



GENEL YETKİLİ
SENDİKA

MEMUR-SEN KONFEDERASYONU
SAĞLIK-SEN
SAĞLIK ve SOSYAL HİZMET ÇALIŞANLARI SENDİKASI



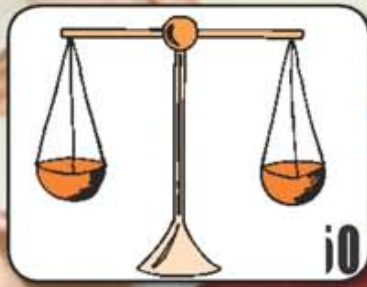
Dergisi

Aile Hekimliğinde Sorunlar ve Beklentiler...



11

Temel Sağlık
Göstergeleri ve
Sağlık İnsan Gücü



10

Kamu Denetçiliği
Kurumu Üzerine
Bir İnceleme



58

Sağlıkta Dönüşüm
Programı ve
Kurumsal İletişim



MEMUR-SEN KONGRESYONU SAĞLIK-SEN

Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları
Genel Yetkili Sendikası

ARALIK 2010

**SAĞLIK-SEN ADINA
İMTİYAZ SAHİBİ**
Mahmut KAÇAR
Genel Başkan

**GENEL YAYIN YÖNETMENİ
SORUMLU YAZI İŞLERİ MÜDÜRÜ**
Semih DURMUŞ
Genel Basın Yayın ve Dış İlişkiler Sekreteri

YAYIN KURULU
Menderes TURBAY
Metin MEMİŞ
Mehmet Güner ERDOĞDU
Mustafa KULLUK
Mahfuz SUNAR

EDİTÖR
Murat KALEM
Genel Başkan Danışmanı



Grafik Tasarım ve Uygulama
Sağlık-Sen Genel Merkezi

BASKI
Özkan Matbaacılık Gazetecilik ve Tic. Ltd. Şti.
538. Sok No:62-64 İVOGSAN-İvedik/ANKARA
Tel: 0 312 395 48 91 Fax: 0 312 395 48 93

SAĞLIK-SEN GENEL MERKEZİ
GMK Bulvan Özveren Sok. No:9/3
Demirtepe/ANKARA
Tel: 0 312 444 19 95
Faks: 0 312 230 83 65
GSM: 0 506 397 92 92
www.saglikksen.org.tr

Sağlık-Sen'in ücretsiz yayın organıdır.
Yazıların sorumluluğu yazarına aittir.

İçindekiler

BAŞKANDAN



2

Kamu Hizmeti ve Sosyal Devlet Tasavvuru

GÜNDEM



4

Temel Sağlık Göstergeleri ve
Sağlık İnsan Gücü Planlaması İlişkisi

DOSYA



=

Aile Hekimliğinde Sorunlar ve Beklentiler

ARAŞTIRMA
İNCELEME



42

Kamu Denetçiliği Kurumu Üzerine Bir İnceleme

Editörden

2010 yılı kamu çalışanları açısından önemli gelişmelerin yaşandığı bir yıl olmuştur. Tarihi referandum öncesi ve sonrasında ana gündem konularından birisi de kamu çalışanlarına tanınan haklardır.

Kamu çalışanları, Türkiye'nin demokratikleşmesi talebini en güçlü şekilde dile getiren bir sivil kimlik ortaya koymuştur. Kamu çalışanları arasında örgütlenme kültürü geliştikçe, siyaset-bürokrasi arasında sıkışan çalışan profili de değişmeye başlamıştır. Bu değişimi, 2010 yılında en bariz şekilde hissettiren kamu çalışanları, başarılı bir toplu görüşme sürecinin ardından toplu sözleşme hakkı da elde ederek etkili bir örgütlü toplum gücüne sahip olduklarını ispatlamıştır.

Kamu çalışanlarının toplu sözleşme hakkını düzenleyecek ikincil mevzuata ilişkin olarak Memur-Sen yetkili konfederasyon kimliğiyle görüşlerini açıklamış ve düzenlemenin bir önce çıkartılmasını istemiştir. Kamu çalışanlarına toplu sözleşme hakkını sağlayacak ikincil mevzuat kamu çalışanlarının 2011 yılına kalan en öncelikli talebidir.

Gelişmeler, Türkiye'nin kamu yönetimini, müzakere ve uzlaşma kültürünü esas alarak yeniden biçimlenmesini zorunlu kılan bir sürecin arifesine getirmiştir. Anayasa değişikliğiyle gelen yeni haklar aynı zamanda, kamu çalışanlarının örgütlenmeye olan inancının gelişmesi ve örgütlü mücadelenin kurumsallaşmasında bir itici güç olacaktır.

2010 yılında sağlık alanında da hem çalışanları hem de tüm kamuoyunu ilgilendiren gelişmeler yaşanmıştır. Sağlıkta Dönüşüm Programının önemli ayaklarından olan Tam Gün Yasası çıkartılmış, aile hekimliği yıl sonu itibarıyla tüm ülkede uygulamaya geçmiştir. Medyanın magazinsel boyutta yaklaştığı aile hekimliği konusu da dergimizin dosya bölümünde içerikli bir eleştiriye tabi tutulmuştur.

Dergimizin Araştırma-İnceleme bölümünde ise yine 12 Eylül referandumu sonrası Anayasaya giren ve kamu çalışanlarını yakından ilgilendiren ombudsmanlık konusuna yer verilmiştir. Araştırma-İnceleme bölümünde, kamu denetçiliğinin hayatımıza katacağı yenilikler ve yasal mevzuatın çerçevesi hakkında yetkin bir kaleme ait analizler bulunmaktadır.

Sağlık Bakanlığı'nın 2010-2014 dönemine ait stratejik planında insan kaynaklarının kullanımı ve hizmet niteliğini artırmaya dönük hedefler yer almaktadır. Sağlıkta Dönüşüm Programının önümüzdeki eylem planı içinde sağlık çalışanlarını direkt olarak ilgilendiren iki önemli konuya, yani istihdama ve sağlık iletişimine yaklaşımı, gündem ve sağlıklı iletişim bölümlerinde yayınlanan makalelerde irdelenmeye çalışılmıştır.

Sağlık-Sen'in sendikal vizyonuna paralel olarak, 2010 yılının son Sağlık-Sen Dergisinde de hizmet kolumuzun temel gündem konularını önceleyen zengin bir içerik oluşturulmuş ve okurlarımızın ilgisine sunulmuştur.

Faydalı olması dileğiyle.



SAĞLIK
İLETİŞİMİ

Sağlıkta Dönüşüm Programı
ve Kurumsal İletişim

50



PORTRE

Behçet Hastalığını İlk Tanımlayan
Dermatologumuz
Ord. Prof. Dr. Hulusi BEHÇET

56



SAĞLIK
TARİHİ

Osmanlı Hekimliğinde
Tıp Ahlakı

58



AJANDA

Sağlık ve Sosyal Hizmet Kolunda
Eylül - Aralık 2010

62



Kamu Hizmeti ve Sosyal Devlet Tasavvuru



Mahmut KAÇAR
Sağlık-Sen Genel Başkanı

600 yıl dünyaya hükmeden Osmanlı Devletinin temelindeki harcı oluşturan en önemli mefkurelerden birisi de **"İnsanı yaşat ki devlet yaşasın"** prensibi olmuştur. Şeyh Edebali'nin Osman Bey'e vasiyeti olan bu söz, yüce dinimizin hayata dair belirlediği "Halka hizmet, Hakka hizmettir" düşüncesinden hareket etmektedir. Osmanlı, böyle bir yönetim anlayışıyla "Devlet-i ebet müddet" ideasını 600 yıl sürdürmüştür.

Bugün itibarıyla 80 yılı aşkın bir devlet tecrübesine sahip olan ülkemizde de, geçte olsa demokratik, şeffaf ve çağcıl devlet anlayışını yerleştirme mücadelesinde 12 Eylül referandumu ile birlikte büyük bir adım atılmıştır. Referandumla, bir takım suni korkularla kaybedilen yıllara yenilerinin eklenmemesi, Türkiye'nin normalleşmesi, refahı, huzuru ve adil bir toplum düzeni için mücadele edilmesinden yana irade ortaya konulmuştur.

Toplum tarafından, devletin geleneksel konumu ve devlet-millet ilişkisine ait sosyo-kültürel birikim gelişen ihtiyaçlara cevap verme noktasında ciddi şekilde sorgulanmaktadır. Devletin rolüne ilişkin beklentiler toplumun devlet ve iktidar-

la ilişkilerinde temel belirleyici kıstas haline dönüşmüştür. Devlet, kamusal hakların adil ve eşit şekilde kullanımını sağlamalı, halkına özgür ve insanca yaşama koşulları oluşturmaktadır.

İktidarda 8. yılını dolduran Ak Parti Hükümeti de, bu süre zarfında, toplumun beklentilerini karşılama noktasında "Hakim devletten hadim devlete dönüşüm" olarak adlandırdıkları yeniden yapılanma hedefini ortaya koymuştur. Devletin gerçek ve tek sahibi olması gereken milli iradeyi dışlayan ve baskı altında tutan antidemokratik kimliğin tasfiyesi halkımız açısından Cumhuriyet tarihimizin en önemli değişimi olarak kabul görmüş ve desteklenmiştir. Hatta bu projenin selameti için, ekonomik, sosyal tabanlı bir çok maliyete de göğüs gerilmiştir.

Referandumun, Cumhuriyetin ruhunu özgürleştirilmesi ve millet egemenliği üzerindeki tehditleri bertaraf etmesiyle birlikte, toplum kesimleri yeni dönemde demokratik, adil ve sosyal devletin refah iklimine kavuşma taleplerini daha yüksek sesle dillendirmeye başlayacaktır. Son iki seçim dönemi

öncesi yaşanan antidemokratik süreçlere benzer bir ortam oluşmadığı takdirde ki bu ihtimal bana göre oldukça zayıflamıştır, önümüzdeki dönemde başta yeni anayasaya ilişkin beklentiler olmak üzere daha reel sorunların konuşulacağı bir seçim atmosferi yaşanacaktır.

Eflatun, devletin adaletinin sonucunun bireyin mutluluğu olduğunu söylemiştir. Artık 80 yıllık Türkiye Cumhuriyetinde kuşaktan kuşağa miras bırakılan umutların hayata geçirilmesi ve milletimizin mutlu olma zamanıdır. Yepyeni, sivil ve toplumun tüm kesimlerini adalet ve eşitlik temelinde buluşturacak bir anayasa, bireyselliği ve bencilliği besleyen küresel emperyal kültüre karşı, Osmanlının açtığı gibi yeni bir çıkış açacak **sosyal devlet tasavvuru** ortaya konulmalıdır.

Türkiye'nin istihdam pastasında en büyük dilimi oluşturan kamu çalışanları da sosyal devletin yeniden organizasyonu; hem hizmet alan vatandaş kimliğiyle, hem de hizmeti sunan emek olarak yakından takip etmektedir.

Türkiye'nin son 30 yılının ekonomik profilini belirleyen piyasa kültürü, "Devlet işveren değildir" öğretisi ile devletin üretim sektöründen elini çekmesini sağlamıştır. Bu nedenle 30 yıl önce milyonlarla ifade edilen kamu işçisi bugün yüz binlerle bile ifade edilememektedir. Devletin çekildiği alanlarda emek kuralsızlığa terk edilmiştir. Siyasal iktidar-bürokratik iktidar- sermaye üçlemesinin, ülke kaynakları ve insanların refahını sömüren işbirliği nedeniyle sosyal devletin anlamı unutturulmuştur.

Günümüzde hizmet sektörü torbası içinde en kar getirici alanlar olarak kabul edilen sağlık ve eğitim gibi kamu hizmetleri de rekabetçi piyasa koşullarının baskısı altındadır. Devlete; küçülmesi, sektörde denetim konumunda kalması, sistemin işlerliğini sağlamaya dönük tedbirler alması gibi vizyon tasarımları önerilerek, kamu hizmetlerinin devletin uhdesinden çıkarılıp, küresel pazara entegre edilmesi hedefi güdülmektedir. Sosyal devleti devre dışı bırakma amaçlı piyasa teorilerinin tek gerçek gibi dayatılmasına fırsat verilmemelidir. Aksine, "Kamu Hizmeti" kavramının; tarihimize ve inançlarımıza has değerlerden beslenen tanımının, özünü koruyan politik alternatifler geliştirilmelidir.

Kamu kurumlarının stratejik planlarında; özel sektörün

kamu hizmetlerine eğiliminde belirleyici olan kar güdüsünün denetimini sağlamanın önümüzdeki süreçte önemli bir ihtiyaç olduğu itiraf edilmektedir. Mevcut siyasal iktidar son 8 yılda, reformist bir irade ortaya koyarak özellikle sağlık başta olmak üzere kamu hizmetlerinin etkinliği ve kolay ulaşılabilirliği konusunda önemli bir başarı elde etmiştir.

Ancak başarı dinamik bir süreçtir ve başarının kurumsallaşması için bir sistem tasavvuruna ihtiyaç vardır. Arkamızda bürokratik oligarşi diyerek haklı olarak reddettiğimiz hantal devlet birikimi, karşımızda ise bizi bu hantallıktan kurtaracağını vaat eden rekabetçi ve bireyselci batı medeniyeti durmaktadır. Dünyanın gelecek vizyonunda söz sahibi olacağı herkesçe kabul edilen Türkiye'de yönetime talip olanlar, bu ikisinden birisine mahkum olduğu takdirde sadece ülkemizin değil insanlığın da mahkum olacağına inanmak ve üçüncü yolu aramak zorundadırlar. Merhum Mehmet Akif Ersoy;

***Bir zamanlar biz de millet, hem nasıl milletmişiz
Gelmisiz dünyaya milliyet nedir öğretmişiz
Kapkararlıkken bütün afaki insaniyyetin,
Nur olup fıskırmışız ta sinesinden zulmetin
Bir taraftan dinimiz, ahlakımız irfanımız;
Bir taraftan seyfe makrun adlimiz, ihsanımız;
Yükselip akvamı almış fevc fevc aguşuna
Hepsi dalmış vahdetin aheng-i cuş u cuşuna
Emr-i bil maruf imiş ihvan-ı islamın işi
Nehyedermiş bir fenalık görse kardeş kardeşi
Kimse haksızlıktan etmezmiş tegafül ihtiyar
Ferde raci sadmeden efrad olurmuş lerzedar***

diyerek, üçüncü yol için tarihimizi adres göstermektedir.

Bunun için de bugünkü siyasal iktidar veya gelecek hükümetler, insanlarımızı ve insanlığı huzur ve mutluluğa ulaştıracak sosyal devlet vizyonunu ortaya koymak durumundadır. İşsizlik, yoksulluk ve gelir dağılımı adaletsizliğini sona erdirecek, eğitim, sağlık ve diğer kamu hizmetlerinde örnek Osmanlı projeleri geliştirilerek sadece ülkemizin değil, insanlığın kurtuluşuna vesile olacak menfezler açılmalıdır.

Bu düşüncelerle 2011 yılının başta sağlık ve sosyal hizmet çalışanları olmak üzere tüm halkımıza ve insanlığa hayırlar getirmesini diliyorum.



Temel Sağlık Göstergeleri ve Sağlık İnsangücü Planlaması İlişkisi



Fatih SEYRAN
Sağlık-Sen Genel Başkan Danışmanı

Sağlık insangücü planlamasını; "Stratejik bir yaklaşım içerisinde toplumun sağlıkla ilgili gereksinimleri ve başvuruları göz önüne alınarak, sağlık kurumlarının amaçları, hedefleri ve olanakları çerçevesinde, sağlık çalışanlarının yeterli nicelik, yüksek nitelik, düzenli bir dağılım, doğru bir zamanlama ile iş doyumlarını ve mesleki mutluluk-

larını göz önünde bulundurmak sureti ile yapılan planlamadır" şeklinde ifade edebiliriz.

Ülke insanımızın her yaş, her bölge ve her zaman diliminde sağlıklı yaşama hakkı en iyi şekilde sağlanmalıdır. Sağlıkta dönüşüm programı ile birlikte bu hedef doğrultusunda atılan her türlü

olumlu adımı da desteklemek gerekir. Ancak; Sağlık Bakanlığı verilerine göre son sekiz yılda yüzde 230 artan hasta talebi karşısında verilen sağlık hizmeti için gerekli olan enerjiyi, aynı süre içerisinde yalnızca yüzde 42 artırılan sağlık çalışanları ile sağladığımızı da kabul etmek zorundayız. Geçmiş dönemlere göre hasta memnuniyetinin gün geç-



Grafik 1: Sağlık Bakanlığı Muayene Sayısı Değişimi



Grafik 2: Sağlık Bakanlığı Personel Sayısı Değişimi

Hasta Memnuniyeti	2003	2009
Sağlık Ocaklarında ve Aile Hekimliği Birimlerinde Verilen Hizmetten Memnun/Çok Memnun Olanların Oranı (%)	39,4	86,0
Devlet Hastanelerinde Verilen Hizmetten Memnun/Çok Memnun Olanların Oranı (%)	41,0	66,5
Sağlık Hizmetlerinden Memnun/Çok Memnun Olanların Oranı (%)	39,5	63,4

Tablo 1: Hasta Memnuniyetinde Yaşanan Değişim

Personel Unvanları	2002	2010	Artış Oranı
Uzman Hekim Sayısı	20.027	27.587	% 38
Pratisyen Hekim Sayısı	24.512	28.101	% 15
Diğer Hekim Sayısı	3.204	5.776	% 80
Diğer Sağlık Hizmetleri Sınıfı Personel Sayısı (Hemşire, ebe, sağlık teknisyeni, sağlık memuru vs.)	130.064	182.040	% 40
Toplam Sağlık Hizmetleri Sınıfı Personel Sayısı	177.780	252.593	% 42

Tablo 2: Sağlık Bakanlığı Personelinin Unvanlara Göre Dağılımı

tiğe artmasına rağmen aynı oranda sağlık istihdamına ve sağlık çalışanı memnuniyetine özen gösterilmediği de dikkatlerden kaçmamaktadır.

Sağlık alt yapımızın teknolojik eksiklikleri büyük bir duyarlılıkla telafi edilmeye çalışılmakla birlikte anne ve bebek ölümleri, doğumda beklenen yaşam süreleri ve diğer temel sağlık göstergeleri açısından da gelişmiş ülkelerle aramızdaki makas giderek daralmaktadır. Ancak; söz konusu olumlu gelişmelere rağmen sağlık emeği konusunda ise OECD ve AB ülkelerine göre şaşırtıcı şekilde geride kalmaktayız.

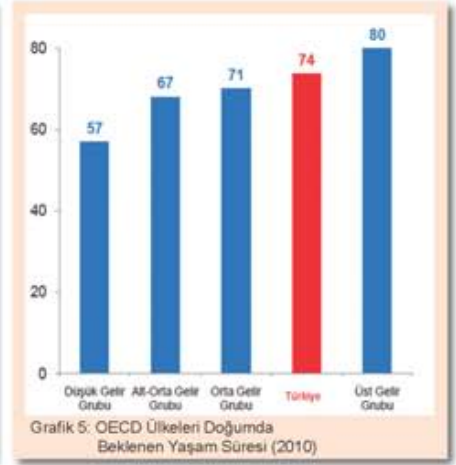
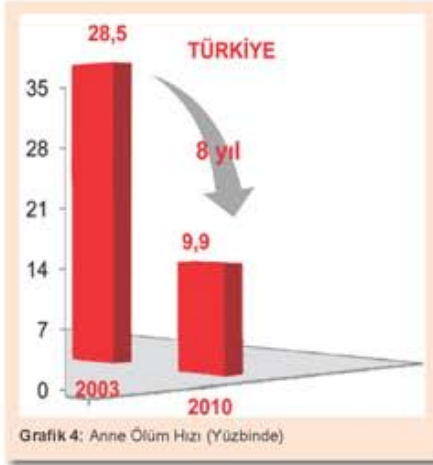
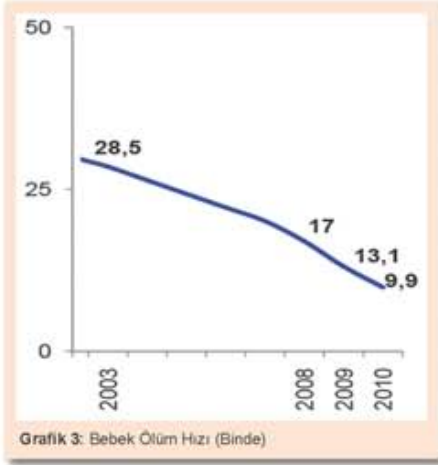
Sağlık Çalışanları, Giderek Artan İş Yükü Altında Ezilmektedir

Sendikamızın Mayıs 2010'da 12 ilde 1860 sağlık çalışanı ile yüz yüze gerçekleştirdiği araştırmaya göre; riskli çalışma ortamında bulunmak, mesleki sınırların çizilememiş olması, çalışma sürelerinin ve nöbetlerin fazlalığı, çalışma hayatının sosyal hayatı ve aile hayatını olumsuz etkilemesi ile yöneticilerin olumsuz davranışları çalışma koşullarını zorlaştıran unsurlar olarak karşımıza çıkmaktadır. Çalışanlar, arz ve talep asimetrisi nedeni ile yoğun bir baskı altındadır. Yaşanan onca olumsuzluğun üzerine çoğu zaman hasta ve hasta yakınları tarafından şiddet de görmektedir. Ülkenin her köşesinden, her gün bir sağlık çalışanının darp edildiği haberleri gelmektedir. Oysa ki; iddialı sağlık reformlarının bileşenleri

arasında "Bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan-gücü" taahhüdü de yer almaktadır.

Sağlıkta dönüşüm programının esasını "İnsan merkezli" bir yaklaşım oluşturmaktadır. Bu anlayış çerçevesinde hasta haklarının korunması, geliştirilmesi ve hasta güvenliğinin sağlanması amacıyla resmi düzenlemeler yapılmıştır. Yayınlanan tebliğ, genelge ve yönetmeliklerle gerek sağlık kurumlarında gerekse kamuoyunda bu konuda ciddi bir farkındalık oluşturulmuştur. Hastanelerde "Hasta Hakları Kurulu" aktif bir şekilde hasta şikayetlerini değerlendirmekte ve sonuçlandırmaktadır. Yine; hasta ve hasta yakınları tarafından SABİM 184 iletişim hattına aktarılan her türlü sorun, çözüm üretmek üzere dikkate alınmaktadır. Ancak; kimi zaman mesnetsiz ve tutarsız olan şikayetlerin sağlık çalışanlarını son derece huzursuz ettiği de ayrıca tartışılması gereken bir gerçektir. Oysa ki; "İnsan merkezli" yaklaşımın daha kuşatıcı olması ve sağlık çalışanlarının sorunlarını da dikkate alması beklenir. Sağlık çalışanlarının her türlü mesleki ve sosyal sorununa kurumsal anlamda sahip çıkılması, güven esasını tesis eden, aidiyet hissini sağlayan ve iş motivasyonunu artıran bir sonucu doğuracaktır.

Başta da belirttiğimiz gibi sağlık çalışanlarına zarar veren tüm bu sorunların temelinde aslında işgücü parçalanmışlığı yatmaktadır.



Sağlık Bakanlığı, Yüksek Öğretim Kurulu ve Devlet Planlama Teşkilatının birlikte hazırladığı ve Haziran 2010'da yayınlanan "Türkiye'de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsangücü Durum Raporu" önemli sonuçları ortaya koymaktadır. Kapsamlı içeriği ile hekimlerin eğitimi ve istihdamı konusunda geçmiş 30 yılın analizinden, hemşire, ebe ve diğer sağlık çalışanlarının yıllara göre me-

zun sayısını gösteren istatistiklere ve değerlendirmelere kadar geniş bir bilgi paylaşımı sağlanmıştır. İlgili kurumların kapsamlı bir şekilde yaptığı bu çalışmanın kamuoyuna sunulması sağlık vizyonu açısından son derece ümit vericidir.

Bilindiği gibi temel sağlık göstergeleri açısından OECD ve AB ülkelerini referans almaktayız. Bu bağlamda sağ-

lık hizmetleri sunumu kadar sağlık personelinin istihdamı konusuna da yine aynı perspektiften bakmak zorundayız. Sağlıkta başarılı olunan konuların takdir edilmesi beklentisinin yanı sıra halen açık ara geride kaldığımız konuların da çözüm beklediğini göz ardı etmemek gerekir.

Sağlık Personeli İstihdamına Genel Bakış

Genel Olarak Hekim Durumu

İstihdam

Haziran 2010 itibarıyla Türkiye'de toplam 111.211 hekim aktif olarak çalışmaktadır. Bu hekimlerin kurumlara göre sayısal dağılımı Grafik 6'da gösterilmiştir.

AB Üyesi Ülkeler ve Türkiye Karşılaştırması

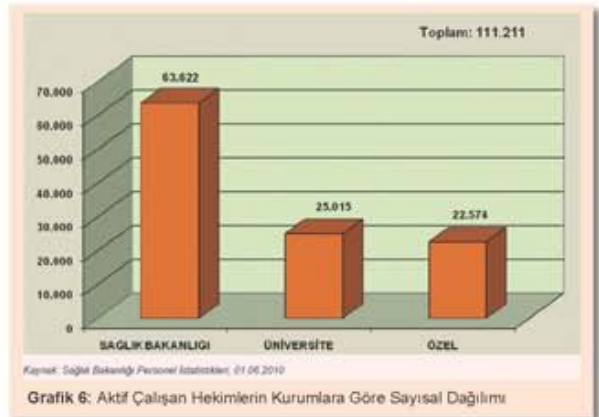
Avrupa Ülkelerinde ve Türkiye'de 100 bin kişiye düşen hekim sayıları Grafik 7'de gösterilmiştir.

