) (TSHGM, Çalışma Yıllığı, 2000 ve 2005)

	Özel Lab. Toplam	Özel Lab. Toplam	
Bölgeler	2000	2005	Değişim %
Marmara	1555	1473	-5.3
Ege	591	697	17.9
Akdeniz	308	399	29.5
İç Anadolu	650	893	37.4
Karadeniz	201	248	23.4
Doğu Anadolu	69	142	105.8
Güneydoğu Anadolu	92	167	81.5
Türkiye	3466	4019	16.0

Tablo 13. Özel Laboratuvarların Tiplerine Göre Dağılımı (2000 ve 2005) (TSHGM, Çalışma Yıllığı, 2000 ve 2005)

Lab.	2000	2005	Değişim yüz-desi
Bakteriyoloji	897	974	8.6
Biyokimya	746	810	8.6
Radyoloji	1191	1383	16.1
Fizik Tedavi	349	511	46.4
Nükleer Tıp	65	83	27.7
Patoloji	220	241	9.5
Radyoterapi	0	17	
Toplam	3466	4019	16.0

Özel sağlık sektörü gelişmesine karşın, bölgeler arasında önemli eşitsizlikler vardır. Batı'da özel sağlık harcamalarının, toplam sağlık harcamaları içindeki payı % 27.6'yken, bu oran Doğu'da % 40.6, Güney'de % 43.8 gibi yüksek oranlarda gerçekleşmektedir. (**Sağlık Bakanlığı, Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları 2002-2003, 2006**).

IV.3.7. AKP Döneminin Bir Başka Özelliği, İlaç Tüketimi, İlaç Harcamaları ve İthalatındaki Patlama Olmuştur.

Tablo 14. Türkiye'de Tüketilen İlaç Miktarı (milyon kutu/yıl) (2007 Mali Yılı Bütçesi TBMM Plan ve Bütçe Komisyonu Sunumu. Kasım 2006)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Orijinal	66	73	76	86	98	147	168
Jenerik	548	543	555	613	682	966	999
Diğer	90	77	67	70	76	99	105
Toplam	704	693	699	769	856	1212	1272

Tablo 15. Kamu İlaç Harcamaları (milyon YTL) (2007 Mali Yılı Bütçesi TBMM Plan ve Bütçe Komisyonu Sunumu. Kasım 2006)

1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
950	1729	3067	5232	6801	7760	8779	9685

Çeşitli ilaç harcamaları:

“Kamu maliyesinin yükünü hafifletmek üzere Maliye Bakanlığı’nın başkanlığında Geri Ödeme Komisyonu oluşturuldu. “Tek Geri Ödeme Sistemi” sağlandı. Geri ödeme kurumlarının ortak kararı ile en ucuz eşdeğer ilacın %22 fazlasına kadar olan ürünlerin ödenmesi kuralı getirildi.

Referans Fiyat Sistemi ile ilaç fiyatları belirlenmeye başlandı. (Şubat 2004). Bu uygulama ile bine yakın üründe %1 ile %80 arasında değişen fiyat düşüşleri gerçekleştirildi. Referans Fiyat sistemi ile sağlanan yıllık kamu tasarrufu: 900 milyon dolar.”

Tasarruf + Katkı payı da eklendiğinde ilaç harcamalarının daha da arttığı görülecektir.

Tablo 16. Türkiye İlaç Pazarı (6.6 Milyar Dolarlık İlaç Tüketiyoruz, Güngör Uras, Milliyet, 16 Mart 2007)

	1999	2006	Artış % (1999-2006)
Yerli üretim pazarı			
Miktar (kutu milyon)	651.5	1.029,7	58
Değer (milyon \$)	1.656,5	3.590,4	116.7
İthal ilaç pazarı			
Miktar (milyon kutu)	55.5	204.6	268
Değer (milyon \$)	429.3	3.000,6	601
Toplam pazar			
Değer (milyon \$)	2.085,8	6.600,0	216
Kişi başı tüketimi (\$)	38	95	150

IV.3.8. AKP Sağlık Finansmanı Alanındaki Asıl Saldırısını Genel Sağlık Sigortası Yasası İle Yapmaya Çalışmıştır.

AKP Hükümeti Türkiye'nin içinde bulunduğu borç sarmalını gerekçe gösterip kamunun sağlığa yeterli kaynak ayıramayacağını öne sürerek sağlık hizmetlerinin finansmanı için genel sağlık sigortası (GSS) modelini hayata geçirmeye çalıştı.

Prim esaslı finansman modeli olan GSS'nin halk için anlamı ek bir sağlık vergisi demektir. Sınıfsal tercihler nedeniyle varsıllardan gelirden alınacak vergiler yoluyla sağlığa kaynak oluşturmak yerine, zaten yoksul olan halktan prim yoluyla kullanacağı sağlık hizmeti için ek vergi isteniyor. Gelir dağılımının oldukça bozuk olduğu ülkemizde bu durum eşitsizlikleri arttırmaktan başka bir sonuç doğurmayacaktır.

GSS'nı ayakta tutacak finans kaynağı oluşturacak şekilde düzenli ve sürekli prim toplamanın güçlükleri de ortadadır. Türkiye gibi halen nüfusunun önemli bir bölümünün kırsal alanda yaşadığı; kayıt dışı ekonominin egemen, işsizliğin yaygın, geçici tarım işçilerinin yoğun olduğu; Bağ-Kur ve SSK'da yeterince prim toplanamadığı bir ülkede GSS için prim toplanabileceği düşüncesi pek gerçekçi değildir.

GSS'nda Temel Teminat Paketi (TTP) ile sınırlandırılmış asgari düzeyde sağlık hizmeti taahhüt edilmektedir. Üstelik bu hizmetler için ayrıca katkı payı da alınacaktır. TTP dışı ek sağlık hizmeti için ya "tamamlayıcı özel sigorta" ya da "cepten ödeme" yolu gösterilmektedir.

GSS, kaynakları koruyucu hizmetler yerine tedavi edici hizmetlere yönlendirerek etkinliği azaltan, maliyeti arttıran yapısal özelliğe sahiptir. Prim ödeyen kişi, daha çok tedavi edici hizmet talep eder, doğal olarak da hükümet ek kaynağı buraya yönlendirmeyi tercih eder.

Finansman ile hizmet sunumunu ayıran GSS; sağlık kuruluşları ve hekimlerle sözleşme ile hizmet satın alır. GSS ile yaratılan rekabet sağlık kuruluşları ve hekimleri hastanın beklentisini karşılamaya iter. Bu durum gereksiz tıbbi teknoloji ve ilaç kullanımını arttırarak dışa daha fazla kaynak aktarımına neden olur.

AKP Hükümeti'nin sağlığın finansmanı için GSS'nı önermesindeki amaç; sigorta modeli ile toplanacak fonların sağlık piyasasının genişlemesine yol açması, piyasada başıboş dolaşan paranın merkezileşerek özel sektöre kaynak olmasıdır. Asıl hedef sağlığın piyasalaşması ve özelleşmesidir. GSS bunun finansman güvencesi olacaktır.

Bu gerçekler ortada iken AKP Hükümeti tarafından hazırlanan Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası (SSGSS) Kanunu 2006 Mayıs ayında TBMM'den geçirildi.

AKP yetkililerine göre SSGSS şimdiye kadar görülmemiş ölçüde büyük bir "reform"du. SSGSS'nin yasalaşmasıyla emeklilikte ve sağlıkta tek çatı sağlanacak, artık Türkiye'de doğan her çocuğun sağlık sigortası olacak, 18 yaşın altındaki çocukların bütün sağlık masrafları devlet

tarafından karşılanacak, primini ödeyemeyen yoksulların GSS primleri devlet tarafından ödenecekti.

Oysa yapılmaya çalışılan tam aksi yöndeydi:

1- Sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altında birleştirilmesinin çalışanlar açısından getirdiği hiçbir kazanım yoktur. “Tek çatı” dünyanın hiçbir ülkesinde sihirli bir değnek işlevi görmediği gibi birçok ülkede birden çok çatı altındaki sosyal güvenlik kurumları başarılı olarak çalışmaktadır. Sosyal güvenlik sistemlerinde önemli olan “çatı” değil, o çatının altındaki kapsamdır.

2- SSGSS Kanunu’nun 28. maddesi ile daha 1999’da kadınlar için 58, erkekler için 60’a yükseltilmiş olan emeklilik yaşı, şimdi de 65’e çıkartılmaktadır. “Emeklilik yaşı 2036’dan itibaren yükseltilecek” savunmasının da hiçbir haklılığı yoktur. Tasarıyı hazırlayanları bilmeyiz ama, bizler 2036’dan sonra bu topraklarda yaşayacak olanların da bizim çocuklarımız olacağını biliyoruz.

3- Bundan sadece yedi yıl önce 5.000’den 7.000 güne çıkarılmış olan prim ödeme gün sayısı Kanun’un 28. maddesi ile 9.000 güne çıkartılmaktadır. Bu durumda, ülkemizdeki yaklaşık bir milyon geçici işçilerin tam maaşa hak kazanabilmesi için her yıl 120 gün iş bulabiliyorsa 95 yaşını, her yıl 90 gün iş bulabiliyorsa 120 yaşını bitirene kadar beklemesi gerekecektir.

4- SSGSS Kanunu’nun 82. maddesi ile son yedi yılda 14 kat artmış olan prim tavanı % 33 daha yükseltilmektedir. Böylece 1999’dan bu yana yapılan artış oranı % 1.796 olmaktadır.

5- Kanun’un emeklilik açısından getirdiği en büyük kayıp ise zaten açlık sınırının altında olan emekli maaşlarının 29. madde ile daha da düşürülmesidir. Yirmi beş yıllık sigortalılık üzerinden halen Emekli Sandığı’nda % 3, SSK ve Bağ-Kur’da % 2,6 olan yıllık maaş bağlama oranı 2015 yılına kadar % 2,5’e, daha sonra ise % 2’ye düşürülmektedir. Böylece, nihai olarak; kamu çalışanlarının emekli maaşların % 33, SSK ve Bağ-Kur’luların emekli maaşları ise % 23 düşürülerek “tek çatı” altında toplanmaktadır. Üstelik, bu düşüşler halen çalışmakta olup henüz emekliliğe hak kazanmamış herkesi etkileyecektir.

6- Hükümet çevrelerinin, basına yansıyan “18 yaşa kadar tedavi ücretsiz”, “çocukların sağlık giderleri devletten” türünden iddiaları tamamen gerçek dışıdır. Emekli Sandığı, SSK, Bağ-Kur ve Yeşil Kart kapsamındaki sigortalıların çocukları halen de prim ödemediği sağlık hizmetlerinden yararlanmaktadır ve durumlarında hiçbir değişiklik olmayacaktır. Yapılan tek değişiklik bu kapsam dışında olup da 18 yaşından küçük olan çocukların Genel Sağlık Sigortası (GSS) kapsamına alınmasıdır. Ancak GSS kapsamında olmak sağlık hizmetlerini ücretsiz almak anlamına gelmemektedir. Tasarı’nın 69. maddesine göre sadece Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu’na göre korunma, bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinden ücretsiz olarak yararlanan çocuklar sağlık kurumlarında ücretsiz bakılacaklardır. Kanun’un 68. maddesine göre ise diğer bütün çocuklar hekim ve diş hekimi muayenesi; ortez, protez, iyileştirme araç ve gereçleri ile kullanacakları ilaçlar için para ödemek zorundadırlar.

7- SSGSS Kanunu ile;

a- nüfusun % 19'unu oluşturan işsizler,

b- sayıları 5 milyonu bulan kayıt dışı çalışanlar,

c- Esnaf ve sanatkârlar ile çiftçilerden primini ödeyemeyecek durumda olanlar,

d- aylık geliri 127 YTL olup da prim ödeme gücü olmayan yoksullar hem emeklilik hem de sağlık hakkından mahrum bırakılmaktadır.

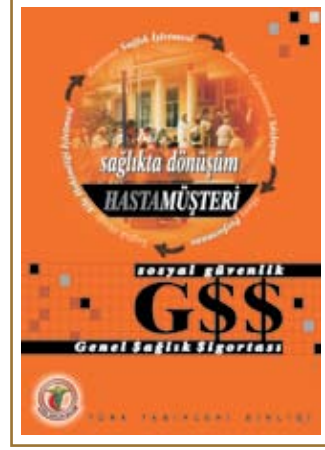
8- SSGSS Kanunu'nun 63. maddesine göre finansmanı sağlanacak sağlık hizmetlerinin teşhis ve tedavi yöntemleri ile türlerini, miktarlarını ve sürelerini belirlemeye Sosyal Güvenlik Kurumu yetkilidir. 72. maddeye göre de sağlık hizmetlerinin ödenecek bedelleri maliyetkililik ve GSS bütçesi gibi kriterler dikkate alınarak Kurum tarafından belirlenecektir. Öte yandan, AKP Hükümeti'nin Haziran 2003 tarihli resmi politika belgesi olan Sağlıkta "Dönüşüm" Programı'nda sağlık hizmetlerinde temel teminat paketi belirleneceği; bu paketin dışında hizmet ihtiyacı olanların özel sigortacılığa özendirebileceği açık olarak belirtilmiştir. Böylece sağlık hizmetleri sınırlandırılmakta ve parası olanın parası kadar alabilmesi öngörülmektedir.

9- Kanun yürürlüğe girdikten sonra herkesin istediği her hastaneye gidebileceği iddiası da yanıltıcıdır. Kanun'un 73. maddesine göre sözleşmesiz sağlık kurumlarında tedavi gören sigortalılara, eğer sevk zincirine uyarlarsa belirlenen bedelin % 70'i, uymazlarsa % 50'si ödenecektir. Faturanın kalan bölümünün tamamı ise hastalar tarafından ödenecektir.

10- SSGSS Kanunu'nun 73. maddesine göre GSS kapsamında sağlanacak sağlık hizmetleri kamu veya özel sağlık kuruluşlarından satın alınacaktır. Sağlıkta "Dönüşüm" Programı'na göre ise Sağlık Bakanlığı artık sağlık hizmeti sunmaktan çekilecek; sadece planlama yapan stratejik bir örgüt yapısına dönüşecektir. Başbakan Recep Tayyip Erdoğan da çeşitli konuşmalarında devletin sağlık hizmeti üretmeyeceğini, bunun yerine özel sağlık sektöründen satın alacağını ifade etmiştir. Bütün bunlar sağlık hizmetlerinin kamusal bir hizmet olmaktan çıkarılıp özelleştirileceğini ve piyasanın vahşi koşullarına terk edileceğini açık olarak ortaya koymaktadır.

Sonuç olarak; SSGSS Kanunu Türkiye gerçeği ile hiçbir şekilde bağdaşmamakta ve çalışanların sağlık ve sosyal güvenlik hakları için hiçbir kazanım getirmemektedir.

Adında her ne kadar "Genel" ifadesi olsa da yapılan düzenlemeler bütün toplumu sağlık güvencesine kavuşturmaktan uzaktır. Getirilen sağlık sigortası "Genel" Sağlık Sigortası (GSS) bile değil; gerek kapsam, gerekse içerik açısından ancak "Sınırlı" Sağlık Sigortası (SSS) ya da "Asgari" Sağlık Sigortası (ASS) olarak adlandırılabilir. Bu düzenlemenin bütün amacı sağlık hizmetlerini



piyasaya açarak özelleştirmek; sağlık hizmetlerine ulaşımı paraya endeksli hale getirmektir.

Nitekim, 27 Mart-1 Nisan 2006 tarihleri arasında TTB, KESK, DİSK ve TMMOB'nin çağrısıyla Türkiye genelinde 2.892 sandıkta düzenlenen Referandum 2006'ya katılan 2.241.738 vatandaşımızın % 99,4'ü (2.258.592) HAYIR oyu kullanarak bu Tasarılar karşı tepkilerini ortaya koydu.

Oysa toplumun hiçbir şekilde onay vermediği açık olan bu düzenlemeler, ne yazık ki, yangından mal kaçırıcısına TBMM'den geçirildi. Çünkü, AKP Hükümeti IMF İcra Direktörleri Kurulu'na verdiği 24 Kasım 2005 tarihli İkinci Niyet Mektubu'nda SSGSS Tasarısı'nın TBMM'nin bu çalışma döneminde yasalaşacağını taahhüt etmişti.

IMF, üçüncü stand-by gözden geçirme görüşmelerinin başlaması ve 830 milyon dolarlık kredinin serbest bırakılması için bu tasarıların TBMM'de kabul edilmesini şart koşmaktaydı. Nitekim, "korku dağları bekler" misali Türkiye'ye gönderdiği gözlemcisi ile Türkiye Büyük Millet Meclisi'nin yasama çalışmalarını adeta vesayet altına aldı.

AKP Hükümeti de IMF'ye verdiği ipoteğin karşılığı olarak halkın taleplerini ve iradesini hiçe saydı. Tasarıların parlamentoda bile tartışılmasına izin verilmedi, Meclis'in boş sıralarında oturan sınırlı sayıda milletvekilinin oylarıyla kabul edildi.

Ne var ki, 1 Ocak 2007'de yürürlüğe girmesi beklenen SSGSS Kanunu'nun bir dizi maddesi 15 Aralık 2006 tarihinde Anayasa Mahkemesi tarafından iptal edildi. Hükümet bunun üzerine yürürlük tarihini önce 1 Temmuz 2007'ye, sonra 1 Ocak 2008'e ertelemek zorunda kaldı.

IV.4. AKP Hükümeti, Sağlık Hizmet Sunumuna Kamuya Yatırım Yapmayarak Kamu Sağlık Hizmetlerini Çökertmek Suretiyle ve Kamu Sağlık Hizmetlerini Özel Sektör Yöntemleriyle Verilmesini Sağlayarak Müdahale Etmiştir.

IV.4.1. AKP Hükümeti, Sağlığa Yatırım Yapmamıştır. Bunun En İyi Göstergesi, Sağlık Ocağı Başına Düşen Nüfusun, AKP İktidarı Döneminde Artmış Olmasıdır.

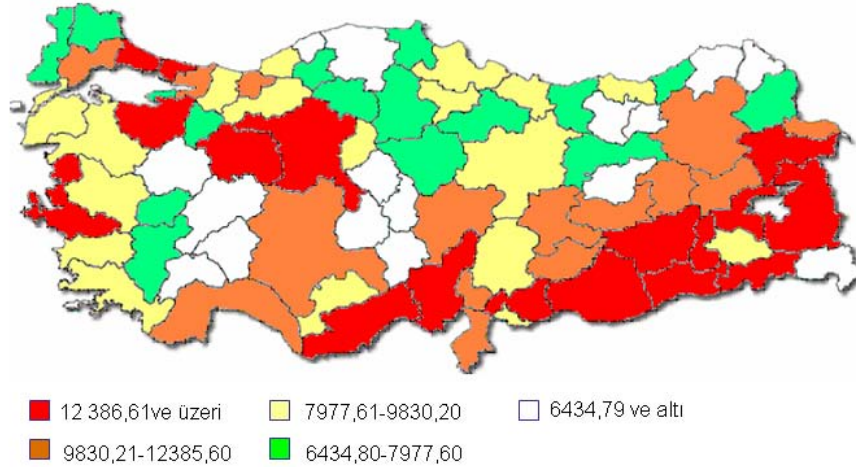
2000 yılında 11461 olan sağlık ocağı başına düşen nüfus, 2005'de 11618 olmuştur. Bu olumsuz gelişme en çok, Doğu Anadolu için geçerlidir.