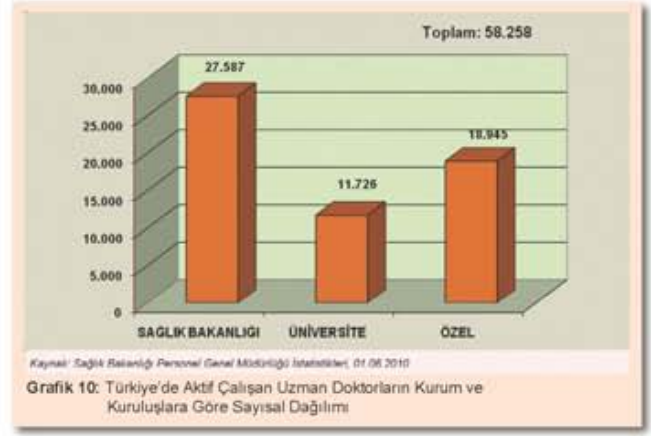
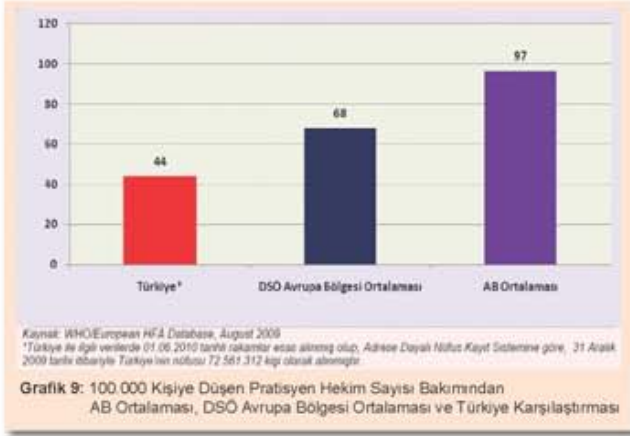
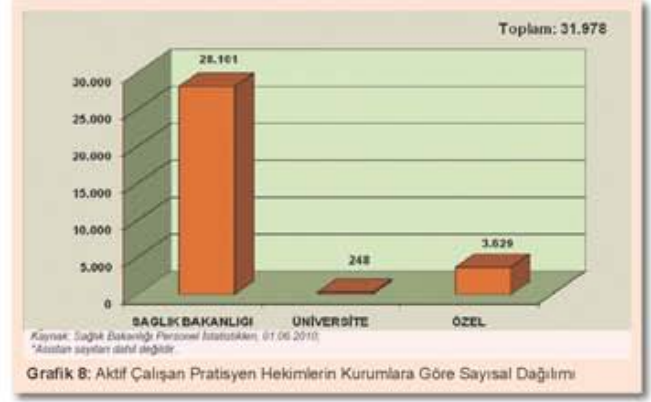
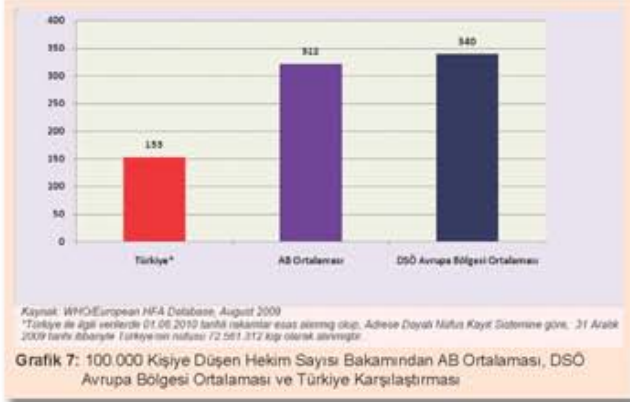
Türkiye'de ve AB üyesi ülkelerde 100 bin kişiye düşen hekim sayısı karşılaştırıldığında, bu sayının AB üyesi ülke ortalamasında 322, Türkiye'de ise 153 olduğu görülmektedir. Yani, Türkiye'deki 100 bin kişiye düşen hekim sayısı AB üyesi ülkeler ortalamasının yarısından daha azdır.

Pratisyen Hekim

Haziran 2010 itibarıyla Türkiye'de toplam 31.978 pratisyen hekim

aktif olarak çalışmaktadır. Bu hekimlerin kurumlara göre sayısal dağılımı Grafik 8'de gösterilmiştir.





AB Üyesi Ülkeler ve Türkiye Karşılaştırması

Avrupa ülkelerinde ve Türkiye'de 100 bin kişiye düşen pratisyen hekim sayıları Grafik 9'da gösterilmiştir.

Uzman Hekim

Haziran 2010 itibarıyla Türkiye'de toplam 58.258 uzman hekim aktif olarak çalışmaktadır. Bu hekimlerin kurumlara göre sayısal dağılımı Grafik 10'da gösterilmiştir.

Türkiye'de aktif çalışan uzman hekimlerin alanlara ve kurumlara göre sayısal dağılımına bakıldığında Sağlık Bakanlığı hastanelerinde 27.587, üni-

versite hastanelerinde 11.726 ve özel hastanelerde ise 18.945 uzman hekimin görev yaptığı, 100 bin kişiye 80,29 uzman hekimin düştüğü görülmektedir.

İllere göre uzman hekim dağılımlarına bakıldığında; bir uzman hekime genel ortalamada 1.246 kişi düştüğü, en iyi durumdaki ilin bir uzman hekime 585 kişinin düştüğü Ankara, en kötü durumdaki ilin ise bir uzman hekime 3.212 kişinin düştüğü Şırnak olduğu tespit edilmiştir.

AB Üyesi Ülkeler ve Türkiye Karşılaştırması

Türkiye'de, DSÖ Avrupa Bölgesindeki ülkelerde ve AB üyesi ülkelerde

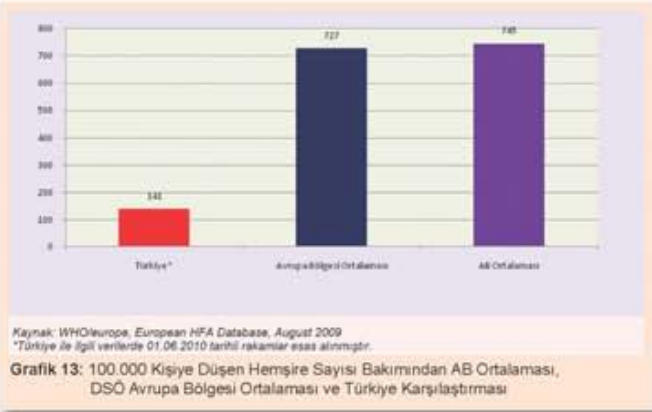
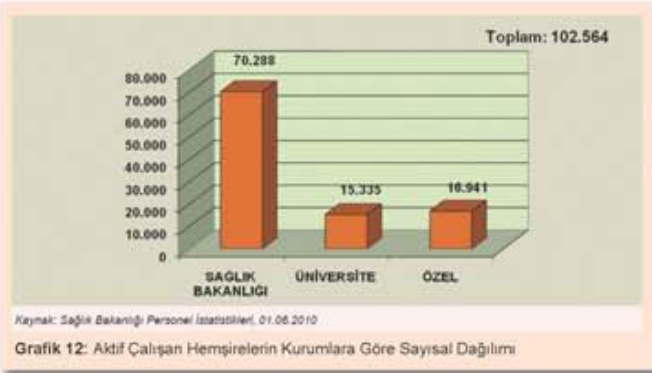
100 bin kişiye düşen aktif çalışan uzman doktor sayıları Grafik 11'de gösterilmiştir.

Grafik 11'den de görülebileceği gibi, Türkiye'de 100 bin kişiye düşen aktif çalışan uzman hekim sayısı Avrupa Bölgesi ülkeleri ve 27 AB üyesi ülke ortalamasından oldukça düşüktür.

Hemşire Durumu

AB Üyesi Ülkeler ve Türkiye Karşılaştırması

Avrupa ülkelerinde ve Türkiye'de 100 bin kişiye düşen hemşire sayıları Grafik 13'de gösterilmiştir.



Grafik 13'te görüldüğü gibi Türkiye'de 100 bin kişiye düşen hemşire sayısı AB üyesi ülkeler ortalamasına göre de Avrupa Bölgesindeki ülkeler ortalamasına göre de oldukça düşüktür. Yüz bin kişiye düşen hemşire sayısında değerlendirmeye alınan 50'nin üzerindeki dünya ülkesi içinde ne yazık ki sonuncu durumdadır. Söz konusu değerlendirmede sayısal olarak bize en yakın ülke olan komşumuz Yunanistan'ın dahi yüz bin kişiye düşen hemşire sayısı 326 olarak görülmektedir.

Ebe Durumu

AB Üyesi Ülkeler ve Türkiye Karşılaştırması

Avrupa ülkelerinde ve Türkiye'de 100 bin kişiye düşen ebe sayısı 23'te gösterilmiştir.

Grafik 15'te her ne kadar Türkiye'de 100 bin kişiye düşen ebe sayısının, gerek AB üyesi ülkeler ortalamasından, gerek Avrupa bölgesindeki diğer ülkelerin ortalamasından daha fazla olduğu görülse de fiili olarak durum bu şekilde değerlendirilmemektedir. Hemşire ihtiyacı konusunda ciddi sıkıntı yaşayan sağlık kurum ve kuruluşlarında, ebe unvanındaki personelin büyük bir çoğunluğundan hemşire açığının kapatılması amacıyla yararlanıldığı bilinmektedir.

Sonuç olarak; AB ülkeleri ortalamasında 100 bin kişiye düşen 36 ebe sayısı dikkate alındığında kâğıt üzerinde ülkemizde 14.500 ebe fazlasının ortaya çıktığını söyleyebiliriz. Ancak; bu sayının tamamı ve hatta daha fazlasının hemşire açığının kapatılmasında eritildiğini bilmekte fayda bulunmaktadır.

Diğer Sağlık Personeli Durumu

Haziran 2010 itibarıyla Türkiye'de 7.178 sağlık teknikeri, 76.506 sağlık teknisyeni ve 16.322 diğer sağlık personeli olmak üzere toplam 100.006 diğer sağlık personeli aktif olarak çalışmaktadır. Bu personelin unvanlar ve kurumlar itibarıyla sayısal dağılımı Tablo 3'te gösterilmiştir.

UNVANLAR	SAGLIK BAKANLIĞI	ÜNİVERSİTE	ÖZEL	TOPLAM	100.000 KİŞİYE DÜŞEN
FİZİK TEDAVİ TEKNİSYENİ	53	29	28	110	0,15
ACİL TIP TEKNİSYENİ	9.228	345	7.106	16.679	22,90
TOPLUM SAĞLIĞI TEKNİSYENİ	15.132	176	2.059	17.366	23,93
LABORATUVAR TEKNİSYENİ	10.308	828	1.569	13.335	18,39
OVYOMETRİ TEKNİSYENİ	237	18	53	308	0,42
ORTOPEDİ TEKNİSYENİ	278	17	84	379	0,52
PATOLOJİK ANATOMİ TEKNİSYENİ	26	8	8	42	0,06
PERFUZYONK POMPA TEKNİSYENİ	3	18	50	71	0,10
PROTEZ TEKNİSYENİ	21	8	53	80	0,11
RÖNTGEN TEKNİSYENİ	8.503	953	2.101	11.557	15,93
SAGLIK TEKNİSYENİ	101	1.409	350	1.860	2,56
TOPLAM TEKNİSYEN	84.234	4.260	18.812	78.806	106,44

UNVANLAR	SAGLIK BAKANLIĞI	ÜNİVERSİTE	ÖZEL	TOPLAM	100.000 KİŞİYE DÜŞEN
FİZİK TEDAVİ TEKNİSYENİ	53	29	28	110	0,15
ACİL TIP TEKNİSYENİ	9.228	345	7.106	16.679	22,90
TOPLUM SAĞLIĞI TEKNİSYENİ	15.132	176	2.059	17.366	23,93
LABORATUVAR TEKNİSYENİ	10.308	828	1.569	13.335	18,39
OVYOMETRİ TEKNİSYENİ	237	18	53	308	0,42
ORTOPEDİ TEKNİSYENİ	278	17	84	379	0,52
PATOLOJİK ANATOMİ TEKNİSYENİ	26	8	8	42	0,06
PERFUZYONK POMPA TEKNİSYENİ	3	18	50	71	0,10
PROTEZ TEKNİSYENİ	21	8	53	80	0,11
RÖNTGEN TEKNİSYENİ	8.503	953	2.101	11.557	15,93
SAGLIK TEKNİSYENİ	101	1.409	350	1.860	2,56
TOPLAM TEKNİSYEN	84.234	4.260	18.812	78.806	106,44

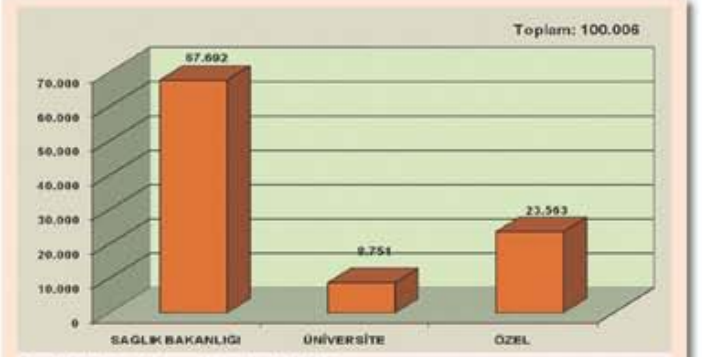
UNVANLAR	SAGLIK BAKANLIĞI	ÜNİVERSİTE	ÖZEL	TOPLAM	100.000 KİŞİYE DÜŞEN
SOSYAL ÇALIŞMCI	507	86	9	562	0,80
TIBBİ SEKRETER	4.664	873	1.335	6.672	9,19
TIBBİ TEKNOLOG	1.137	4	8	1.149	1,58
BİYOLOG	827	707	756	2.350	3,24
ÇOCUK GELİŞKİÇİ	208	20	4	232	0,32
DİYETİSYEN	862	245	592	1.499	2,07
HEMŞİRE YRD.	11	350	22	383	0,53
OVYOLOG	2	11	34	47	0,06
PSIKOLOG	829	107	273	1.209	1,75
SAGLIK FİZYOLOG	28	23	8	59	0,08
SAGLIK SAVAS MEMURU	10	8	30	48	0,06
VETERİNER	10	13	3	26	0,04
TOPLAM DİĞER SAĞLIK PERSONELİ	8896	2329	3066	14300	19,71
GENEL TOPLAM	66.990	8.447	22.547	97.984	135

Tablo 3: Sağlık Teknikeri, Sağlık Teknisyeni ve Diğer Sağlık Personelinin Unvanlar ve Kurumlar İtibariyle Sayısal Dağılımı



Kaynak: WHO/Europe, European HFA Database, August 2009
*Türkiye ile ilgili verilerde 01.06.2010 tarihli rakamlar esas alınmıştır.

Grafik 15: 100.000 Kişiyeye Düşen Ebe Sayısı Bakımından AB Ortalaması, DSÖ Avrupa Bölgesi Ortalaması ve Türkiye Karşılaştırması



Kaynak: Sağlık Bakanlığı Personel İstatistikleri, 01.06.2010

Grafik 16: Sağlık Teknikeri, Sağlık Teknisyeni ve Diğer Sağlık Personelinin Kurumlar İtibariyle Sayısal Dağılımı



Grafik 17: Sağlık Hizmetleri Sınıfındaki Personelin Statülerine Göre Dağılımı

Sağlık Personelini Parçalamak Yerine Birleştirmek Gerekir

Sağlık Bakanlığına bağlı kurum ve kuruluşlarda istihdam edilen personel için sağlık hizmetleri sınıfında 32 farklı unvana yer verilmektedir. Bu sınıfta yer alan her personel, ortaöğretim ya da li-

sans düzeyinde mesleki öğrenimini tamamlamak zorundadır. Öğrenim süresi içerisinde de mesleğini icra edebilecek düzeyde staj görmektedir. Mezun olan ve büyük bir heyecanla mesleğini eline almak isteyen binlerce genci ise bu kez yeni bir yarış ve yeni bir macera beklemektedir. Halen pratisyen hekimler için

"Devlet hizmet yükümlülüğü" mecburiyetinin aynı zamanda bir şans olduğu da düşünülebilir. Öyle ki; ihtiyaca rağmen artık dış hekimleri ve eczacılar için bile kura sonucu "sözleşmeli personel olabilmek" dönemi başlamıştır. KPSS'ye girerek kamuda iş sahibi olmak isteyen diğer sağlık personeli de aldıkları pua-



na göre sınırlı sayıda sağlık kurum ve kuruluşuna yerleştirilmektedir. Ancak; aynı mesleki ehliyete sahip olan, aynı unvan ve branştaki sağlık çalışanları ne yazık ki istihdam modellerindeki farklılıklar nedeni ile Sağlık Bakanlığı tarafından bu kez de farklı özlük hakları ile karşı karşıya bırakılmaktadır. Grafik 17'de ayrıntıları gösterilen ve kamuda istihdam edilen personel; 4/A kadrolu, 4/B sözleşmeli, 4924 sözleşmeli ve Vekil (Ebe/Hemşire) statüsüne göre sınıflandırılmaktadır. Aynı mesleki ehliyete sahip olan ancak farklı istihdam modeline tabi tutulan sağlık personeli ise bu durumdan son derece rahatsızlık duymaktadır.

İstihdam Açıkları Masaya Yatırılmalıdır

2010 yılı itibarı ile kişi başına düşen hekim ve hemşire durumları örnek alındığında Türkiye'nin AB ülkeleri ortalamasını yakalayabilmesi için 122 bin hekim ve 424 bin hemşireye daha ihtiyaç duyduğu ortaya çıkmaktadır. Sağlık hizmetleri sunumunda yaşanan personel sıkıntısına rağmen halen KPSS'ye başvurarak mesleğini icra etmek isteyen 30 bin hemşirenin ve 100 binin üzerinde de diğer sağlık personelinin (Ebe, biyolog, psikolog, diyetisyen, sağlık teknikeri vb.) kamu sağlık hizmetlerinde istihdam edilmemesi ise büyük bir çelişkidir.

Diğer bir önemli husus da; sağlık hizmetleri sunumunun özellikle ve ön-

celikle kamu çalışanları istihdamı ve devlet eliyle gördürülmesi gerekliliğinin göz ardı edilmesidir. Anayasanın devletin görevlerinin belirlendiği 5'inci maddesinde "Devletin temel amaç ve görevleri, Türk Milletinin bağımsızlığını ve bütünlüğünü, ülkenin bölünmezliğini, Cumhuriyeti ve demokrasiyi korumak, kişilerin ve toplumun refah, huzur ve mutluluğunu sağlamak; kişinin temel hak ve hürriyetlerini, sosyal hukuk devleti ve adalet ilkeleriyle bağdaşmayacak surette sınırlayan siyasal, ekonomik ve sosyal engelleri kaldırmaya, insanın maddi ve manevi varlığının gelişmesi için gerekli şartları hazırlamaya çalışmaktır" hükmüne yer verilmiştir.

Sağlık Bakanlığına bağlı kurum ve kuruluşlarda 2002 yılında 10 bin 600 olan taşeron firma çalışanlarının sayısı 2010 yılında 118 bine çıkmıştır. "Hizmet Alımı" adı verilen bu uygulama ne yazık ki sağlık hizmetlerinde uygulama birliğine zarar vermekte ve taşeron firmalarda çalışanların çalışma şartları da gerek idare gerekse firmalar tarafından keyfi bir şekilde düzenlenmektedir. Ayrıca ehliyeti olmayan taşeron firma çalışanlarının teşhis ve tedavi uygulamalarını bilfiil asiste eder şekilde çalıştırılması, vatandaşların sağlığını ciddi anlamda riske etmektedir. Kamu kurum ve kuruluşlarında istihdam edilmeyi bekleyen sağlık hizmetleri sınıfı ve diğer destek personel adayları da "Hizmet Alımı" adı verilen bu uygulama nedeni ile halen işsiz kalmaktadır.

Sağlık istihdamı konusunda;

- 1) Sağlık personelinin kent-kır ve bölgeler arası dağılımında adil, objektif ve uygulanabilir bir sistem ortaya konulmalıdır.
- 2) İstihdam planlamalarında; kamu otoritesi kadar sendikalar, meslek odaları ve ilgili diğer sivil toplum örgütleri de sürece dâhil edilmelidir.
- 3) Hasta memnuniyeti kadar çalışan memnuniyeti de dikkate alınmalı ve sağlık çalışanlarının günden güne artan iş yüküne bir an önce son verilmelidir. Bu amaçla; sağlık hizmetlerinde ihtiyaç duyulan kamu personelinin yeterli sayıda istihdamı sağlanmalıdır.
- 4) Sağlık Bakanlığında halen 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 4/B maddesine göre sözleşmeli olarak çalışan, 4924 sayılı Kanuna tabi olan personel ile vekil ebe/hemşire olarak görev yapan personelin kadroya geçişi gerçekleşinceye kadar kadrolu personel ile eşit haklara sahip (tayin hakkı, aile, çocuk ve giyim yardımı, intibak hakkı) ve sözleşmeli personeli tek çatı altında toplayacak yasal düzenleme yapılmalıdır.
- 5) Kamu sağlık hizmetlerinde; çalışanların iş güvencelerinin ve çalışma şartlarının görmezden gelindiği taşeronlaşma uygulamalarına bir an önce son verilmeli ve söz konusu hizmetlerin tamamı devlet eli ile gördürülmelidir.



Dr. İsmail SAYER
Denizli Aile Hekimleri Derneği
Yönetim Kurulu Başkanı

Dr. Figen ŞAHBAZ
Pratisyen Hekimler Derneği
Ankara Şube Başkanı

Uz. Dr. Sinan KORUKLUOĞLU
Aile Hekimliği Uzmanı
Yenimahalle Devlet Hastanesi Başhekimisi

Yrd. Doç. Dr. H. Hüseyin YILDIRIM
Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler
Fakültesi Sağlık İdaresi Bölümü Öğretimi Üyesi

Aile Hekimliğinde Sorunlar ve Beklentiler...



aile hekimliğinden NE UMDUK

NE BULDUK!



Dr. İsmail SAYER

*Denizli Aile Hekimleri Derneği
Yönetim Kurulu Başkanı*

Aile hekimliği uygulamasına başla-
yalı 4. yılı doldurmak üzereyiz. Denizli
ili aile hekimliği uygulamasına ülkemiz-
de 5. il olarak girdi. 2006 yılının Aralık
ayında aile hekimliğini seçen meslek-
taşlarımızla zorlu bir süreç adım at-
tığımız farkındaydık. Çünkü pilot bir
kanun ve pilot bir yönetmeliğe daya-
narak kendimizi içine girmeden ne ola-
cağını bilmediğimiz bir sürecin içinde
bulduk. Denizli'de bu süreç oldukça zor
ve buruk başladı. Buruk başladı çünkü
aile hekimliği uygulaması bölge yerleş-
tirmelerinin yapıldığı salonun önünde
aile hekimliği uygulamasına karşı olan

kendi meslek örgütümüzün organizas-
yonuyla, il dışından gelen bir takım ki-
şilerin ve yıllarca beraber çalıştığımız
arkadaşlarımızın protestoları eşliğinde
salona girdik.

Neler söylendi, neler; Aile hekimli-
ğine geçenlerin memuriyetten çıkarıl-
acağı, koruyucu sağlık hizmetlerinin
aksayacağı, laboratuvar hizmetlerinin
yapılamayacağı, aile hekimi olanlar-
ın daha sonra sistemden ayrılmak
istediğinde geriye dönüşün mümkün
olmadığı, vaat edilen ücretlerin doğru
olmadığı, yardımcı sağlık personelinin

görevleri dışında sağlıkla ilgili olmayan
işlerde kullanılacağı, aile hekimi olma-
yanların daha sonraki dönemde sürgün
edileceği, hatta biraz daha ileri gidip
aile hekimi olmayanların onurlarını ko-
ruyacağını bile işittik.

Hâlbuki 1960'lı yıllardan beri ül-
kemizde dillendirilmeye başlayan aile
hekimliğini bizler, ilk defa önümüze 1.
basamakta en iyi şekilde hizmet vere-
bileceğimiz, yaptığımız işten zevk ala-
cağımıza, hekimliğimizi yapacağımıza
inanarak girdik. En önemlisi de sistem-
ler var olsa da, sistemlerin çalışanlar

ve yönetenler olmadan sadece bilgi ile işlemeyeceğini, başarıda ya da başarısızlıkta en büyük payın yine bizlere ait olacağını biliyorduk. Yıllarca konuşulup da hayata geçirilemeyen aile hekimliğini yücelten de, alçaltabilecek olanların da biz çalışanlar ve yönetenler olduğunun farkındaydık. Bunun için inandığımız değerler uğruna çalışmalıydık ve en iyisini yapmalıydık. Bizler söylenenleri hak etmiyorduk. Çünkü bize emanet edilen şey çoğu kimseye nasip olmayacak bir şeydi; 4000 kişinin sağlığı. Bizlere gerçek manada 1. Basamak ilk defa teslim ediliyordu, günahıyla da sevabıyla da bizimdi artık.

Bundan dolayıdır ki ilk günden itibaren bize teslim edilen nüfuslarımıza hakim olmaya, gebelerimize bebeklerimize sahip çıkmaya başladık. Çalıştığımız mekânlara ilk defa yıllardır özlemini duyduğumuz, modern bir çalışma ortamı oluşturmaya, özellikle nüfusumuzu kontrol altına almaya, kronik hastalıkları olan hastalarımızı takip etmeye başladık. Ve en önemlisi birinci basamakta hasta hekim iletişimi kurulmaya başlandı. İlk başladığımızda doğan bebekler artık bize yarım yamalak konuşmalarıyla doktor amca, doktor teyze, yaşlı hastalarımız da benim dok-

torum demeye başladı. Toprağa ektiğimiz tohumların ürünlerini yavaş yavaş almaya başladık.

Söylenildiği gibi beraber çalıştığımız arkadaşlarımıza mesleklerinin dışında bir şey yaptırmadık. Koruyucu sağlık hizmetlerindeki göstergeler düşmediği gibi yükselmeye vatandaş memnuniyeti de had safhaya ulaşmaya başladı. Başlangıçta her zaman ön planda gündeme getirilen halen konuşulan ücretlerimiz konusunda sürekliliğinde hiçbir kesilme olmadı. Bu konu ile ilgili olarak da özellikle üzerinde durup belirtmek istediğim bir nokta var: Evet aile hekimleri herkesin konuştuğu gibi önceki bordrolarına göre hesaplarında görünen rakam yüksek ama bunları konuşanlar şunu bilmiyorlar. Aile hekimleri bir sağlık merkezini işletiyorlar ve bahsedilen ücretlerin yüksekliğini sağlayan ise bize cari giderler adı altında yapılan ödemelerdir. Bu ödemeyi Sağlık Bakanlığı bize kullandığımız sarf malzemelerinden tutun da yanımızda çalıştırdığımız hizmetli personelin, yardımcı sağlık personelinin ücretleri, elektrik, su, telefon giderleri, çalıştığımız aile sağlığı merkezlerinin kirası, yakıt giderleri, tıbbi ekipmanların alınması gibi büro malzemeleri, vs. vs... birçok

kalem masrafın tamamını bizim karşılamamız için ödemektedir. Bu rakamları alt alta koyduğumuzda eminim ki birçok kişi "bu işi nasıl beceriyorsunuz?" diye de soracaktır. Yani kısaca aile hekimleri çok para kazanmıyor, hatta hak ettiğinden bile az kazanıyor diyebilirim. Verdiğimiz hizmetin karşılığında da vatandaşlardan ek bir ödeme ya da katkı payı gibi bir ücrette almıyor.

Kısacası Sağlık Bakanlığının kaliteli hizmet anlayışı oturmaya başladı. Ancak söz kaliteden açılmışken, bir şeyleri atlamamak lazım. Kalitede müşteri memnuniyeti diye bir tabir vardır. Bu tabir belki biz sağlık hizmeti verenler için uygun bir tabir değildir ama kaliteden bahsederken müşteri memnuniyetinden bahsedilir. İç müşteri ve dış müşteri memnuniyeti. Sağlık hizmetlerinde dış müşteri vatandaşlar, iç müşteri ise hizmeti veren çalışanlardır. Dış müşteri memnuniyeti yapılan anketler ve yaptığımız işin göstergesi olan koruyucu sağlık hizmetlerinin göstergelerine baktığımızda hakikaten çok büyük bir ilerleme kaydedilmiştir. Ancak biraz da iç müşteri memnuniyetine değinmek gerekiyor.





İç müşteri olarak bizler yeni bir dönemde yeni problemlerle karşılaşmaya başladık. Başta değinmiştim. Kanun ve yönetmelik o kadar güzel hazırlanmış ki hakikaten hazırlayanları takdir etmek gerekiyor. Zaman zaman okuyana ve bakış açısına göre farklı yorumlar ortaya çıktığını gördük.

Başlangıçta toplum sağlığı merkezlerinin sistem karşıtı olan kişilerle yapılandırılmaya çalışılması, geride kalan arkadaşlarımızın yönetim kadrosunda olması bir takım sıkıntıları da beraberinde getirmeye başlamıştı. Çünkü yönetmeliği aile hekimi olarak ben okuduğumda farklı, toplum sağlığı merkezindeki / müdürlükteki yöneticiler okuduğunda farklı bakış açıları ortaya çıkmaya başladı. İlginç denetleme usulleri, çalışılan mekânların termometre ile sıcaklıklarının ölçülmeye başlanması, devlet memuru gibi savunmalar alınıp işlemler yapılmaya başlandı.

Vatandaşların aile hekimlerinden 7 gün / 24 saat hizmet almayı beklediğini, gün geçtikçe özellikle periferde çalışan aile sağlığı elemanlarının yetersiz kalmaya, hekimlerin daha fazla eforla çalışmaya başladığını gördük.

Ne oluyordu? Bu mekânlarda önceden de sağlık hizmeti veriliyordu, önceden de aşılarımız yapılıyordu, önceden de dolaplarımız kontrol ediliyordu, ama bizlerden yeni dönemde bilgisayarlarımız ve aşı dolaplarımız için elektrik kesintilerine karşı jeneratör almamız isteniyordu. Ancak aile hekimliğine geçmeyen illerde bunlar istenmiyor. Merak ediyorum acaba oralarda elektrikler kesilmiyor mu? Ya da bilgisayarlarımız güç kaynağı ile çalıştırılmıyor mu? Düşünce şu olmaya başladı; devlet size çok veriyor, eleman tutun, çalıştırın, binalarınızı yenileyin, harcayın. Aile

Hekimlerinin denetlemeleri bile üzüm yemekten çok bağıcı dövmek şeklinde olmaya başlamıştı.

Bizler zaten yapmakla mükellef olduğumuz, sözleşmemizin gereği olan işleri yapmaya başladık. Biz yaptık ta hizmetimizin gereği olan diğer kurumlarla olan ilişkilerimizde prosedürümüz buna uygun mu? En basit örneği eleman çalıştıracamız ancak nasıl çalıştıracamız, hangi şartlarda çalışacak, sigortası ne olacak, biz vergi numarası alabilecek miyiz, alırsak ek bir iş yapıyor statüsünde kabul edilip sözleşme feshiyle mi karşı karşıya olunacak (kimilerine göre evet, kimilerine göre hayır) başımıza bir şeyler geldiğinde bizi başlangıçta protestolarla uğurlayan meslek örgütümüz mü koruyacak yoksa sistem karşıtı olan meslektaşlarımızdan oluşturulan idareler mi koruyacak, hakkımızı savunacak?

İşte kafamızda pek çok soru işaretleri oluşmaya başlamıştı bile. Çok vakit geçmeden şunu anladık. Bizim hakkımızı ancak bizden birileri savunur ve sesimizi duyurabilirdi. Bu amaçla

illerde örgütlenmeye şu an pek çok ilde kurulmuş olan sivil toplum örgütlerine Derneklere ihtiyacımız vardı ve bu amaçla illerde Aile Hekimleri Dernekleri kurulmaya başlandı. Denizli Aile Hekimleri Derneği de 28 Şubat 2007 yılında yukarıda anlattığım sebeplerden ötürü kuruldu. Bu gün sizlere bunu anlatabiliyorsam bu üstünde çok emek harcayarak kurduğumuz derneğimizin sayesinde.

İllerde artık Denizli de olduğu gibi aile hekimlerinin hakkını her platformda koruyabilecek bir yapılanma başlamıştı. Her ne kadar bir takım kesimler tarafından müdürlüklerin arka bahçesi diye nitelendirilse de dernekler asla böyle bir yapının içine girmede, en çok mücadeleyi de, en çok kavgayı da doğrular ölçüsünde yine dernekler yapmıştır. Kapıdan kovulduğumuzda pencereden içeri girmesini bilmişizdir. Kimi zaman militan, kimi zaman popülizm yapmakla suçlansak bile biz her ikisini de inandığımız sistem, hizmet verdiğimiz vatandaşlarımız ve meslektaşlarımız için yaptık. Derneğimiz sadece hakkımızı savunmak değil, yapılan anketler ve meslektaşlarımızın talepleri doğrul-



tusunda çeşitli eğitimler düzenlemeye, ülke çapında kendini kabul ettirmiş gerek bilimsel çalışmalarıyla, gerekse sağlığa yaptıkları diğer katkılarıyla ülkemizde söz sahibi olmuş Akademik Geriatri Derneği gibi, Hipertansiyonla Mücadele derneği gibi akademisyenlerin kurmuş olduğu derneklerin yaptığı kongreler, sempozyumlara içimizden, birinci basmakta çalışan aile hekimlerinden katkı vermeye, birinci basamağı gerçek sahiplerinden dinletmeye anlatmaya onların bilgi ve tecrübelerinden faydalanmaya başladık. Hatta uluslar arası düzeyde bir organizasyon olan Akdeniz Üniversitesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı'nın düzenlediği sempozyuma ortak olup konuşmacı gönderdik. İlk defa ilimizde yapılan eğitimlerin nasıl olması gerektiği konuların neler olması gerektiği konusunda fikir beyan etmeye başladık. Çünkü biz biliyoruz ki bizim ihtiyacımızı ancak biz bilebiliriz. Bizlerin hazırladığı program ve konuşmacıların katılacağı eğitim toplantıları düzenlemeye başlandı. Artık birinci basamakta çalışan hekimler de eğitim faaliyetlerinde boy göstermeye başladı. Denizli'de 1. Gelişimsel Çocuk Nörolojisi Günleri, Pediatri Sempozyumu gibi faaliyetler düzenlenmiştir. Bizler artık kendi gereksinimlerimiz doğrultusunda eğitim faaliyetlerinde de çok değerli alanında duayen olmuş hocalarımızın katkılarıyla hizmet vermeye başladık.

Bunların dışında gerek Denizli'de, gerekse diğer illerde yapılan aile hekimliği ile ilgili birçok panele konuşmacı olarak davet edilmeye, bizlerinde yıllardır 1. Basamakta çalışmamıza rağmen göz ardı edilip sesimizi dinletmemenin verdiği sıkıntılarımız derneğimizle birlikte giderilmeye başlanmıştır. Bununla da kalmadık çeşitli sosyal etkinliklerle, meslektaşlarımızın acı ve tatlı her gü-

nünde her zaman yanlarında olamasak da mesajlarla ve maillerle birlikte olduğumuz farkındalığını oluşturduk.

Bütün bunlar yeterlimiydi? Elbette ki hayır. Ülkemizde uygulamanın diğer illerde de başlamasıyla birlikte gördük ki her ilde değişik değişik uygulamalar yapılmaya başlandı. Her il uygulaması kendi şartları doğrultusunda sistemi götürmeye başlamıştı. Oysaki verilen hizmet aynı olmasına rağmen çalışanların şartları, uygulamaları farklı farklıydı. Bu aslında pilotluğun getirdiği bir süreçti herhalde.

Bunun için diğer il dernekleriyle birlikte çalışmaya başladık ve gördük ki her yerde farklı sorunlar, farklı güzellikler vardı. Onların tecrübeleri ile bizim tecrübelerimizi birleştirip Sağlık Bakanlığı'na hatta bizzat direktör sayın sağlık bakanımızın kendilerine iletme fırsatımız oldu.

İl dernekleriyle yapılan her toplantıda farklı farklı konuların gündeme geldiğini, her ilin ayrı sorunu olduğunu fark ettik. Doğru olan tek bir şey vardı, verdiğimiz 1. Basamak sağlık hizmeti tek olduğuna göre çalışanlarında sistemdeki rolü ve hizmet şekli aynı şartlarda olması gerekiyordu. Bunun sonucunda da derneklerimizi tek bir çatı altında toplamak gerektiği, ülke çapında ve uluslar arası platformlarda bizleri Aile Hekimleri Derneklerini bir federasyonunun temsil etmesi gerektiği fikri ortaya çıktı. Böylelikle federasyon olma süreci de başlamış oldu. Denizli Aile Hekimleri Derneği olarak bu süreçte de üzerimize düşen görevi yerine getirdik ve kurucu derneklerin içinde yer aldık. Artık sesimizi ulusal ve uluslararası birçok yerde duyurmaya başladık. Sağlık Bakanlığı'na sunulan önerilerimiz federasyonumuz

aracılığı ile olmaya başladı. Yeni yayınlanan ve yayınlanacak olan tüm yönetmelik ve genelgelerde diğer derneklerle birlikte fikirlerimizi, gerek hizmet alan vatandaşlarımız gerekse bu hizmeti veren meslektaşlarımız adına en idealini yakaladığımız her fırsatta ilettik.

Görünen o ki; sendikamız aile hekimliği ve aile hekimleri için bir sürü çalışmalar, çalıştaylar sempozyumlar yaparken, her fırsatta görüşlerini bildirirken, temsil gücünü en iyi şekilde sonuna kadar kullanırken, bizler bu kadar emek harcarken, yeni yayınlanan uygulama yönetmeliği, çıkarılan yönergelerde çok da başarılı olmadık gibi görünüyor. Fikirlerimiz, yukarıdaki bürokratlarımız tarafından pek kayda değer görülmemiş olmalı ki katıldığımız çalıştaylar, bildirdiğimiz öneriler, pek rağbet görmedi. Katıldığımız çalıştaylarda üzerinde çalıştığımız tasarımlar aynen uygulamaya konuldu.

Biz inandığımız bu sistem uğruna o kadar emek verip mücadele ederken düşünmeye başladık. Acaba başlangıçta bizlere söylenen karşıt fikirler doğru mu söylüyorlardı? 3 yıldır emek verip para harcanarak düzeltilen çalıştığımız mekânlar yayımlanan yönetmelik ile sınıflandırılmaya tabi tutulmuş binlerce lira harcanarak düzeltilen çalışma ortamlarımız belki de dillendirilen o ücret yönetmeliğinin yayımlanmasından sonra sırf bu yüzden kayba mı uğrayacak?

Henüz çıkmadı ama dillerde dolaşan ücret yönetmeliği ile zamanında bizlere aile sağlığı merkezi olabilir diye teslim edilen binalarımızdan bazıları sınıflandırma dışımı kalacak? Merak ediyorum; acaba ülkemizde bu şartlara haiz kaç tane A sınıfı aile sağlığı merkezi olacak? O hep söylenen ama verilen



hizmetin karşılığında az bile olan ücretlerde düşüş mü olacak? Aile hekimleri kendilerine anlatılan sistemin ve şartlarının gerilemesiyle mi karşı karşıya?

Denizli'de olduğu gibi kanun ve yönetmelikler de açık ve net olarak belirtilmesine rağmen belediye tabibi olduğu halde il merkezinde defin ruhsatları düzenleme görevi biz aile hekimlerine mi kalacak? Biz hakkımızı aramak için her defasında idari mahkemeye başvurup aylarca sürüncemede mi kalacağız? Hastalarımız bizden hizmet beklerken bizler ve diğer illerde çalışan meslektaşlarımız ölü muayenesi yapmaya mı gidecek? Biz yokken bekleyen hastalarımıza, onları tanımayan başka aile hekimi arkadaşım misafir hasta adı altında hizmet mi vermeye çalışacak?

Sınıflandırmada belirtilen A sınıfı aile sağlığı merkezinde ultrason gerçekten bulundurulacak mı? Yada aldık diyelim şu anda radyologlar dışında hiçbir tıp dalı uzmanının net ultrasona dayalı kesin tanı koyma yetkisi olmadığı halde bizler sadece A sınıfı olalım diye ultrason cihazı alıp, bu konu ile ilgili bir sertifikasyon programına katılıp (en az 3 ay süreli) hastalarımızı, özellikle gebelerimizi takip etmeye mi başlayacağız? Diyelim takip ettik; Kaçırduğumuz bir anomalide ya da başka bir olumsuz durum karşısında malpraktis açısından başımız sıkıntıya girecek mi? Sıkıntıya düştüğümüzde bizi kim, nasıl koruyacak? B sınıfı olduğumuzda esnek mesai ilerleyen süreç içerisinde nöbet kavramına mı dönüşecek? Bildirdiğim esnek mesai saatleri dışında gelen hastalarımıza aile sağlığı merkezinde birlikte çalıştığım meslektaşlarım misafir hasta statüsünde bakacaksa bunun adı esnek mesai değil nöbet olur.

Halen daha kadro ve derecelerimi-

zin akibeti net olarak bilinmemektedir. Emekliliğimizde neyle karşılaşacağımız konusunda net ibareler tanımlanmamıştır.

İşin doğrusunu söylemek gerekirse artık aile hekimlerinin kafası oldukça karışmaya başladı. Bence planlanan ve yapılması istenen hizmet ideal bir hizmet. Ancak 2011'den itibaren yayınlanacağı belirtilen ücret yönetmeliği ile verilen cari giderlerde sınıflandırmadan kaynaklanan bir düşüş görülecek. Bence cari giderler adı altında yapılan

İşin doğrusunu söylemek gerekirse artık aile hekimlerinin kafası oldukça karışmaya başladı. Bence planlanan ve yapılması istenen hizmet ideal bir hizmet. Ancak 2011'den itibaren yayınlanacağı belirtilen ücret yönetmeliği ile verilen cari giderlerde sınıflandırmadan kaynaklanan bir düşüş görülecek.

ödemeler bizden alınsın. En ideal aile sağlığı merkezi neyse, A sınıfıysa bize teslim edilsin, bizim tüm harcamalarımız bizim adımıza yapılan bu ödemelerden yapılsın biz hizmetimize geri kalan miktarla yuralım. Emekli olduğumuzda da ne ile karşılaşacağımızı bilelim.

Sistem kurgulanırken camiyayı birbirine düşürülmeden kurgulanmalıydı. Toplum sağlığı merkezi ya da yönetici kadrosundaki meslektaşlarımızla özlük haklarımız açısından farklılıklar olmalıydı. Sorun sadece kurguda mıydı? Çalışanlarda hiç mi problem yoktu? "Çuvaldızı başkalarına batırırken iğneyi de kendimize batırmayı unutmayalım" Bahsedilen miktarları alıp doğru dürüst bir harcama yapmadan cebine atan meslektaşlarımızda yok mu? Getirmeye çalışılan uygulamalar biz size verdik ama siz harcamadınız şeklindeyse o zaman denetlemesi iyi yapılmalıydı? Çalışanla çalışmayanın, harcayanla harcamayanın bu şekilde cezalandırmak yanlış. Belki de pozitif performansla şu anki durumumuzdan kayıp olmaksızın daha iyi sınıflandırma yapıp buna göre ücret belirlenebilirdi. A sınıfı olabilen mevcut ücretine ilaveten bir ücret belirlenebilirdi. Böylelikle çalışanı da olumlu yönde motive etme şansı ortaya çıkabilirdi.

Aradan 5 yıl geçmesine rağmen kendimize ait olamayan binaların kiralarıyla ilgili sıkıntılarımız da devam etmektedir. Her ilin milli emlak müdürlüğü farklı miktarlarda fiyat belirlemekte, her ilin belediyesi kendisine göre yüksek rakamlar bildirmekte devlet binalarında çalışan aile hekimlerinin ödedikleri kiralar konusunda bile farklılıklar bulunmaktadır. Tüm bunlarla mücadelemiz hala devam etmektedir. Ama maalesef bu konuda bir birlik sağlanamamış, farklı farklı uygulamalara maruz kalmış bulunmaktayız. Geriye dönük ecri misil (hukuka aykırı bir şekilde işgal edilen devlete ait binalardan geriye dönük alınan ücrete denir.) adı altında kiralar alınmaktadır. Acaba bu kiralar önceden ilgili birimler tarafından belirlenemez

miydi? Yada biz bu yerleri hukuka aykırı işgal mi ettik? Üzülerek belirtmek istiyorum ki bürokrasimiz ve çalışanları bu konuda beklediğimiz desteği maalesef bize sağlamadı.

Her geçen gün iş yükümüz artmakta biz ise hangi caminin imamı olacağımızı şaşırılmış durumdayız. Bunların yanında çalışanlar için iyi olan şeylerde yok değil. 2010 yılından önce bizler yanımda eleman çalıştırıyorduk ama kendimiz vergi numarası alamadığımız için, yani mükellef olamadığımız için şirketler üzerinden yapmaya çalışıyorduk. Yeni düzenlemeyle birlikte çalıştırdığımız elemanın vergisini kendimiz yatırıyor en azından başka yöntemlere başvurmak zorunda kalmıyoruz. Tüm hekimler için zorunlu mali sigorta çıkarıldı düşünce olarak çok güzel bir uygulama ancak neden aile hekimleri muayenehane çalıştıran hekimler gibi bir ücretlendirmeye tabi tutuldu anlamakta zorlanıyorum desem yalan söylemiş olmam herhalde!

Her geçen gün aile hekimlerinin üzerine düşen sorumluluklar artmakta, nüfusumuz çoğalmakta, 4000 nin üzerine çıkmakta ama yeni bölgeler açılma-

makta ve hizmetimiz o nüfusa göre tam istenmektedir.

Allah'tan aile hekimliği uygulamasının olmazsa olmazı olan sevk uygulaması kaldırıldı da nefes alabildik. Denizli sevk zorunluluğu olan 4 ilden biriydi. O günleri anlatmak bile istemiyorum. Kapımızın önünde kopan kıyametleri, her gün eve moral bozukluğu ile gidişimizi, hekimlikten ziyade sekreterlik yaptığımızı, hekimlik yapmaya kalktığımızda da vatandaşlarla çatışmak zorunda kaldığımızı, hastanelerin döner sermayelerimiz düşüyor korkusuyla çeşit çeşit yollara başvurduklarını, özel hastanelerden ziyaretler almaya başlamamızı, daha neler neler... Ama görüldü ki bu nüfuslarla bu hekim sayısı ile sevk uygulaması olmaz. Ama şunu üzerine basarak belirtmekte fayda var aile hekimliği uygulamasında sevk mecburiyeti olmalı, nüfusumuzda 2500-3000'lerde seyretmeli.

Yıllar geçtikçe görünen bizlerden hizmet alanların memnuniyeti artmakta, ama bu sistemi çalıştıran bizler için aynı şeyleri söylemek pek de mümkün olmamaktadır. Unutulmamalıdır ki ben ne kadar huzurlu ve rahat çalışırsam

benden hizmet alanlarda o denli hak ettiği hizmeti alır. Aile hekimlerimiz, derneklerimiz, federasyonumuz sistem içerisindeki aksaklıkları ve bunlardan doğan kayıplarımızı zaman zaman hukuk önünde aramaya başlamak zorunda kalmaktadır.

Birilerinin artık sahaya inip çalışanların sesini duyması gerekmektedir. Doğru hizmeti vermek için, hakkımızı aramak mahkeme yollarında olmamalıdır. Çünkü kanun yapıcıların ve biz uygulayıcıların tek amacı, kaliteli sağlık hizmeti verebilmek olmalıdır. Bu hizmeti verirken de taraflardan birileri zor duruma düşürülmemelidir.

Tüm bu yaşananlara rağmen aile hekimliği sistemi bizler için vazgeçilmez olmalı, gelecekte ümidimizi kaybetmemeliyiz. Sorunlar dün de vardı, bu günde var, yarında olacak. Önemli olan sorunları birlikteliğimiz ile el birliğiyle başımıza sorun olmadan birbirimizden aldığımız güç ile çözüme ulaştırabilmektir.

Aslında yaşanan ve anlatılacak olan o kadar çok şey var ki, hepsini bir kalemde anlatabilmek ve ifade edebilmek hakikaten çok güç.

Aile Hekimliği uygulamasına yeni başlayan meslektaşlarıma ve benim gibi yıllardır içinde olan meslektaşlarıma söyleyecek tek bir sözüm var. Lütfen severek yaptığımız bu işi sahiplenelim ve imzaladığımız sözleşmeden tutun da uymak zorunda olduğumuz yönetmelikleri, kanunları mutlaka bilelim.

Doğru bildiğimizi ifade etmekten de kesinlikle ödün vermeyelim ama bunları yaparken de hekim olduğumuzu, bizlerin yerinin her zaman farklı olduğunu unutmayalım.





SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM
PROGRAMININ BİR
PARÇASI OLARAK

AİLE HEKİMLİĞİ

Dr. Figen ŞAHBAZ

Pratisyen Hekimler Derneği Ankara Şube Başkanı

2003 yılından itibaren istikrarlı bir şekilde uygulaması devam eden Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) kendi içinde bütünlük taşıyan ve dünya ölçeğinde yürütülen politikalarla uyumlu olarak kurgulanmış bir programdır. 2002 yılı sonu itibarıyla dillendirilen bu programın başından itibaren birkaç hedefi vardı. Genel Sağlık Sigortası (GSS) programının finans ayağını, "Tam Gün" yasası ve şu anda mecliste görüşülmesi beklenen Kamu Hastane Birlikleri yasa tasarısı 2. ve 3. basamak sağlık hizmetlerini, aile hekimliği ise 1. basamak sağlık hizmetlerini pi-

yasa koşullarına göre yeniden düzenlemeyi hedefliyor.

Bu proje siyasi iktidarın uyguladığı en önemli politik programlardan biridir ve ülkenin genel siyasetinden de etkilenmektedir. Benzer programlar 1990'lı yılların başından beri koalisyon hükümetleri tarafından da gündeme getirilmiş ama kararlı bir şekilde uygulanamamıştı. Bu hükümetin, daha önceki merkez liberal partilerin cesaret edemediği kadar hızlı ve kararlı olarak neoliberal politikaları uyguladığını görüyoruz.