Tablo 17. Sağlık Ocağı Başına Düşen Nüfus (TSHGM, Çalışma Yıllığı, 2000 ve 2005)

	2000	2005	2000-2005 değişim hızı (%)
Marmara	19434	17963	-7,6
Ege	8973	9287	3,5
Akdeniz	10678	10787	1,0
İç Anadolu	10165	10617	4,4
Karadeniz	7650	7790	1,8
Doğu Anadolu	10226	11021	7,8
Güneydoğu Anadolu	15893	15750	-0,9
Türkiye	11461	11618	1,4

Bugün sağlık ocaklarının illere göre dağılımı değerlendirildiğinde, büyük iller ve Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nin sağlık ocağı yoksunu iller olduğu görülür. Büyük illerde, sağlık ocaklarının yetersizliği, bu illerin özel sağlık sektörünün egemenliğine terk edilmesi ile açıklanabilirken, Bölgedeki eksiklik, yıllardır süregelen yatırım yapmama politikası ile ilgili olmaktadır.

Harita 4. Türkiye'de Sağlık Ocağı Başına Düşen Nüfusun İllere Göre Dağılımı (Zeliha Öcek-Ata Soyer, Türkiye'de Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Durum Değerlendirmesi 2000-2004, Pratisyen Hekimlik Kongresi, 11.11.2006)

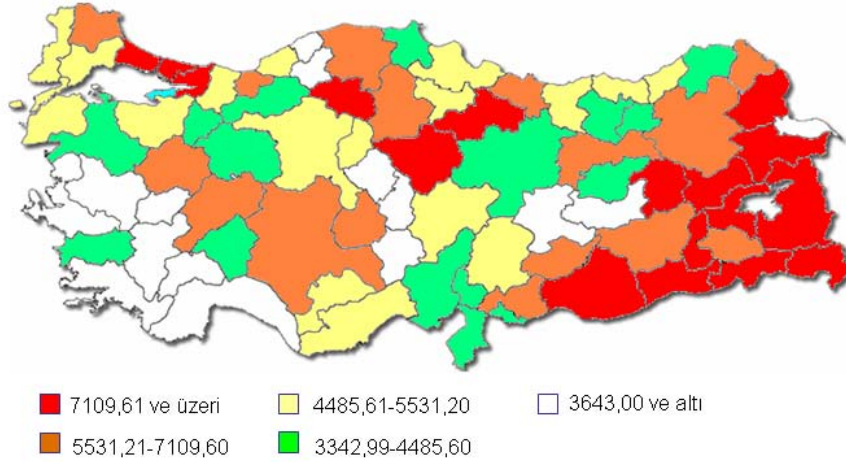


IV.4.2. AKP, Sağlık Yatırımlarını Durdurmasının Yanı Sıra, Özellikle Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Çökertilmesi Yönünde Adımlar Atmıştır. Sağlık Ocaklarına Hekim Ataması Yapılmamış, Birinci Basamağın Çökmesine Göz Yumulmuştur.

Tablo 18. Sağlık Ocaklarında Hekim Başına Düşen Nüfus (TSHGM, Çalışma Yıllığı, 2000 ve 2005)

	2000	2005	2000-2005 değişim hızı (%)
Marmara	7614	7370	-3,2
Ege	3123	3181	1,9
Akdeniz	3455	4107	18,9
İç Anadolu	3556	5020	41,2
Karadeniz	4080	4608	12,9
Doğu Anadolu	4573	6754	47,7
Güneydoğu Anadolu	6430	6756	5,1
Türkiye	4435	5115	15,3

Harita 5. Türkiye’de İllere Göre Sağlık Ocaklarında Hekim Başına Düşen Nüfus (Zeliha Öcek-Ata Soyer, Türkiye’de Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Durum Değerlendirmesi 2000-2004, Pratisyen Hekimlik Kongresi, 11.11.2006)



IV.4.3. Sağlık Ocakları, Sadece Tedavi Hizmeti Veren Yerler Olarak Görülmüş, Poliklinik Hizmetlerinin Artışı Bir Gelişme Olarak Sunulmuştur.

Tablo 19. Sağlık Ocaklarındaki Poliklinik Sayıları (TSHGM, Çalışma Yıllığı, 2000-2005)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Poliklinik sayısı	51.436.891	58.142.436	55.844.883	66.505.376	74.847.182	105.482.440
Hekim Başına Düşen Ortalama Poliklinik Sayısı	3.771	3.875	3.734	4.623	5.545	7.509

Sağlık ocaklarının yıllık baktıkları hasta sayıları yaklaşık ikiye katlanmış durumda. 2006 yılında sağlık ocaklarında artışın devam ettiği. yıl sonunda 115 milyon polikliniğe ulaşılacağı belirtiliyor (2007 Mali Yılı Bütçesi TBMM Plan ve Bütçe Komisyonu Sunumu. Kasım 2006).

IV.4.4. Birinci Basamakta Özelleştirme: Aile Hekimliği

Sağlıkta Dönüşüm Programı, ülkemizin kırk beş yıllık birikimi sağlık ocaklarının tasfiyesini ve aile hekimliğine geçilmesinin öngörüyordu.

Önce Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun 09.12.2004 tarihinde Resmi Gazete’de yayımlandı. Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik 06.07.2005 tarihli, Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ve Sözleşme Şartları Hakkında Yönetmelik 12.08.2005 tarihli ve Aile Hekimliğinin Pilot Uygulandığı İllerde Toplum Sağlığı Merkezleri Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge 15.09.2005 tarihli Resmi Gazete’de yayınlandı.

Bu düzenlemelerle, birinci basamak sağlık örgütlenmesini ve sağlık hizmetlerinin finansmanını değiştiren bir “sistem değişikliği”nin ilk hukuksal düzenlemeleri yapılmış oldu. Düzenlemeler ile belirlenecek illerde “aile hekimliği pilot uygulaması” gerçekleştirilmesi ve sonrasında da ülkeye sistemin yaygınlaştırılması ve GSS sistemine geçiş öngörülmekteydi.

Kanun ve yönetmelikler ile sınırları çizilen “aile hekimliği pilot uygulamasında” “devamlı olarak belli bir mekanda vermeye yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Sağlık Bakanlığının öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabip”ler “aile hekimi”, aile hekimi ile birlikte hizmet veren hemşire, ebe, sağlık memuru gibi sağlık eleman”ları da “aile sağlığı elemanı” olarak tanımlanmaktadır. İki kişiden oluşan bu “ekip”, belli ölçülerle ve koşullarla kendi sorumluluğundaki kişilere (sayı 1000-4000 olarak sınırlanmıştır, bireyler pilot uygulamanın ilk altı aylık bölümünde bağlı buldukları sağlık ocağındaki bir hekime bağlanacaklar, altı ayın sonunda da ilçe sınırları içinde istedikleri

hekim seçebileceklerdir) tanımlanmış hizmetleri vermekle yükümlü kılınmıştır. Aile hekimi ya da “elemanı” olmayı öncelikle gönüllülüğe, yeterli gönüllü çıkmaz ise görevlendirmeye bağlayan Kanun, “ihtiyaç duyulması halinde” serbest çalışan ve kamu görevlisi olmayan hekim ve “aile sağlığı elemanları”ndan da ilgili Kanun'lara uygun olanların çalıştırılabilmesine olanak tanımıştır.

Böylece pilot uygulama içerisinde çalışacak personelin statü ve ücretlendirilmesi farklı bir yapıya kavuşturulmaktadır. Ayrıntıları Kanun'da tanımlanan farklı türde bir sözleşmeli çalışma söz konusudur ve ücretlendirmede de “ödeme yöntemi” değiştirilmiştir. Aile hekimi ve aile sağlığı elemanı olarak çalışacaklara çeşitli başlıklarda yapılan ödemelerle bir bütçe tahsis edilmekte ve bu bütçe hem onların gelirlerini hem de sorumlulukları içindeki bireylere verecekleri hizmetlerin maliyetini karşılayacak kalemleri içermektedir. Bu bütçede ve ödemelerde kesin-tileri gerektirebilecek “performans kriterleri” getirilmiştir.

Kanun'da belirtilen bir diğer önemli unsur, hizmetin verileceği mekana ilişkindir. “Kamuya ait taşınmazların kullanımı” başlıklı 4. Madde'de “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. Uygulamada sağlık ocaklarının kiralanması anlamına gelen bu ibare, dönüşümü açık olarak sergilemektedir.

Aile hekimliği esas olarak Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası ile 1960'dan bu yana ülkemizde uygulanmakta olan Sağlık Ocağı sistemini ortadan kaldırmayı hedeflemektedir.

Çağdaş sağlık örgütlenmesinde birinci basamak sağlık hizmeti koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin bütüncül biçimde belirli bir iş bölümü ve disiplinle yürütüldüğü bir ekip hizmetidir. Aile Hekimliğinde ise bu görev sadece aile hekimine verilmektedir.

Aile hekimliği muayenehaneleri rekabet gereği “müşteri” olan hastanın beklentisini karşılayabilmek için aslında ortak kullanılacak ultrason ve laboratuvar cihazları vb. tıbbi teknoloji ürünü ile donanacaktır. Dünya Bankası'nın kredi ile desteklediği bu sistemde esas yararlanan tıbbi ithalat firmaları olacak ve Türkiye dışı kaynak transferi yapacaktır.

Zaten, aile hekimliği uygulamasına “özel sağlık hizmetlerinin temelini oluşturması açısından” geçildiği, uygulamanın asıl sahibi olan Dünya Bankası'nın raporunda açık olarak belirtilmektedir.

Aile Hekimliğinde, hekim ücretini serbest piyasa koşulları içinde kendisi kazanacaktır. Artık sigorta kurumu ile sözleşmeli çalışan, iş güvencesi ve sosyal hakları olmayan, işsizlik korkusu ile giderek daha düşük ücretle çalışacak hekim kitlesi yaratılacaktır.

Aile hekimliğinin “olmazsa olmaz” ön koşulu sağlık kurumlarının birinci, ikinci ve üçüncü basamak olarak sınıflandırılması ve bu basamaklar arasında bir sevk zincirinin kurulmasıdır. Sevk



zinciri olmaksızın birinci basamak sağlık hizmeti uygulaması dünyanın hiçbir ülkesinde görülmeyen, akıl ve mantığın kabul etmeyeceği bir durumdur.

Durum böyle iken Sağlık Bakanlığı uygulamaya başladığı 2005 yılı Eylül ayından bu yana uygulamaya geçtiği hiçbir ilde sevk zincirini kur(a)mamıştır. Düzce’de başlatılan sevk zinciri uygulamasından ise vatandaşların memnuniyetsizliği üzerine kısa sürede vazgeçmiştir.

Öte yandan şu ana kadar yapılan pilot uygulamanın hekimlerin, sağlık çalışanlarının ve yurttaşların memnuniyetini sağlamadığı açık olarak görülmektedir. Nitekim, Sağlık Bakanlığı uygulamayı hekimlere ve diğer sağlık çalışanlarına zorla kabul ettirmeye çalışmaktadır. Aile hekimi olmayı kabul etmeyen hekimler “aile hekimliğini ya sev, ya terk et” tehditleriyle baskılara uğramakta, sürgün edilmektedirler

Çalışma koşullarını eleştirmek için sıkça başvurulanan “vahşi kapitalizm” veya “angarya” tanımlarının bile fevkâlade yetersiz kaldığı yeni bir istihdam biçimi olarak getirilmeye çalışılan taşeronlaştırma TTB’nin açtığı dava sonucu Danıştay tarafından durduruldu.

Ancak, AKP Hükümeti’nin özellikle görüntüleme, ameliyathane, anestezi gibi alanlarda taşeronlaştırma girişimleri devam etti.

Burada, kısaca Toplum Sağlığı Merkezleri’nden (TSM) de söz etmekte yarar var. TSM’ler Aile hekimlerinin açık bıraktığı koruyucu hizmetleri sunma amacıyla oluşturulmuştur. Aile hekimliği, sözleşmeli ve yüksek ücretlerle cazip kılınmaya çalışılırken, TSM çalışanları düşük ücretlere mahkum edilen kamu çalışanları olarak bırakılmıştır. Buradaki amacın, hekimleri tedavi edici hizmetlere yöneltmek olduğu kolaylıkla görülebilir.

IV.4.5. Sağlıkta “Dönüşüm” Patronların Hizmetinde: Bir Darbe de İşyeri Hekimliğine

AKP’nin Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın temel hedeflerinden olan “özelleştirme” ve “taşeronlaştırma” politikalarının işçi sağlığı ortamına yansımaları da farklı olmadı.

Sağlığın “kâr” elde edilebilecek bir alan olarak görüp ticareti yapılabilecek bir biçime dönüştürme politikası işyeri hekimliği uygulamalarına ağırlıklı olarak sermayenin yükünün hafifletilmesi boyutuyla yansıtılmaya çalışıldı.

Bu amaçla; İşçi Sağlığı İş Güvenliği alanındaki birikimi ve eğitim donanımları nedeniyle alanda işyeri hekimliği eğitimlerini (sertifikalandırma) gerçekleştiren, işyeri hekimliği atamalarını yapan ve sahada çalışan hekimlerin ücret ve özlük haklarını düzenleyen TTB’nin bu alanın dışına çıkarılmasını hedefleyen yönetmelik düzenlemeleri ile ilk adımlar atıldı.

İşçi sağlığı açısından temel göstergeler olan “iş kazaları oranı” ve “meslek hastalıkları” açısından ülkemizin içinde bulunduğu “karamsar” tablonun nasıl değişeceği ile ilgili kaygılar ise bu düzenlemelerin dokusunda hiç yer almadı.

2003 Yılı Aralık ayında işçi sağlığı alanını düzenlemek amacıyla çıkartılan 48 adet yönetmeliğin içinde bulunan ve aşağıda adı anılan özellikli üç yönetmelik bu amaç doğrultusunda düzenlendi ancak TTB'nin yürütmüş olduğu hukusal süreçle birlikte bu uygulamalar şimdilik Danıştay'tan döndü.

- İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetmeliği,
- İşyeri Sağlık Birimleri ve İşyeri Hekimlerinin Görevleri ile Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik,
- İş Güvenliği ile Görevli Mühendis veya Teknik Eleman Görev, Yetki ve Sorumluluklar ile usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik.

Danıştay kararları ile birlikte TTB ilgili 14 Üniversite ile bir protokol oluşturdu ve İşyeri Hekimliği Temel Sertifika Eğitimlerini yürütmeye devam ederek alanda çalışacak işyeri hekimlerinin atamaları ve özlük haklarıyla ilgili çalışanlardan ve hekimlerden yana tutumunu sürdürdü.

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ayağını oluşturan Aile Hekimliği düzenlenmesinin bir boyutu olarak işyeri hekimliği uygulamaları bu programla uyumlu hale getirilmeye çalışıldı. Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik'te yapılan düzenlemede, işyeri hekimlerinin tedavi edici hizmetlerden tamamen mahrum bırakılmasıyla işçi sağlığı hizmetlerinin taşeronlaştırılmasının zemini hazırlandı.

“Madde 26 — İşyeri hekimi, işyerindeki çalışana sevk, reçete veya rapor gerektiğinde kişiyi bilgilendirir ve bilgilendirme notu ile aile hekimine gönderir. Kişiler aile hekimlerince takip edilmek durumundadır. İşyerinde oluşacak acil durumlarda hastaya gerekli müdahale işyeri hekimi tarafından yapılır ve gerekirse hastane acil servisine sevk edilerek en kısa süre içerisinde aile hekimi bilgilendirilir.

Kurum hekimliğinden sağlık hizmetleri alan kişiler, aile hekimine kayıt yaptırarak sağlık hizmetini alırlar. “

Daha sonra yapılan itirazlar ve yaratacağı tahribat göz önüne alınarak sadece büyük şirketleri içerecek ve tam gün işyeri hekimlerini kapsayacak bir ek düzenleme yapılmakla birlikte ülkemizde çalışanların çok geniş bir kesimini kapsayacak şekilde sağlık hizmetlerine ulaşmak zorlaştırılmak istendi.

Yönetmeliklerle başarısız olan bu niyetler, işyeri hekimliği alanını Aile Hekimliği sistemi ile birleştirerek, özel şirketler aracılığıyla taşeronlaştırma istekleri ile hazırlanan “İş Sağlığı İş Güvenliği Yasa Tasarısı” ile devam ettirildi. Pilot uygulamaya geçilen illerde Aile Hekimliği Sertifikası almamış hekimlere işyeri hekimliğine onay verilmeyerek ve mevcut çalışan işyeri hekimleri de Aile Hekimliği eğitimlerine katılmaya zorlanarak keyfilik ya da başka bir söyleyişle işyeri hekimliği alanını Sağlıkta “Dönüşüm” Programı'na uyumlulaştırma niyetleri devam ettirildi.

AKP Hükümeti'nin Sağlıkta “Dönüşüm”ü, bu ülkenin çalışanlarının çalışma koşullarını, iş kazaları nedeniyle yaşamlarını kaybetmelerini, tanısı konulamayan ve risk faktörleri yokedilemeyen meslek hastalıklarıyla ilgilenmemektedir. Niyet açıktır; sermayenin yükünü azaltmak ve sunulacak hizmetleri

özel sektör aracılığıyla yürüterek sağlık sermayesine yeni bir alan yaratmaktadır.

Özetle; işyeri hekimliği alanı da Sağlıkta Neo-liberal “Dönüşüm” Programı’nın “özelleştirme” ve “taşeronlaştırma” uygulamalarından nasibini almaktadır.

IV.4.6. AKP Döneminde Sağlıkta Taşeronlaştırma Destek Hizmetlerden Klinik Hizmetlere Yaygınlaştırılmıştır.

Kamu sağlık kurumlarında son yirmi yıldır giderek yaygınlaşan taşeronlaştırma AKP Hükümeti’ne kadar esas olarak destek hizmetlerde uygulanıyordu. Hastane otoparkları, kantinler, yemekhaneler, güvenlik ve temizlik hizmetleri hemen tamamıyla taşeron şirketlere devredilmişti.

AKP iktidarında ise doğrudan sağlık ve yardımcı sağlık personeli tarafından yerine getirilen hizmetlerin taşeron usulü satın alınması için yasal düzenleme yapıldı.