SDP ile ilk olarak sağlık hizmetlerinin sunum ve finansmanının birbirin-

den ayrılması, sağlık harcamalarının GSS ile finanse edilmesi sağlandı. Artık Sağlık Uygulama Tebliğlerine (SUT) bakmadan hekimlik yapabilmek mümkün olmamaya başladı. Sağlık Bakanlığı sağlık hizmeti sunumundan çekilmeye, sağlık hizmetleri temel teminat paketi çerçevesinde verilmeye, muayene ücretlerinden katılım payı ve ilave ücret alınmaya başlandı. Hastaneler, dolayısıyla toplum A,B,C,D sınıflarına ayrıldı. Sağlık hizmetlerinde iş güvencesinin kaybı, politik kadrolaşmanın bir yolu olan taşeronlaştırma eskiden destek hizmetleriyle (temizlik, güvenlik vb) sınırlıyken yaygınlaştı ve sağlık hizmetlerini de kapsar hale gelmeye başladı. Giderek özelleşen sağlık ortamında "Tam Gün" çalışma ile özel sağlık ortamında hekim ücretlerinin düşürülmesi hedeflendi, kamuda çalışan hekimlere emekliliğe çok az yansıyan, rekabete dayalı performansla bağlı ücretlendirme dayatıldı. Muayenehanelerin kapatılması sağlanarak hekimlerin pazarlık gücünün ortadan kaldırılması hedeflendi. Şu anda mecliste görüşülmeyi bekleyen Kamu Hastane Birlikleri yasa tasarısı ile kamuya ait hastaneler kar etmeye odaklanan işletmeler haline dönüşecek, çalışanlar sözleşmeli hale getirilecek. Aile hekimliğinde ise hekimlere sözleşmeli, iş güvencesiz çalışma dayatıldı.

Pratisyen Hekimlik Derneği (PHD) bu sürece baştan beri sağlıkta özelleştirme programı olarak baktı. Sağlıkta özelleştirme kavramı hem Sağlık Bakanı hem Başbakan tarafından defalarca yalanlandı, öyle bir şey yokmuş gibi davranıldı. Sağlıkta gelişmeleri Hazine Müsteşarlığının web sitesinde yayınlanan IMF niyet mektuplarından izlemeye başladık. IMF'nin stand by

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) önceleri kamudan yana politikaları olmasına rağmen IMF'nin dayatmalarıyla hem kimlik hem kadro değiştirdi. 2001 yılında yayınladığı raporla, kapsamlı, bütünlüklü, kamu tarafından finanse edilen bir sağlık örgütlenmesinin artık olanaksız olduğu bir ön kabul görerek, tabakalanmış bir sağlık bakımı ve dikey programlar içeren sağlık reformlarını dile getirmeye başlamıştır. Dünyada 1. basamaktaki sağlık dönüşümü bu çerçevede yaşanmıştır.

programlarında sosyal güvenlikte yapısal reformun Dünya Bankası (WB) tarafından kredi desteği sağlanarak yapılacağı belirtilmiş, 31 Aralık 2008'de resmi gazetede üçüncüsü yayınlanan "Avrupa Birliği Müktesebatinin Üstlenilmesine İlişkin Türkiye Ulusal Programı"nda özelleştirme kapsamına sağlık da eklenmiştir.

Sağlıkta dönüşümün perde arkasında kapitalizmin IMF ve WB gibi uluslararası/ulus ötesi örgütleri var. Bu örgütler Yapısal Uyum Programları ve Yoksulluğun Azaltılması Strateji Belgelerini gündeme getirdiler. Bu programlar, sosyal harcamaların devletin sırtında artık bir yük olduğunu söylüyor, kamu sektörü küçültülmeli ve özelleştirilmeli diyordu. IMF, WB ve Amerikan Hazinesi, Washington Konsensüsü toplantısında bir metinde uzlaştılar ve pazar radikalizmi ve neoliberal politikalarını olgunlaştırdılar. WB'nin sağlık alanını ilgilendiren temel bir anlaşması olan Hizmet Ticareti Genel Anlaşması'na (GATS) 1995'ten beri ülkemiz de taraf oldu. Tüm hizmet sektörünün piyasalaşmasını öngören temel ilkeler bu aracılıkla ülkelere dayatılmakta, hiçbir hizmet ve bağlantılı

sektör kapsam dışı kalmamakta, sağlık sektörü de ticari varlık gerektiren sektörler arasında sayılmaktadır. Hatta bu sayede sağlık alanı için "ekonomik çıkar elde etmeye açık kamu hizmetleri" kavramı getirilmiştir. GATS uyarınca hizmetler kamu eliyle verilse bile cari piyasa fiyatlarıyla satılması ve istihdam biçiminin de özel şirketlerdeki gibi esnek, kalite normlarına uygun, performansla dayalı ücretlendirilen, verimlilik esaslarına göre değerlendirilen, iş güvencesiz bir biçime dönüştürülmüştür. Yani bir başka deyişle kamu sektörünün piyasalaştırılması sağlanmıştır.

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) önceleri kamudan yana politikaları olmasına rağmen IMF'nin dayatmalarıyla hem kimlik hem kadro değiştirdi. 2001 yılında yayınladığı raporla, kapsamlı, bütünlüklü, kamu tarafından finanse edilen bir sağlık örgütlenmesinin artık olanaksız olduğu bir ön kabul görerek, tabakalanmış bir sağlık bakımı ve dikey programlar içeren sağlık reformlarını dile getirmeye başlamıştır. Dünyada 1. basamaktaki sağlık dönüşümü bu çerçevede yaşanmıştır.



Pazar, üretici ve tüketicilerin yer aldığı, her iki tarafın da kendi çıkarlarını koruyup kolladığı ve malların bu çekişme sonunda fiyatlandırıldığı, böylece en olası verimliliğe ulaşılacağı dü-

şünülen bir ortamdır. Sağlık ise pazar koşullarında yürütülebilecek bir hizmet sektörü değildir. Sağlık hizmetlerinin hiçbir boyutu piyasa dinamiklerine bırakılamaz. Çünkü, piyasa denilen sistem

ortak çıkarlara değil, bireysel çıkarların uzlaştırılmasına dayanır. Halbuki sağlıkta toplumun ortak çıkarları önemlidir ve öncelenmelidir.

AİLE HEKİMLİĞİNİN TOPLUM SAĞLIĞINA ETKİSİ

Birinci basamak sağlık hizmetleri en çok emek verilmesi, kaynak ayrılması gereken, en önemli hizmetlerden bir tanesidir. Birinci basamağı biricik kılan yapısal ve işlevsel özellikleri, altyapı, insan gücü, finansman ve sağlık çalışanıyla ilgili özellikleri vardır. İlk başvuru yeri olması, gereksinim temelli, tanımlanmış bir coğrafi alanda sürekli hizmet sağlaması, bireye ve topluma yönelik bütünlüklü hizmet verme, kapsayıcı bir hizmet sunma ve sektörler içinde/arasında dikey ve yatay entegrasyon ve eşgüdüm sağlama gibi kendine özgü özellikleri vardır.

Ancak neoliberal politikalar çerçevesinde parçalanmalar yaşanmaktadır. Öncelikle hizmeti sunan ekibin parçalandığını, bütünlüklü, dayanışmacı, birlikte üreten, kolektif akıl yürüten bir ekibin aile hekimliği ile birlikte bir aile hekimi ve bir aile sağlığı elemanına indirildiğini görüyoruz. Bu sistemde ekibin en önemli parçalarından olan hemşire, ebe, sağlık memuru, mesleki kimliğinden soyutlanarak "eleman" oluyorlar. Nüfus tabanlı hizmet, listeye kayıtlı bireylere indirgeniyor. Topluma yönelik bütünlüklü hizmet sadece bireye yönelik koruyucu ve tedavi edici hizmete dönüşüyor. Sevk sistemi işletilemiyor. Birinci basamaktaki dönüşüm, aile hekimliği uygulamasıyla gereksinim temelli, nüfus tabanlı, bireye ve topluma yönelik koruyucu ve tedavi edici



hizmetlerin ekip tarafından sunulduğu hizmetten, talep eksenli, liste tabanlı, bireye indirgenen hizmetleri içeren, ekibin yalnızlaştırıldığı bir süreçle sunulmaya başlanıyor.

Sağlık hizmetleri toplumun sağlık gereksinimleri karşılama amacıyla kurgulanmalıdır. Gereksinimler insanlar tarafından her zaman fark edilmeyebilir, hissedilmeyen gereksinimlerin talebe dönüşmesi beklenemez. Hissedilen gereksinimler ise, her zaman talebe dönüşmeyebilir. Bunun önünde sosyal güvence, ekonomik engeller, coğrafi ve erişimle ilgili engeller ya da gelenekler, kültürler ya da hastalıkla yüzleşmeye ilişkin kaygılar olabilir. İşsizliğin yaygın olduğu ve sosyal güvenlik sistemlerinin nüfusun tümünü kapsamadığı durumlarda bütün talepler de karşılanmaya-

bilir. Dolayısıyla sağlık gereksinimlerinin ne kadarının karşıladığı toplum sağlığı açısından önemlidir. Hastaların müşteriye dönüştüğü, müşteri memnuniyetinin temel alındığı bir sistemde bu talebi karşılamak daha da zordur. Özellikle sağlık alanında kısırtılmış talepler olduğunu, bunun aracılığıyla teknolojinin ilacın kötüye kullanıldığını da biliyoruz.

Halk sağlığı uygulamalarının etik ilkeleri vardır. Müdahale öncesinde risk değerlendirmesi yapılması, risklerin ve müdahalenin etkinliğinin gösterilmesi, ekonomik maliyetinin hesaba katılması, insan haklarına verebileceği zarar ve müdahalenin adil olup olmadığının değerlendirilmesi gerekir. Toplumların sağlığının geliştirilmesi, yaralanma ve hastalıklardan korunma için tasarlanan

etkinliklere rehberlik edecek değerler ve etik ilkeler olmalıdır. Bu ilkeler karşılıklı dayanışma, katılımcı olma ve bilimsel verilere dayanmak zorundadır.

Sağlıkta Dönüşüm Programının bir parçası olan aile hekimliği pilot uygulaması ile birlikte toplum sağlığına verdiği/verebileceği zararlar hep konuşula gelmiştir. Geçmiş beş yıl içinde Düzce, Edirne, Bolu, Eskişehir, Manisa, Adana ve Adıyaman illerinde aile hekimliği uygulamasının toplum sağlığına etkisi bilimsel çalışmalar ve değerlendirmeler yapılarak gösterilmeye çalışılmıştır.

PHD, TTB ve HASUDER tarafından yapılan Düzce'nin ilk 6 aylık pilot uygulama değerlendirilmesinde, koruyucu hizmetlerin önceliğini yitirmesi, hizmetin bütüncülüğünün bozulması, aile sağlığı merkezlerinin bölge tabanlı olmaması nedeniyle planlı hizmetlerin yürütülememesi, ailenin bölünmesi, kayıtlı nüfusun yaşadığı mekanın sağlık açısından değerlendirilememesi nedenleriyle toplumsal tanının konulmasında sorunlar yaşanması yönünde tespitlerde bulunulmuştur. Edirne'de aile hekimliği hizmetlerinin değerlendirildiği çalışmalarda: Roman'ların, işsiz, yoksul ve kırdakilerin hasta olmadan sağlık hizmeti alma oranının düşük olduğu gösterilmiştir. Başvuruya dayalı hizmet kurgusunun sağlık durumu iyi olmayanların sağlık hizmetlerinden

Sağlıkta Dönüşüm Programının bir parçası olan aile hekimliği pilot uygulaması ile birlikte toplum sağlığına verdiği/verebileceği zararlar hep konuşula gelmiştir. Geçmiş beş yıl içinde Düzce, Edirne, Bolu, Eskişehir, Manisa, Adana ve Adıyaman illerinde aile hekimliği uygulamasının toplum sağlığına etkisi bilimsel çalışmalar ve değerlendirmeler yapılarak gösterilmeye çalışılmıştır.

yararlanımının düşüklüğü nedeniyle eşitsizliklerin arttığı saptanmıştır. Dr. Muzaffer ESKİOCAK ve arkadaşlarının Edirne ilinde yaptığı araştırmada aile hekimliği öncesi Roman'ların evde doğum öncesi, doğum sonrası ve bebek izlem hizmeti alma oranının uygulamadan on dört ay sonra anlamlı bir şekilde düştüğü gözlenmiştir. Uygulama öncesi Roman'lara uygulanan pozitif ayırım-

cılık aile hekimliği ile ortadan kalkmıştır. Anne-baba 35 yaş üzerindeyse, işsiz, yoksul ve eğitim seviyeleri düşüğe çocuklarının tam aşılama oranlarının uygulama öncesine göre düştüğü görülmüştür. Sağlığı en kötü olanların, sağlık hizmetlerinden en az yararlandığı bilinen bir kuraldır.

Dünya Sağlık Örgütü'nün bir çalışmasında aile hekimlerinin günlük poliklinik sayısının fazla, ev gezisi sayısının az olduğu ve gezici hizmet verme ve bölgeyi tanımakla ilgili hekimlerin zaman sıkıntıları olduğu görülmüştür. Okul sağlığı hizmetlerinin yeterince yapılmadığı, sağlık taramalarının neredeyse olmadığı tespit edilmiştir. TSM'lerin Aile Sağlığı Merkezlerini (ASM) yeterince denetlemediği anlaşılmalı, aile hekimlerine yönelik hizmet içi eğitimlerin yeterli olmadığı görülmüştür.

Sonuç olarak aile hekimliği, koruyucu hekimlik hizmetlerini bölen, kişiye yönelik hizmeti ASM'ye topluma yönelik hizmeti TSM'ye verdiren, toplumu, bölgeyi, aileyi parçalayan, gereksinim duyana değil başvurana hizmeti öncelleyen, hizmet veren ekibi parçalayan, sağlık hizmetlerine asıl gereksinim duyan, yoksul, işsiz, riskli gruplar ve sağlığı kötü kişilere daha az hizmet gitmesine neden olan, dolayısıyla toplum sağlığına kısa dönemde onarılması güç zararlar verebilecek bir modeldir.

AİLE HEKİMLİĞİ PILOT İLLERİNDE YAŞANANLAR

Aile Hekimliği Pilot Uygulama Yasası 2004 sonlarında yayınlandığında 2006 sonuna kadar tüm ülkeye uygulamanın yaygınlaşacağı söyleniyordu. Ama işler planlanan şekilde yürümedi. 2009 sonuna kadar ağır aksak yürüten pilot

uygulama, 2010 bütçesine eklenen parayla yıl sonunda tüm ülkeye yaygınlaşacak.

2005 yılında ilk olarak Düzce ilinde pilot uygulama başladığında, 1. basa-

mak sağlık alanında bizi çok önemli değişikliklerin beklediğini biliyorduk. Toplum sağlığı açısından kamu eliyle verilmesi hayati ve zorunlu olan 1. basamak sağlık hizmetleri, iş güvencesiz/sözleşmeli, muayenehanecilik mantı-



ğıyla çalışan, rekabet etme becerisi ol-
ması beklenen, 1. basamağın asıl işlevi
olan koruyucu hizmetler yerine tedavi
edici hizmetleri önceleyen, esnaf gibi
düşünebilen ve davranabilen aile heki-
mine emanet edilmektedir.

Diğer illerde de böyle olmuştur ama
artık Ankara'da tanık olduğum için ra-
hatlıkla söyleyebilirim. Aile Sağlığı
Merkezleri artık doktorların muayene-
hası oldu. Kirasını aile hekimi ödeye-
cek, elektriğini, suyunu, ısınmasını, ha-
valandırmasını karşılayacak. Reçetesi
bitince bastıracaksınız, musluk bo-
zulunca tamir ettirecek, kirlenince te-
mizletecek. Hatta işlerin yürümesi için
hizmet satın alma yoluyla eleman temin
edecek.

Sevk zorunluluğu olmadığı halde
günde ortalama 50-60 hasta muayene-
nesi, aşı, sağlam çocuk izlemi, gebe/
loğusa izlemi, aile planlaması hizmet-
leri, laboratuvar hizmetleri, evde bakım
hizmeti, gezici hizmet, yerinde hizmet,
okul sağlığı hizmeti, adli tabiplik, defin
ruhsatı, gerekiyorsa acil nöbeti, yazı/
çizi/kayıt işleri, satın alma, hastaları
memnun etme, onları hoş tutma vb. vb.
vb. bütün bu işler için 7 gün 24 saatin
yetmiyor/yetmiyor. En yakın iş arka-
daşları en önemli rakipler oldular. İş ba-
rışı bozuldu, mesleki dayanışma orta-
dan kalktı, kendi muayenehanelerinde
yalnız çalışan hekimler oldular.

Odası olmayan pozisyonlar da var
tabi ki. Ankara'da 159, İstanbul'da 1500
aile hekimi, kurada yeri olmayan bir
pozisyon seçtiler. 25 Mayıs 2010'da ya-
yınlanan yönetmeliğe göre ASM'ler sı-
nıflara ayrılıyor. A sınıfı bir ASM bulmak
neredeyse olanaksız. Sağlık Bakanlığı
tarafından yaptırılmış sağlık ocakları
sınıflamaya giriyor bile. Sanal olarak

**Herkes bilir ki sevk
zorunluluğu olmayan
bir sağlık sistemine
"sistem" demek
mümkün değildir, bu
duruma dense dense
"karmaşa" denir.
Yıllardır bir koyup,
bir kaldırdıkları sevk
uygulamasını en
sonunda 4 ilde pilot
olarak uygulamaya
geçirmeye çalıştılar.
Kimseyi memnun
edemediler. Sistem
hasta memnuniyeti
üzerine kurulu ya,
şikayetler artınca
hemen uygulamadan
vazgeçtiler. 2.
ve 3. basamak
sağlık hizmetleri
kullanımında katılım
paylarını arttırarak,
ilave ücretler
koyarak I. basamağı
özendirmeye çalıştılar.
Ama yine olmadı.**



adlandırılan pozisyonları çeken he-
kimler ortalama 10 bin TL harcayarak
kendilerine bir aile hekimliği birimi ku-
rabiliyorlar. Ocak 2011'de çıkarılması
düşünülen Ödemeler ve Sözleşme
Yönetmeliğine göre aile hekimlerine
verilen cari giderler bu sınıflama baz
alınarak yapılacak. Aynı yönetmelikte
ceza puanı getiriliyor. Hekime ödenen
kişi başı ücretler de düşecek.

Ankara'da birçok sağlık ocağı
yönetmeliğe aykırı bir şekilde ecza-
nelerle aynı binada hizmet veriyor.
Arkadaşlarımız bu pozisyonları noter
huzurunda çekti. Bu ASM'lerin geleceği
meçhul. Yani binası, odası olan bir ASM
seçtiğinizi düşünüp göreve başlamaya
hazırlanırken birden yönetmeliğe
uymadığı gerekçesiyle merkez kapa-
nabilir, Ocak 2011'den sonra hekimler
kendilerine yeni yer aramak zorunda
kalabilirler.

Aslında bugüne kadar zaten öden-
mesi gereken, hekimlerin hakkettikleri
ücretleri alabilmek için öncelikle bir söz-
leşme imzalamak zorundalar. Devlet me-
murları şimdilik ücretsiz izinli sayılıyor,
ama sonrası meçhul. Özelde çalışıyor-
ken sisteme dahil olanlar (ki İstanbul'da
hekim sayısı yetmediği için özel he-
kimlere bu hakkı tanıdılar) sözleşme
fesh olduğunda hekimler işsiz kalacak.
Şimdilik sözleşme Sağlık Bakanlığı ile
imzalıyor, ama pek yakında devreye
SGK girecek. O zaman hekimlerin öz-
lük haklarında neler olur bilmiyoruz.
Sadece gidişattan anladığımız, hiçbir
şeyin sağlık çalışanlarının lehine geli-
mediği/gelişmeyeceği yönünde.

Herkes bilir ki sevk zorunluluğu
olmayan bir sağlık sistemine "sistem"
demek mümkün değildir, bu duruma
dense dense "karmaşa" denir. Yıllardır

bir koyup, bir kaldırdıkları sevk uygulamasını en sonunda 4 ilde pilot olarak uygulamaya geçirmeye çalıştılar. Kimseyi memnun edemediler. Sistem hasta memnuniyeti üzerine kurulu ya, şikayetler artınca hemen uygulamadan vazgeçtiler. 2. ve 3. basamak sağlık hizmetleri kullanımında katılım paylarını arttırarak, ilave ücretler koyarak 1. basamağı özendirmeye çalıştılar. Ama yine olmadı. Her şeye rağmen aile hekimliği pilot illerinde birinci basamağı kullanma oranları %50'leri geçemiyor.

Uygulamanın tüm ülkeye yayıldığına yaklaşık 22.000 aile hekimine, 3.000 TSM hekimine gereksinim var. 112, acil servis, kurum, belediye, mediko, işyeri hekimlerini de sayarsanız sistem için hızla hekim yetiştirmeleri gerekiyor. Pek yakında hekim sayısı artacak, hekim başına düşecek nüfus sayısı 2000'e düşecek. Bu da kayıtlı nüfus üzerinden verilen paraların yarı yarıya düşmesi anlamına gelecek.

Burada bir tercih değil dayatma söz konusu. Başka çaresi olmadığı için, seçeneksizlikten, bütün çalışma alanları elinden teker teker alındığı için, ne yaparsa yapsın sistemin dışında kalamayacağı için, nedeni ne olursa olsun aile hekimi olmayı tercih edenlerin bu belirsizlik ve güvensizlik ortamında çok yakında çok büyük hak kayıplarına uğrayacakları kesin. İşte o zaman meslek örgütlerinin varlığı önem kazanıyor.

Topluma yönelik koruyucu sağlık hizmetlerini vermeleri gereken Toplum Sağlığı Merkezlerinin hekimlerinin işleri daha zor. Bugüne kadar hiçbir TSM'nin tam kadroyla çalıştığına tanık olmadığımız gibi en son yapılan değişiklikle açık olan TSM'ler kapatılmaya başlan-

dı. Hekimler ve sağlık personeli aile hekimlerinin yedek gücü olarak geçici görevlerde kullanılmaktan asıl işlerini yapamadılar. Sanki daha değersiz bir iş yapıyorlarmış gibi aile hekimi meslektaşlarının dörtte biri maaş aldılar. Çalışanların hepsi mutsuz, umutsuz, çaresiz, motivasyonsuz. Son yönetmelik ile bir de reçete yazma hakları ellerinden alındı. Tıp fakültesini bitirdiklerinde kazandıkları mesleki hakları bu şekilde gasp edildi. Kendi anne babalarına, eşlerine, çocuklarına bile ilaç yazmayan bu arkadaşlarımız büyük bir moral çöküntüsü içindeler.

Koruyucu hizmetlerin topluma ve bireye yönelik olarak birbirinden ayrılması, 1. basamak sağlık hizmeti sunulurken, toplumun, bölgenin, ailenin bütünlüğünün bozulması, hekim yönetiminde geniş bir ekip ile gereken hizmetlerin 2 kişiye emanet edilmesi, toplum sağlığında çok kısa bir dönemde onarılması güç zararlara neden olacaktır.

Yıllardır bilim çevrelerinin, meslek örgütlerinin doğru bulmadığı, toplum sağlığına zarar verecek, bu kadar sağlık güvencesiz, işsiz vatandaşın, gelir dengesizliğinin olduğu bir ülkede bu model uygulanamaz, sağlık ocaklarımızdan vazgeçmeyelim demesine rağmen inatla, daha önceki merkez liberal partilerin cesaret edemediği kadar hızlı ve kararlı bir şekilde aile hekimliği yayılmaya devam ediliyor.

Şubat ayında yaptığımız sempozyumda hekimlere kendilerini nasıl hissettiklerini sorduk. Ankara'daki sağlık ocağı hekimi, 112 hekimi, acil servis hekimi, kurum hekimi, belediye hekimi, mediko hekimi, hastanede çalışan hekimler neredeyse daha önceden anlaş-

mış gibi şunları söylediler. Kaygılıyız, umutsuzuz, mutsuzuz, çaresiziz, geleceğimizi göremiyoruz, seçeneksiziz, yenilmişlik duygusu yaşıyoruz, kendimizi değersiz hissediyoruz, hekim olduğumuz için pişmanız.

Sonuç olarak 13 Aralık 2010 itibarıyla tüm ülkeye yaygınlaşacak olan aile hekimliği sistemi birinci basamak sağlık hizmetlerinin özel hizmetler zihniyetiyle kendi muayenehanesinde sözleşmeli, iş güvencesiz çalışan aile hekimi ve aile sağlığı elemanına devredilmesi anlamı taşımaktadır. Bu da hem çalışanların özlük haklarında hem de toplum sağlığında onarılamaz kayıplara neden olabilecek önemli bir sistem değişikliği olduğu anlamı taşımaktadır

Yıllardır bilim çevrelerinin, meslek örgütlerinin doğru bulmadığı, toplum sağlığına zarar verecek, bu kadar sağlık güvencesiz, işsiz vatandaşın, gelir dengesizliğinin olduğu bir ülkede bu model uygulanamaz, sağlık ocaklarımızdan vazgeçmeyelim demesine rağmen inatla, daha önceki merkez liberal partilerin cesaret edemediği kadar hızlı ve kararlı bir şekilde aile hekimliği yayılmaya devam ediliyor.



Sağlıkta Dönüşümün Birinci Basamağı: AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASI



Uz. Dr. Sinan KORUKLUOĞLU
Aile Hekimliği Uzmanı
Yenimahalle Devlet Hastanesi Başhekimisi

Aile hekimliği uygulaması, pilot uygulama kanunu adı altında beşinci yılını tamamladı. 60'ın üzerinde ilde uygulanmaya başlamasına rağmen ülke medyasında yer alması ancak İstanbul'da çalışan gazetecilerin birer

aile hekiminin olmasıyla mümkün oldu. İzmir, Adana, Bursa ve Ankara gibi büyük illerde uygulamanın başlaması çok yankı oluşturmazken, İstanbul'da uygulama başlamadan önce sayısız toplantılar yapıldı. Uygulamanın yürürlüğe

girmesi ile de gazeteler, televizyonlarda gündem konusu oluşturmaya başladı.

Aslında Sağlıkta Dönüşüm Programının yürürlüğe girmesi ile ülkemizin sağlık alanı o kadar hızlı bir deği-

şime girdi ki, sağlık, sağlık sigortacılığı, sağlık yöneticiliği, sağlık işletmeciliği alanında yazılan yazıların geçerliliği çok kısa olabiliyor. Bu kısa miat sıkıntısı aile hekimliği ile ilgili yazılarda da geçerli.

Özellikle İstanbul'un aile hekimliği uygulamasına geçişi döneminde yazı yazmak çok zor, çünkü özellikle İstanbul'un kendi kurallarının olması kağıda dökülebilecek ifadelerin çok hassas bir imbikten geçmesini gerektiriyor. Bu nedenle yazmaktan çok konuşmanın tercih edildiği bu dönemde aile hekimliği uygulaması hakkında bir yazı yazmak, basım anında geçerliliği kalmayabilecek ifadelerin kağıda geçirilmesi demek.

Düzce'den Çıkkılan Yol

Aile hekimliği uygulamasına ilk olarak 15 Eylül 2005'te Düzce ilinde pilot çalışma ile başlandı. Pilot uygulamaya temel kanun 9 Aralık 2004 tarihinde yayınlanmıştı. Düzce depreminin üzerinden 6 yıl geçmiş olmasına rağmen, ilde bir deprem daha oluşturuyorsunuz eleştirileri ile başlanan pilot uygulama, "sarsıntıyı" bu yıl sonuna kadar tüm yurt çapında hissettirmeyi hedefliyor. Pilot çalışmanın başlamasının üzerinden beş yıla yakın vakit geçmesine rağmen, hala belli hakları ve çalışma düzenini kanun güvencesine almayan çalışma üzerinde benzer spekülasyonlar, sesler cılızlaşsa da devam ediyor.

Ancak Ankara ve özellikle de İstanbul geçişleri sırasında bu seslerin yükselceği, geçiş döneminde yaşanması kaçınılmaz kısa süreli bazı aksaklıkların yine bu gerekçelerle seslendirileceği kesin.

Aile hekimlerine devlet tarafından çalışmaları için verilen binaların çoğu özel sağlık kurumu standartlarının yakınından bile geçmezken, oda büyüklükleri standartları gibi değiştirilmesi pek mümkün olmayan düzenlemeler ile aile hekimlerinin aldıkları ücretlerde kısıntı yapılması, teşvik havasından çok uzak.

Mevzuatçılık

Bu süreç içinde edinilen tecrübeler ışığında çalışma düzeninde pek çok ufak müdahaleler yapılırken, Mayıs 2010'da çalışma yönetmeliğinde ilk köklü düzenleme yapılarak yeni uygulama yönetmeliği yayınlandı. Yeni yönetmelik için pek çok eleştiriler yapılsa da benim

en temel eleştirim, çalışana güvensizlik temelinde ve bürokratik tutuculuktan uzaklaşmamış, "nasıl yaparım da çalışanları disipline ederim" anlayışıyla yazılmış bir yönetmelik havasını taşıması. Çalışanları ceza tehdidi altında çalıştırma döneminin modası çoktan geçti. Sağlık Bakanlığı, hastanelerinde performansa dayalı uygulama politikası ile çalışanlarını neredeyse yıllık izin kullanmaksızın çalışmaya teşvik ederken, aile sağlığı merkezlerinde tam tersi bir şekilde "şöyle olursa şöyle ceza alırsınız, sözleşmeniz fesholunur, paranızı keserim" tavrında devam etmekte.

Aile hekimlerine devlet tarafından çalışmaları için verilen binaların çoğu özel sağlık kurumu standartlarının yakınından bile geçmezken, oda büyüklükleri standartları gibi değiştirilmesi pek mümkün olmayan düzenlemeler ile aile hekimlerinin aldıkları ücretlerde kısıntı yapılması, teşvik havasından çok uzak. İlçe ölçeğindeki yerlerde bu standartlarda bina bulmak imkansızken, şehir merkezlerinde ise bu standartlarda bir binanın kirasının karşılanması verilen ücretler ışığında pek mümkün değil. Bu ise durumu çözümsüzlüğe iterek, bulunulan yerin kalitesinin iyileştirilmesi çabası yerine, "daha az ücret alırım da bu işlerle uğraşmam" yaklaşımını doğuracak bir hal almış. Çünkü sistem teşvik yerine cezalandırma zihniyetini bırakamamış.



Sevk Zinciri

Aile hekimliği uygulamasının yapıldığı ülkelerde ideal olarak sağlık sorunlarının en az %80'inin bu basamakta sonuca ulaştırılması hedeflenmektedir. Başarılı uygulama örneklerinin olduğu ülkelerde ise bu rakam %90'ı geçmektedir. Ülkemizde ise bu oran neredeyse tam tersi durumdaydı. Sağlık ocakları sadece aşı yapılan, eldeki reçetenin yeniden aynen yazılan merkezler olarak algılandığı, teşhise yönelik tetkik imkanları çok sınırlı merkezler olması nedeniyle, özellikle de şehirlerde hiç itibar görmeyen merkezler durumundaydı. Öncelikle sağlık ocaklarının imkanlarının artırılması, daha sonra da aile hekimliği uygulamasına geçiş ile bu eğilim tersine doğru hareketlenmeye başlanmıştır. Sağlık hizmetlerinin bu kullanım alışkanlığı yılların getirdiği bir kültür olup, toplumdaki değişimin birden bire olması beklenmemelidir.

Ülkemizdeki hekim sayısının yetersiz olduğu bir zamandır gündemde, bu

eksikliğin hiç bilinmedik şekilde aslında birinci basamakta daha ağır olduğu ise genellikle gözden kaçmaktadır. Klinik uzmanlarının eksikliği daha çok gündemdedir, çünkü halkın sağlık kullanım talebi hastanelere yöneliktir ve buradaki eksiklik daha çok göze batmakta ve gündemde tutulmaktadır. Birinci basamaktaki hekim eksikliği aile hekimliği uygulaması ile gözle görülür, elle tutulur bir istatistik halini almıştır, çünkü eskiden sağlık ocağı başına hekim sayısı konuşulurken şimdi nüfus başına hekim sayısı anlamlı hal almıştır.

Sevk zinciri, yani insanların sağlık hizmeti almak için ilk önce birinci basamağa başvurmaları ve burada çözüm bulunamayan sorunları için hastanelere yönlendirilmeleri aile hekimliği uygulamasının çok önemli ayaklarından birisidir. 1961 tarihli 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine dair kanunun ruhu da bu amaca yöneliktir ancak tarihsel gelişim süreci içinde çok çeşitli nedenlerden dolayı bu şekilde bir organizasyon oluşturulamamıştır.

Bu süreç içinde kişiler hastanelere, yani klinik branş uzmanlarına doğrudan başvurma alışkanlığı kazanmışlardır. Hizmet kullanımının zorla birinci basamağa yönlendirilmesi çabası ise halkta hem sağlık hizmetlerinden faydalanmasına sınırlama getirildiği algısını oluşturmuş, hem de sayı azlığı nedeniyle çağdaş hizmet gerekliliğinin üzerinde nüfustan sorumlu olan aile hekimliği uygulayıcılarının kapılarının önünde sevk talebiyle uzun kuyruklar oluşması ile sonuçlanmıştır. Birinci basamakta belli bir sayı doygunluğuna ulaşmaya kadar sağlık konusundaki ilk başvuru noktası olma görevinin aile sağlığı merkezleri ile hastaneler arasında paylaşımının bir süre daha devam etmesi kaçınılmaz görünmektedir.

Kişilerin sağlık konusundaki taleplerinde ilk olarak aile hekimlerine başvurusu alışkanlığı kısa sürede zorlama ile başarılabilecek bir davranış değişikliği değildir. Hastaneye doğrudan başvuran kişilerin çeşitli yöntemlerle caydırılması ve ilk başvurunun aile hekimine yapılmasının teşvik edilmesi toplum içinde bu davranış değişikliğini zamanla oluşturacaktır. Ama toplumsal davranış değişikliklerinin oturmasının kısa zamanda olmayacağı da hatırlanmalıdır. Bu bazen nesil değişmesini gerektiren bir süreç olabilir.

Ekip Çalışması

Aile hekimliği uygulamasına geçişe getirilen önemli eleştirilerden bir tane-



si de ekip anlayışı ile çalışmaya zarar verdiği hususundadır. Bu eleştiri de çok haklı olmayan bir eleştiridir. Sağlık ocağı düzeninde genellikle hekimler ve hemşireler, özellikle de ebeler genellikle birbirinden ayrı iki grup halinde çalışmaktaydı. Bir grup hekim ve bir grup hemşire ve ebe genellikle kendi işlerini yapmaktaydılar. Bu cümlelerde "genellikle" ifadesini kullanmak lazım, tabii ki bunun istisnaları da vardı. Ancak hekimler sıra ile poliklinik muayenesi yaparken, ebeler de kendi bölgelerindeki gebe-loğusa takibi ve bebek takibi ve aşılarını yürütmektedirler. Hekimlerin ise bu konuya ilgisi genelde çok az olup, aylık istatistik formlarını imzalamaktan öteye gitmiyorlardı.

Çalışma düzeni kolektif bir tarzda olduğundan görevlerin sorumlulukları askıda kalmakta, eksikliklerin sorumluları tespit edilememektedir. Örneğin bir bölgede koruyucu hizmetlerin yetersiz seviyede kalması bütün bir ekibe mal edildiği için, müşterek sorumluluk, müşterek dokunulmazlık halini alıyordu. Aile hekimliği uygulaması ile aile hekimi ile personeldeki ortak ifadesi ile aile sağlığı elemanı (aile sağlığı hemşiresi, ebesi, sağlık memuru) bir ekip haline getirilmekte ve kendilerine belli bir nüfus verilmekte. Hizmet verecekleri nüfusun belli ve sabit olması, verilen sağlık hizmetinin ölçülebilir olması sonucunu da getirmektedir. Hizmetin iyi ve kaliteli olması ise iyi bir ekip çalışması olmadan mümkün değildir. Aslında aile hekimliği

uygulanması ile hekim ve aile sağlığı elemanı bir ekip olarak çalışmaya başlamaktadırlar. Biri olmadan diğerinin yapacağı hizmetin eksik olması ekip çalışmasının kanıtıdır.

Görevlendirmeler

Aile hekiminin prensip olarak tek sorumluluğu kendisine kayıtlı olan nüfusun sağlık hizmetlerini verme ve organize etme ile sınırlı olmalıdır. Ancak hekim sayısındaki sınırlılık eskiden sağlık ocağının üzerine angarya olarak eklenmiş pek çok görevin de ortada kalmasına neden oldu. Toplum Sağlığı Merkezlerinin görevleri arasında olan adli tabiplik hizmetleri, ilçe hastanelerinin acil nöbetleri, bazen ambulanslı hasta sevkleri gibi görevler de aile hekimlerine verilmeye başlandı. Bu ise günlük görevini yapan, bazıları da geziçi sağlık hizmeti veren aile hekimlerinin çalışma prensiplerine son derece aykırı bir çalışma tarzı. Olağanüstü durumlar için mevzuatta izin verilmiş bir imkanın mutad olarak kullanılması yönetsel olarak da doğru bir yaklaşım olmamakta ve çalışanları huzursuz etmektedir.

Sağlık Maliyetleri

Aile hekimliği uygulaması hakkında yapılan eleştirilerden birisi de uygulamanın maliyetinin yüksekliği ve bu yüksekliğin sebebinin de personelin aldığı ücretlere bağlanması. Halbuki çağdaş aile hekimliği uygulamaları devletler



tarafından maliyet etkililiği nedeniyle de tercih edilen uygulamadır. Aile hekimliği öncesinde kişiler sağlık hizmeti aldıklarında, aldıkları hizmet karşılığında sağlık güvencelerini temin eden kuruluşa fatura kesilir, sağlık güvencesi yoksa da kişilerin kendilerinden bu ücret talep edilirdi. Gelen para ise sistemin finansmanı ve personelin döner sermaye ek ödemelerinde kullanılırdı. Ülkemizde şu anda uygulanan aile hekimliği uygulamasında hizmet üzerinden bireylerin finansmanı yerine, bireyler üzerinden hizmetlerin finansmanı yöntemine geçilmiştir. Aile hekimlerine verilen ücret paketinin içinde hizmet vermesi için gereken masraflar da dahildir. Eskiden sağlık sigorta sistemleri üzerinden karşılanan hizmet bedeli, şu anda Sağlık Bakanlığı bütçesi üzerinden hekimler yolu ile karşılanmaktadır.



Bu Sağlık Bakanlığı'nın harcamalarında doğal olarak artışa yol açmıştır, ancak bu hizmet bedelinin Sosyal Güvenlik Kurumuna yansıtılmadığını unutmamak gerekir. Aile hekimliğinin zamanla kapı tutuculuğu görevinin yerleşmesi ile de pahalı olan hastane hizmetlerinin kullanımının azalması aslında tasarruf getirecektir. Kaba bir hesaplama hastaneye başvuran her on kişiden ikisinin sorununun birinci basamakta halledilmesi sistem içine harcanan parada tasarrufu sağlayacaktır. Bu miktarın daha da yükselmesi sağlık hizmetlerine harcanan parada kümülatif bir azalma sağlarken, yıllardır eleştiri konusu olan birinci basamağa yeterli oranda kaynak ayrılmaması sorusuna da cevabı kendi içinde oluşturacaktır. Ayrıca başvuran kişilerin sağlık güvencesi olup olmadığına bakılmaksızın hizmet verilmesi de sosyal devlet olma gerekliliğinin önemli şartlarından birisini yerine getirmiştir.

Hekim Yeterliliği

Hekim sayısının yeterli olmadığı konusunda halen tam bir mutabakat sağlanamasa da, daha tartışmalı bir konu aile hekimliği hizmetinin hangi yeterlilikteki hekimler tarafından verileceği konusudur. Avrupa ülkelerinde aile hekimliği hizmeti tıp fakültesi mezuniyeti sonrası asgari iki yıl ek eğitim almış hekimler tarafından verilmektedir, bu durum Avrupa Birliği direktiflerinin getirdiği bir mecburiyettir. Ancak geçiş dönemi ta-

nımlanması şartı ile tıp fakültesi sonrası ek eğitim almamış hekimlerin de görev yapmasına izin verilmektedir. Ülkelerin kültürüne göre birinci basamakta görev alan uzmanlaşmış hekimlere aile hekimisi veya genel pratisyen adı verilmektedir. Çok çekişmelere yol açmış bu isim

Ülkemizde birinci basamak uzmanlığının adı uzun yıllar önce aile hekimliği olarak tespit edilmiş ve bu uzmanlık dalında 2000'e yakın uzman yetişmiş durumdadır. Ancak ülkemiz için gerekli olduğu hesaplanan birinci basamak hekiminin onda birine ancak tekabül eden bu sayı kısa sürede hizmetin tamamının uzmanlar eliyle verilmesini sağlayamayacaktır.

kargaşası aslında beyhudedir. Hizmet amacını unutarak isim çekişmeleri ile, mazrufu değil de zarfı öne alarak, ismi şu değil de bu olsun diyerek tartışmak boşa kürek çekmekten öteye gitmiyor. Önemli olan ismin ne olarak verildiğinden çok, neyi hedeflediğidir.

Ülkemizde birinci basamak uzmanlığının adı uzun yıllar önce aile hekimliği olarak tespit edilmiş ve bu uzmanlık dalında 2000'e yakın uzman yetişmiş durumdadır. Ancak ülkemiz için gerekli olduğu hesaplanan birinci basamak hekiminin onda birine ancak tekabül eden bu sayı kısa sürede hizmetin tamamının uzmanlar eliyle verilmesini sağlayamayacaktır. Sayının yeterli seviyeye ulaşması yıllar alacağından, uygulamanın başlangıcında uzmanlık eğitimi almamış hekimlerin de uygulamada yer alması kaçınılmaz bir yaklaşım olacaktır. Bu geçiş döneminde çeşitli destekleyici eğitim faaliyetleri ile kalitenin artırılması da Sağlık Bakanlığının hedefleri içinde yer almıştır. Geçiş süresinin tamamlanması ile uygulamaya giriş ancak aile hekimliği alanında uzmanlık eğitimi almış olmakla mümkün olacaktır.

Örgütlenme

İllerde aile hekimlerinin görev yapması ve benzer sorunlarla karşılaşmaları, bu sorunları aşmak için birbirleriyle yardımlaşmaları kaçınılmaz bir şekilde örgütlenmeyi de beraberinde getirmiştir. İllerde Aile Hekimleri Dernekleri hızla kurulmuş, daha sonraları da bu dernekler federasyon çatısı altında birleşmişlerdir. Türk Tabipler Birliği kanun güvencesinde bir meslek örgütü olmaya devam ederken, hekimlerin bu örgütte çok çeşitli nedenlerle uzak durdukları bir zamandır çok tartışılan konu. Aile Hekimleri Dernekleri Federasyonu ise

kısa zaman içinde Türk Tabipler Birliğini üye olarak geçecek gibi gözükmektedir. Bu ilerleme hızıyla eğer büyük bir yanlış yapmazlarsa gelecekte kuvvetli bir sivil toplum örgütü olacağı ve pek çok konuda sözü dinlenir bir örgüt olacağı bugünden öngörülebilir.

Ek Hekimlikler

Bu tabiri muhtemelen ilk defa duyuyorsunuz, çünkü anlatmak istediğim şeyi bir başlık altında ifade etmeye çalışırken aklıma gelen bir ifade oldu. Hekimlerin bir ana iş yerinde çalışırken, başta işyeri hekimliği ve muayenehane hekimliği şeklinde ek gelir elde etmek için yaptıkları ek işler de aile hekimliği uygulaması ile boşluğa düştü. Aile hekimlerinin başka bir ek iş yapması yasak olduğundan özellikle pratisyen hekimler tarafından yapılan iş yeri hekimliklerinde boşluklar doğdu. Bu ise iş yeri hekimliğinin de biraz aslına dönmesine yardımcı oldu. İş yeri hekimliği ile ilgili mevzuata bakarsanız bunun aslında iş ve işyeri sağlığı ile ilgili, koruyucu hizmetlerin ağırlıkta olduğu bir hizmet olduğu görülür, halbuki bu hizmet işverenler tarafından çalışanın işyerinden ayrılmadan tedavi hizmeti alabileceği bir kapsamda değerlendirilmektedir. Aile hekimliği uygulamasının başlaması ile işyeri hekimleri de ağırlıkla bu işi yapan hekimler tarafından yapılmaya başlandığı için bu hizmet de daha uzmanca verilmeye başlandı. Çalışanın bir de aile hekimi olduğundan sağlığının

bir başka hekim tarafından da takip edilmesi umulur ki gelecekte çalışan sağlığını geliştirici bir kazanç sağlayacaktır.

Uzun Vadeli Politikalar

Sağlık Bakanlığı aile hekimliği ile birinci basamak sağlık hizmetlerine ağırlık veriyor gibi görünse de yılların getirdiği hastanecilik yaklaşımını da içinden atamamış görünümündedir. Aile hekimliği üzerinde büyük söylemler üreten bakanlığın, hastanelere başvuru sayısını azaltmayı hedefi ile, dev sağlık kampüsleri içinde büyük ölçekli hastaneler kurma hedefi birbiri ile çelişen hedefler olarak görünmektedir.

Personel rejimi açısından ise aile hekimliği uzmanlık eğitimi için kontenjanların arttırılmaması geçiş dönemi hakkında umutları zedeliyor. Aile hekimliği uzmanlığının cazibesinin gün geçtikçe azalması, ihtisas süresinde kaçırılan fırsatların telafisindeki zayıflıklar, gelecekte uygulamaya geçişte uzman olma şartının erteleneceği endişesini doğurmaktadır. Bu nedenle orta ve uzun vadeli personel politikasının iyi belirlenmesi, diğer politikaların da bu hedeflerle uyumlu şekilde revize edilmesi için zaman daralmaktadır.

Aile hekimi ile çalışacak personelin de birinci basamağa yönelik ola-



rak eğitilmesi de önem taşımaktadır. Hastane hemşireliği odaklı eğitimin, sahaya da odaklanması ve saha çalışma becerileri güçlendirilmiş ebe, hemşire ve sağlık memurlarının da yetiştirilmesi, hekimlere sağlanan ücret avantajının bu personele de yansıtılması birinci basamakta çalışmayı cazip hale getirecektir.

Sonsöz

Bu yazıdaki her bir başlık için uzun tartışmalar yapılabilir ve çeşitli ortamlarda da yapılmaktadır. Birçok yazılı, sözlü ve görüntülü basın ortamında söylenenler ve tartışılanlar bunun kat kat fazlası. Hataları ve sevaları ile bir uygulama değişikliği ile birinci basamak sağlık hizmetlerine can verilmiştir. Bu uygulamanın mükemmel olduğunu söylemek mümkün değildir, gelecekte daha iyisi bulunduğu değişikliklere gidilinceye kadar üzerinde pek çok düzeltme yapılacaktır. Önemli olan tutuculuğun tuzağına düşerek veya mükemmeliyetin peşinde daha iyiyi göz ardı etmemektir.

*Bu yazı SD Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi 15. sayısındaki yazı geliştirilerek hazırlanmıştır.



Avrupa Birliği Yolunda Türkiye:

Aile Hekimliği Açısından Değerlendirmeler

Yrd. Doç. Dr. Hasan Hüseyin YILDIRIM

Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi

Sağlık İdaresi Bölümü Öğretimi Üyesi

Giriş

Temel amacı sağlığı üretmek, sürdürmek ve geliştirmek olan sağlık sisteminin bileşenleri arasında; yönetim, düzenleme, finansman ve hizmet sunumu yer almaktadır (Murray and Frenk

2000). Çağdaş sağlık hizmetleri uygulamalarında temel hizmet sunumu biçimi ise; birinci basamak, ikinci basamak ve üçüncü basamak biçiminde basamaklandırılan hizmet sunumu örgütlenmesi şeklindedir. Sağlık hizmetlerinin bu örgütlenmesinde, birinci basamak sağlık

hizmetleri ise merkezi konumda bir yer işgal etmektedir. Global düzeyde bu yaklaşım, 1978 Alma Ata Deklarasyonu ile ortaya konulmuş olup, sağlık hizmetlerinin hakkaniyetli, verimli ve etkili bir şekilde sunulabilmesinde, genelde temel sağlık hizmetlerinin özelde ise

birinci basamak sağlık hizmetlerinin merkezi rolünü vurgulamaktadır (WHO 1978; Saltman 2006). Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çekirdek disiplin ise aile hekimliği / genel pratisyenlik¹ kurumu olmaktadır (Boerma 2006). Bu kurumun başarısı ağırlıklı olarak içinde bulunduğu toplumsal dinamiklere, sağlık sistemi ortamına, kurgulanma ve tasarlanma biçimine bağlı olmaktadır (Yıldırım ve Yıldırım 2008). Uluslararası kanıtlar ve deneyimler, toplum içinde uygulama yapan iyi eğitilmiş aile hekimlerinin çalıştığı etkin bir birinci basamak temelinde örgütlenmiş sağlık sistemlerinin, birinci basamak yönelimi zayıf olanlardan hem daha maliyet-etkili hem de klinik olarak daha etkili sağlık bakımı sağladığını göstermektedir (Allen at al. 2002).

Genelde birinci basamak sağlık hiz-

metleri özelde ise aile hekimliği kurumu, verilen hizmetlerin temel özellikleri göz önünde bulundurulduğunda; genel karakterli, aile ve toplum odaklı, sürekli, bütüncül, entegre ve hastalar için doğrudan erişilebilir olan; ilk temas noktasını oluşturan; ayakta verilen; hizmet ettiği toplumun içinde yer alan ve bireyleri içinde bulunduğu aile ve sosyal ortam bağlamında ele alan bir hizmet sunum ve örgütlenme modeli olarak tanımlanabilir (Boerma 2003, 2006).