Uygulama için ilk adım 24.07.2003 tarih ve 25718 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanan “Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnemelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun” ile atılmıştı. Kanunun 11inci maddesiyle 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu’na şu fıkra eklenmişti:

“Bu sınıfa dahil personel tarafından yerine getirilmesi gereken hizmetler, lüzümü halinde bedeli döner sermaye gelirlerinden ödenmek kaydıyla, bakanlıkça tespit edilecek esas ve usullere göre hizmet satın alınması yoluyla gördürülebilir”.

Sağlık Bakanlığı tarafından bu maddeye dayanarak hazırlanan “Sağlık ve Yardımcı Sağlık Personeli Tarafından Yerine Getirilmesi Gereken Hizmetlerin Satın Alma Yoluyla Gördürülmesine İlişkin Esas ve Usuller” 05.05.2004 tarihinde Resmi Gazete’de yayınlandı.

Taşeronlaştırmanın yasal altyapısı böylece oluşturuldu ve hastaneler 2004 Temmuz ayından itibaren taşeron çalıştırma ihaleleri açmaya başladılar.

Düzenlemeye göre hizmet satın alma ihaleleri en fazla bir yıllık yapılacaktı. Bakanlık, gerek görürse, yılın belli ayları veya günün belli saatleri için de hizmet alabilecekti. İhaleler, örneğin, turistik bölgelerde sadece yaz ayları için açılacak; hastanelerde de iş yoğunluğunun fazla olduğu sabah saatleri için yapılabilecekti. Sözleşme süresi bittiğinde çalışmaya devam etmenin herhangi bir garantisi yoktu.

Sağlık çalışanlarının önünde iki seçenek vardı. Ya taşeron bir şirketin elemanı olmak veya önce Bağ-Kur’a kayıt yaptırıp sonra kişisel olarak ihaleye girmek.

Her iki durumda da hiçbir yasal hakkı yoktu. İdare istediği zaman, hiçbir gerekçe göstermeden işten atabilecek ve bu duruma itiraz etmek bile mümkün olmayacaktı. Doğum yapan veya yirmi günden fazla istirahat gerektiren bir hastalığa yakalanan sağlık çalışanı da hemen işten çıkarılacaktı.

Uygulama kapsamındaki “ücret”ler asgari ücrete endeksliler olarak belirlenmişti. Pratisyen hekimler asgari ücretin %150, uzman hekimler %200 fazlasını alacaktı.

Her türlü angaryanın serbest olduğu uygulamada idareler istediği zaman istediği işi yaptırabilecekti.

Taşeron usulü hekim istihdamı için ilk ihaleyi açan Denizli Devlet Hastanesi oldu. Hastanenin temizlik işlerini yürüten taşeron firma da ihaleye girebilmek için hekimlere teklif götürmeye başladı. Ancak hekimler taşeron firma elemanı olarak çalışmayı kabul etmedi ve ihale gerçekleşemedi.

IV.4.7. Hastaneler de, Tıpkı Sağlık Ocakları Gibi, Sadece Hasta Tedavi Edilen Yerler Olarak Görülmektedir. Son 5 Yılda Artmış Görülen Ayaktan Bakılan ve Yatarak Tedavi Gören Hasta Sayısı, Bir Yönü İle El Konulan SSK Sağlık Kurumları İle İlgilidir. Diğer Yön İse, Kamunun Çökertilmesi Sonucu Özel Sağlık Sektörünün Önünün Açılmasıdır.

Tablo 20. Türkiye’de Yataklı Tedavi Kurumlarının Yıllık Poliklinik Sayıları ve Bu Sayılardaki Artış Oranı (2002-2005), (YTKGM, Yataklı Tedavi Kurumları Yıllığı, 2005):

	2002	2005	ARTIŞ %
TÜM HASTANELER	124.3	187.3	33.7
SAĞLIK BAKANLIĞI	66.2	164.8	241.8
SSK + SAĞLIK BAKANLIĞI	109.8	164.8	32.9
ÜNİVERSİTE	8.8	11.5	23.5
ÖZEL	4.4	10.8	59.1

Tablo 21. Türkiye’de Yataklı Tedavi Kurumlarının Yıllık Yatan Hasta Sayıları ve Bu Sayılardaki Artış Oranı (2002-2005), (YTKGM, Yataklı Tedavi Kurumları Yıllığı, 2005):

	2002	2005	ARTIŞ %
TÜM HASTANELER	5.5	7.0	21.4
SAĞLIK BAKANLIĞI	2.8	5.1	44.8
SSK + SAĞLIK BAKANLIĞI	4.2	5.1	17.9
ÜNİVERSİTE	0.78	1.03	23.8
ÖZEL	0.53	0.87	39.3

VI.4.8. AKP Son Bir Hamle İle Hastaneleri Kırk Parçaya Bölmeye Kalkmıştır. Kamu Hastane Birlikleri İle, Fiilen İşletmeleştirilen Hastaneler Yasal Olarak da İşletmeleştirilmek İstenmektedir.

AKP Hükümeti SSK hastanelerine el koymasının gerekçesinin ‘sağlıkta tek çatı’yı gerçekleştirmek olduğunu iddia etmişti. Oysa çok geçmeden niyetin tek çatı olmadığı ortaya çıktı.

Önce Kamu Yönetimi Temel Kanunu (KYTK) ile bu kurumlar yerele devredilerek çok parçalı hale getirilmek istendi. Cumhurbaşkanı’nın veto ettiği bu girişim şimdilerde Kamu Hastane Birlikleri (KHB)

Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı ile yeniden gündeme getirildi.

Halen TBMM'nin gündeminde olan Kanun Tasarısı'nda amaç ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin hakkaniyete, halkın ihtiyaç ve beklentilerine uygun, kolay erişilebilir, verimli, kaliteli, etkin biçimde sunulmasını sağlamak olarak belirtilmekte.

Oysa Tasarı incelendiğinde esas amacın halen Sağlık Bakanlığı'na bağlı 900 civarındaki kamu hastanesinden kârlı olanlarından 400'ünü "birlik" adı altında işletmeleştirme ve bir sonraki adımda özelleştirme adı altında ulusal/uluslararası sermayeye satışa hazır hale getirmek için yeni bir düzenleme yapmak olduğu görülüyor.

Yasanın genel gerekçesinde de belirtildiği gibi bu düzenleme ile "hastanelerin madde ve insan gücü anlamında her türlü kaynağı sınırsızca merkezden talep etme yerine kendi kaynaklarından karşılama-ları" hedeflenmekte. Yani hedef artık genel bütçeden kamu hastanelerine katkı yapılmasına son verilmesi. Şu anda zaten neredeyse sadece çalışanların maaşlarını ödeme düzeyine inmiş olan bu katkının tümünden ortadan kalkması söz konusu. Özerklik adına "kaynağını kendin bul" anlayışıyla gösterilen "müşteriler" ise hastalar.

KHB Kanun Tasarısı ile hastaneler hizmet alt yapısı, organizasyon, kalite, verimlilik ve hasta memnuniyeti ölçütlerine göre aldıkları puanlarla A,B,C,D,E olmak üzere 5 sınıfa ayrılmakta. Oluşturulan hastane gruplarından ağırlıklı ortalaması C ve üzeri olanlar birlik haline getirilmekte.

Hastaneler sınıflara ayrılırken aslında en önemli ölçütün performansa göre ek ödeme sistemi ile hekimlerin, kliniklerin ve sonuçta hastanelerin topladıkları puanlar olduğu bilinmekte. Merkezi olarak hastaneler son üç yıldır topladıkları yıllık performans puanları ile değerlendirilmekte.

Yasadaki düzenlemelerden anlaşılacağı üzere toplam 400 hastaneden 40 birlik oluşturulması hedeflenmekte.

Aynı ilde birden fazla kurulabileceği gibi birden fazla ili de kapsayabilecek olan Hastane Birlikleri, Sağlık Bakanlığı'nın ilgili kuruluş statüsünde kamu tüzel kişiliğinde yapıları olarak tanımlanmakta.

Tasarıya göre Birliğin en üst karar organı olacak Yönetim Kurulu'nun yedi üyesinden ikisi Sağlık Bakanlığı, ikisi İl Genel Meclisi, biri Vali, biri Ticaret Odası tarafından belirlenmekte; yedinci üyeliğe de il sağlık müdürü ya da yardımcısı getirilmektedir. Bu üyelerin sadece ikisinin tıp doktoru olması öngörülmektedir.

Öte yandan Yönetim Kurulu'nun yedi üyesinin dördü doğrudan merkezi iktidarca saptanmakta, yani 40 Birlik'te toplam 160 kişi siyasi iktidar tarafından atanmaktadır. Böylece yerele devredilmiş olarak görülen yetki aslında daha küçük parçalar halinde merkezi iktidarca kullanılmakta ve iktidar partisine yeni "yemlikler" oluşturulmaktadır.

Yönetim Kurulu'nda sağlık çalışanlarının ya da tabip odalarının temsilcileri yer almazken Ticaret Odası'nın temsilcisine yer verilmesi asıl amacın sağlıkta ticarileştirme olduğunu açık olarak gözler önüne sermektedir.

Yönetim Kurulu'nun görevleri arasında bilanço, yıllık mali rapor ve faaliyet raporunu hazırlamak, birliğin her türlü taşınmazını, tesisleri ve binaları satabilmek, kiralayabilmek, birliğin nakitlerini bankada değerlendirmek, tıbbi uzmanlık hizmetleri satın almak, personel istihdam, görevlendirmesi yapmak gibi ticari işlevlerin bulunması da bu Hastane Birliklerinin piyasa koşullarında hizmet üretip satacaklarını göstermektedir.

KHB Kanun Tasarısı'na göre Birliği yönetim kurulu kararlarına göre yöneten en üst düzey bürokrat Genel Sekreter olacaktır. Birliğe bağlı hastaneler Hastane Yöneticisi tarafından yönetilecek, başhekimler de bu yöneticilere bağlı olarak çalışacaklardır.

Gerek Birliklerin en üst yöneticisi olan Genel Sekreter, gerekse hastanelerin en üst amiri olacak yöneticiler sağlıklı olabileceği gibi iktisatçı, işletmeci, maliyeci, muhasebeci veya endüstri mühendisi olabilecektir.

Hastanede çalışacak azami personel sayısı yönetim kurulunun görüşü alınarak Bakanlıkça her yıl saptanacaktır. Halen devlet memuru olan personele şimdilik sözleşmeli zorunluluğu getirilmemekte ancak yaşanan deneyimlerden bilindiği üzere kısa bir zaman sonra çeşitli yöntemlerle bu personel seçim yapmaya zorlanmaktadır.

Birlik "sermayesi" devredilen döner sermaye, birlik kârları, bağış ve yardımlar ve "gerektiğinde" devletçe yapılacak yardımlardan oluşacak; gelirini ise esas olarak sağlık hizmetinin "satışı"ndan elde edecektir. Tesislerin-yapıların işletilmesinden, kiraya verilmesinden satılmasından elde edilecek gelir de buna eklenecektir.

Sonuç olarak; önümüzdeki dönemde eğer yasa tasarısı hayata geçer ve kamu hastaneleri işletmelere dönüşürse hekimler açısından zorlu bir dönem ortaya çıkacaktır.

IV.4.9. SSK Sağlık Kurumlarının Gaspı: Amaç Birleştirme Değil, Tasfiye.

AKP'nin Sağlıkta Dönüşüm Programı'na göre devlet sağlık hizmeti sunumundan çekilecek, bu hizmetler piyasadan satın alınacaktı. Programda Çalışma Bakanlığı'na düşen rol ise GSS'nin kasalığını yapmaktı.

Oysa 1946 yılında kurulan ve 1949 yılından itibaren kendi sağlık hizmetlerini üretmeye başlayan SSK, sağlıktaki bu neoliberal dönüşümün önünde büyük bir engel oluşturuyordu. IMF'ye verilen sözler ve neoliberal programın bekası Türki-ye işçi sınıfının elli dokuz yıldır ödedikleri



primlerle kurdukları ve ayakta tuttukları SSK sağlık kurumlarının gasp edilmesini gerektiriyordu.

5283 sayılı Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığı'na Devredilmesine Dair Kanun ile SSK'nın 182'si hastane, 212'si dispanser, 202'si sağlık istasyonu, 3'ü ağız ve diş sağlığı merkezi, 6'sı dispanser/ağız ve diş sağlığı merkezi, 2'si dispanser ve hemodiyaliz merkezi olmak üzere toplam 573 sağlık kurumuna el konuldu.

El konulma işleminin gerçekleştiği 19 Şubat 2005 günü ve sonrasında yaşananlar ise Sağlık Bakanlığı kadrolarının bir diğer kamu kurumuna ait sağlık kuruluşlarını devralmak için gerekli beceriyi bile gösteremediğini gözler önüne serdi. Devirden sonra yaşanan büyük kaos yüzünden hastalar sağlık hizmeti alamadılar, ilaçlarını temin edemediler.

Bütün bunlar yaşanırken Hükümet sözcüsü Cemil Çiçek'in "Bazı ufak tefek sorunlar olsa da SSK'nın devri operasyonu başarıyla gerçekleşti" açıklamasını yapıyordu. Operasyon çok başarılı geçmiş, ama hasta maalesef hayatını kaybetmişti(!).

AKP Hükümeti sağıkta gerçekleştirdikleri çok büyük dönüşümlerin önündeki en büyük engelin SSK hastaneleri olduğunu; bu devir işlemi gerçekleştikten sonra sorunların hızla düzeleceğini vaat etmişti. Aradan geçen iki buçuk yıl ise bu vadedin ne kadar gerçek dışı olduğunu gösterdi. Ne Sağlık Bakanlığı'na devredilen hastanelerin sorunları çözüldü, ne de kamu sağlık kurumlarındaki hizmet kalitesi yükseldi.

IV.5. AKP Hükümeti, Sağlık İnsangücüne Onları Birbirlerinden Yalıtarak, Rekabete Sokarak, Çoğunluğun Güvencesini Elinden Alarak, Baskıcı Bir Ortamda Çalışmaya Zorlayarak Müdahale Etmiştir.

2005 yılı Sağlık Bakanlığı verilerine göre, hekimlerin dağılımı yaklaşık şöyledir: 30 bin pratisyen hekim, 50 bin uzman hekim ve 18 bin asistan hekim. AKP, bu hekim bileşimine, tedavi hizmetleri tercihi ile bir uzmanlaşma zorlaması yapmaktadır. Sağlık Bakanlığı bünyesinde görev yapan uzman hekim sayısı, 2002'de 20026'dan, 2006'da 24571'e yükselirken, TUS'da ilan edilen uzmanlık öğrencisi kadrosu sayısı, bir yılda mezun olan hekim sayısının oldukça üzerine çıkarılmıştır.

Tablo 22. TUS'da İlan Edilen Asistan Kadro Sayısının Yıllara Göre Dağılımı (1999-2006) (2007 Mali Yılı Bütçesi TBMM Plan Ve Bütçe Komisyonu Sunumu. Kasım 2006)

1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
3932	4204	4438	4949	4453	6077	6513	6385

IV.5.1. AKP'nin Sağlık Çalışanlarına Layık Gördüğü Çalışma Biçimi Güvencesiz Çalışma Olmuştur: Sözleşmeli Çakılı Kölelik.

İki bin üç yaz aylarında sağlık personeli istihdamını kökten değiştiren bir düzenleme ile dilimize yeni bir tanımlama girdi: “Sözleşmeli Çakılı Kadro. Temmuz ayında yürürlüğe giren “Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun“, sağlık alanında sözleşmeli personel çalıştırılmasına olanak sağlıyordu.

Neden sözleşmeli sağlık personeline ihtiyaç duyulmuştu? Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan ve Bakanlar Kurulu'nca TBMM'ye gönderilen Kanun Tasarısı'nın gerekçesine baktığımızda bunu kolayca anlamak mümkündür. Bu gerekçede, hekimlere başka hiçbir meslekte var olmayan biçimde bir mecburi hizmet yükümlülüğü getirildiği ve uygulamanın da dengeli ve adil hekim dağılımının zorlamaları sağlanamayacağını gösterdiği, özendirme ve gönüllülük esasına dayalı bir istihdam politikasının benimsenmesi gerektiği belirtiliyordu. Gerekçede satır aralarında kalan iki önemli vurgu vardı. Bunlardan biri, mecburi hizmet uygulaması ile yılda 7-8 bin hekim atamasının gereklilik olduğu, mevcut kadrolarla bu atamaların olanaklı olmadığı, atamaların yapılması halinde ülkenin içinde bulunduğu ekonomik şartlar ve kamuda personel istihdamını azaltmaya yönelik hükümet politikaları ile çelişen bir durum yaratacağı ve bir süre sonra hiç ihtiyaç yokken hekim istihdamı zorunluluğu doğuracağı idi. Üstelik Kanun önemli bir avantaj sağlıyordu. Hem sağlık hizmetlerine dair ihtiyaçları çabuk karşılamak, hem bütçeye yük olmaksızın bu ihtiyaçları gidermek amacıyla “bedeli döner sermayeden karşılanmak üzere” “lüzumu halinde” sağlık hizmetlerinin ihale yoluyla satın alınarak gördürülebilmesi için 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'na ek bir madde getiriyordu. Böylece sağlık hizmetlerinin taşeronlaştırılması ve sözleşmeli sağlık personeline kapı açan düzenleme yürürlüğe girdi.

Özendirme ve gönüllülük ile sağlık personeli istihdamını öngören bu düzenleme başarıya ulaştı mı? Bu sorunun yanıtını iki yıl sonra tarafından çıkarılan Mecburi Hizmet Kanunu'yla yine AKP verdi: Hayır.

Mecburi Hizmet Kanunu'nun gerekçesinde, “Çakılı Kadro Yasası” sonrası açılan 1081 sözleşmeli uzman hekim pozisyonuna 200 uzman hekimin yerleştirildiği ve bunlardan 136'sının göreve başladığı,



3524 pratisyen hekim pozisyonuna ise 2191'inin yerleştirildiği ve bunlardan 1565'inin göreve başladığı belirtiliyordu.

Özendirme işe yaramamış, AKP tekrar zorunlu hizmete geri dönmüştü. AKP sağlıkta “yap-boz” oynuyordu.

IV.5.2. AKP Döneminde, Daha Önce Destek Hizmetlerde Çalışan Personelin Sözleşmeli Çalışmasına Ek Olarak, Tıbbi Hizmetlerde Çalışanlar Yaygın Olarak Sözleşmeli Olmaya Başlamıştır.

Tablo 23. Kamu Sağlık Kurumlarında Sözleşmeli Çalışan Sağlık Personelinin Sayısal Durumu (2007 Mali Yılı Bütçesi TBMM Plan ve Bütçe Komisyonu Sunumu. Kasım 2006)

Uzman	247
Pratisyen	2080
Diğer sağlık personeli	13524
Toplam	15851

Aile hekimlerini de sözleşmeli kapsamda düşünüldüğünde (sözleşmeli 2542 aile hekimi) beş bine yakın kamuda sözleşmeli statüde çalışan hekim bulunuyor diyebiliriz.

Aile Hekimliği'ne Geçen İller	Sözleşmeli Çalışan Aile Hekimi Sayısı
Denizli	252
İzmir	1025
Isparta	114
Düzce	104
Eskişehir	208
Elazığ	161
Gümüşhane	34
Bolu	69
Adıyaman	151
Edirne	110
Samsun	314
Toplam:	2542

IV.5.3. AKP, Başlangıçta Kaldırdığı Mecburi Hizmeti, “Dün Düündür, Bugün Bugündür” Diyerek ve Hekim Eksikliğinin En Önemli Sağlık Sorunu Olduğunu Söyleyerek, Yeniden Yürürlüğe Sokmuştur.

12 Eylülcü generaller ülkenin geri kalmış bölgelerindeki hekim istihdamı sorununu askeri usülle “kökten” çözmüşlerdi(!) Askeri darbeden sonra yaptıkları ilk işlerden biri 2514 sayılı Bazı Sağlık Personelinin Devlet Hizmeti Yükümlülüğüne Dair Yasa’yı çıkarmak oldu.

Madem ki doktorlar bu bölgelere gönüllü olarak gitmiyorlardı, öyleyse zorunlu olarak gidecekler; gitmeyenlerin diplomalarına el konulacak, doktorluk yapmaları engellenecekti.

Böylece 25 Ağustos 1981 tarihinden sonra Tıp fakültesini bitiren bütün doktorlar bir nevi askerlik görevi gibi kuralarını çekip iki yıllığına mecburi hizmete gittiler. İhtisaslarını tamamladıktan sonra bir kez daha ikişer yıllığına yollara düştüler.

AKP Hükümeti kurulduktan sonra Sağlık Bakanı olan Recep Akdağ’ın ilk işlerinden biri 2514 sayılı Mecburi Hizmet Yasasını tamamen yürürlükten kaldırmak oldu.

Hükümet konuyla ilgili olarak hazırladığı Kanun Tasarısı’nın gerekçesinde durumu şöyle izah ediyordu:

“Kutsal bir meslek olan hekimlik altı yıl gibi uzun bir eğitimden sonra elde edilebilmekte, uzman olabilmek için de Tıpta Uzmanlık Sınavını kazanmak ve 3 ile 5 yıl süren asistanlık eğitimini başarı ile tamamlamak gerekmektedir. 2514 sayılı Kanunla, insanın en değerli varlığı olan sağlığın korunması, hastalıkların tedavisi ve insanın daha kaliteli bir hayat sürmesi çalışmalarında birinci derece sorumluluk yüklenen ve her türlü hastalık riskine rağmen büyük bir özveriyle görev yapan hekimlere başka hiçbir meslekte olmayan bir yükümlülük getirilmiştir.

Yine bu Kanunun 22 yıllık uygulaması sonucunda; hekimlerin yurt sathında dengeli ve adil dağılımının zorlamalarla sağlanamayacağı, personelin özlük haklarının bölgelere göre özendirici hale getirilerek gönüllülük esasına dayalı bir istihdam politikasının benimsenmesinin etkin ve kaliteli sağlık hizmeti sunmak açısından daha uygun olacağı kanaatine varılmıştır.”

2003 Temmuz ayında mecburi hizmeti “anti demokratik” ve “yararsız” bularak kaldıranlar aradan iki yıl geçtikten sonra bütün söylediklerini bir çırpıda yalayıp yuttular. 2005 Temmuz ayında TBMM’den geçirdikleri kanunla Mecburi Hizmeti yeniden yürürlüğe koydular.

IV.5.4. AKP İktidarının Kamu Hastanelerindeki Hekimlere ve Sağlık Personeline Reva Gördüğü, Performansa Dayalı Ticarileşme, Partizanca Kadrolaşma ve İşgal Olmuştur.

SSK hastanelerinin devri ile “tek çatının” gerçekleşmesi sonrasında SSK ve Sağlık Bakanlığı hastaneleri hekimleri aynı çalışma koşulları ve ücretlendirme modeline tabii oldular. Aralarında fark kalmadı.

Kamu hastanelerine hasta başvurusu ileri derecede arttı. Bu yoğunlukla baş etmek için gerek altyapıda gerekse çalışma düzeninde önemli değişiklikler yapıldı.

Hastanelere bağlı çok sayıda semt polikliniği açıldı. Poliklinik oda sayısı arttırıldı. Poliklinik çalışma saatleri uzatıldı. Öğle tatili kaldırıldı. Hasta başına düşen süre 7 dakikaya indirildi. Tüm işlemlerin kayıt altına alınması ve bu şekilde kaçakların engellenmesi hedeflendi. Otomasyon/bilgi-işlem alt yapısı kuruldu ve geliştirildi.

Kayıtsız/ücretsiz hasta muayenesi, işlem yapılması sıkı olarak denetlenerek engellendi. Hekimler kontrol memurlarına dönüştürüldü. Döner sermaye gelirlerinden kesinti ile tehdit edildiler.

Hekimlerin artan iş yüküne ve bürokratik işlemlere tahammül etmesi, hastayı müşteri olarak görmesini sağlamak için performansla göre ücretlendirme yöntemi geliştirildi. Kabaca yaptığı işe göre ücret olarak tanımlanabilecek bu modelde hekimlere ne kadar puan o kadar ücret vaat edildi. Performans sistemine direnenler hastane yönetimleri tarafından tehdit edildi. Hekimler birbirleriyle rekabet eder hale geldi, ekip anlayışı zedelendi. Kamu hastanesinde hekimlik değerlerinin öne çıktığı bir anlayışla mesleki pratik yapmak zorlaştı.

Eğitim hastanelerinde bu yöntem ayrıca uzmanlık eğitimini de olumsuz etkiledi. Daha çok işlem için komplike eğitim vakaları ile uğraşılmak istenmedi, eğitim faaliyetleri ikinci plana atıldı. Performans uygulaması ile ortaya çıkan eğiticiler arasındaki ilişkiler asistanlara kötü model oldu.

AKP Hükümeti bu dönemde uzman ve başasistanları eğitim hastanelerinden uzaklaştırmak istedi. 3000'e yakın hekimin sürgüne gönderilmesi için listeler hazırlandı. Bu girişim TTB'nin mücadelesi ile durduruldu, ancak hekimler bu hükümet döneminde işletmeleştirme süreci ile birlikte iş güvencesinin olmadığı duygusunu yoğun biçimde hissettiler.

AKP, eğitim hastanelerinde bilimsel, liyakate önem veren, adaletli bir yöntem ile yükselme olanağını tamamen ortadan kaldırdı. Dört buçuk yıl içinde eğiticileri belirlemek üzere sınav açılmadı. Doğu, Güneydoğu Tıp Fakültelerinden yandaş, menzildaş profesör ve doçentleri sınavsız olarak atadı. Danıştay ve Anayasa Mahkemesi'nin yapılan işlemleri hukuka aykırı bularak yürütmesini durdurmasına rağmen yapılan atamalar geri alınmadı. AKP inadından vazgeçmedi. Torba yasa ile bu kez de yandaş ünvanı olmayan uzmanları da kolayca atayacak bir mekanizma yaratarak konuyu sürekli gündemde tuttu.

Yıllardır eğitim hastanelerinde çalışan ve açılmayan sınavlar nedeniyle yükselmemeyen ancak bilgi ve deneyimi yüksek uzmanlar ile AKP yandaş şefler arasında büyük gerilimler ortaya çıktı. Bilgi ve deneyimi kısıtlı, zedeleyici bir yöntemle bu pozisyonlara gelen profesör ve doçentler bu uzmanları sindirmek ve yıldırım istedi. İşletmeleştirme sürecine kolaylıkla uyum sağlayan bu şefler hastanedeki bilimsel/deontolojik ortamı hızla bozdular.

Sürgün tehdidi ile karşılaşan, yükselme umudu kalmayan, yetersiz şeflerin altında mesleki pratik yapma ve eğitim vermede güçlük çeken, işletme kültürü ile dokusu bozulmuş hastanelerde patron tem-

silcisi başhekimlerle çalışmak istemeyen bu hekimler eğitim hastanelerini terk etmektedirler. Emekliliği gelenler hiç beklememekte, diğerleri de uygun teklifler aldıklarında ayrılmaktadırlar.

Artık eğitim hastaneleri Kamu Hastane Birlikleri kanun tasarısında tanımlanan işletmelere dönüşmeye hazır hale geliyor. Geleneksel kamucu anlayışa bağlı, öncelikle hekimlik değerlerini savunan, eğitimi önceleyen, hak mücadelesi veren hekimler gidiyor.

AKP, azgın-pervasız kadrolaşma, işletmeye giden yolda yaptığı uygulamalarla sadece bu dönemde değil, uzun erimde de uzmanlık eğitimdeki yetersizlik ve yeni yetişen uzmanların hekimlik anlayışında yaptığı deformasyonla ağır zararlar vermeye devam etmektedir.

IV.5.5. AKP, Sağlık Alanını Piyasaya Açmada Sınır Tanımayan Uygulamalarına, Sermayenin İhtiyacına Yanıt Veren Bir Adımla Daha Katkıda Bulunmuştur: İthal Hekim Ve Torba Yasa

AKP Hükümeti tarafından hazırlanan “Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun ile Tababet ve Şuabatı San’atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanunda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Tasarısı” 15 Şubat 2007 günü TBMM’de kabul edildi.

“Torba Yasa” olarak tanımlanan bu Kanun ile yapılan değişikliklerin bazıları şunlardır:

1- 1219 sayılı Kanun’daki “Türkiye Cumhuriyeti’nde hekimlik yapmak ve ne biçimde olursa olsun hasta tedavi edebilmek için Türkiye Tıp Fakültesinden diploma almak ve Türk bulunmak gereklidir” ifadesindeki “ve Türk bulunmak” ibaresi madde metninden çıkarıldı.

Bu yasal düzenlemeyle uluslararası deneyim ve bilgiden faydalanma amacı değil, sadece eğitim ve çalışma imkânları bizden daha kötü olan çevre ülkelerden gelecek ve düşük ücretle çalışmaya razı hekimlerin istihdamı hedeflenmekteydi. Hükümet, böylece Sağlıkta “Dönüşüm” Programı’nın gereği olarak sağlık piyasasına ucuz iş gücü oluşturmak, yedek işsiz hekim ordusu yaratmak istemekteydi. Nitekim Başbakan Recep Tayyip Erdoğan’ın “Türki Cumhuriyetlerde aylık 100- 150 dolara çalışacak yabancı hekimler var” sözleri bu amacı açıkça ortaya koymaktaydı.

“İthal hekim” çalıştırmanın diğer hedefi de sağlık “pazarı”nı uluslararası sermayeye açmaktı. Hükümet’in amacı hiçbir şekilde Türkiye sağlık sisteminin sorunlarını çözmek değil, başta Dubai şeyhi El Maktum olmak üzere uluslararası sağlık patronlarına kârlılık alanları yaratmaktır.

2- Torba Yasa’yla ister kamuda, ister özelde çalışsın tüm hekimlere mali sorumluluk sigortası yaptırma zorunluluğu getirilmekteydi. Kanunun gerekçesinde sağlık çalışanlarının çalışma koşullarının el-



verişizliğinden kaynaklı tıbbi hata yapma olasılığının yüksekliği nedeniyle bu düzenlemenin yapılmak istendiği açık olarak belirtilmekteydi.

“Zorunlu mali sorumluluk sigortası” ile bir yandan Türkiye’de hekimlik yapmak fevkalâde zorlaşmakta, öte yandan hekimlere ek bir gider yaratılırken, kontrolü doğrudan Bakanlık tarafından yapılacak devasa sigorta anlaşmalarıyla sağlık ortamı yine piyasa ile baş başa bırakılmaktaydı.

3- Torba Yasa, eğitim hastanelerindeki şef/şef yardımcılığı kadrolarına sınavsız olarak atama yapılmasını öngörüyordu.

Oysa benzer yönde daha önceden yapılan düzenlemelerin hukuka aykırı olduğu Anayasa Mahkemesi ve diğer yargı organlarının kararlarıyla açıkça ortaya konulmuştu. AKP Hükümeti ise eğitim hastanelerinde artık bir işgal hareketına dönüşmüş olan partizanca kadrolaşma uygulamalarını devam ettirmek istemekteydi.

4- 1219 sayılı Yasa’da yapılacak bir değişiklikle tıpta uzmanlık eğitiminin tüzük yerine yönetmelikle düzenlenmesi, Tüzüğün çıkması için tarafların uzlaşmasını şart koşan Danıştay’ı sürecin dışında bırakırken, Sağlık Bakanlığı’nı tıpta uzmanlık eğitimiyle ilgili düzenlemelerde tek yetkili konumuna getireceği için ciddi sakıncalar içermekteydi.

6- Torba Yasa’yla radyoloji çalışanlarının günlük beş saat olan mesai sınırları ortadan kaldırılmaktaydı. Çalışma ortamlarının fiziki koşulları düzeltilmeden, radyoloji cihazlarının kontrolleri yeterli olarak yapılmadan, çalışanların düzenli sağlık kontrollerinden geçmeleri sağlanmadan sadece işletmenin ihtiyaçlarına göre çalışma sürelerinin uzatılması çalışanlar için yeni hak kayıpları anlamına gelmekteydi.

7- Torba Yasa’da anestezi teknisyenlerinin anestezi uzmanı veya bunun bulunmadığı hallerde ameliyatı yapan ilgili uzmanın gözetiminde ve direktiflerine uygun olarak anestezi iş ve işlemlerini yapmaları öngörülmekteydi.

Oysa anestezi biliminin gelişmiş olduğu düzey göz önünde bulundurulduğunda cerrahın gözetiminde de olsa, anestezi uzmanının denetimi olmaksızın anestezi teknisyenlerine bu sorumluluğun verilmesinin bir dizi sorunlara yol açacağı aşikârdı.

TTB, Torba Yasa’ya karşı hem “İtiraz Ediyoruz” başlığıyla bir dizi eylem düzenledi, hem de veto için Cumhurbaşkanı’yla görüştü.

Torba Yasa, gerçekten de, Cumhurbaşkanı Sn. Ahmet Necdet Sezer tarafından veto edildi. Sağlık Bakanı’nın vetodan sonraki ilk açıklamaları yasayı olduğu gibi TBMM’den geçirecekleri yönündeydi. Oysa hekimler Sağlık Bakanı’na geçit vermediler.

AKP, başta ithal hekim olmak üzere hekimlerin itiraz ettiği düzenlemelerin çoğunu Torba Yasa’dan çıkarmak zorunda kaldı.

IV.6. Sağlıkta Uluslararası İpotek: IMF Ve Dünya Bankası Sağlığa Zararlıdır

Türkiye ile IMF arasındaki 19. stand-by anlaşması 2005 Mayıs ayında yürürlüğe girdi. Anlaşma için önkoşullardan olan Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası (SSGSS) Kanun Tasarısı'nın 2005 Haziran ayı sonuna kadar TBMM'den geçirilmesi idi ama IMF'ye verilen bu söz tutul(a)madı.

Bunun üzerine IMF Birinci Başkan Yardımcısı Anne Krueger 7 Temmuz 2005 günü Washington'da bir açıklama yaptı ve stand-by anlaşması 1. Gözden Geçirmeye ilişkin Niyet Mektubu'nun onaylanmayacağını duyurdu:

“Sosyal Güvenlik Reformu Kanunu, Meclis yaz tatiline girmeden önce onaylanamamış ve IMF yönetimi, İcra Direktörleri Kurulu'na programın ilk gözden geçirilmesinin tamamlanmasını ele almasına yönelik tavsiyesini ertelemeye karar vermiştir. Söz konusu kanunun uygulanması, Programın yapısal reform gündeminde anahtar bir unsurdur ve Türkiye'nin sosyal güvenlik açığını kontrol altına alabilmek amacıyla en kısa sürede uygulamaya konması gerekmektedir.”

Bunun üzerine IMF'ye gönderilen 1. ve 2. Gözden Geçirmelere ilişkin Niyet Mektubu'nda yeni bir takvim belirlendi ve sağlığımız ve sosyal güvenliğimizle ilgili çok önemli taahhütlerde bulunuldu.

İşte, başlığında “Türkiye Cumhuriyeti Başbakanlık” anteti bulunan, IMF Başkanı Rodrigo de Rato'ya hitaben yazılmış, 24 Kasım 2005 tarihli mektuptaki o taahhütlerden bazıları:

“2006 bütçe hedeflerine ulaşılması önemli ölçüde sosyal güvenlik sistemi açığının kontrol altında tutulmasına bağlıdır. Dolayısıyla, sosyal güvenlik açığına ilişkin gösterge niteliğindeki hedeflerin, altışar aylık performans kriterine dönüştürülmesi teklif edilmektedir.

Sağlık harcamalarını daha iyi kontrol edebilmek amacıyla gerçekçi bir yıllık global bütçe hazırlanmıştır. ... Söz konusu global bütçe, sene başında tahsis edilecek ve sosyal güvenlik kuruluşlarının devlet hastanelerine yapacağı toplam ödemelerin üst sınırını teşkil edecektir. ... Sağlık harcamalarının kontrol altına alınmasının, sağlıklı bir bütçe pozisyonunun korunması açısından anahtar öneme sahip olduğu bilinmektedir. Bu itibarla, bu alandaki gelişmeler yakından takip edilecek olup; gelecek sene başlarında harcamaların öngörülerini aşması durumunda ek tedbirler alınacaktır.

... genel sağlık sigortası uygulamasını getiren ve emekli aylığı hesaplama formülünde tüm meslek gruplarına ilişkin parametrik değişiklikler yapan kanunun onaylanmasında, esas olarak TBMM'nin yaz tatiline girmesi ve kanun üzerindeki istişare sürecinin, düzenlemeye geniş bir destek sağlamak amacıyla uzatılması yönündeki ihtiyaç nedeniyle, uzun süreli bir gecikme yaşanmıştır.

.....

Emeklilik reformu yasanın kabulü, ilgili sosyal taraflar ile ilave görüş alışverişinde bulunulmasını temin etmek amacıyla ertelenmiş olup, yasanın 2006 yılı Şubat ayı ortasına kadar kabul edilmesi beklenmektedir (Yapısal Performans Kriteri). Sosyal güvenlik idari reformuna ilişkin yasanın, 2005 yılı Kasım ayı sonuna kadar TBMM'ye sunulması (ön koşul) ve 2006 yılı Ocak ayı sonuna kadar kabul

edilmesi (Yapısal Performans Kriteri) beklenmektedir.”