Aile hekimliği kurumu, Avrupa Birliği (AB) ülke sağlık sistemleri pratiğinde ve deneyiminde ağırlıklı ve etkin bir role ve yere sahiptir. 1999 yılında AB'ye adaylık statüsü verilen ve 2005 yılından bu yana da AB ile tam üyelik müzakerelerini sürdüren Türkiye, 2003 yılında ortaya koyduğu Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) kapsamın-

da diğer reform bileşenlerine ek olarak aile hekimliği modelini de uygulamaya çalışmaktadır. Bu makalenin amacı AB yolunda Türkiye'nin aile hekimliği pratiğini ve deneyimini değerlendirmek ve Türkiye'nin AB ülke pratikleri karşısındaki göreceli konumunu ve görünümünü ortaya koymaktır. Bu amaçla ilk olarak, AB'de aile hekimliği üzerinde kısaca durulmaktadır. Akabinde ise Türkiye'de aile hekimliği modelinin kısa bir arka planı verilmektedir. Daha sonra çeşitli değişkenler (tanımlar, eğitim, örgütlenme, sevk sistemine giriş ve ikinci basamağa erişim, ödeme yöntemleri, nüfus başına düşen aile hekimi sayısı, gelir ve iş tatmini) kullanılarak AB ülke pratikleri ve deneyimleriyle Türkiye modeli karşılaştırmalı bir bakış açısı ile analiz edilmektedir. Son bölümde ise sonuç ve önerilere yer verilmektedir.

Avrupa Birliği'nde Aile Hekimliği

Bilindiği üzere AB, yetki ikamesi ilkesi çerçevesinde ülkelerin sağlık hizmetlerini finanse etme, organize etme ve sunma özgürlüğüne karışmamaktadır. Ancak her ne kadar sağlık hizmetlerinin organizasyonu ve sunumu ulus devletlerin yetkileri arasında yer alıyorsa da dört özgürlük (malların, hizmetlerin, kişilerin ve sermayenin serbest dolaşımı) temelli olan Avrupa entegrasyonu "yayılmaya etkisi" yoluyla üye ülke sağlık sistemlerini ve bileşenlerini de etkilemektedir.

Dört özgürlük üzerine kurulu olan AB'nin, aile hekimliği ile ilgili olarak müdahil olduğu temel konu, adı geçen özgürlüklerden kişilerin serbest dolaşımının sağlık sektöründeki uygulama alanlarından birisi olan sağlık profesyonellerinin serbest dolaşımı açısından olmaktadır. Buna göre bir aile hekiminin kendi ülkesi dışında başka bir üye ülkede çalışabilmesi için 2005/36/EC sayılı Mesleki Niteliklerin Karşılıklı Tanınması Direktifi altı yıllık temel tıp eğitiminden sonra üç yıllık bir mesleki eğitimi zorun-

lu görmektedir. Burada bir istisnai durumu belirtmekte yarar vardır. 2005/36/EC sayılı Direktif 1 Ocak 2006 tarihinden önce alınan aile hekimliği eğitimi en az iki yıl, bu tarihten sonra olanı ise en az üç yıl olarak öngörmektedir. Söz konusu eğitimin teorik olmasından ziyade pratik olması ve pratik eğitimin ise en az altı ayının bir hastanede ve en az altı ayının da birinci basamak sağlık hizmetleri ortamında gerçekleştirilmiş olması öngörülmektedir (Official Journal of the European Union 2005).

1- "Aile hekimliği/hekimi" ile "genel pratisyenlik/pratisyen" kavramları eş anlamlı olarak "birinci basamak hekimliği/hekimi" anlamında kullanılmaktadır. Bu makalede kavram kargaşasına yer vermemek için bundan sonra sadece "aile hekimliği/aile hekimi" kavramları kullanılacaktır.



Bireysel AB ülkeleri bağlamında ele alındığında ise, genelde birinci basamak sağlık hizmetlerinin özelde ise aile hekimliği pratiği ve deneyiminin oldukça

heterojen bir yapı arz ettiği belirtilebilir (Boerma 2006). Bu farklılığın temelinde ise; tarihsel gelişmeler, sosyo-ekonomik ve kültürel açıdan farklı koşullar (WHO

1998) ve örgütlenme, finansman biçimi ve düzenleme gibi ülke sağlık sistemlerinin temel özellikleri yer almaktadır (Boerma 2003).

Türkiye’de Aile Hekimliği

Türkiye’de 1960'lara kadar genelde birinci basamak sağlık hizmetlerinin özelde ise aile hekimliği pratiğinin rasyonel ve planlı bir biçimde örgütlendiği söylenemez. Ancak bugünkü örgütlenmenin temellerinin atıldığı belirtilebilir. Cumhuriyet Hükümetinin ilk Sağlık Bakanı Refik Saydam sınırlı kaynaklarla sağlık hizmetlerini örgütlerken koruyucu hekimlik ile tedavi hekimliğini ayrı olarak düşünmüş, koruyucu sağlık hizmetlerini Bakanlığın esas görevi olarak görürken, hasta tedavisi hizmetlerini ise özel idare ve belediyelere bırakmıştır. 1940'ların ortalarına kadar dönemin sosyo-ekonomik şartlarına uygun olarak koruyucu hekimlik hizmetleri "hükümet

tabipleri" tarafından, salgın hastalıklar ile savaş için kurulan örgütlerde (sıtma savaş, trahom savaş ve frengi savaş teşkilatları gibi) verilmekteydi. Ancak bu dönemde birinci basamak sağlık hizmetinin örgütlendiği söylenemez. Bu hizmet; hekim muayenehanelerinde, hastane polikliniklerinde ve dispanserlerde sürdürülmüştür (Fişek 1997).

İkinci Dünya Savaşı'nı izleyen yıllarda Toplum Hekimliği felsefesinin gelişmesi nedeniyle tedavi ve koruyucu hizmetlerin entegre edilmesi görüşü Türkiye'yi de etkilemiştir. 1946 yılında Sağlık Bakanı olan Behçet Uz zamanında hazırlanan sağlık planında 20

köyü kapsayan ve tedavi hizmetiyle koruyucu sağlık hizmetini birlikte yürüten sağlık merkezleri kurulması öngörülmüştür. Ancak daha sonraları bu planın uygulanması ilçe merkezlerine sağlık merkezi adı ile 10-25 yataklı tedavi kurumları kurarak sürdürülmüştür (Fişek 1997).

Türkiye sağlık ortamında birinci basamak sağlık hizmetlerinin kapsamlı, planlı ve rasyonel bir şekilde örgütlenmesi ve modellenmesi ise 1961 yılında kabul edilen 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun (Resmi Gazete 1961) ile olmuştur. Birinci basamak sağlık hizmetleri ile diğer basamaklar arasındaki en keskin ayırımın bu yasa ile getirildiği belirtilebilir. Buna göre tüm yurttaki birinci basamak sağlık hizmetini veren sağlık ocakları kurulacak (takriben 5.000 – 10.000 kişiye bir sağlık ocağı) ve bu ocaklar hastaneler ile işbirliği yaparak hasta tedavi hizmetlerini yürüteceklerdir. Sağlık ocaklarında çalışan hekim ve yardımcıları; bölgelerinde yaşayan halkın evde ve ayakta tedavisini yapmak ve tüm koruyucu sağlık hizmetlerini yürütmek ile görevlidirler. Bu yasa sevk zincirine uymayı zorunluluk olarak görmüştür. Kanunun verdiği haklardan yararlanmak isteyen hastalar -acil durum-



lar hariç- önce sağlık ocağına başvuracak, sağlık ocağı hekimi gerekli görürse hastayı bir üst basamağa (hastaneye) sevk edecektir. Yani hastalar ikinci ve üçüncü basamağa, birinci basamaktan süzülerek geçecektir (Resmi Gazete 1961; Fişek 1997). Ancak 224 sayılı yasanın mimarı Nusret Fişek (1997) tarafından "çağdaş örgütlenme ve eğitimlerine uyan, ülkemizin gereksinme ve olanaklarıyla bağdaşan bir model" olarak tanımlanan sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi ile getirilen birinci basamak sağlık hizmetleri modeli ağırlıklı olarak aktörlerin çıkar çatışmaları nedeniyle tam anlamı ile uygulanamamış ve reform arayışlarını da beraberinde getirmiştir.

1990'ların başında girilen sağlıkta reform çalışmalarında temel bir bileşen olan ancak yasalaşma ve uygulama alanı bulamayan aile hekimliği temelli birinci basamak sağlık hizmetleri modeli, Kasım 2002 seçimlerinde çoğunluğu elde ederek tek parti hükümeti kuran Adalet ve Kalkınma Partisi'nin (AK Parti) 2003 yılında ortaya koyduğu SDP'nin de temel bileşenleri arasında yerini almıştır. Aile hekimliği ile yakından ilgili olan bir diğer bileşen ise etkili ve kademeli sevk zinciridir (Sağlık Bakanlığı 2003).

Bu bağlamda uygulama için gerekli olan düzenleme 9 Aralık 2004 tarihinde Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun ile ortaya konulmuştur. Kanun'un amacı, "Sağlık Bakanlığı'nın pilot olarak belirleyeceği

illerde, birinci basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi, birey ihtiyaçları doğrultusunda koruyucu sağlık hizmetlerine ağırlık verilmesi, kişisel sağlık kayıtlarının tutulması ve bu hizmetlere eşit erişimin sağlanması amacıyla aile hekimliği hizmetlerinin yürütülebilmesi-

Türkiye sağlık ortamında birinci basamak sağlık hizmetlerinin kapsamlı, planlı ve rasyonel bir şekilde örgütlenmesi ve modellenmesi ise 1961 yılında kabul edilen 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun (Resmi Gazete 1961) ile olmuştur. Birinci basamak sağlık hizmetleri ile diğer basamaklar arasındaki en keskin ayırımın bu yasa ile getirildiği belirtilebilir.

ni teminen görevlendirilecek veya çalıştırılacak sağlık personelinin statüsü ve malî hakları ile hizmetin esaslarını düzenlemek" (Resmi Gazete 2004) olarak ifade edilmiştir. Bu Kanun'a binaen aile hekimliği pilot uygulaması 2005 yılında Düzce ilinde başlamış olup, zamanla diğer illere de yaygınlaştırılmış ve üç

büyük il dahil Kasım 2010 başı itibarıyla 69 ilde uygulamaya geçilmiştir. 2010 sonu itibarıyla de tüm illerde uygulamaya geçilmesi öngörülmektedir.

Görüldüğü üzere aile hekimliği uygulamasında belli bir mesafe kat edilmiştir. Ancak bu ilerlemeye rağmen "aile hekimliği gerekli midir değil midir?" tartışmaları halen devam etmektedir. TTB'nin (TTB 1995; Eskiocak 2007; Öcek ve Soyer 2007) başını çektiği muhalif kanat; 224 sayılı yasanın yürürlükte olduğunu, bu bağlamda sağlık ocaklarında pratisyen hekimlerle birinci basamak sağlık hizmetlerinin verildiğini, 224 sayılı yasanın mirasının rehabilite edilerek daha etkin ve verimli bir birinci basamak sağlık hizmeti sunulabileceğini ve yeni bir sisteme (yani aile hekimliğine) gerek olmadığını savunmaktadır. Hatta muhalif kanat aile hekimliği sistemi ile sağlık hizmetlerinin özelleştirildiğini savunmaktadır.

Buna karşın aile hekimliği yasının ve uygulamasının mimarı hükümet otoriteleri ise "224 sayılı yasa ile oluşturulmuş olan sağlık ocağı hizmet modelinin zamanın en gelişmiş, en modern sistemlerinden birisi olduğunu, ancak, bu yasa ile amaçlanan hedeflerin gerçekleştiğini ya da yasanın yeterince uygulanabildiğini söylemenin zor olduğunu, geçmişi aynen kabul etmek yerine günümüze uyarlamak zorunda olduğumuzu, bugün bizlere düşenin, 1960'ların sosyo-ekonomik, demografik ve epidemiyolojik yapısına uygun olan bu sistemin mantık yapısını 21. yüzyıl Türkiye'sinin değişmiş olan şartlarına



uyarlamak" (Sağlık Bakanlığı 2003) gerektiğini savunmaktadır.

Hükümet otoriteleri ayrıca birinci basamağı cazip hale getirmek ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin kurumsal konumunu diğer hizmet düzeyleri üzerinde yetki ve kontrol sahibi olacak bir yapıya kavuşturmak (Sağlık Bakanlığı 2003; Akdağ 2008), doktorla hasta arasındaki hizmet alıcısı-hizmet sunucusu ilişkisini kalıcı, düzenli ve uyumlu bir ilişki haline getirmek ve sağlık ocağı sisteminde var olan belirsiz ve anonim kurum-insan ilişkisini ortadan kaldırmak ve böylece doktorun insanla doğrudan ve kalıcı ilişkisini sağlamak (Saran 2007), bireysel uygulamalara bağlı kalmadan, uygulamaları kurallara

bağlamak, verimliliği artırmak ve yeni bir ruh kazandırmak (Buzgan 2006) için aile hekimliği merkezli güçlü bir birinci sağlık hizmetlerinin gerekli olduğunu dile getirmektedirler.

Bize göre ise tıpkı 2003 yılından beri uygulanmaya çalışılan sağlık reformları için öngörülen şemsiye kavram olan "SDP"de olduğu gibi, gelineen noktada, birinci basamak sağlık hizmetlerinde de dinamizm ve tutundurma açısından yeni bir bakış açısı ve etiket gerekli idi. Bu da çağın dinamikleri ve toplumsal benimseme ve içselleştirme katsayısının yüksek olması nedeniyle "aile hekimliği" kavramından başkası olamazdı herhalde. Ancak şunu da belirtmek gerekir ki "aile hekimliği" modelinin içi

bilimsel bilgiler ışığında doldurulmalı ve sahip çıkılmalı ki akıbeti 224 sayılı yasa gibi olmasın. Daha önce de ifade edildiği gibi aile hekimliği modelinin başarısı, içinde bulunduğu toplumsal dinamiklere, sağlık sistemi ortamına ve tasarlanma biçimine ve daha da önemlisi siyasi otoritenin istekli ve iradeli olmasına ve çıkar çatışmalarını rasyonel bir şekilde yönetebilme yeteneğine bağlı olacaktır.

Türkiye'de uygulanmakta olan aile hekimliği modelinin temel özellikleri ise aşağıda ilgili başlıklarda AB ülkeleri ile karşılaştırmalı bir biçimde ele alınmaktadır.

AB Ülkelerinde Aile Hekimliği Pratiği ile Türkiye Aile Hekimliği Modelinin Karşılaştırılması

Tanımlar

Avrupa pratiğinde aile hekimliği; kendine özgü eğitim içeriği, araştırması, kanıt temeli ve klinik uygulaması olan akademik ve bilimsel bir disiplin ve birinci basamak yönelimli klinik bir uzmanlık (Allen et al. 2002) olarak tanımlanmaktadır. Sağlık Bakanlığı'nın uygulamalarına esas teşkil eden Aile Hekimliği Türkiye Modeli adlı kitapçıkta aile hekimliği disiplini "kendini eğitim müfredatı, araştırmaları, kanıta dayalı klinik uygulamaları olan, birinci basamak sağlık hizmetine yönelmiş akademik ve bilimsel bir disiplin ve klinik bir uzmanlık dalı" (Aydın 2006, 2007)

olarak tanımlanmaktadır. Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun ve İlgili Yönetmelik ise aile hekimini; "kişiyi yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak belli bir mekânda vermekle 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" (Resmi Gazete 2004, 2005) olarak tanımlamaktadır.

Görüldüğü üzere aile hekimliğine

ilişkin tanımlar bakımından Avrupa ile Türkiye arasında benzerlik görülmektedir. Bu benzerliğin iki temel nedeni belirtilebilir. Birincisi aile hekimliğinin bilimsel ve evrensel bir disiplin olması, ikincisi ise Türkiye'nin aile hekimliği ile ilgili dokümanları hazırlarken Avrupa deneyimini ve örneklerini göz önünde bulundurmuş olmasıdır.

Eğitim

Bilindiği üzere AB mevzuatı aile hekimliği uzmanlığı için tıp fakültesi mezuniyetinden sonra en az üç yıllık bir uzmanlık eğitimi öngörmektedir. Bütün AB üye ülkelerinde aile hekimli-

Ülkeler	Süre	Birinci basamak ortamında	Hastane ortamında	Halk sağlığı	İçerik Açık mı?
Avusturya	3	0,5	2,5	0	Hayır
Belçika	3 (1+2)	2,5	0,5	0	Hayır
Çek Cumhuriyeti	3	0,5	1,2	0	Evet
Danimarka	3,5	1	2,5	0	Hayır
Estonya	3	1,5	1,5	2 hafta	Evet
Finlandiya	6	4	2	0	Evet
Fransa	3	0,5	2,5	0	Evet
Almanya	5	2	3	0	Evet
Yunanistan	4	0,9	3,1	0	Hayır
Macaristan	5	3,5	1	0,5	Evet
İrlanda	3	1	2	0	Evet
İtalya	3	0,5	1,5	0,5	Hayır
Litvanya	3	0,5	2,5	0	Evet
Hollanda	3	2	0,8	0	Evet
Polonya	4	2	2	0	Hayır
Portekiz	3	2	1	0	Hayır
Romanya	3	1,25	1,66	0,09	Hayır
Slovakya	3	0,5	2,5	0	Evet
Slovenya	4	2	2	0	Evet
İspanya	3	1,5	1,5	Seminerler	Hayır
İsveç	5	3	2	0	Evet
Türkiye	3	0	3	0	Hayır
Birleşik Krallık	3	1	2	0	Evet

Tablo 1: Avrupa Ülkelerinde Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi
Kaynak: Heyrman et al. (2006)

ği uzmanlık eğitimi üç yıl veya üzeridir. Ancak hastane ortamında alınan eğitim ile birinci basamak ortamında alınan eğitim süreleri her bir ülkede farklılık göstermektedir (Heyrman et al. 2006). Avrupa ülkelerinde uzmanlık eğitiminin süreleri ve diğer özellikleri Tablo 1'de görülmektedir.

Avrupa ülkelerinde birinci basamak sağlık hizmetleri tarihsel olarak, farklı faaliyetleri kapsayan ve farklı eğitimleri olan farklı sağlık çalışanlarıncaya yerine getirilen bir alan olmuştur. Aile hekimleri farklı düzeylerde ve türlerde mesleki eğitimlere sahip olmuşlardır: Bazıları kurul onaylı uzmanlar iken diğerleri değildir; bazıları hastane rotasyonlarından geçerken diğerleri geçmeyen; bazıları da uzman iken altı aylık gibi ek sürelerle eğitimden sonra birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışabilmektedir (Saltman 2006).

Türkiye'de ise aile hekimliği uzmanlık eğitimi ilk olarak 1973 yılında Tababet Uzmanlık Tüzüğü'nde yer almıştır (Resmi Gazete 1973). Aile hekimliği uzmanlık eğitiminin asgari süresi 3 yıldır. Müfredatı ile eğitim alanlarının uygunluğu ve yeterliliği tartışılmalı olsa da 1985 yılından beri Türkiye'de aile hekimliği uzmanları yetişmektedir (Aydın 2007). Bu süre zarfında 2.000 civarında aile hekimi uzmanı yetiştirilmiştir.

Geçen zaman zarfında yeterli sayıda aile hekimliği uzmanına sahip olunamadığı için SDP ile öngörülen aile hekimliği modelinin tedricen tüm Türkiye'de uygulanabilmesi için yapısal olarak mevcut olan aile hekimliği uzmanlık eğitimine paralel bir uygulama başlatılmıştır. Bu paralel uygulama SDP kitapçığında, "uygulamaya mevcut pratisyen hekimlerin kısa süreli bir eğitimden geçirilerek başlanması ve uygu-

lama süresi içine yayılmış sürekli eğitim ile desteklenmesi en pratik çözüm olacaktır. Böyle bir başlangıç, ülkemizde kimlik ve prestij kaybına uğramış pratisyen hekimliğin yeniden itibar kazanmasını sağlayacaktır" (Sağlık Bakanlığı 2003) şeklinde savunulmaktadır.

Söz konusu eğitim uygulaması Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmeliğin 19. maddesinde tanımlanmıştır: "Aile hekimlerinin eğitimleri iki aşama halinde sürdürülür. Birinci aşama eğitim programı en çok on (10) gündür. İkinci aşama eğitim, modüler eğitim tarzında birinci aşama eğitimin ardından başlar, süresi en az oniki aydır. Birinci ve ikinci aşama eğitimin süresi ve içeriği Bakanlık tarafından belirlenir. Aile hekimliği uzmanlarının birinci ve ikinci aşama eğitimlere katılması zorunlu değildir. Aile hekimliği uzmanları, uygulamaya yetkilendirilmiş diğer hekimlerle birlikte Bakanlıkça uygun görülen periyotlarda hizmet içi eğitime alınabilir. Aile sağlığı elemanları Bakanlıkça uygun görülen periyotlarda hizmet içi eğitime alınabilirler. Aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları bu eğitimlerin en az % 80'ine katılmak zorundadır" (Resmi Gazete 2005).

Daha çok uzun vadede hedeflenen zorunlu, uzmanlığa dayalı eğitim için bir geçiş olarak böyle bir yolu izlemek gerekli olmuştur. Uyum eğitimi ile başlanan ve müfredatı tamamlanan modüller eğitimle devam eden aile hekimliği eğitimlerini uzmanlığa ulaşacak şekilde yeterli süre ve yoğunlukta tutarak (Aydın 2007) aile hekimliği yapacak hekimlerin



sistem içinde çalışırken aile hekimi uzmanlığının tüm aşamalarından geçerek uzman hekim olmaları öngörülmektedir (Buzgan 2006).

Örgütlenme, Sisteme Giriş ve İkinci Basamağa Erişim: Hasta Listeleri ve Kapı Doktoru Rolü

Avrupa'da organizasyonel olarak, birinci basamak sağlık hizmetleri birbirinde farklı şekillerde yapılandırılmıştır (bakınız Tablo 2). Kimi ülkelerde kar amaçlı özel sektör içinde yapılandırılırken, kimi ülkelerde ise maaşlı devlet memurları tarafından sunulan kamu hizmetleri olarak yapılandırılmıştır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin temel bir unsuru olan aile hekimliği ise geniş bir yelpazede yer alan örgütsel ortamlarda sunulabilmektedir. Tek başına çalışan hekim uygulaması (bireysel uygulama / solo prac-

tice), grup halinde çalışan hekim uygulaması (grup uygulama / grup pratiği / group practice), birinci basamak sağlık merkezleri, iş sağlığı merkezleri ve uzman poliklinikleri bunlardan bazılarıdır. Sisteme ve ülkeye bağlı olarak, aile hekimlerinin tıbbi sorumlulukları bireysel hastalara odaklanan ilk düzey tedavi hizmetlerinden bireysel ve toplumsal düzeydeki koruyucu sağlık hizmetlerine kadar değişen bir yelpazeyi kapsamaktadır (Saltman 2006).

Avrupa aile hekimliği uygulamasında grup pratiği teşvik edilmektedir ve genellikle aile hekimleri de grup pratiğini tercih etmektedirler. Ancak bazı istisnalar da vardır. Örneğin Hollanda "tek başına çalışan hekim" modelini uygulamaktadır. Türkiye aile hekimliği pratiğine bakıldığı zaman "tek başına çalışan hekim" modelinin ön planda olduğu görülmektedir. Ancak aile hekimliğinden bağımsız olarak düşünüldüğünde Türkiye sağlık ortamında hem grup pratiği (örneğin özel poliklinikler) hem de "tek başına çalışan hekim" (örneğin özel muayenehaneler) uygulamasının yer aldığı görülmektedir.

Avrupa deneyimi ve pratiğinde hizmet basamakları arasındaki sevk zinciri ve aile hekimlerinin bu zincirdeki rolü konusunda temelde iki uygulama göze çarpmaktadır. Birinci uygulama aile hekiminin diğer hizmet basamakları üzerinde yetki ve kontrol sahibi olduğu ve "kapı doktoru" (gatekeeping) olarak

görev yaptığı uygulamadır ve zorunlu sevk zinciri vardır. Bu sistemde kişiler genellikle bir aile hekiminin listesine kayıt olmak durumundadırlar. Kişiler aile hekimini seçmekte ve belirlenen sürede değiştirmekte serbesttirler, buna karşın aile hekimi de hastaları listesine alıp almamakta özgürdür. Sevk zincirine uymanın zorunlu olduğu sistemlerde acil durumlar hariç tutulmaktadır. İkinci uygulama ise "açık sistem / paralel sistem / doğrudan erişim (open system / paralel system / direct access)" uygulamasıdır. Paralel sistemde sevk zincirine uyma zorunluluğu yoktur. Kişiler hem aile hekimine hem de uzmana erişebilmektedirler (bakınız Tablo 2).

Sağlık sistemlerinin sınıflandırılması açısından bakıldığında vergi temelli olarak finanse edilen sistemlerdeki (ulusal sağlık hizmetleri) aile hekimlerinin daha fazla bir kapı tutuculuk rolüne / sevk zinciri sistemine sahip olduğu görülmektedir. Kapı tutuculuk rolüne sahip genel pratisyenler hasta adına uzmanın, hastanın ve diğer tüm hizmetlerin kullanıma karar vermektedir. Hastalara ilişkin tüm hizmetlerin kontrolü, koordinasyonu ve yönlendirmesi aile hekiminin elindedir (Boerma and Dubois 2006; Canlan et al. 2006).