Her şey apaçık ortadaydı.

ABD toplam ulusal gelirinin % 14.6’sını, Almanya %10.9’unu, Fransa % 9.7’sini sağlık hizmetleri için harcarken bu oran Türkiye’de en iyimser tahminle % 6.5’tu. Türkiye’nin her bir vatandaşı için yaptığı yıllık sağlık harcaması ABD’nin onda biri, Almanya ve Fransa’nın yedide biri düzeyine bile ulaşamamaktaydı.

IMF’nin büyük patronlarının kendi ülkelerinde her geçen yıl daha fazla sağlık harcaması yaparken Türkiye’yi “sağlık harcamalarını kontrol altına almaya” zorluyorlardı. Ülkemizin sağlık ve sosyal güvenlik politikaları Washington’daki IMF İcra Direktörleri Kurulu tarafından belirlenmeye başlamıştı.

Türkiye halkı bu aşağılayıcı ve küçük düşürücü durumu hiçbir şekilde hak etmediği halde AKP Hükümeti IMF’den alacağı on milyar dolar kredi için bu utanç verici koşullara boyun eğiyordu.

IMF’ye verilen bu taahhütlerin ilk uygulaması 2005 yılı sonunda gerçekleşti. Bütçe Yasası’na son anda konulan bir madde ile kamu hastanelerinin sosyal güvenlik kurumlarından tahsil edeceği 3,5 katrilyon TL alacak bir gecede silindi. Sağlıkta “Dönüşüm” Programı, Sağlıkta Çöküş Programı’na dönüştü.

Sağlık harcamalarını azaltmak için Bütçe Uygulama Talimatı’nda yapılan değişikliklerle hastaların ilaca ulaşma, hekimlerin reçete yazma hakları kısıtlandı.

Bu doğrultudaki asıl büyük darbe ise Maliye Bakanlığı’nın 1 Temmuz 2006 tarihli Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliği ile geldi. Hekimliğin en temel evrensel yaklaşımı olan “hastalık yoktur hasta vardır” anlayışı hiçe sayılarak sosyal güvenlik kurumlarında işlem başı ödemedi vaka başı ödemeye geçildi. Her vaka için paket fiyatlar belirlendi. Tomografi için belirlenen fiyat 70 (yazı ile yetmiş), MR için belirlenen fiyat ise 80 (yazı ile seksen) Yeni Kuruş(!)tu.

Kamu özel ayrımı olmaksızın hizmet hastanesinden Tıp Fakültesi hastanesine kadar tüm hastaneler için kaos anlamına gelen b uygulama TTB’nin açtığı dava ile durduruldu.

Ancak, AKP Hükümeti’nin sağlığı IMF ipoteği altına alma çabaları dönem boyunca devam etti. Hekimlere ve diğer sağlık çalışanlarına yapılacak döner sermaye ödemelerinden hangi illerde aile hekimliğine geçileceğine kadar sağlıkla ilgili bütün düzenlemeler IMF’nin emrine tabi kılındı.

Nitekim, IMF’ye verilen 1 Mayıs 2007 tarihli 6. Niyet Mektubu’nda şu satırlar yer aldı:

“Sağlık harcamalarındaki gelişmelerin, bu yılın bütçe hedeflerine erişilmesi açısından bir sorun teşkil etmemesi için çeşitli önlemler yürürlüğe konulmuştur. Özellikle, telafi edici adımların zamanında atılabilmesini teminen, harcamaların (hem tahakkuk, hem de nakit bazında) takibi sıkılaştırılmıştır. Ayrıca, i) 2007 yılının ikinci çeyreğinden itibaren, her hastane için üçer aylık bütçe hedefleri belirlenmesi, ii) hastane faturalarının denetimi ve ödenmesine ilişkin gerekli hukuki çerçevenin tesis edilerek, hastanelerin bütçeleri çerçevesinde kalmasının temin edilmesi ve iii) bu yılki ek ödemelerin 2006 seviyesinde

tutulması suretiyle devlet hastanelerince yapılan harcamalar üzerindeki kontrol daha da güçlendirilmiştir.”

...

“(Sağlık hizmetlerinde) Verimliliği arttırmak amacıyla, ayakta tedavi hizmetlerinden birinci, ikinci ve üçüncü basamaklarda farklılaştırılmış oranlarda katkı payı alınmasını öngören düzenlemeler sosyal güvenlik reformuna dahil edilecektir. Aile hekimliği uygulaması, 2007 yılı sonuna kadar 22 ile genişletilecektir (yapısal kriter).”

AKP'nin Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın bir diğer uluslararası sahibi olan kurum Dünya Bankası'ydı.

Nitekim, AKP Hükümeti Sağlıkta Dönüşüm Programı için ilk proje sözleşmesini Dünya Bankası'yla yapmıştı. 2004 yılı Haziran'ında başlayıp 2007 yılı sonunda bitecek olan projenin toplam bedeli 49.4 milyon avroydu.

Birinciyle bağlantılı ikinci proje Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı (UNDP) ile yapıldı. 2006-2007 yıllarını kapsayan projenin maliyeti 3.216.846 dolar olarak belirlendi.

Proje Sağlık Bakanlığı bünyesindeki özerk bir Proje Yönetim ve Destek Birimi tarafından ve Sağlık Bakanlığı'nın genel yetkisi dahilinde hayata geçiriliyor. Bu birimin yönetim ve uygulama kararları Dünya Bankası'nın onayına tabi .

Proje, Türkiye'nin on beş bölgeye ayrılmasını ve her bölgenin başına bir Saha Koordinatörü ve bu koordinatörlerinin başında ise Baş Saha Koordinatörü atanmasını öngörüyor. Seçimleri ve atanmaları Dünya Bankası'nın onayına bağlı olan Saha Koordinatörlerinin aylık ücreti yedişer bin; Baş Saha Koordinatörünün ise on bin yedi yüz dolar.

Saha koordinatörlüğüne atananlardan biri Başbakanlık Müsteşarı Ömer Dinçer'in kardeşi diğeri AKP Eskişehir milletvekili Murat Mercan'ın kardeşi.

Bu danışmanların işe alınmasının amaçları proje belgesinde şöyle tanımlanmış:

“İlgili kurum ve kuruluşların merkez ve taşra teşkilatlarının bütün kademelerindeki yöneticilerle ve yerel yöneticilerle görüşerek sağlık hizmetlerini reorganize etmek.

Reform sürecinde sağlık hizmetlerinde olabilecek problemleri önlemek için acil tedbirlerin hazırlanması ve uygulanmasını gerçekleştirmek.

Reform sürecinin düzgün ve süratli bir şekilde ilerlemesi için ilgili sağlık birimlerinde izleme ve değerlendirmeler yapmak.”

Sağlıkta Dönüşüm Projesi'nin ülke çapında etkin bir şekilde uygulanmasını sağlamakla yetkili, Dünya Bankası'ndan tasdikli bu süper bürokratların görev ve sorumluluklarından bazıları şunlar:

- Aile Hekimliğine geçiş esnasında sahadaki uygulamayı ve faaliyetleri izlemek ve gerektiğinde Sağlık Bakanı'nın verdiği yetkiyi kullanarak müdahale etmek...
- Özellikle pilot illerde Genel Sağlık Sigortasına geçişle ilgili olarak koordinasyon sağlamak...
- Hastanelerin özerk hale getirilmesiyle ilgili faaliyetlerin koordinasyonunu yapmak...
- Bakanlıkça teklif edilen yatırım projeleri için saha değerlendirmesi yapmak ve konu üzerine görüş bildirmek...
- Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın gidişatı, karşılaşılan problemler ve müdahaleler hakkında Sağlık Bakanlığı'na düzenli bilgi akışını desteklemek...
- Sahadaki uygulama süreci esnasında ortaya çıkacak problemlerin süratle çözülebilmesi için genel çözüm önerisi sunmak...
- Proje uygulama süreci hakkında baş saha koordinatörüne ve Sağlık Bakanı'na aylık raporlar vermek...
- Dünya Bankası'na dönemsel olarak sunulmak üzere, aylık raporları üç aylık belgeye dönüştürmek...

Kısacası; Sağlık Bakanlığı'nın neredeyse bütün görevleri bu Dünya Bankası'ndan tasdikli, maaşlı bürokratlara devredilmiş vaziyette. Görev tanımlarına bakınca her birinin gerçekte birer "Dünya Bankası saha komiseri" olduğu anlaşılıyor.

Dünya Bankası işini sağlama aldı, yani. Hem doğrudan, hem de UNDP anlaşması üzerinden Sağlıkta "Dönüşüm" Programı sürecinin yönetimine el koydu.



IV.7. AKP Hükümetinin Sağlığa Müdahalesinin En Önemli Sonucu, Bulaşıcı Hastalıkların Yaygınlaşmasıdır.

AKP Hükümeti'nin sağlıktaki temel yaklaşımı, sağlığı tedavi edici sağlık hizmetinden ibaret görmek, tüm düzenlemeleri bu alanda yoğunlaştırmak, koruyucu sağlık hizmetlerini bütünüyle terk etmektir. Sonuç, ülkenin başkenti Ankara'da kolera salgını çıkması, kuş gribi "hadisesi", Malatya'da, Batman'da, Doğubeyazıt'ta, onlarca merkezde bulaşıcı hastalık salgınlarının patlak vermesi olmuştur.

1. Zoonotik Hastalıklar: Brusella, Şark Çıbanı ve Şüpheli Isırıklar

2000-2004 yılları arasında zoonotik hastalıklarda azalma bir yana dursun artışlar gözlenmiştir. Brusella, şark çıbanı ve şüpheli ısırıklar belirgin artış göstermiştir. Brusella hayvancılığın yaygın olduğu bölgelerde (Güneydoğu Anadolu, Doğu Anadolu ve İç Anadolu) yüksek morbiditeye sahiptir. Yine Akdeniz'deki morbidite artışı düşündürücüdür. Şark çıbanı Güneydoğu Anadolu ve Akdeniz Bölgesinde varlığını artırarak sürdürmektedir. 2000-2004 yılları arasında olgu sayısında yaklaşık üç misli artış gözlenmiştir. Şüpheli ısırıklar istikrarlı bir şekilde artmaya devam etmektedir. 2000-2004 yılları arasında %47.3'lük artış söz konusudur.

Tablo 24. Brusella Olgularının Coğrafi Bölgeler Ve Yıllara Göre Dağılımı Ve Artış Oranları (TSHGM, Çalışma Yıllığı, 2000 ve 2004)

Bölgeler	Brusella-2000		Brusella-2004		2000-2004 değişim yüzdesi
	Olgu	Morb.	Olgu	Morb.	
Marmara	390	2.3	423	2.3	8.5
Ege	612	6.8	846	9.1	38.2
Akdeniz	744	8.5	1576	17.1	111.8
İç Anadolu	2604	22.4	4354	36.1	67.2
Karadeniz	141	1.7	128	1.5	-9.2
Doğu Anadolu	1129	18.4	3626	57.1	221.2
Güneydoğu Anadolu	5122	77.6	7311	103.0	42.7
Türkiye	10742	15.8	18264	25.7	70.0

Morbidite hesaplarında 2000 nüfus sayımı ve 2004 nüfus projeksiyonları (TUIK) kullanılmıştır.

2. Kırım Kongo Kanamalı Ateşi: Koruyucu hizmetlerin terk edilmesi politikasının "popüler" bir sonucu da, "Kırım Kongo kanamalı ateş"inin ülkemizde önemli bir sorun haline gelmesidir.

“Kene. Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin İflası”

BİA Haber Merkezi 28/06/2006

Ankara Bölgesi Veteriner Hekimler Odası Yönetim Kurulu Başkanı Prof. Dr. Ayhan Filizali. “Kırım Kongo Kanamalı Ateşi Hastalığı koruyucu sağlık hizmetlerinin iflasıdır” dedi.

“Türkiye’yi son 4 yıldır meşgul eden ve bugüne kadar 36 yurttaşımızın ölümüne neden Kırım Kongo Kanamalı Ateşi hastalığı. özellikle 24 Ocak 1980 ekonomik istikrar(sızlık) kararlarının alınması ve 1983’ten sonra bunların tam anlamıyla uygulamaya geçirilmesiyle başlayan. koruyucu sağlık tedbirlerini ihmal eden anlayışın bir sonucudur.”

“Yanlış yanlışla düzeltilemez” diyen Filizali şöyle devam etti:

“Keneleri boş yere yok etmeye çalışmayın. Çünkü bu mümkün değil. Sadece tonlarca zirai mücadele ilacını çevreye püskürtmek hem sebze ve meyvelerde hem de hayvansal ürünlerde zirai ilaç kalıntısına neden olur (Amaç firmaları zengin etmeksiz o başka). Kalıntı olması kuvvetle olası bu türden ürünleri yiyen insanlarda bu sefer de uzun vadede tedavisi mümkün olmayan hastalıklar baş gösterir.”

Filizali yapılması gerekenleriyse şöyle sıraladı:

- * Tarım ve Köy İşleri Bakanlığı yeniden organize edilerek veteriner işleri genel müdürlüğü merkez ve taşra teşkilatıyla birlikte kurulacak ki öncelikle hayvanlar genel bir sağlık taramasından geçirilmeli.
- * Bir çok bölgemizde kırsal alanda mezra tipi bir yaşamın olduğunu dikkate alarak bu mezralarda yaşayanlara Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin (Beşeri ve Veteriner Hekim. hemşireler ve diğer yardımcı sağlık mensupları ile birlikte) kesintisiz sağlanmalı. bunun için Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde Veteriner Halk Sağlığı Dairesi kurulmalı.
- * Yaban hayatının olduğu yerler yerleşime açılmamalı. doğal ortam korunmalı.
- * Tarla açmak için ormanlar tahrip edilmemeli.
- * İlköğretim okullarında insan hayvan ilişkisini ve zoonozlardan korunma yollarını anlatan dersler konularak eğitime küçük yaşta başlanmalı. (KÖ/AD)

3. Su ile bulaşan hastalıklar:

Su ve gıda ile bulaşan hastalıklar hala yüksek morbiditeye sahiptir. Özellikle Güneydoğu ve Akdeniz bölgesi (özellikle Adana, Mersin, Kahramanmaraş, Osmaniye illeri) ishalleri hastalıklar yüz kızartıcı durumdadır. Tifo ve amipli dizanteri de hafif azalmaya karşın varlığını sürdürmektedir. Amipli dizanteri

açısından İç Anadolu'daki (özellikle Kayseri ve Ankara) ve Marmara bölgesindeki artışlar dikkat çekicidir. Ülke genelinde Hepatit A'da azalma gözlenmesine karşın Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgesinde artış söz konusudur.

Tablo 25. Tifo Olgularının Coğrafi Bölgeler Ve Yıllara Göre Dağılımı Ve Artış Oranları (TSHGM, Çalışma Yıllığı, 2000 ve 2004)

Bölgeler	Tifo -2000		Tifo -2004		2000-2004 değişim yüzdesi
	Olgu	Morb.	Olgu	Morb.	
Marmara	104	0.6	307	1.6	195.2
Ege	172	1.9	217	2.3	26.2
Akdeniz	1637	18.8	1871	20.3	14.3
İç Anadolu	125	1.1	122	1.0	-2.4
Karadeniz	32	0.4	17	0.2	-46.9
Doğu Anadolu	1242	20.2	704	11.1	-43.3
Güneydoğu Anadolu	22528	341.1	20663	291.2	-8.3
Türkiye	25840	38.1	23901	33.6	-7.5

Morbidite hesaplarında 2000 nüfus sayımı ve 2004 nüfus projeksiyonları (TUİK) kullanılmıştır.

Tablo 26. Amipli Dizanteri Olgularının Coğrafi Bölgeler Ve Yıllara Göre Dağılımı Ve Artış Oranları (TSHGM, Çalışma Yıllığı, 2000 ve 2004)

Bölgeler	Amipli dizanteri -2000		Amipli dizanteri -2004		2000-2004 değişim yüzdesi
	Olgu	Morb.	Olgu	Morb.	
Marmara	449	2.6	1252	6.7	178.8
Ege	1593	17.8	1785	19.2	12.1
Akdeniz	7656	87.8	5318	57.6	-30.5
İç Anadolu	848	7.3	2966	24.6	249.8
Karadeniz	761	9.0	822	9.9	8.0
Doğu Anadolu	511	8.3	472	7.4	-7.6
Güneydoğu Anadolu	11907	180.3	7848	110.6	-34.1
Türkiye	23725	35.0	20463	28.8	-13.7

Morbidite hesaplarında 2000 nüfus sayımı ve 2004 nüfus projeksiyonları (TUİK) kullanılmıştır.

Tablo 27. Hepatit A Olgularının Coğrafi Bölgeler ve Yıllara Göre Dağılımı ve Artış Oranları (TSHGM, Çalışma Yıllığı, 2000 ve 2004)

Bölgeler	Hepatit-A-2000		Hepatit-A - 2004		2000-2004 değişim yüzdesi
	Olgu	Morb.	Olgu	Morb.	
Marmara	1639	9.4	1116	5.9	-31.9
Ege	1830	20.4	1211	13.0	-33.8
Akdeniz	1330	15.2	1107	12.0	-16.8
İç Anadolu	1328	11.4	1107	9.2	-16.6
Karadeniz	1869	22.1	522	6.3	-72.1
Doğu Anadolu	357	5.8	447	7.0	25.2
Güneydoğu Anadolu	2301	34.8	3314	46.7	44.0
Türkiye	10654	15.7	8824	12.4	-17.2

Morbidite hesaplarında 2000 nüfus sayımı ve 2004 nüfus projeksiyonları (TUİK) kullanılmıştır.

Sadece sağlık ocakları polikliniğine başvuran ishalleri sayı 2002 yılında 869 700 iken 2005 yılında 1 413 333'e (%62.5'lik bir artış) yükselmiştir. Güneydoğu Anadolu bölgesinde morbidite en yüksek olması (yüzbinde 3648.7) ile birlikte, tüm bölgelerde ishalde belirgin artış gerçekleşmiştir. Aynı durum ascaris için de geçerlidir.

Ülkemizde su kaynaklı bulaşıcı hastalıklar yaygın olmasına karşın buna karşı yürütülen mücadele yetersizdir. Sağlık ocaklarının tarafından yapılan suyun bakteriyolojik incelemesinde azalma gözlenmiştir. İnceleme sayısı 2002 yılında 40 320 iken 2004 yılında 34 312'ye gerilemiştir. 2005 yılı için TSHGM çalışmaları raporunda yer verilmemiştir bile. Bakteriyolojik su incelemelerde, sularımızdaki kirlilik aynı düzeyde devam etmektedir. Ülke genelinde alınan 5 numuneden birisi, Güneydoğu ve Karadeniz'de ise üç numuneden birisi sağlığa uygun değil raporu almıştır (TSHGM, Çalışma Yıllığı, 2002-2004).

4. Uyuz: Hala ülkemizde sağlık ocaklarında 34.3 bin kişi uyuz tanısı almaktadır. Bölgesel açıdan dikkat çeken bir yığılımda söz konusu değildir (TSHGM, Çalışma Yıllığı, 2004)..

Cizreliyi Uyuz Eden Susuzluk Değil Yoksunluk!

İlçedeki şehir şebeke sularında “koliform” bakterisi bulunması, yaklaşık bir aydır şehir su şebekesinin onarımı nedeniyle suların akmaması ve eczanelerden uyuz ilaçlarının temin edilmesinde güçlük yaşanması salgına neden olarak gösterilirken Sağlık Hakkı Hareketi Derneği Yönetim Kurulu Üyesi Dr. Mustafa Sütlaş “Uyuz salgınına bu etkenler neden olamaz. Bu sorun, bir sağlık hizmeti sorunu. Uyuz salgının sorumlusu hükümet” dedi.

Doktor Sütlaş “Yöredeki insanlar fırsat eşitsizliğinin kurbanları olarak sağlık hizmetlerinden yoksunlar. Sorun uyuza yakalandıkları anda ilgili bilgiye, yetkiliye ve tedaviye ulaşamamaları. Uyuz salgının nedeni su kesintisi değil, hükümet” diyor. (BİA Haber Merkezi, 07/04/2006)

5. Aşıyla korunabilir hastalıklar açısından boğmaca ve kızamıkta azalma gözlenmiştir. Azalmış morbidite hızına karşın Karadeniz’de morbidite diğer bölgelere göre daha yüksektir. Aşıyla korunabilir hastalıklar açısından Hepatit-B’de belirgin artış gözlenmektedir. İç Anadolu ve Doğu Anadolu dışında tüm bölgelerde bir artış söz konusudur. 2000-2004 yılları arasında ülke genelinde morbidite %66.6 artmıştır. Karadeniz (%225.6). Güneydoğu Anadolu (%170.0). İç Anadolu (%119.9) ve Marmara (%119.8) bölgelerinde artış daha fazladır..

Tablo 28. Hepatit B Olgularının Coğrafi Bölgeler ve Yıllara Göre Dağılımı ve Artış Oranları (TSHGM, Çalışma Yıllığı, 2000 ve 2004)

Bölgeler	Hepatit-B-2000		Hepatit-B-2004		2000-2004 değişim yüzdesi
	Olgu	Morb.	Olgu	Morb.	
Marmara	616	3.6	1354	7.2	119.8
Ege	657	7.3	790	8.5	20.2
Akdeniz	266	3.0	585	6.3	119.9
İç Anadolu	1197	10.3	1060	8.8	-11.4
Karadeniz	407	4.8	1325	15.9	225.6
Doğu Anadolu	475	7.7	401	6.3	-15.6
Güneydoğu Anadolu	497	7.5	1342	18.9	170.0
Türkiye	4115	6.1	6857	9.6	66.6

Morbidite hesaplarında 2000 nüfus sayımı ve 2004 nüfus projeksiyonları (TÜİK) kullanılmıştır.

Meningokoksik menenjit varlığını artırarak sürdürmektedir. 2000 yılında 485 olgu bildirimi yapılmışken 2004 yılında olgu sayısı 610'a çıkmıştır. 2004 yılındaki olguların 389'u (%63.7'si) Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgelerindedir. Son beş yılda Marmara bölgesinde de belirgin artış (%106.8) gözlenmiştir.

6. Tüberküloz: Sağlık Hakkının İhlali

Sağlıklı var olma hakkı olmayanlar; yoksullar, işsizler, kötü çevre koşullarında yaşayanlar, evsizler, kalabalık aile ortamında yaşayanlar, yeterli ve dengeli beslenemeyenleri bekleyen en ciddi hastalık, tüberkülozdur. Sadece sağlıklı varolmama değil, sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkının da elinden alınması söz konusudur. AKP Hükümetinin uygulamaya soktuğu Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte, göğüs hastalıkları hastanelerinin kapatılması ve tüberkülozlulara ayrılan hastane yatak sayıları azaltılmaktadır. Veremi saptamak, tedavi etmek, izlemek ve hastanede kontrol altında tutmak, “performans” değeri olmayan işlemler olarak kabul edilmektedir ki, bu anlayış giderek sağlık ortamında yaygın bir hale gelmektedir.

Ülkenin sağlık gereksinimlerini yok sayan bir yaklaşımla göğüs hastaneleri kapatılıyor, yatak sayıları azaltılıyor. Yatak sayıları azaltılıyor. Tüberküloz hastaları hastanelere kabul edilmiyor. AKP ile birlikte, önemli tüberküloz mücadelesi yapan hastaneler kapatılmış, 6000 civarındaki göğüs hastanesi yatağı 4760'a indirilmiştir. Ayrıca, AKP'nin sağlıkta dönüşümünün ilk hastane uygulamaları için, bazı göğüs hastalıkları hastaneleri seçilmiştir.

Tablo 29. Göğüs Hastalıkları Hastaneleri ve Yatak Sayılarının Yıllara Göre Dağılımı (2000-2005) (Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 2005)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Göğüs hastalıkları hastaneleri	24	23	23	22	22	22
Yatak sayısı	6.355	6.085	5.960	5.885	5.515	4.760

Tüberküloz: Türkiye’de tüberküloz sayısı tam olarak bilinmemektedir. 2004 yılı Dünya Sağlık Örgütü raporunda, Türkiye’deki tüberküloz sayısı, yüzbinde 55 olarak verilmiştir. İstanbul’da tüberkülozlu sayısı, ülke ortalamasının iki katından daha fazladır. 2006 yılında, 2004’e göre %36’lık bir artış olmuştur. Artışın altında yatan nedenler olarak; yoksulluk, marjinal yaşam biçimleri, birinci basamak sağlık hizmetlerinin yetersizliği ve göç bildirilmektedir. Sağlıkta Dönüşüm, bu sorunlara bir de “performans” mantığının egemenliğini ekleyerek, sorunu içinden çıkılmaz hale sokmuştur.



24 aralık
çarşamba
günü
sağlık hizmeti
sunulamayacaktır

ÜCRETİMİZ İŞ GÜVENCEMİZ
SAĞLIK HAKKI İÇİN

biz hekimler
grevdeyiz

T Ü R K T A B İ P L E R İ B İ R L İ Ğ İ



10-11 mart çarşamba, perşembe günü
sağlık hizmeti sunulamayacaktır

ücretimiz | iş güvencemiz | sağlık hakkı için |

hep birlikte
grevdeyiz



T Ü R K T A B İ P L E R İ B İ R L İ Ğ İ

V. AKP HÜKÜMETİNİN SAĞLIKTA YAPTIKLARININ ANLAMI NEDİR?

AKP Hükümetinin sağlıkta yaptıkları, sağlık sistemini piyasacı bir yönde dönüştürmek anlamına gelmektedir. Dolayısı ile, sağlıkta dönüşüm programı, sosyal devlet çerçevesi sağlık kazanımlarının, piyasacı bir mantıkla dönüştürülmesinin programıdır.

Ancak, piyasacı sağlık dönüştürme programı, sadece AKP'ye özgü değildir. 1980'den itibaren yönetime gelen tüm hükümetler, sağlığı piyasalaştırma yönünde ciddi adımlar atmışlardır. AKP'nin yaptığı, kendisinden önce yapılanları, oldukça hızlı ve piyasa güçlerine bütünüyle teslim olmuş biçimde yaşama geçirmeye yönelmesidir.

1980 yılı 24 Ocak kararları ve 12 Eylül darbesi ile başlayan süreç, sağlığı da piyasalaştıran bir toplumsal "dönüşüm" sürecidir. Bu bağlamda, sağlık alanında çok önemli adımlar atılsa da, bunların en önemlileri 1987 tarihli 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, 1992 DYP-SHP Koalisyonu'nun I. Sağlık Kongresi ile başlattığı girişimler ve ilk sağlık reformu yasa tasarısı tasarıları (Sağlık Kanunu Tasarı Taslağı, Sağlık Bakanlığı'nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Tasarı Taslağı, Bölge Sağlık İdareleri Kanun Tasarı Taslağı ile Genel Sağlık Sigortası Kanun Tasarı Taslağı), 1996'dan itibaren Refahiyol Hükümeti'nin girişim ve yasa tasarıları (Sağlık Finansman Kurumu Kuruluş ve İşleyiş Kanunu Tasarı Taslağı, Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği Kanunu Tasarı Taslağı ile Hastane ve Sağlık İşletmeleri Temel Kanunu Tasarı Taslak), ANAP-DSP Hükümeti'nin çabaları (Kişisel Sağlık Sigortası Sistemi ve Sağlık Sigortası İdaresi Başkanlığı Kuruluş ve İşleyiş Kanunu Tasarı Taslağı), ANAP-DSP-MHP Hükümeti'nin benzer faaliyetleri (Sağlık Sandığı Kurumu Kanunu Tasarı Taslağı) olarak hatırlanabilir.

Kendisinden önceki piyasalaştırma çabalarının sürdürücüsü olan AKP, uluslararası ilişkiler bağlamında da özgün değildir. AKP Hükümeti'nin başvurusu üzerine, "Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın İlk Evresine Destek Olarak Türkiye Cumhuriyeti'ne Sağlıkta Geçiş Projesi İçin 49.40 Milyon Avro Miktarında Önerilen Kredi Hakkında Proje Değerlendirme Belgesi" başlığı ile Dünya Bankası'ndan alınan destek de, önceki hükümetlerin aldıkları proje desteklerine ek mahiyettedir. Ancak, AKP'nin özgün sayılabilecek yanı, sermayenin bu alanda AKP'ye açık desteği olmuştur. TÜSİAD'ın 2004 Eylül'ünde yayınladığı "Sağlıklı Bir Gelecek: Sağlık Reformu Yolunda Uygulanabilir Çözüm Önerileri" başlıklı raporu, AKP Hükümeti'ne kadarki dönemde bu denli açık olmayan desteğin AKP'ye verildiğinin en açık göstergesi olmuştur.

AKP hükümeti, sadece sağlığı piyasalaştırmamaktadır. Devlet, ekonomi, sosyal güvenlik, vb alanların tümü, AKP'nin piyasalaştırıcı saldırısından nasibini almaktadır. Özünde AKP'nin yaptığı, Batıdaki kadar olmasa bile, kendi ülkemiz gerçekleri içinde elde edilmiş sosyal devletçi kazanımların tümüyle, piyasacı araçlarla değiştirilmesi faaliyetidir.

AKP, dünyada tek değildir. Özel olarak sağlık alanı bile incelense, tüm dünyada sosyal sağlık kazanımlarının, piyasa saldırısı altında olduğu görülebilir. Dünya kapitalist pazarına eklenme süreci, tüm ülkeleri, az ya da çok kapsamı altına almış görünüyor. AKP'nin özgüllükleri bir yana, sağlıkta yaşananlar, AKP'ye ve Türkiye'ye özgü değil. Bu yaşananlar, dünya kapitalizminin içinde bulunduğu durumla yakından ilintilidir.

Çok teknik tartışmalara girmeden şöyle özetlemek mümkün: Sermayenin kar oranlarının düşmesi ve bu durumun uzun süredir aşılabilmesi, kriz olarak yansımakta, krizin aşılması amacı ile sermayenin önünü açma amaçlı müdahaleler gündeme getirilmektedir. Tekkeleşmeyi hızlandıracak uygulamalar, yeni coğrafyaların dünya sistemine entegre edilmesi, emek üretkenliğinin artırılması, emek fiyatlarının ucuzlatılması, olarak özetlenebilecek müdahaleler bağlamında Türkiye'de ve sağlıkta yaşananları değerlendirmek daha doğru olacaktır.

Sermaye, Türkiye ve benzeri ülkelere, uluslararası finans araçları ile dayattığı yapısal uyum politikaları ile yeni şekillenme yapmaktadır. Çeşitli gerekçelerle üstlendiği sosyal sorumlulukları terk etme kararı veren sermaye, öncelikle savaş ve açık işgallerle bu şekillenmeyi yaşama geçirmektedir. Yine, devletin yeniden yapılanması adı altında, kamunun mal ve hizmet sunumundan çekilmesi yaşanmaktadır. Kamunun bu alanlarda sorumluluktan çekilmesi ile boşalan alan, uluslar arası sermayeye kar alanları olarak peşkeş çekilmektedir. Bu anlamda, sağlık hizmetleri alanı, emekçilere, emek güçlerinin yeniden üretilmesi sürecinde sunulan bir kazanım olmaktan çıkarılıp, sermayenin yeni kar alanı haline sokuluyor.

Bu bağlamda AKP Hükümeti, Türkiye'nin uluslar arası kapitalizme daha sıkı entegre olması programının taşeronu sayılabilir. Ve uyguladığı programlar, bu bağlamda değerlendirilmelidir. Sağlıkta yaşananların, sadece sağlıkta yapılan bir takım teknik düzenlemeler değil, uluslar arası sermayenin çıkarları doğrultusundaki değişim girişimlerinin sağlık alanına yansımaları olarak okunmalıdır.



VI. AKP DÖNEMİNDE SAĞLIK HAKKI MÜCADELESİ ÜZERİNE NOTLAR

1- 3 Kasım 2002 seçimleriyle iş başına gelen AKP'nin sağlık alanındaki ilk altı aylık dönemi kendi programını ve kadrolarını oluşturmakla geçti. Bu sürede sağlıkta önemli bir düzenleme yapılmadı.

AKP'nin "Sağlıkta Dönüşüm Programı" 2003 Haziran'ında açıklandı ve devlet memurlarının özel sağlık kuruluşlarına sevki, SSK-Sağlık Bakanlığı Protokolü, sözleşmeli personel istihdamı gibi uygulamalar da aynı tarihten itibaren başladı.

TTB, geçmişten gelen örgütsel birikiminin yardımıyla, AKP'nin sağlık programının neoliberal ve piyasacı kodlarını hızla ve doğrulukla çözerek kendi mücadele programını oluşturdu.

2- TTB'nin Sağlıkta Dönüşüm Programı'na karşı tutumu programın bileşenlerinden bazılarını kabul edip, diğerlerine karşı çıkmak şeklinde olmadı. TTB, bu programın tamamını Türkiye sağlık ve hekimlik ortamına yönelik bir saldırı olarak değerlendirdi ve bütününe karşı çıktı. Aynı zamanda AKP'nin sağlık alanında giriştiği bütün olumsuz uygulamalara karşı mücadelecı bir tavır aldı.

3- TTB'nin mücadele çizgisi Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın kodlarını çözme, deşifre ve protesto etmekle sınırlı kalmadı; stratejik hedefini bu neoliberal programı bütünüyle "durdurmak" olarak belirledi.

4- TTB, sadece hekimlerin haklarını savunan bir mücadeleyle yetinmedi. Aynı zamanda diğer sağlık çalışanlarının haklarını gözetken ve halkın sağlık hakkını savunan bir çizgiyi benimsedi. TTB'nin yürüttüğü mücadelenin ana talepleri, bu nedenle, dört başlık altında toplandı; ücretler, iş güvencesi, meslek onuru ve sağlık hakkı.

5- TTB, öncelikle kendi öz gücüne dayanan bir mücadele çizgisi oluşturdu. Eylem ve etkinliklerinde farklı siyasi görüş, statü ve disiplinlerden bütün hekimleri harekete geçirmeyi hedefledi.

Bununla birlikte eylemler sadece hekimlerin katılımıyla sınırlı kalmadı. Öncelikle mücadele sürecinin hemen her aşamasında SES'le hem merkezi hem de yerel düzeyde yakın, uyumlu ve sinerjik bir işbirliği oluşturuldu. Dönem boyunca özellikle taşeron sağlık işçilerini örgütlemekte olan Dev Sağlık-İş'le birlikte çalışma konusuna da özel bir önem verildi. Bunun yanı sıra diğer sağlık meslek örgütleri, kamu çalışanları ve işçi sendikaları, siyasi partiler ve oluşumların mücadele sürecinin değişik aşamalarına aktif olarak katılımı sağlandı. Hasta ve Hasta Yakını Hakları Derneği'nin ve hastaların süreç boyunca verdiği destek de dikkat çekiciydi.

6- TTB'nin emek eksenli mücadele çizgisi aktif, müdahaleci, atak ve birçok durumda kendi gücünü aşan biçimde cüretkâr oldu. Zaman zaman anlaşılmakta güçlük çekilse de bu mücadelecı çizgi hekimlik ve sağlık ortamında olduğu gibi siyasi ortamda da önemli ölçüde karşılık buldu. AKP iktidarının sosyal politikalarına karşı en büyük itiraz sağlık alanında gerçekleştirildi.

7- TTB, dönem boyunca sadece hekimlerin ve diğer sağlık çalışanlarının değil, bütün toplumun bilincine ve vicdanına seslenen zengin, yaratıcı ve renkli bir üslup geliştirdi. Böylece tıbbi olanı toplum-sallaştırma ve siyasallaştırma doğrultusunda önemli adımlar atıldı. AKP'nin dört buçuk yıllık icraatları arasında sağlık öncelikli tartışma konuları arasında yer aldı.

8- Sağlık alanında uzun yıllardır sahip olduğu ideolojik hegemonya ve AKP'nin piyasacı sağlık reformuna karşı yürüttüğü mücadeleyi çizgi TTB'ye hekimler, sağlık çalışanları, siyasetçiler ve toplum nezdinde yüksek bir itibar sağladı ve muhalif veya muktedir olsun herkesin dikkate almak zorunda hissettiği bir odak oldu.

9- AKP'nin sağlık programına karşı dört buçuk yıl boyunca sürdürülen mücadele programı TTB'nin örgütsel tarihindeki en uzun soluklu ve aktif mücadele sürecini oluşturdu. Basın toplantıları, kitlesel basın açıklamaları, hastane toplantıları, toplu nöbetler, referandumlar, yürüyüşler, mitingler, GöREVler şeklinde yüzlerce eylem ve etkinlik hayata geçirildi. Bu eylemler paneller, sempozyumlar, kurultaylar, raporlar, dergiler, bildiriler, broşürler, kitaplar, radyo ve televizyon programlarıyla kamuoyuna sunulan yoğun bir fikri üretimle desteklendi.

10- AKP'nin sağlık politikalarına karşı yürütülen eylemlerin içinde en öne çıkan ve bu dönemdeki mücadelenin sembol eylemleri, kuşkusuz, GöREVler oldu.

Sağlıkta Dönüşüm Programı'na karşı ilk GöREV etkinliği, programın oldukça erken bir döneminde, 5 Kasım 2003'te gerçekleştirildi. GöREVlerin ikincisi 24 Aralık 2003; üçüncüsü 10-11 Mart 2004; dördüncüsü 21 Nisan 2005 ve beşincisi 14 Mart 2007 tarihlerinde hayata geçirildi. Böylece AKP iktidarı boyunca, ilk üçü beş ay içinde olmak üzere, bütün ülke çapında ve kitlesel katılımı toplam beş GöREV gerçekleştirilmiş oldu.