Basamaklandırılmış sağlık hizmetleri örgütlenmelerini tam anlamıyla işleten ülkelerde aile hekimliği müessesesi birinci basamak sağlık hizmetlerinin temelini oluşturmaktadır. Bu organizasyonda hastalar istedikleri (bölgelerindeki) genel pratisyene kayıt olurlar. Hastalar sağlık hizmetlerine bir



İhtiyaç hissettiklerinde ilk olarak birinci basamağa başvurmak durumundadırlar. Ancak kişi eğer acil sağlık hizmetlerine gereksinim duyuyorsa doğrudan diğer basamakta yer alan sağlık kuruluşlarına da başvurabilmektedir. Yok eğer kişi aciliyetlik gibi özel durum arz eden istisnalar dışında doğrudan ikinci veya üçüncü basamak sağlık hizmetleri veren kurum veya kuruluşlara başvurursa, o taktirde sevk zincirine uymadığı için bedelini cebinden ödemek zorunda kalmaktadır. Buradaki "cepten ödeme" toplumun önemli bir kesimi için caydırıcılık gücü yüksek olan bir önlem olmaktadır. Dolayısıyla birinci basamak sağlık hizmetleri diğer basamaklar için bir eleme görevi görmektedir. Yani aile hekimi kapı doktoru / kapı tutuculuk rolünü üstlenmektedir.

Diğer taraftan Avusturya, Almanya ve Fransa sağlık sisteminde sevk zincirine uyma zorunluluğu yoktur. Hastalar isterlerse aile hekimlerine isterlerse de uzman hekime başvurabilirler. Bu durumda açık ve paralel sistem söz konusu olup kişiler istedikleri hizmet sunucusunu seçebilmekte ve onlardan hizmet alabilmektedir (Canlan et al. 2006).

Türkiye aile hekimliği modelinde hizmet basamakları arasında sevk sistemi zorunluluğu öngörülmesine (Sağlık Bakanlığı 2003; Aydın 2006; Resmi Gazete 2006) karşın, aile hekimi sayısının yetersizliği ve geçiş dönemi gerekçe gösterilerek ertelenmiştir. Dolayısıyla mevcut durumda açık sistem (paralel sistem) yönteminin uygulandığı belirtilebilir. Aile hekimliğinin uygulandığı bölgelerde kişiler bir aile hekimine kayıt olmak zorundadır. Kişiler istedikleri sağlık hizmetleri sunucusunu seçme hakkına sahiptirler.

Aile Hekimi Ödeme Yöntemleri

Ödemenin şekli aile hekiminin sunulan hizmetler, koordinasyon ve ekip çalışması gibi açısından/bakımından profesyonel davranışını etkilemede önemli bir teşvik edici unsurdur (Boerma 2003). Hekimlere ödeme yöntemi olarak temelde üç ana yöntem söz konusudur: Maaş, kişi başı ödeme ve hizmet başı ödeme. Her bir ülkede bu yöntemlerden birisi ağırlıkta olmak üzere genelde karma sistemler kullanılmaktadır. Avrupa deneyiminde aile hekimlerine

Ülkeler	Birinci basamak sağlık hizmetleri sunumunda ağırlıktaki yöntemler	Ağırlıktaki ödeme sistemi	Kapı doktoru rolü (ikinci basamak sağlık hizmetlerine erişmek için sevk)	Bir aile hekimine kayıtlı olmak	Aile hekimini seçebilmek	1.000 kişiye düşen aile hekimi sayısı
Ulusal Sağlık Hizmetleri						
Danimarka	Özel grup halinde çalışan hekim pratigi	Kişi başı + Hizmet başı	Evet	Zorunlu	Sınırlı	0,77
Finlandiya	Kamu sağlık merkezleri	Maaş + kişi başı + hizmet başı	Evet	Zorunluluk ve teşvik yok	Sınırlı	1,73
Yunanistan	Özel tek başına çalışan hekim pratigi	Maaş	Hayır	Zorunluluk ve teşvik yok	Özendiriciler	0,31
İtalya	Kamu sağlık merkezleri	Kişi başı	Evet	Zorunlu	Serbest	0,92
Portekiz	Kamu sağlık merkezleri	Maaş	Evet	Zorunlu	Sınırlı	0,72
İspanya	Kamu sağlık merkezleri	Maaş + kişi başı	Evet	Zorunlu	Sınırlı	0,86
İsveç	Kamu sağlık merkezleri	Maaş	Zorunluluk ve teşvik yok	Zorunluluk ve teşvik yok	Serbest	0,59
İngiltere	Özel grup halinde çalışan hekim pratigi	Kişi başı + kalite ilişkili ek ödemeler	Evet	Mali açıdan teşvik edilmektedir	Serbest	0,72
Sosyal Sigorta Sistemleri						
Avusturya	Özel grup halinde çalışan hekim pratigi	Hizmet başı + kişi başı	Zorunluluk ve teşvik yok	Zorunluluk ve teşvik yok	Özendiriciler	1,51
Belçika	Özel tek başına çalışan hekim pratigi	Hizmet başı	Mali açıdan teşvik edilmektedir	Mali açıdan teşvik edilmektedir	Serbest	2,08
Fransa	Özel tek başına çalışan hekim pratigi	Hizmet başı	Mali açıdan teşvik edilmektedir	Mali açıdan teşvik edilmektedir	Serbest	1,64
Almanya	Özel tek başına çalışan hekim pratigi	Hizmet başı	Mali açıdan teşvik edilmektedir	Mali açıdan teşvik edilmektedir	Serbest	1,47
İrlanda	Özel tek başına çalışan hekim pratigi	Kişi başı + hizmet başı	Zorunluluk ve teşvik yok	Zorunluluk ve teşvik yok	Serbest	0,53
Lüksemburg	Özel tek başına çalışan hekim pratigi	Hizmet başı	Zorunluluk ve teşvik yok	Zorunluluk ve teşvik yok	Serbest	0,69
Hollanda	Özel grup halinde çalışan hekim pratigi	Hizmet başı + kişi başı	Evet	Zorunlu	Özendiriciler	0,46
Bulgaristan	-	Kişi başı + ek ödeme	Hayır	Hayır	-	0,66
Çek Cum.	Özel tek başına çalışan hekim pratigi	Kişi başı + hizmet başı	Zorunluluk ve teşvik yok	Zorunluluk ve teşvik yok	Serbest	0,72
Estonya	-	Maaş	Hayır	Hayır	-	0,63
Letonya	-	Maaş	Hayır	Hayır	-	0,56
Litvanya	-	Maaş	Hayır	Hayır	-	0,76
Polonya	Özel klinikler	Kişi başı	Evet	Zorunluluk ve teşvik yok	Serbest	0,16
Romanya	-	Maaş	Hayır	Hayır	-	0,68
Slovakya	-	Kişi başı	Evet	Zorunlu	Serbest	0,43
Slovenya	-	Maaş	Evet	Evet	-	0,49
Türkiye	Özel tek başına çalışan hekim pratigi	Kişi başı	Hayır	Evet	Serbest	0,47

Tablo 2: Aile Hekimlerinin Avrupa Sağlık Sistemlerindeki Pozisyonu: Ağırlıktaki Sunum ve Ödeme Yöntemleri, Kapı Doktoru Rolü, Hasta Kaydı, Aile Hekimini Seçebilme (1993 yılı ve sonrası için) ve Kişi Başına Aile Hekimi Sayıları (2006 yılı için)

Kaynak: Boerma (2003); Boerma and Dubois (2006); Greb et al. (2006); Kroneman et al. (2009); OECD (2009); Paris et al. (2010); WHO (2010); Yıldırım ve Yıldırım (2010)



ödemeler genellikle karma şekilde olmaktadır. Örneğin genel vergilerden finanse edilen İngiltere sağlık sisteminde aile hekimlerine kişi başı ve kalite ilişkili ödemeler yapılmaktadır. Almanya'da hizmet başı ödeme yöntemi kullanılmaktadır. Türkiye'de aile hekimlerine ödemeler ise kişi başı yöntemine göre olmaktadır (Tablo 2).

Nüfus Başına Düşen Aile Hekimi Sayısı

Nüfus başına düşen aile hekimi sayısı açısından ele alındığında ülkeler arasında bariz farkların olduğu görülmektedir. 2002 yılı verilerine göre 1.000 kişi başına düşen aile hekimi sayısı en fazla olan ülkeler Avusturya, Belçika, Finlandiya ve Fransa olmuştur. En düşük yoğunluk ise Letonya, Polonya, Slovakya ve İsviçre'de görülmüştür (Boerma and Dubois 2006). (bakınız Tablo 2).

Salt aile hekimliği uzmanı açısından bakıldığında Türkiye'de sayıca yetersizlik had safhadadır. Yeterli sayıda aile hekimi olmadığından, Türkiye'deki aile hekimliği uygulamasının yaygınlaşması ve sistemin oturması yavaş ve aksak olmaktadır. Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik'e göre (Resmi Gazete 2005) 2.500-3.000 kişiye bir aile hekimi öngörüldüğünden, uygulama tüm Türkiye'ye yaygınlaştırıldığında, bugünkü verilerle Türkiye'deki aile hekimi sayısının yaklaşık olarak 25.000-30.000 olması gerekmektedir. 2008 yılında aile hekimliği uygulaması olan 31 ili temsilen Türkiye ortalaması olarak aile hekimliği birimi başına dü-

Ülke	2000	2005	2005 (enflasyona göre düzeltilmiş)
Belçika	25.602	33.769	30.413
Danimarka	85.362	108.295	98.249
Finlandiya	47.213	69.725	65.801
Fransa	53.889	71.000	64.607
Almanya	96.325	111.694	103.158
Hollanda	65.842	105.098	92.945
İsveç	54.124	66.667	62.007
İngiltere	80.580	166.950	155.360

Tablo 3: Seçilmiş Bazı Avrupa Ülkelerinde Yıllara Göre Aile Hekimlerinin Yıllık Gelirleri (enflasyona göre düzeltilmiş, endeks yılı 2000=100, pppUS\$)

Kaynak: Kroneman et al. (2009)

şen nüfus 3.461 kişi olmuştur (Sağlık Bakanlığı 2010). 2023 yılında ise 48.500 aile hekimi sayısına ulaşmış, 2.000 kişiye bir aile hekimi uzmanı öngörülmektedir (bakınız Tablo 2).

Gelir

Bir mesleğin veya disiplinin istihdamı alternatif işlerin/istihdamın potansiyel kazançlarından etkilenmektedir. Aile hekimliği istihdamında da tıp öğrencilerinin aile hekimi olarak elde etmeyi umdukları gelirleri ile tıp uzmanlarının gelirlerinin karşılaştırılmasından etkilenmektedir. Gelirdeki farklılıklar tıbbi uzmanlık statülerindeki farklılıkların bir yansıması olmaktadır. Mevcut veriler hekimlerin (hem genel pratisyenler hem de uzmanlar için geçerli) nüfusun en üst %25'lik dilimi içerisinde olduğunu ve kıdemli devlet memurları ile benzer olduğunu ortaya koymaktadır. Ancak ülkeler arasında çok ciddi farklılıklar vardır. Batı Avrupa'daki hekimler, Merkez ve Doğu Avrupa (MDA)

ülkelerindeki meslektaşlarından daha iyi kazanmaktadırlar. Aile hekimlerinin gelirleri son yıllarda birçok ülkede artış eğilimi göstermektedir. Ancak OECD ülkelerinde elde edilen verilere bakıldığında ise uzmanlar ile aile hekimlerinin gelirleri arasında bir açık olduğunu ortaya koymaktadır. Norveç gibi bazı ülkelerde uzmanlar ile aile hekimlerinin gelirleri arasındaki açığı azaltma yönünde sistematik çabalar gösterilmektedir (Boerma and Dubois 2006).

Seçilmiş bazı Avrupa ülkelerinde yıllara göre aile hekimlerinin yıllık gelirleri Tablo 3'de verilmektedir. Bütün Avrupa ülkelerinde, genel olarak belirtmek gerekirse, hekimlerin gelirleri genellikle hemşire ve ebelerin gelirlerinin en az iki katı kadardır. Birinci basamak sağlık hizmetleri ortamında çalışan sağlık çalışanları açısından bu konuda spesifik bir bilgi ise mevcut değildir (Boerma and Dubois 2006).

Türkiye'de aile hekimlerinin aylık gelirleri 4.500-5.500 TL civarında olduğu belirtilmektedir. Bu gelir düzeyinin Türkiye şartlarında iyi bir düzey olduğu belirtilebilir.

İş Tatmini

1994 yılında 32 ülkede ve 8.000 genel pratisyen üzerinde gerçekleştirilen

Avrupa Görev Profili Araştırması'nın sonuçlarına göre Avrupa'daki çoğu aile hekimi işinden memnun gözükmemektedir. Sadece %14'ü başka bir işte çalışmayı tercih edebileceğini belirtmiştir. Aile hekimlerinin %70'i aşırı idari yüklerle uğraştıklarını belirtmişlerdir. Genel olarak belirtmek gerekirse harcanan çaba ile karşılığını alma arasındaki dengeye ilişkin tatmin iyi olmamasına

karşın, MDA ülkelerinde, Portekiz ve Türkiye'de oldukça düşük çıkmıştır. Aile hekimlerinin yaklaşık yarısı yaptıkları işin bazı kısımlarının bir anlam ifade etmediğini belirtmişlerdir (Boerma and Dubois 2006).

Tartışma ve Öneriler

Başta uluslararası kuruluşlar ve akademisyenler arasında olmak üzere, güçlü bir birinci basamak sağlık hizmetinin etkili sağlık hizmetleri sunumunun temel taşı olduğu ve birincil bakıma, sağlık hizmetlerinde beklentilerin karşılanmasındaki ve hizmetlerin sürekliliğindeki eksiklikleri ve problemleri çözebileceği konusunda önemli tartışmalar vardır. Her ne kadar bu tartışmalar için ciddi eleştiriler varsa da, araştırmalar güçlü birincil bakım temelli sistemlerin "açık" sistemlere nazaran daha ucuz olduğunu ve birinci basamak temelli sistemlerin sağlık çıktılarının/sonuçlarının daha iyi olduğunu ortaya koymaktadır. OECD ülkelerinde gerçekleştirilen bir araştırmada "kapı doktoru aile hekimi" kullanan sistemlerin ayakta bakım hizmetlerinde maliyetleri kontrol etmede, hasta tatmininde ve sağlık statüsü açısından daha iyi oldukları ortaya çıkmıştır. Dolayısıyla birinci basamak sağlık hizmetleri temelli sistemlerin daha maliyet etkili olduğu belirtilebilir (Boerma 2003, 2006).



AB dinamikleri, ülke pratikleri ve deneyimler Avrupa ölçeğinde genelde birinci basamak sağlık hizmetleri özelinde ise aile hekimliği uygulamasının heterojen bir yapı arz ettiğini ortaya koymaktadır. Yani ülkeler açısından yeknesak olan bir aile hekimliği modeli söz konusu değildir. Ancak, yapısal ve fonksiyonel açıdan farklılıklar gösterse

de aile hekimliğinin Avrupa'da yerleşik bir kültür ve yaygın bir uygulama olduğu da bir gerçektir.

1999 yılında AB'ye adaylık statüsü kazanan ve 2005 yılından bu yana da müzakereleri sürdüren Türkiye, AB'ye üyelik yolunda, doğrudan nedeni AB dinamikleri olmasa da, her alanda olduğu



gibi sağlık alanında da 2003 yılından bu yana ciddi bir dönüşüm süreci yaşamaktadır. Sağlık alanındaki bu dönüşüm sürecinde yer alan temel unsurlardan birisi de aile hekimliği modeli olmaktadır.

Türkiye "aile hekimliği modeli" ile birinci basamak sağlık hizmetlerini güçlendirmeyi ve diğer hizmet düzeyleri üzerinde yetki ve kontrol sahibi olacak

bir yapıya kavuşturmayı hedeflemektedir (Sağlık Bakanlığı 2003). Bu bağlamda bir hususun altının çizilmesinin gerektiğine inanmaktayız.

Türkiye gerçekten birinci basamak sağlık hizmetlerini ve daha da spesifik olarak aile hekimliğini sağlık sisteminin, Saltman ve diğerlerinin (2006) deyişiyle, "sürücü koltuğuna/direksiyona" oturtmak istiyorsa, başka bir ifade ile

genelde birinci basamak sağlık hizmetleri özelde ise aile hekimliği Türkiye sağlık sisteminin hakim karakteri haline getirilmek isteniyorsa ve geçiş sürecinde ve sonrasında eldeki mevcut olanaklarla en nitelikli ve kaliteli birinci basamak sağlık hizmetleri üretilmek isteniyorsa üç temel faaliyetin zaman kaybedilmeden eş zamanlı olarak gerçekleştirilmesi gerekmektedir.

1 - Aile hekimi sayısını artırmaya yönelik tedbirler alınmalıdır. Aile hekimliği uzmanlığı için TUS kontenjanları artırılmalıdır. Türkiye yeterli sayıda uzman aile hekimine sahip olmadığı için aile hekimliği uygulamasına dezavantajlı bir konumda başlamıştır. Ancak bir yerden de başlamak gerekiyordu. Bu başlama gerekli miydi değil miydi tartışmasını bir kenara koyup, gelinen noktada daha ileriye nasıl gidilebileceğine bakmak lazım olduğu kanaatindeyiz.

2 - Sevk sistemine/zincirine yasal işlerlik kazandırılmalıdır. İyi tanımlanmış, işleyen ve rasyonel bir sevk zinciri kurulmalıdır. Türkiye’de aile hekimliği sisteminin işletilmesi ile ilgili olarak ortada duran ve aşılması gereken en önemli zorluklardan birisi de "sevk sistemi"ne işlerlik kazandırmaktır. Bilindiği üzere GSS Kanununun ilgili maddesinde sevk sistemi öngörülmektedir (Resmi Gazete 2006). Ancak aile hekimi sayısındaki eksiklik gerekçe gösterilerek sevk sistemi uygulaması ertelenmiştir.

Sevk sistemi uygulamaya konulup işletilmediği takdirde "aile hekimliği uygulamasından" hedeflenen amaçlara hiçbir zaman tam ulaşamayacaktır. Çünkü aile hekimliği müessesesinin en güçlü argümanlarından birisi sevk sistemidir. Başka bir ifade ile aile hekimi "kapı doktoru" görevi görecektir, hastalar elenerek bir üst basamağa gidebilecek, böylece hastaların çoğu birinci basamakta tutulmuş olacak ve global maliyetler de düşecektir.

3 - Tıp fakültelerindeki eğitim müfredatı aile hekimliğinin sistemdeki öngörülen bu baskın karakterine göre yeniden tasarlanmalıdır ve hizmet içi eğitimler uzmanlık eğitimine evrilecek şekilde tamamlanmalıdır. Türkiye’de hekimden yararlanmada temel sorun, hekimlerin büyük merkezlerde yığılması, aşırı ölçüde uzmanlaşmaları ve yanlış eğitim sonucu hastanelerde çalışmaya koşullandırılmalarıdır. Hekimlerin tıp fakültelerindeki eğitimleriyle kendilerinden beklenen hizmet arasındaki çelişki de önemli bir sorundur (Fişek 1997). Pratisyen hekimlerin istenen düzeyde olmamasının ve bunlardan verim alınamamasının sebebi ise ülkemizde tıp eğitimindeki eksiklikler ve yanlışlıklardır. Hizmetin sürekli başarısı ve sürdürülebilmesi için tıp eğitiminin yeniden düzenlenmesi şarttır (Küçükusta 2010). Madem gidişat birinci basamak sağlık hizmetlerinin sistem içindeki ağırlığının ve rolünün artırılması yönünde, öyleyse tıp fakültelerindeki eğitimlerin de bu yönde ve toplumun ihtiyaçları ile paralel hale getirilecek şekilde gözden geçirilmesinde yarar vardır. Geçiş sürecinde öngörülen modüler eğitimler ise nihayetinde uzmanlık eğitimine eklemlenecek ve ona denk gelecek hale getirilmeli ve tamamlanmalıdır. Çünkü AB’ye üye olduğumuz takdirde Türkiye kökenli aile hekimlerinin AB sınırları dahilinde serbest dolaşabilmeleri ve

iş kurabilmeleri, 2005/36/EC sayılı AB Direktifi'nin öngördüğü tıp fakültesi mezuniyetinden sonra en az üç yıllık mesleki eğitimin tamamlanmasına bağlı olacaktır.

Uygulamada başarılı olabilmek için; yukarıda belirtilen üç temel faaliyetin eş zamanlı olarak mümkün olan en kısa sürede kotarılmasında fayda görülmektedir. Bunun için de çıkar çatışmalarını yönetebilen güçlü, sürekli ve kararlı bir siyasi istek, destek ve iradeye ihtiyaç bulunmaktadır.

Kaynaklar

Akdağ R. (2008). İlerleme Raporu Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Ağustos 2008, Sağlık Bakanlığı, Ankara.

Allen J and Gay B et al. (2002). The European Definition of General Practice / Family Medicine. WONCA EUROPE. Çeviri: Başak O vd. Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği Yayınları.

Aydın S (editör) (2006). Aile Hekimliği Türkiye Modeli. Sağlık Bakanlığı, Ankara.

Aydın S. (2007). Aile Hekimliği: Sağlık Sisteminde Merkezi Role Talip Olmak. Aile Hekimliği, 1(3): 10-15.

Boerma GWG and Dubois C-A. (2006). Mapping Primary Care Across Europe. In: Saltman RB, Rico A and Boerma GWG (Eds.). Primary Care in the Driver's Seat? Organisational Reform in European Primary Care. European Observatory on Health Systems and Policies. Open University Press, England. Chapter Two: 22-49.

Boerma GWG. (2003). Profiles of General Practice in Europe-An International Study of Variation in the Tasks of General Practitioners. Nivel, The Netherlands.

Boerma GWG. (2006). Coordination and Integration in European Primary Care. In: Saltman RB, Rico A and Boerma GWG (Eds.). Primary Care in the Driver's Seat? Organisational Reform in European Primary Care. European Observatory on Health Systems and Policies. Open University Press, England. Chapter One: 3-21.

Buzgan T. (2006). Herkese Eşit, Ulaşılabilir ve Ücretsiz Sağlık Hizmeti. Aile Hekimliği, Eylül-Ekim 2006: 21-24.

Canlan M, Hutten J and Tiljak H. (2006). The Challenge of Coordination: The Role of Primary Care Professionals in Promoting Integration Across the Interface. In: Saltman RB, Rico A and Boerma GWG (Eds.). Primary Care in the Driver's Seat? Organisational Reform in European Primary Care. European Observatory on Health Systems and Policies. Open University Press, England. Chapter Five: 85-104.

Eskiocak M. (Editör) (2007). Kentisel Bölgelerde Sağlık Örgütlenmesi: Çok Sektörlü Yaklaşım, Aile Hekimliği Ülkemiz İçin Uygun Bir Yaklaşım mıdır? Atölye Çalışması 3. Grup Raporu, TTB Halk Sağlığı Kolu, 13-14 Ocak 2007, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ankara.

Fişek N. (1997). Prof. Dr. Nusret Fişek'in Kitaplaşmamış Yazıları. Sağlık Yönetimi. Yayına Hazırlayan: Dirican R.

Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ankara.

Greb S, Delnoij DMJ and Groenewegen PP. (2006). Managing Primary Care behaviour Through Payment Systems and Financial Incentives. In: Saltman RB, Rico A and Boerma GWG (Eds.). Primary Care in the Driver's Seat? Organisational Reform in European Primary Care. European Observatory on Health Systems and Policies. Open University Press, England. Chapter Ten: 184-202.

Hyrman J, Lember M, Rusovich V and Dixon A. (2006). Changing Professional Roles in Primary Care Education. In: Saltman RB, Rico A and Boerma GWG (Eds.). Primary Care in the Driver's Seat? Organisational Reform in European Primary Care. European Observatory on Health Systems and Policies. Open University Press, England. Chapter Nine: 165-183.

Koreneman MW, Van der Zee J and Groot W. (2009). Income Development of General Practitioners in Eight European Countries from 1975 to 2005. BMC Health Service Research. 9(26): 1-12.

Küçükusta AR. (2010). Aile Hekimleri Nasıl Yetiştirilmeli? Zaman Gazetesi. 23.10.2010.

Murray CJL and Frenk J. (2000). A Framework for Assessing the Performance of Health Systems. Bulletin of the World Health Organization, 78(6): 717-731.

OECD. (2009). OECD Health Data 2009, OECD, Paris. Official Journal of the European Union. (2005). Directive 2005/36/EC of the European Parliament and of the Council of 7 September 2005 on the Recognition of Professional Qualifications. Official Journal of the European Union. L 255/22, 30.9.2005: 1-121.

Öcek Z ve Soyer A. (2007). Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Birikimimiz: 2000-2004 Türkiye Fotoğrafı. Türk Tabipleri Birliği Yayını, Ankara.

Paris V, Devaux M and Wei L. (2010). Health Systems Institutional Characteristics. A Survey of 29 OECD Countries. OECD Health Working Papers No: 50, OECD, France.

Resmi Gazete. (1961). Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun. Kanun No: 224, Sayı: 10705, Yayın Tarihi: 12.01.1961, Resmi Gazete, Ankara. Resmi Gazete. (1973). Tababet Uzmanlık Tüzüğü. Sayı: 14511, Yayın Tarihi: 18.4.1973, Resmi Gazete, Ankara.

Resmi Gazete. (2004). Aile Hekimliği Pilot Uygulama Hakkında Kanun. Kanun No: 5258, Sayı: 25665, Yayın Tarihi: 09.12.2004, Resmi Gazete, Ankara.

Resmi Gazete. (2005). Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik. Sayı: 25867, Yayın tarihi: 06.07.2005, Resmi Gazete, Ankara.

Resmi Gazete. (2006). Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu. Kanun No: 5510, 16.06.2006, Sayı: 26200, Resmi Gazete, Ankara.

Sağlık Bakanlığı. (2003). Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2008. Sağlık Bakanlığı, Ankara.