GöREVlerin hem katılım hem de kamuoyuna yansımaları açısından en etkili olanı 5 Kasım 2003'te gerçekleştirileni oldu. Bu gerçeklik, sonraki GöREVlerin başarısı açısından olumsuz değerlendirmelere kaynak oluşturdu. Oysa, gerçekte, daha sonra yapılan GöREVlerin her biri de ülke çapında hekimlerin ve sağlık çalışanlarının geniş kesimlerini harekete geçirmeyi başardı ve kamuoyu tarafından hissedildi.

11- TTB'nin yürüttüğü mücadele sürecinde "AKP Sağlığa Zararlıdır" sloganı öne çıktı ve TTB dışındaki örgütler ve kesimler tarafından da büyük ölçüde benimsendi. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın IMF ve Dünya Bankası patentli olduğu gerçeği de kamuoyuna geniş biçimde aktarıldı.

12- AKP döneminde sağlık alanında yapılan en önemli ya-



pisal düzenleme SSK sağlık kurumlarının gaspı oldu. Uzun yıllar boyunca altyapı ve personel sayısı açısından büyük bir yetmezliğe sürüklenmiş olan SSK hastaneleri doğal olarak hasta memnuniyetinin en düşük olduğu kurumlardandı. Bu durumda siyasi iktidarın bu “devir” işlemini önemli bir muhalefetle karşılaşmadan, kolaylıkla gerçekleştirmesi bekleniyordu. Oysa TTB, SSK hastanelerinin “devri” ile kamunun yeniden yapılandırılması ve Sağlık Bakanlığı’nın sağlık hizmeti sunumundan çekilmesi arasındaki bağı anlaşılabilir biçimde kurdu ve diğer emek örgütlerinin karşı çıkması için gerekli zemini hazırladı. Böylece, Türkiye’nin birçok bölgesinde aylar boyunca süren eylemler yapıldı. 20 Kasım 2004’te SSK hastanelerinin gaspı ve Köy Hizmetleri’nin kapatılmasına karşı Emek Platformu tarafından Ankara’da yapılan miting ise çok büyük bir katılımı gerçekleştirdi.

13- Sosyal Güven(sızlık) ve Genel Sağlık(sızlık) Sigortası’na (SSGSS) karşı “Herkesin Sağlık, Güvenli Gelecek” talebiyle önce Emek Platformu çatısı altında başlatılan mücadele daha sonra TTB, DİSK, KESK ve TMMOB tarafından yürütüldü. 26 Mart-1 Nisan 2006 tarihleri arasında Türkiye ölçeğinde gerçekleştirilen ve 2.241.738 yurttaşın katıldığı Referandum toplumsal mücadele alanında yeni ve başarılı bir deneyim oldu.

SSGSS sonuçta IMF’nin büyük baskısıyla parlamentodan geçirilseyse de aylar boyunca yürütülen mücadele SSGSS’nin akibeti üzerinde belirleyici bir etkiye yol açtı. TBMM’ye 2005 Nisan’ında sevk edilen ve IMF’ye verilen Niyet Mektubu’nda 2005 Haziran’ında geçireceği taahhüt edilen Kanun ancak bir yıl sonra çıkarılabildi. SSGSS’nin yürürlüğe gireceği 1 Ocak 2007 tarihinden on beş gün önce ise Anayasa Mahkemesi kısmi iptal kararını verdi. Bu durumda, AKP’nin, Cumhurbaşkanlığı ve genel seçimlerin gerilimli ortamında geçeceği daha önceden belli olan 2007 yılında SSGSS’yi revize ederek tekrar yasalaştırma imkânı kalmadı. Kanun önce 1 Temmuz 2007’ye, ikinci kez ise 1 Ocak 2008’e “ertelendi”. Seçimlerden sonra oluşacak yeni iktidar benimsemediği takdirde ise tamamen gündemden kalkması ihtimal dahilinde.

14- Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın önemli bileşenlerinden biri sağlık hizmetlerinde taşeronlaştırmaydı. Önceki yirmi yıl boyunca destek hizmetlerinde yaygınlaşan taşeronlaştırmaların kapsamı AKP Hükümeti döneminde doğrudan sağlık hizmetlerine genişletilmek istendi. Düzenleme, kamu sağlık kurumlarının mülkiyet devrine gerek kalmadan büyük ölçüde özelleştirilmesi riskini taşıyordu.

TTB’nin sağlıkta taşeronlaştırmaya karşı yürüttüğü eylemler ve ardından Danıştay’da açtığı dava ile uygulama hukuki yoldan durduruldu. AKP, bu durdurmaya karşın hukuki engelleri aşarak taşeronlaştırmayı devam ettirmek için çalıştı ve özellikle görüntüleme hizmetlerini satın alma yoluyla gördürmek için girişimlere devam etti. Ancak, bu konuda büyük çaplı düzenlemeleri gerçekleştiremedi.

15- TTB’nin geçtiğimiz dört buçuk yıl boyunca öncelikli mücadele alanlarından birisi de AKP’nin sağlıktaki kadrolaşması oldu. AKP’nin bu doğrultudaki en önemli girişimi 2005 yılında eğitim hastanelerindeki yaklaşık 2.500 uzman ve başasistanın yerini değiştirme çabası oldu. 21 Nisan 2005’te yapılan GÖREVin öncelikli hedefi bu girişimi durdurmaktı. Aynı gün TTB tarafından Danıştay’da açılan davada verilen kararlar AKP’nin bu büyük kadrolaşma girişimi başarısızlığa uğratıldı.

16- 2004 yılı sonlarında Düzce’de başlayan aile hekimliği uygulamasının 2006 yazından itibaren yaygınlaştırılmasıyla birlikte başta Eskişehir, Edirne, Samsun, Denizli ve İzmir’de olmak üzere büyük bir direnç hattı oluşturuldu. Bu direnç, Sağlık Bakanlığı’nın aile hekimliğiyle ilgili planlarını kendi takvimine uygun olarak hayata geçirememesine ve uygulamanın asli amacından tamamen uzaklaşmış, şekilsiz bir hale dönüşmesine yol açtı.

17- TTB’nin, AKP’nin Sağlıkta Dönüşüm Programı’na karşı yürüttüğü mücadelenin son önemli halkası 1 Mart 2007’de başlayan Beyaz Eylemler oldu. Bu çerçevede 11 Mart günü Ankara’da geniş katılımlı bir Beyaz Miting ve 14 Mart 2007’de bütün Türkiye’de Beyaz GÖREV gerçekleştirildi. Beyaz Eylemler’deki öncelikli talep başta hekim ithali olmak üzere bir dizi olumsuz düzenlemeyi öngören “Torba Yasa”nın geri çekilmesiydi. Bütün itirazlara rağmen TBMM’den geçirilen Torba Yasa önce Cumhurbaşkanı Ahmet Necdet Sezer tarafından veto edildi; daha sonra itiraz ettiğimiz düzenlemelerin çoğu yasadan çıkarıldı.

18- AKP’nin 16 Kasım 2002 tarihinde açıklanan Acil Eylem Planı’nda sağlıkla ilgili yapılacak düzenlemelerin bir yıl içinde gerçekleştirileceği ilan edilmişti. Aradan dört buçuk yıl geçti.

Bilançoya bakıldığında bu dönemde bir dizi uygulama hayata geçirilmekle birlikte SSK hastanelerinin yok edilmesinin dışındaki temel yapısal düzenlemelerin çoğunun tamamlanamadığı, bazılarının ise hiç başlayamadığı görülüyor. Genel Sağlık(sızlık) Sigortası yürürlüğe giremedi. Aile hekimliği on bir ilde sınırlı kaldı; aile hekimliğinin olmazsa olmaz koşulu sevk zinciri ise hiçbir yerde kurulamadı. Kamu hastanelerini işletmelere dönüştürecek yasal düzenleme TBMM Genel Kurulu’na getirilemedi. Sağlık Bakanlığı’nın sağlık hizmeti sunumundan çekilmesi hedefi içinse adım dahi atılmadı; tersine, geçiş sürecinde SSK hastanelerini bünyesine alan Bakanlık sağlık hizmeti sunumunda daha önemli bir rol üstlenmek zorunda kaldı.

Gelişmeler bu doğrultuda olunca temel çıkış noktası kamunun sağlık harcamalarını azaltmak olan Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın dört buçuk yıllık sonuçları tam aksi yönde oldu. Önceki dönemlerde olmadığı ölçüde artan kamusal sağlık harcamaları IMF ile sürdürülen ekonomik program açısından sürdürülemez bir hale geldi ve kısıtlanması doğrultusunda IMF’nin büyük baskılarına yol açtı.

Sonuç olarak; AKP, dört buçuk yıllık güçlü bir tek parti iktidarına rağmen sağlıktaki hedeflerini gerçekleştirilemedi.

Bu sonuç, kuşkusuz, sadece TTB’nin ve başta SES olmak üzere diğer örgütlerin mücadelesine bağlanamaz. Ancak AKP’nin sağlığı piyasalaştırmayı/özelleştirmeyi hedefleyen programını geciktiren/engelleyen/durduran gücü başka bir yerde aramak da haksızlık olur. Nitekim Dünya Bankası’nın Sağlıkta Dönüşüm Programı kredi anlaşması programında “ tarafların direnişi”ni bu program için “yüksek risk” olarak tanımlanması ve “ taraflar” olarak TTB’yi işaret etmesi bu gerçeğin dost, düşman herkes tarafından açık olarak görüldüğünü ortaya koymaktadır.

VII. NEYİ TALEP ETMELİYİZ? NASIL TALEP ETMELİYİZ?

Öncelikle, sağlık haktır diyoruz! Sağlığı hak değil, gereksinim diye tanımlayarak, işi kişilerin sorumluluğuna havale eden, dolayısıyla satın alınması gereken bir hizmet olduğunu ifade eden anlayışa karşı çıkıyoruz. Sağlık, herkesin parası kadar sahip olabileceği bir hizmet değildir!

Sağlıklı olabilmek için, herkesin insanca bir işinin, konutunun, aşının olması gerekir.

Sağlıklı olmak için, sadece sağlık hizmeti yetmez diyoruz. Kamu hizmetlerinin parasız olmasını savunuyoruz. Özelleştirilen kamu hizmetlerinin geri alınması ve bu alandaki özelleştirilmelere son verilmesini istiyoruz.

Sağlık hizmetlerinin, ilaç dahil parasız olması gerektiğini söylüyoruz.

Halkın sağlık hizmetlerine ulaşabilmek için, vergi dışında cebinden hiçbir ödeme yapmamasını savunuyoruz.

Halkın sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesi için kaynakların ağırlıklı olarak, adil ve doğrudan vergilerden sağlanmasını istiyoruz.

Sağlığın finansmanı, hiçbir şekilde piyasaya bırakılmamalıdır.

Hiç kimsenin geliri ya da statüsü farklı diye, farklı sağlık hizmeti almamasından yanayız. Yani evrensel sağlık kazanımlarını savunuyoruz.

Sağlık hizmeti, halkın en kolay ulaşabileceği birimlerde, yaşam ve üretim alanlarında sunulmalıdır. Bu hizmet, nüfusa orantılı olmalıdır. Bir sağlık ekibi tarafından verilmelidir. Verilen hizmet koruyucu, ayaktan tanı ve tedavi hizmetlerini kapsamalıdır. Sevk zinciri ile hastanelere bağlantılı olmalıdır.

Sağlık emekçilerinin iş güvencesi önemlidir. Daha iyi yaşam koşulları için, ek işe gereksinim duymalıdırlar. Bunun için tam gün çalışmalı ve insanca bir ücret almalıdırlar. Grevli toplu sözleşmeli sendika hakkı, daha iyi çalışma koşullarının güvencesidir.

Sağlık emekçileri, buldukları işyerinde sağlık hizmetlerinin denetiminde söz sahibi olmalılar.

Sağlık hizmeti, merkezi bir (ülkenin sosyal ve iktisadi planı ile paralel olan) plan çerçevesinde sunulmalıdır. Bu planın oluşturulmasında ve denetlenmesinde halkın ve sağlık emekçilerinin söz sahibi olacağı mekanizmalar geliştirilmelidir.

Seçenek oluşturmanın hiç de zor olmadığını düşünüyoruz. Bu anlamda sağlık finansmanı ve hizmet sunumu alanına kolayca müdahale edilebilir.

Bütünüle kamunun “para toplama-hizmet sunma” ilişkisini kopararak, kamu kaynaklarını öze aktarma esasına oturtulan sisteme müdahale etmek gerekir. Bu, kaynaklar üzerinden ve harcamalar üzerinden olabilir.

Tüketim amaçlı ithalatın kısılması ve buradan sağlanacak tasarrufun bir bölümünün sağlığa aktarılmasını istiyoruz.

İç ve dış borçların bir plan dahilinde ertelenmesini savunuyoruz. Borç faizlerine ödenen paranın bir bölümü, sağlık dahil sosyal alanlara aktarılmalıdır.

Bugüne kadar özelleştirilen kamu varlıkları tekrar kamulaştırılmalıdır.

Vergi esas olarak servet, faiz, rant gelirlerinden elde edilmelidir. Ortaya çıkan bu kaynakların bir bölümü sağlığa ayrılmalıdır.

Kabaca bir hesapla bu değişiklikler sonucu sağlık için oluşturulacak kaynak, bugün sağlığa ayrılan toplam kamu kaynaklara yakındır.

Harcamalara da müdahale etmeliyiz. Sağlık harcamaları içinde bir planlama yaparak, tasarruf sağlamalıyız. Öncelikle pahalı tıbbi teknolojiye sınırlama getirilmesi doğru olacaktır. Uzun dönemde tıbbi teknoloji üretimini hedeflemeliyiz. Ama kısa dönemde ithalatı sınırlamak gerekir. Her bir milyon kişiye 2 MR ve 2 BT hesabı ile bu sayıyı aşan ithalatın durdurulması ile işe başlanmalıdır. Bu hesaplama, diğer pahalı tıbbi teknoloji için örnek olabilir.

İlaç için ise, öncelikle ucuz hammadde ithalatına yönelinmelidir. Mamul madde ithalatında sınırlamaya gidilmeli, temel ilaçlar dışındaki ilaçların ithalatı izne bağlanmalıdır. Kamu kurumlarının ilaç alımı, merkezi ve toplu olarak yapılmalıdır.

Ancak ilaç için temel hedef, kamusal üretim olmalıdır.

Kamu sağlık kurumlarının, özel sağlık kurumlarından hizmet alması durdurulmalıdır. Bu yolla sağlanacak tasarruf, bugünkü kamu sağlık harcamalarının ¼ ile yarısı kadar tutmaktadır.

Hizmet sunumunda ağırlık birinci basamak sağlık hizmetleri ve kurumlarına verilmelidir. Bu bağlamda yaklaşık 6600 sağlık ocağı sayısı, bir yıl içinde (inşaat yetişmezse, kiralama yolu ile) 7800'e çıkarmak hedeflenmelidir. Bu yeni ocaklar daha çok büyük iller ve Doğu ve Güneydoğu Anadolu Bölgesine yapılmalıdır.

Sağlık ocaklarının, halkın ilk başvuru yeri olması konusunda gereken personel ve donanım ile desteklenmesi gerekir. Bu sağlandığı takdirde, sağlık ocakları, toplam başvuruların %80 ile %90'ını karşılayabilecektir. Bu noktada, hastanelerin önündeki yığılmalar önlenecek, asli işlevlerini yapmaları kolaylaşacaktır.



TALEP EDİYORUZ!

TAAHHÜT EDİYORUZ!

- Tıp fakültesine girişte bu ülkenin bütün çocuklarının hiçbir eşitsizliğin mağduru olmamalarını, hepsinin hekim adayı olmak açısından eşit fırsata sahip olmasını talep ediyoruz. Bu anlamda özel dershanelerin, özel tıp fakültelerinin uygun olmadığını düşünüyor ve eğitimin kamusal bir sorumlulukla yerine getirilmesini zorunlu görüyoruz.
- Türkiye’de sağlık insan gücü açısından sağlıklı bir değerlendirme olmadığını biliyor, tıp fakültesi ve alınan öğrenci sayısının arttırılmamasını talep ediyoruz. Hiçbir hekimin ve hiçbir yurttaşın işsiz olmasını kabul etmiyor, bu ülkenin kaynaklarının boşa harcanmaması (adına da) tam istihdamı savunuyoruz. TTB olarak doğru ve yetkin bir sağlık insan gücü planlaması sürecine aktif olarak katılmayı taahhüt ediyoruz.
- Mevcut tıp fakülteleri arasında olanaklar ve hekim yetiştirme açısından asgari standardın farklı olduğunu biliyoruz. Bu durumu hem hekim adayları hem de mezun olduklarında o hekimden hizmet almak durumunda olan halk adına kabul edilmez buluyoruz. Bunun düzeltilmesi için öncelikle yetkin bir değerlendirmenin yapılmasını talep ediyor, TTB olarak tıp fakültelerinin değerlendirilmesi, eğitim açısından desteklenmesi ve iyileştirilmesi sürecine en etkin katılımında bulunmayı taahhüt ediyoruz.
- Tıp fakültesi eğitiminin topluma dayalı bir eğitim olmasını talep ediyoruz. TTB olarak bu anlamda yaptıklarımızı topluma karşı bir sorumluluğumuz olarak görüyor, arttırarak yapmayı taahhüt ediyor ve muhataplarımızın daha fazla katkı sunmamıza olanak vermesini bekliyoruz.
- YÖK’ün anti demokratik bir kurum olarak artık kaldırılmasını talep ediyor, demokratik özerk bir üniversiter sistem ve tıp eğitimi ortamını bu ülkenin bir yurttaşı olarak da istiyoruz.
- Tıp fakültesinde yürütülen 6 yıllık eğitimin hekimlik sürecinde bir “kök hücre” yetiştirme olduğunu düşünüyor, bu anlamda eğitimin yönlendiriciliğinin ülke gereksinimlerinden kopuk uzman yetiştirme yönelimi değil genel pratisyenlik özendirme temelinde olmasını talep ediyoruz.
- Tıp fakültesini bitiren hekimlerin her coğrafyada ve mahrumiyet bölgesinde dil, din, ırk, cinsiyet, sınıf farkı gözetmeksizin hizmet vermesi gerektiğini düşünüyor, bunu aynı zamanda bir hakkımız ve sorumluluğumuz olarak görüyor, bu sürecin eşit ve adil bir şekilde gerçekleşmesi için TTB ve sendikaların da dahil olduğu bir irade ile düzenlenmesini talep ediyoruz.
- TTB olarak mecburi hizmet kaldırıldığı koşullarda 3 ay içerisinde ülkenin her yerinde her hekimin eşit ve adil bir sistem içerisinde hizmet vermesi için sorumluluk almayı taahhüt ediyoruz.

- Tıp fakültesini bitiren hekimlerin genel pratisyenliğe yönelmesi için ekonomik ve diğer sosyal haklar açısından genel pratisyenliğin desteklenmesini talep ediyoruz. TTB Genel Pratisyenlik Enstitüsü (GPE) olarak bu (her türlü işbirliğine açık olduğumuzu hatırlatıyor, sağlık otoritesinin engel olmasını değil katkı sunmasını bekliyor) ülkenin gereksinim duyduğu yetkinlikte genel pratisyen yetiştirilmesini taahhüt ediyoruz.
- Sağlık hizmetlerinin birinci basamakta piyasa koşullarına açılması ve sözleşmeli istihdam demek olan aile hekimliği sisteminin pilot uygulama olarak başladığı yerlerde derhal durdurulmasını talep ediyoruz. Bunu takiben bir geriye dönüşü değil dün olandan daha da iyisini sağlık ocaklarında ekip anlayışı ile sunmak için her türlü katkıyı ön koşulsuz taahhüt ediyoruz. Bu anlamda
 - sağlık ocağı kurullarının işler hale getirilerek toplum katılımının sağlanmasının,
 - sevk sisteminin zorunlu hale getirilmesinin,
 - her türlü katkı payının kaldırılmasının ilk elde hizmette verimliliği ve ulaşmayı sağlayacağını bilerek yerine getirilmesini öneriyoruz.
- Sağlık hizmetine ulaşmanın önündeki bütün engellerin kaldırılmasının bir zorunluluk olduğu düşüncesiyle GSS gibi prime dayalı sağlık finans sistemlerini uygun görmüyor ve bu yöndeki düzenlemelerin durdurulmasını talep ediyoruz. Türkiye'nin kaynaklarının ve bir bütün olarak zenginliklerinin IMF gibi kuruluşlara borç ödeme ile Türkiye'deki yurttaşlardan gasp edilmesini ve çalınmasını kabul etmiyor ve bu nedenle stand-by anlaşmasını iptalini talep ediyoruz. TTB olarak sermayeyi vergilendirerek vergi adaleti sağlayacak, dolaylı vergileri azaltarak halkın sırtındaki yükü hafifletip sağlığına doğrudan katkı yapacak her hükümeti alkışlamayı ve bir moral değer olarak bu uygulamaları savunmayı taahhüt ediyoruz.
- Bir hekim olarak sağlığın temel belirleyenlerinin iş, konut, yeterli ücret vb. olduğu bilinciyle ilk elde asgari ücretin vergi dışı bırakılmasını hem bir hekim hem bir yurttaş olarak zorunlu görüyor ve talep ediyoruz.
- Türkiye'de her insanın insan olduğu için bütün sağlık hizmetlerine ulaşma ve sağlıklı olma hakkı olduğunu biliyor, bunun önündeki bütün engellerin kaldırılmasını talep ediyoruz. "Sağlık için nüfus cüzdanı yeterli" sloganını bu anlayışla savunmayı taahhüt ediyoruz. Yoksulluk sınırının üzerinde (yaklaşık 1000 YTL) bir asgari ücret belirlenmesini ve ortalama bir hekimin emekliliğe yansıyan ücret olarak gelirinin bu asgari ücretin 4 katı olmasını talep ediyoruz. Hekim ve diğer sağlık çalışanlarına etik dışı tutumlara yönlendiren performans gibi değerlendirme yöntemleri yerine adil bir ödüllendirme, değerlendirme sisteminin kurulmasını, bu düzenlemelerin bütün toplumda adalet duygusunu zedelemeyen, aksine pekiştiren bir bütünlük içerisinde yapılmasını mümkün ve gerekli görüyoruz.

- Öğretim üyeliğinin tartışılmaz bir biçimde tam gün süren bir sorumluluk olduğunu biliyor, bu yönde bir zorunluluğun öğretim üyeliğine yakışır ekonomik-demokratik hak düzenlemeleriyle derhal yaşama geçirilmesini talep ediyoruz.
- Bütün sağlık çalışanlarının grevli toplu sözleşmeli bir çalışma ortamında, tam süre çalışması gerektiğini, taşeron çalışmaya son verilerek bütün sağlık çalışanlarının sözleşmeli vb. farklı farklı iş güvencesiz bir biçimde değil, tek bir çalışma rejiminde ve tek bir ücretlendirme sistemiyle istihdam edilmesini talep ediyoruz.
- Hekimlik uygulamasında hekimlerin aldıkları eğitime denk gelen yetki ve sorumluluklarla hizmet vermeleri gerektiğini biliyor ve bu durumun hekimlik uygulamamıza müdahale anlamı taşıyan BUT vb. tedavi yardımı gibi düzenlemelerle kısıtlanmamasını talep ediyoruz. TTB olarak bilimsel ve halkın hizmete ulaşımını kolaylaştıran her türlü düzenlemenin hazırlanmasında rol almayı taahhüt ediyoruz.
- Türkiye'nin sağlık alanında başta ilaç ve aşı olmak üzere kendine yeterli hale gelmesi için olanakların seferber edilmesini talep ediyoruz. İlaç alanında temel ilaç listesinin güncellenmesi ve işlevsel kılınması için her türlü çaba ve katkıya hazır olduğumuzu duyuruyoruz.
- Tıpta uzmanlık sınavı başta olmak üzere bütün sınavların, akademik yükselmelerin, eğitici seçimlerinin ve değerlendirme süreçlerinin objektif, liyakat dayalı yapılmasını talep ediyoruz. Sağlık Bakanlığı'nın mezuniyet sonrası eğitimi ve eğitici seçimleri açısından YÖK'le birlikte hızla ihtiyaca denk düşen düzenlemeleri yapmasını talep ediyoruz. Bu anlamda TTB olarak bugüne kadar sunduğumuz yapıcı ve yol gösterici yaklaşımları eşit düzeyde temsil ediliğimiz ortamlarda sunmayı ve süreçleri hızlandırmayı taahhüt ediyoruz.
- TTB'nin özellikle mezuniyet sonrası eğitim süreçlerinde alanın birincil düzenleyicisi olarak işçi sağlığı ve işyeri hekimliği alanında yıllardır üstlendiği sorumluluklarına yakışan bir şekilde desteklenmesini talep ediyor ve bu alanın eğitim süreçlerinin Türkiye'nin gereksinimlerine uygun bir içerik ve ciddiyetle üniversitelerle işbirliği içerisinde yürütüleceğini taahhüt ediyoruz.
- Hastaneler başta olmak üzere bütün sağlık kurumlarında demokratik ortamın tesis edilmesini, başhekimlerin seçimle göreve gelmesini sevgisiz, hürmetsiz, değer bilmez yönetici tutumlarının sonlanmasını talep ediyor, bu sürece katkı sunmayı taahhüt ediyoruz.
- Hekimlerin nöbet sürelerinin onları tüketen, hata yapma olasılıklarını arttıran ve hizmet alanların sağlık hakkını riske eden bir uygulamaya dönüşmemesini talep ediyoruz. Haftalık 56 saati geçmemek üzere düzenleme yapılmasını istiyoruz.
- Bütün toplumun sağlık hakkı temelinde sağlık çalışanlarının çalışma ortamları ve sürekli mesleki gelişim olanaklarının kamusal bir anlayışla yerine getirilmesini talep ediyoruz. Bu anlamda hekimlerin sürekli eğitim etkinliklerine katılmak için tıbbi endüstriye muhtaç ve etik dışı tutumlara girmesini teşvik eden sistemin engellenmesini, kamunun desteğiyle ve herkes için adil-eşit katılım olanaklarının sunulmasını talep ediyoruz.

- Malpraktis gibi hekim hatalarından para kazanma sistemlerini reddediyor, bunun yerine hekimler başta olmak üzere bütün sağlık çalışanlarının çalışma ortamları ve sürekli eğitimlerinin desteklenmesini talep ediyoruz.
- Emekli hekimlerin başta sağlık kuruluşları olmak üzere hak ettikleri saygı, özen ve kolay hizmete ulaşma olanaklarının yaratılması için meslektaşlarımızca uygulamaya konan çabaların desteklenmesini talep ediyor, bu anlamda idari engellerin çikartılmamasını bekliyoruz.
- Türkiye’de ve Türkiye’nin içinde bulunduğu coğrafyada savaşın en önde gelen halk sağlığı sorunu olduğunu biliyor ve yaşıyoruz. Bu nedenle her yerde ve her açıdan barış talep ediyoruz. TTB olarak dün olduğu gibi bundan sonra da varlık temelimiz olan bu konuda elimizden gelen çabayı harcamayı taahhüt ediyoruz.
- Her yerde ve her açıdan barışın demokratik bir ülkede mümkün olduğunun ve öncelikle insanların eğitim, sağlık gibi gereksinimlerinin karşılanmasından geçtiğinin bilinciyle silahlanma harcamalarının azaltılmasını, seçimlerin bütün yurttaşların iradesinin yansıtacağı barajsız bir düzenlemeyle yapılmasını genel seçimlere gidilen bugünlerde bir kez daha talep ediyoruz.
- Türkiye’nin bir deprem ülkesi olduğu gerçeğiyle başta beklenen marmara depremi olmak üzere biz sağlıkçıları çaresizlik duygusuna sürükleyecek anların yaşanmaması için gerekli önlemlerin olağanüstü bir çabuklukla ve her türlü kamusal desteğin sağlanarak yerine getirilmesini talep ediyoruz. TTB olarak olağanüstü koşullarda sağlık hizmetleri çalışmalarının önlemler başlığında çalışmayı hem daha anlamlı hem de zorunlu görüyor ve bu anlamda her türlü desteği taahhüt ediyoruz.



EK 1: 2002 KASIM- 2007 DÖNEMİNDE RESMİ GAZETEDE YAYIMLANAN BAZI KANUNLAR

KANUN	RESMİ GAZETE YAYIM TARİHİ
İş Kanunu	10.06.2003
Türkiye İş Kurumu Kanunu	05.07.2003
Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun	24.07.2003
Sosyal Güvenlik Kurumu Teşkilâtı Kanunu	24.07.2003
Gıdaların Üretimi, Tüketimi ve Denetlenmesine Dair Kanun Hükmünde Kararnamenin Değiştirilerek Kabulü Hakkında Kanun	05.06.2004
Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun	09.12.2004
Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesine Dair Kanun	19.01.2005
Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun, Devlet Memurları Kanunu ve Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun ile Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamede Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun	05.07.2005
Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa Bir Ek Madde Eklenmesi Hakkında Kanun	15.07.2005
Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu	16.06.2006
Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun	04.04.2007
Kan ve Kan Ürünleri Kanunu	02.05.2007
Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun	02.05.2007

Ek 2: 2002 KASIM- 2007 DÖNEMİNDE ÇIKARILAN BAZI YÖNETMELİKLER

Yönetmelik/Tebliğ	Resmi gazete yayım tarihi ve sayısı	Notlar
Devlet Memurlarının Tedavi Yardımı ve Cenaze Giderleri Yönetmeliğine Bir Ek Madde Eklenmesine Dair Yönetmelik	17. 04.2003/25082	Yönetmeliğin 3 üncü maddesine göre tedavi ve yol giderlerinden yararlanacak olanlar resmi sağlık kurum ve kuruluşları tarafından, tedavi amacıyla, özel sağlık kurumlarına sevk edilebiliyor. Özel sağlık sektörüne sevk basamağında yer veren yasal düzenleme.
Güzellik ve Estetik Amaçlı Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik	12.05.2003/25106	Yönetmelik, “güzellik ve/veya estetik amaçlı” olarak başvuru alan “sağlık kuruluşlarının” düzenlenmesi amacıyla çıkarıldı.
Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Devlet Tarafından Karşılanması ve Yeşil Kart Uygulaması Hakkında Yönetmeliğin Bazı Maddelerinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik	13.06.2003/25137	Yeşilkart kullanımına ilişkin düzenlemeler.
Eğitim Personelinin Nitelik ve Seçim Esasları Hakkında Yönetmelik	28.08.2003/25213	Sağlık Bakanlığı’na bağlı eğitim ve araştırma hastanelerinde “klinik ve laboratuvar şefliği, şef yardımcılığı ve başasistanlık kadrolarına ataması yapılacak personelin niteliklerini ve bunların atama ve nakilleri”ni belirleme amacıyla çıkarıldı.
Sözleşmeli Sağlık Personeli Atama ve Nakil Yönetmeliği	02.09.2003/25217	“Çakılı Kadro” Kanunu ile getirilen sözleşmeli personel atamaları ile ilgili teknik ayrıntıları düzenleyen yönetmelik.

Tababet Uzmanlık Yönetmeliğinin Bir Maddesinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik	15.10.2003/25260	Yönetmeliğin “Eğitim Planlama Ve Koordinasyon Kurulu” nu düzenleyen 15.maddesinde değişiklik getirdi.
Sözleşmeli Sağlık Personeli Disiplin ile Disiplin Kurulları Hakkında Yönetmelik	27.04.2004/25445	“Çakılı Kadro” istihdam modelinin disiplin işleyişi ile ilgili yönetmeliği. Yönetmelik esas olarak bazı ayrıntılar dışında sözleşmeli çalışanların “Bakanlıkta çalışan emsali Devlet memurlarına uygulanan mevzuat hükümleri”ne tabii olmasını öngörüyor.
Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik	08.04.2004/25427	2000 yılında çıkarılmış Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmeliğin çeşitli maddelerinde değişiklikler getirdi.
Sağlık ve Yardımcı Sağlık Personeli Tarafından Yerine Getirilmesi Gereken Hizmetlerin Satın Alma Yoluyla Gördürülmesine İlişkin Esas ve Usuller	05.05.2004/25453	Sağlık hizmetlerinin taşeronlaştırılmasında önemli bir adım. Bazı devlet hastanelerinin “sağlık personeli alımı” ihalesi açmasına neden olan bir yönetmelik. Sağlık hizmetlerinin bedeli döner sermayeden karşılanmak üzere satın alınarak karşılanmasına olanak sağladı.
Sağlık Bakanlığı Atama ve Nakil Yönetmeliği	08.06.2004/25486	Yönetmelik amaç maddesinde “tüm atama ve nakilleri, çağdaş insan kaynakları yönetimi, etkili ve verimli istihdam politikaları ile sağlık hizmetinin ülke genelinde dengeli dağılımı temel ilkeleri çerçevesinde kuralara bağlamayı” amaçladığını belirtiyor. Yönetmeliğin, 14.09.2004 Tarih ve 25583 Sayılı RG’de bazı maddeleri değiştirildi.
Optisyenlik Müesseseleri Hakkında Yönetmelik	27.09.2004/25596	
Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik	10.03.2005/25751	Evde bakım hizmetleri sunumuna dair esasları belirleyen yönetmelik
Diyaliz Merkezleri Hakkında Yönetmelik	08.05.2005/ 25809	Diyaliz merkezlerinin çalışma esaslarını belirleyen yönetmelik.
Kordon Kanı Bankacılığı Yönetmeliği	05.07.2005/25866	

Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik	06.07.2005/25867	Aile hekimliği pilot uygulamasına ilişkin olarak düzenleme getiren yönetmelik.
Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ve Sözleşme Şartları Hakkında Yönetmelik	12.08.2005/ 25904	Aile hekimliği pilot uygulamasına ilişkin olarak düzenleme getiren yönetmelik.
Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Tebliğ	13.09.2005 /25935	
Ambulanslar ve Acil Sağlık Araçları İle Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği	07.12.2006/26369	
Vücut Dışında Kullanılan (In Vitro) Tıbbi Tanı Cihazları Yönetmeliği	09.01.2007/26398	
Vücuda Yerleştirilebilir Aktif Tıbbi Cihazlar Yönetmeliği	09.01.2007/26398	
Tıbbi Cihaz Yönetmeliği	09.01.2007/26398	
Yan Dal Uzmanlık Eğitimi Giriş Sınavı Yönetmeliği	28.04.2007/26506	

BK Kararı/Tebliğ	Remi Gazete Yayım Tarihi ve No.	Notlar
Teşhis ve Tedavi Amacıyla Özel Sağlık Kurum ve Kuruluşlarına Hasta Sevkinde İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ	30.05.2003/25123	Devlet memurlarının özel sağlık kurumlarına sevki ile ilgili esasları düzenliyordu.

BK Kararı	24.09.2003/25239	Sözleşmeli sağlık personeli istihdam birimlerini belirleyen BK Kararı. Bu karara göre toplam 15.000 sözleşmeli sağlık personeli istihdamı öngörüldü. Dağılımı belirlenen personel arasında; 940 Uzman Hekim 2545 Pratisyen Hekim(1260'ı sağlık ocağında olmak üzere) 160 Diş Hekimi 100 Eczacı 2184 Hemşire(661'i sağlık ocağında olmak üzere) 3601 Ebe (2477'si sağlık ocağında olmak üzere) yer alıyordu.
BK Kararı	02.07.2005/25863	5283 sayılı Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesine Dair Kanun çerçevesinde Sağlık Bakanlığına devredilen sağlık birimlerindeki geçici mahiyette işleri yürütmek üzere geçici personel istihdamı ve bu personele ödenecek ücretler hakkında BK kararı.

ücretsiz sağlık için



nüfus cüzdanı yeterli olmalı



T Ü R K T A B İ P L E R İ B İ R L İ Ğ İ

İTHAL HEKİM, AİLE HEKİMLİĞİ KANDIRMACASI, GENEL SAĞLIK(SIZLIK) SİGORTASI,
HEKİM EMƏĐİNİN UCUZLATILMASI, MESLEKİ SORUMLULUK SİGORTA KISKACI,
TIP FAKÜLTELERİNİN ÇÖKERTİLMESİ, HASTANELERİN ÖZELLEŞTİRİLMESİ,
LİYAKATE DEĞİL, SADAKATE GÖRE ATAMA, REÇETE KISITLAMALARI,
MECBURİ HİZMET, YETERSİZ ÜCRET, HEKİME YÖNELİK ŐİDDET,
ÖZELDE/KAMUDA GÜVENCESİZ ÇALIŞMA

ARTIK YETER

SAĞLIK HAKKI, ÖZLÜK HAKKIMIZ, İŐ GÜVENCEMİZ, MESLEKİ ONURUMUZ İÇİN

BEYAZ EYLEMLER

Beyaz Çađrı: 1 Mart 2007

Sağlık ocaklarımızı sağlık yapıyoruz

Beyaz Referandum: 5-9 Mart 2007

Beyaz Miting: 11 Mart 2007

Beyaz GÖREV: 14 Mart 2007

Dz. Füsun Sayek 2. Eğitim Hastaneleri Kurultayı: 23-24 Mart 2007



T Ü R K T A B İ P L E R İ B İ R L İ Ğ İ