Sağlık Bakanlığı. (2010). Sağlıkta Dönüşüm Programı. Sağlık Bakanlığı, Ankara.

Saltman RB, Rico A and Boerma GWG. (Eds.) (2006). Primary Care in the Driver's Seat? Organisational Reform in European Primary Care. European Observatory on Health Systems and Policies. Open University Press, England.

Saltman RB. (2006). Drawing the Strands Together: Primary Care in Perspective. In: Saltman RB, Rico A and Boerma GWG (Eds.). Primary Care in the Driver's Seat? Organisational Reform in European Primary Care. European Observatory on Health Systems and Policies. Open University Press, England. Chapter Four: 68-82.

Saran U. (2007). Sağlıkta Aile Hekimliğinin Getirdikleri. Aile Hekimliği Dergisi. 1(4): 10-15.

TTB. (1995). Sağlıkta Özelleştirme ve Aile Hekimliği: TTB Tezleri, Türk Tabipleri Birliği, Ankara.

WHO. (1978). Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care: Alma-Ata, 6-12 September 1978. (http://www.who.int/hpr/NHP/docs/declaration_almaata.pdf, erişim: 4.11.2010).

WHO. (1998). Framework For Professional and Administrative Development of General Practice/Family Medicine In Europe. World Health Organization, Regional Office For Europe, Denmark.

WHO. (2010). WHO Health for All Database 2010. World Health Organisation, Geneva.

Yıldırım HH ve Yıldırım T. (2008). Avrupa Birliği Yolunda Türkiye'nin Sağlığı: Avrupa Birliği'ne Uyum Süreci ve Sağlık Reformları. Hastane Dergisi. Kasım-Aralık 2008, 55: 100-103.

Yıldırım HH ve Yıldırım T. (2010). Avrupa Birliği Sağlık Politikaları ve Türkiye. Sağlık-Sen Yayınları, Birinci Baskı, Aralık 2010, Ankara (yayınlanacak).



Kamu Denetçiliği Kurumu Üzerine Bir İnceleme



Sadettin YAMAN
İdare Hukukçusu-Hakim

Ülkemiz hukuk düzeninde; bir taraftan dünyadaki kamu yönetimi anlayışındaki değişim ve gelişmelerin iç hukukumuza yansıtılması, diğer taraftan da Avrupa Birliği hukukuna uyum süreci çerçevesinde, gerçek ve tüzel kişilerin idarenin işleyişi ile ilgili şikâyetlerini, idarenin her türlü eylem ve işlemleri ile

tutum ve davranışlarını; adalet anlayışı içinde, insan haklarına saygı, hukuka ve hakkaniyete uygunluk yönlerinden incelemek, araştırmak ve idareye önerilerde bulunmak üzere Kamu Denetçiliği Kurumunu hayata geçirmek ve yukarıda sözü edilen hukuk düzeninin yasal zemini oluşturmak amacıyla, ilkin 59.

Hükümet döneminde, 5521 sayılı Kamu Denetçiliği Kurumu Kanunu Meclis'te kabul edilmiş ve onaylanmak üzere, Cumhurbaşkanına gönderilmiştir. Ancak Cumhurbaşkanlığı makamınca bazı maddeleri tekrar görüşülmek üzere anılan Kanun veto edilerek Meclise geri göndermiştir.

Bu kez konuya dair yasal çalışmalar meclis tarafından sürdürülmek suretiyle, 5548 sayılı Kamu Denetçiliği Kurumu Kanunu yeniden kabul edilmiş ve anılan Kanun onaylanmak üzere Cumhurbaşkanlığına sunulmuştur.

Bu defa da bahsi geçen Kanun, Anayasal hükümler gereğince onaylanmakla birlikte, anayasaya aykırılık iddiasıyla, Anayasa Mahkemesinin önüne götürülmüştür.

Yüksek Mahkemece; 04/04/2009 tarih ve 27190 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan 25/12/2008 gün ve E:2006/140, K:2008/185 sayılı verilen karar ile "Anayasa'da kanunla veya kanunun açıkça verdiği yetkiye dayanılarak kamu tüzelkişiliği kurulabilmesi konusunda yasa koyucuya takdir hakkı tanınması, TBMM'nin bu konuda sınırsız bir yetkiye sahip olması anlamını taşımamaktadır. Türkiye Büyük Millet Meclisince bir kamu tüzelkişiliğinin kurulmasında, Anayasa'da öngörülen kurallara uygun hareket edilmesi zorunludur. Bir kamu kurumu ya da kuruluşu kurulurken Anayasa'da öngörülen idari teşkilat yapısı dışına çıkılmaması gerekmektedir. Kamu kurum ya da kuruluşlarının söz konusu yapı dışında kurulması, idarenin bütünlüğü ilkesiyle bağdaşmaz. Kamu Denetçiliği Kurumu'nun TBMM'ye bağlı olduğunun belirtilmesi, Kurum ile TBMM arasındaki organik bağı göstermektedir. Yasa'nın diğer maddelerinde de bu bağlılığın sonucunu oluşturan düzenlemeler yer almaktadır. Anayasa'nın 123. maddesine göre idari teşkilat içinde merkezi

Türkiye Büyük Millet Meclisince bir kamu tüzelkişiliğinin kurulmasında, Anayasa'da öngörülen kurallara uygun hareket edilmesi zorunludur. Bir kamu kurumu ya da kuruluşu kurulurken Anayasa'da öngörülen idari teşkilat yapısı dışına çıkılmaması gerekmektedir. Kamu kurum ya da kuruluşlarının söz konusu yapı dışında kurulması, idarenin bütünlüğü ilkesiyle bağdaşmaz. Kamu Denetçiliği Kurumu'nun TBMM'ye bağlı olduğunun belirtilmesi, Kurum ile TBMM arasındaki organik bağı göstermektedir. Yasa'nın diğer maddelerinde de bu bağlılığın sonucunu oluşturan düzenlemeler yer almaktadır.

idare veya yerinden yönetim kuruluşları arasında yer alması gereken bir kurumun, merkezden yönetim ve yerinden yönetim esaslarına aykırı olarak "İdare" dışında kurulması ve "Yasama"ya bağlanması olanaklı değildir. Bu durum,

hiç kimsenin veya organın kaynağını Anayasa'dan almayan bir Devlet yetkisi kullanamayacağı yolundaki Anayasa'nın 6. maddesine de aykırılık oluşturmaktadır. Anayasa'nın 87. maddesinde, "Türkiye Büyük Millet Meclisinin görev ve yetkileri, kanun koymak, değiştirmek ve kaldırmak; Bakanlar Kurulunu ve bakanları denetlemek; Bakanlar Kuruluna belli konularda kanun hükmünde kararname çıkarma yetkisi vermek; bütçe ve kesin hesap kanun tasarılarını görüşmek ve kabul etmek; para basılmasına ve savaş ilanına karar vermek; milletlerarası anlaşmaların onaylanmasını uygun bulmak" olarak sayılmış bulunup "TBMM'nin Anayasa'da belirtilen görev ve yetkileri arasında Kamu Denetçiliği Kurumuna Başdenetçi ve denetçi seçme görev ve yetkisi bulunmadığı gibi adı geçen Kurumla TBMM arasında bu seçime olanak verecek Anayasa'dan kaynaklanan doğal sayılabilecek bir ilişki de söz konusu olmadığından Yasanın Anayasa'nın 87. maddesi ile uyumlu olmadığı" sonucuna varıldığı gerekçesiyle, 5548 sayılı Kamu Denetçiliği Kurumu Kanunu'nun tümü Anayasa'ya aykırı bulunarak oybirliğiyle Kanunun iptaline karar verilmiştir.

Takiben de, 7.5.2010 günlü, 5982 sayılı Türkiye Cumhuriyeti Anayasasının Bazı Maddelerinde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun 8'nci maddesi ile 7.11.1982 tarihli ve 2709 sayılı Türkiye Cumhuriyeti Anayasasının 74'üncü maddesinin üçüncü fıkrası yürürlükten kaldırılmış ve maddeye eklenen üçüncü, dördüncü, beşinci ve altıncı fıkralar ile, yukarıda anılan Mahkemenin gerek-



çesi de gözetilmek suretiyle, Kuruma anayasal bir statü kazandırılarak, Kamu Denetçiliği Kurumu'nun oluşturulmasına imkan tanınmıştır. Sözü edilen Anayasayı değiştiren Kanun da

Anayasaya aykırılık iddiası ile Anayasa Mahkemesinin önüne getirilmiş, bu kez Mahkemece aykırılık iddiası ciddi bulunmayarak iptal isteminin oybirliğiyle reddine karar verilmiş olup, bu itibarla,

Kamu Denetçiliği Kurumu anayasal bir statüye kavuşturulmuş bulunmaktadır.

Kamu Denetçiliği Kurumunun Tarihi Kökeni ve Ortaya Çıkışı

Günümüzün medeni demokratik devletleri, gelişen devlet idaresi anlayışına paralel olarak bir taraftan birlikte yaşayan bireylerin temel hak ve özgürlüklerinin birbirlerine karşı korunmasını esas almış iken, diğer taraftan idare edilenlerin vatandaşlıktan kaynaklanan temel hak ve özgürlüklerinin de aynı zamanda kamu idarelerine karşı korunmasını ve güvence altına alınmasını da temel hedef olarak benimsemiş bulunmaktadır.

Elbette toplumların daha adil bir hukuk düzenine ulaşma çabalarını yaşanan her çağın gelişmelerini de dikkate alarak sürdürmek isteyeceklerinde kuşku yoktur.

Bu noktada, devlet idaresinde kamu denetçiliği kurumuna yer vermiş bulunan ülkelerde, benimsenmiş olunan siyasi rejime göre; Ombudsman, Halk Koruyucusu, Arabulucu, Parlamento Savunma Delegatesi, Parlamento Komiseri, Vekil, Delege gibi kurumsal

Kanaatimize göre, kamu denetçiliği (ombudsmanlık) kurumunun ilk örnekleri İslam Toplularına dayanmaktadır. Kendisi de ombudsman olan Pickl, kurumun kökenini, Halife Hz. Ömer (r.a.) zamanında kurumlaştığı bilinen "Muhtesip Kurumu"na kadar götürmektedir.

unvanlar adı altında faaliyetlerini sürdüren Kamu Denetçiliği Kurumu'nun ilk örneklerinin ele alınmasında yarar olduğunu düşünüyoruz.

Kimi kaynaklarda, ombudsmanın temellerinin çok eskilere dayandığı, Çin'deki Han Hanedanlığı (M.Ö. 206-M.S. 220) sırasında var olan Yuan Kontrol Kurumuyla, Roma'daki Halk Tribünleriyle, 17. yüzyıl Amerikan Kolonilerindeki Censors kurumlarıyla benzeştiği ileri sürülmüştür.¹

Kanaatimize göre, kamu denetçiliği (ombudsmanlık) kurumunun ilk örnekleri İslam Toplularına dayanmaktadır. Kendisi de ombudsman olan Pickl, kuru-

mun kökenini, Halife Hz. Ömer (r.a.) zamanında kurumlaştığı bilinen "Muhtesip Kurumu"²na kadar götürmektedir.³

Tatbikıyla, yönetilenlere adil bir uygulama örneği sunan Peygamber Efendimizin (s.a.v) toplumsal hayata yansıttığı değerler manzumesinin takipçisi olan Emir'ül Mü'minin Hz.Ali (k.v.) tarafından valiliklere gönderilen meşhur Emirname ile, halkın şikayetlerinin dinlenilmesi için belirli günlerin tayin edilmesi, görüşmelerin, şikayetçinin taleplerini çekinmeden ifade edebilmesi, hakkında şikayet edilenlerin de duymaları halinde kin ve garez gütmelerine sebebiyet verilmemesi açısından, şikayetlerin tayin edilen belirli yerde ve bir

¹ Yılmaz Altuğ, "Vatandaş İdaresinin Yetki Tecavüzlerine Karşı Koruyan Ombudsman Müessesesi" Yargıtay 100. Yıldönümü Armağanı, Yargıtay Yayını, Ankara, 1968, s. 159-160.

² Muhtesiplerin görevleri, çarşı ve panayarlarda gezerek halkın yönetim hakkındaki şikayetlerini dinlemek, idari kuruluşları halkın bu şikayetleri doğrultusunda denetlemek, yine hakimlerin görevlerini titizlikle yerine getirip getirmediğini incelemek, ayrıca Muhtesiplerin bu denetim fonksiyonlarının yanında sadece ticari ve esnafı alakalı, genel ahlak kuralları ile ilgili davalara bakmak gibi kazai yetkileri de bulunmaktadır. (Fahreddin Atar, "İslam Adliye Teşkilatı Ortaya Çıkışı ve İşleyişi", Diyanet İşleri Başkanlığı Yayınları, Yayın No: 184, Ankara, s. 170-174.

³ Victor J. Pickl, "Islamic Roots Of Ombudsman System", The Ombudsman Journal, No:6, 1978, s.101-107, Ç., Taykan Ataman, "Ombudsman Sisteminin İslami Temelleri", Yeni Türkiye Dergisi, Yıl: 3, Sayı: 14, Mart-Nisan 1997, s. 801

örtü arkasında mahremiyeti sağlayacak şekilde dinlenilmesi, dolayısıyla, yönetenlerin, yönetilenlere idari uygulamalar ile herhangi bir şekilde haksızlık yapıp yapmadıklarının tesbit edilmesi, haksızlık yapıldığının anlaşılması halinde de, bu haksızlığın ortadan kaldırılması, bu suretle zulmün önlenmesi amacıyla, bu kurumun hayata geçirilmesi emredilmiştir.

Anlaşılmaktadır ki, kamu denetçiliği kurumunun, halkın şikayetlerini olabildiğince tarafsız bir idari yapılanma ve toplumsal atmosfer çerçevesinde dile getirilmesine ortam hazırlayan, haksızlığın vak'i olması halinde de, hakka sahip olma bakımından toplumda yaşayanlar arasında herhangi bir ayırım götmeksizin, hak sahibine hakkını teslim etmek suretiyle, mevcut haksızlığı gidermenin, idari bir yükümlülük olduğu bilinciyle hareket eden, bu idari eylemi de adaleti her şeyin üstünde tutan değerler manzumesini benimsemiş olması itibarıyla gerçekleştiren, toplumsal anlayışın hakim olduğu bir idari bünyeden çıkmış olmasından daha tabii bir durum olmasa gerektir.

Keza buna benzer bir kurum olan Divan'ul Mezalim (Haksızlıklar Divanı) Kurumu'nun Abbasiler döneminde de kurulduğu bilinmektedir. Divan'ul Mezalim'in halk tarafın hükümet memurlarının, özellikle vergi tahsildarları ile valiler aleyhine getirilen şikayet ve



sızlanmaları incelemek/soruşturmak, muhtesipleri aşan davalara bakmak gibi görevleri bulunmaktadır. Yine buna benzer bir kurum olan Kadı al Kudat Hakimler Hakimi sisteminin Osmanlı Devleti'nde var olduğu bilinmektedir. Kökleri Abbasiler'e dayanan bu kurum Selçuklular'da da bulunmaktadır. Ancak, Kazasker olabilen hakimlere bu unvan verilebilir. Bu hakimler büyük bir saygınlığa sahip olup yönetim tarafından azlolunamaz. Kadı al Kudat'lar, padişah dahil tüm kamu görevlilerinin, görevlerini yerine getirirken adaletli olmaları, yetkilerini kötüye kullanmalarını için denetimde bulunmak ve gerekli inceleme ve araştırmaları yapmakla görevli bulunmaktadırlar.⁵

Kamu denetçiliği (ombudsmanlık) kurumunun, Avrupa'da esasen Osmanlı'da yer alan Ahilik Kurumu'ndan esinlenerek oluşturulmuş olduğu da belirtilmektedir. Ahilik Kurumu'nda liderinin seçimi demokratik usulde yapılmakta,

göreve getirilen kişide dürüstlük, liyakat, tarafsız olma özellikleri aranmaktadır. Bağımsız ve tarafsız bir kurum olarak faaliyet gösteren ve aynı zamanda sivil toplum kuruluşu olan Ahilik, devlet ile vatandaş arasındaki sorunların çözümünde, hakların korunmasında halkın vekilliği görevini yerine getirmiş, halkın gözlemcisi durumuna gelmiştir. Osmanlı'daki Ahilik kurumundan esinlenen İsveç Kralı 12. Şarl, ülkesinde kendisinin yokluğunda baş gösteren yolsuzlukların önlenmesinde kamu denetçiliği (ombudsmanlık) kurumunu 1809 yılında kurmuştur. Avrupa ülkelerinde ilk defa İsveç'te 1809 yılında düzenlenen ve bugünkü anlamıyla anayasal bir kurum olarak uygulanmaya başlanılan kamu denetçiliği (ombudsmanlık) 1950 yılına kadar İsveç ve Finlandiya'da uygulanmış daha sonraları yaygınlaşmıştır. Günümüzde doksanı aşkın ülkede ulus, bölge, şehir, belediye ve sektör bazında uygulanmaktadır.⁶

⁴ Zakir Avşar, "Ombudsman (Kamu Hakemi)", Türkiye için Bir Model Önerisi, HAK_İŞ Eğitim Yayınları, Yayın No: 38, Ankara 1999, s. 42-43. Aynı yönde Coşkun Üçok-Ahmet Mumcu, "Türk Hukuk Tarihi" 1. Baskı, Ankara, 1991, s. 123.

⁵ Victor J. Pickl, "Ombudsman ve Yönetimde Reform" Ç., Turgay Ergun, A.İ.D. Cilt: 19, Sayı: 4, s. 39.

⁶ (<http://www.nedir.antoloji.com>), Vergi Denetmeni Yardımcısı Hasan Abdioğlu, Kamuda İyi Yönetişim ve Ombudsmanlık Kurumu



Kamu Denetçiliği Kurumunun İşlevi

Kamu denetçiliği kurumu, insan haklarını geliştirmek, idarenin vatandaşları mağdur edici uygulamalarına karşı bireysel şikayetleri çözümlenmek ve kamu bürokrasisindeki idari işleyişe kamuoyunun dikkatini çekmek bakımından alternatif bir denetim mekanizmasıdır.

Prensip itibarıyla parlamento tarafından atanan, ancak hükümete karşı olduğu kadar parlamentoya karşı da bağımsız olan, idarenin mağdur ettiği kişilerin hiçbir şekilde bağlı olmaksızın yaptıkları şikayetler üzerine harekete geçen, geniş bir soruşturma ve araştırma yetkisi ile donatılmış olan; idarenin yaptığı haksızlıkları ortaya koymak, takdir yetkisinin kötüye kullanılmasını engellemek, mevzuata saygılı olmayı ve uygun hareket etmeyi temin etmek, icrai karakter taşımayan önerilerde bulunmak-hakkaniyet tedbirleri salık vermek ve nihayet kamu hizmetlerinin daha iyi görülmesi için gerekli reformların yapılması önerisinde bulunmak amaçlarını güden bir kurumdur.⁷

İdarenin işleyişi hakkında deneyim sahibi olan, idarenin eylem ve işlemlerini çok kısa sürede kavrayan, kamu denetçisi tarafından, idarenin faaliyetleri sadece kanunilik açısından değil, aynı zamanda hakkaniyet ve insanlık açısından da denetlenir. Re'sen veya şikayet

Kamu denetçiliği kurumu, insan haklarını geliştirmek, idarenin vatandaşları mağdur edici uygulamalarına karşı bireysel şikayetleri çözümlenmek ve kamu bürokrasisindeki idari işleyişe kamuoyunun dikkatini çekmek bakımından alternatif bir denetim mekanizmasıdır.

üzerine harekete geçilerek, idarenin faaliyetlerinin aksayan yönleri, yanlışlıkları ortaya çıkartılır ve bu yanlışlıkların düzeltilmesi için idareye tavsiye ve telkinlerde bulunulur.⁸

Bu denetim aynı zamanda, iyiniyetle yapılmış idari işlemler üzerindeki başlangıçta öngörülemeyen eksiklik ve yanlışlıkların da tesbit edilmesini sağlar. Ombudsman, nerede yanlış yapılmışsa, orada düzeltilmesi gereken yönetim bozukluğunu gösterir; yanlış yapılmayan yerde ise geçerli uygulamaları güçlendirici bir etmendir. Bu sebeple ombudsman hem yönetilenler hem de yönetenler açısından ek bir koruma sağlar.⁹ İdarenin denetim

türlerinden birisi olan ombudsmanlık müessesesi diğer denetim usullerinin eksikliklerini tamamlayıcı ve denetimin etkinliğini artırıcı bir fonksiyon üstlenmektedir. Başvuru prosedürü basit, hızlı ve masrafsızdır. Yürütme organı karşısında bağımsızdır. Yaptırım yetkisi bulunmamakla birlikte kamuoyunu bilgilendirme yolu ile idare üzerinde baskı unsuru oluşturur. Günümüzde dünya genelinde tercih edilen bir denetim mekanizması haline gelmiştir. İdare ile vatandaş arasında bir tür arabulucu olan ombudsman, bağımsız kamu görevlisi olarak, şikayetçi olanların şikayetlerini dinlemekte, inceleme, araştırma, ve soruşturma yapmakta ve bunun sonucunu da idare ve ilgililere olduğu kadar kamuoyuna duyurmaktadır.¹⁰

Kamu denetçisinin (ombudsman) gerçekleştirdiği soruşturma sonucu olarak kamu kurumunun; tazminat ödemesi, özür dilemesi, haksız uygulamanın giderilmesi veya yapılamayan bir işlemin yerine getirilmesi, yanlış bir uygulamanın giderilerek bundan sonra doğru uygulamaların sağlanması gibi kazanımlar elde¹¹ edilebilmesi mümkün olmakla birlikte, Ombudsmanların sahip oldukları çok geniş sorgulama ve araştırma yetkilerine rağmen kamusal eleştiri ve ikna dışında zorlama yetkileri de bulunmamaktadır.¹²

⁷ Muammer Oytan, "Ombudsman Eli ile İdarenin Denetimi Konusunda Kıyaslamalı Bir İnceleme", Danıştay Dergisi, Yıl:5, Sayı:18-19, Ankara 1975, s. 195-196, Serdar Mutta, "İdarenin Denetlenmesi ve Ombudsman Sistemi,

⁸ Victor J. Pickl, "Ombudsman", Europa im Aufbruch, Festschrift Fritz Schwind zum 80. Geburtstag, Wien 1993. Çeviren ve Notlayan: Saim Üstündağ, "Ombudsman (Kamu Denetçisi-Halkın Avukatı)", y.y., t.y., s.4-12. Mutta, a.g.e.

⁹ J. Pickl, a.g.m., s. 37. Mutta, a.g.e.

¹⁰ Devlet Bütçe Uzmanı, Doğan Kestane, "Çağdaş Bir Denetim Organizasyonu Olarak Ombudsmanlık (Kamu Denetçiliği) Maliye Dergisi sy.151, sh.128, Temmuz-Aralık 2006

¹¹ Abdoğlu, a.g.e.

¹² Kestane, a.g.e.

Kamu Denetçiliği Kurumu'ndan Yeterince Yararlanılabilmesi İçin Gerekli Olan Şartlar

» Öncelikle Denetçi, yetki alanına giren ve hakkında soruşturma ve değerlendirme yapacağı kamu makamlarının doğrudan veya dolaylı etkilemelerine açık olmamalıdır. Onlardan bağımsız davranabilmeli ve işinde tarafsız kalabilmelidir.

» Ombudsmanın sağladığı hizmetlerden halkın bilgi sahibi olması temin edilmelidir. Hem Kurumun işlevleri hem

de Kurumun hizmetlerinden ne suretle yararlanılacağı konusunda halkın bilinçlendirilmesi gereklidir.

» Ombudsman kamu yönetimi alanında çok çeşitli sorunlarla karşı karşıya kalmaktadır. Çoğu zaman önüne gelen bir şikayetin esası hakkında akıl yürütmek suretiyle, etkili ve kesin bir çözüm üretmek zorunda olduğundan, profesyonel ilkeleri çerçevesinde kılı kırk

yararcasına çalışmaları gerekmektedir.

» Ombudsmanın geniş bir araştırma yetkisi bulunmalıdır. Yetki alanına giren konu ve kuruluşlara dair, çok az bir sınırlama dışında geniş bir manevra yeteneği verilmelidir. Sınırlamalar daha önce yasa ile ayrıntılı biçimde düzenlenmelidir.

» Ombudsman, yaptığı kapsamlı bir araştırma sonucunda elde ettiği bulgular, şikayetçiyi haklı kılar nitelikte ise, somut duruma uygun hakkaniyetli bir çözüm önerme yetkisi bulunmalıdır.

» Ombudsman, hem denetim yetkisi kullandığı kamu otoritelerine, hem de bireylere (yurttaşlara) karşı hukuki bir sorumluluk altında olduğundan bireylerle ilgili olarak, bir şikayetin kayda değer olup olmadığına karar verirken, belli ölçütlerle hareket etmesi gerekmektedir.¹³



Kamu Denetçisinin Sağladığı Yararlar

» Her şeyden önce kamu denetçisi pozitif hukukun vatandaşlara tanıdığı hakların hayata geçirilmesini temin etmek suretiyle, bireylerin haklarının korunmasını sağlamaktadır. Koruma işlevi, devletin yaptırım uygulama tekeline karşı bir önlem olarak, bireylerin temel hak ve özgürlüklerine ilişkin olası tehdit ve sınırlandırmalara karşı bir güvence oluşturmaktadır.

» İdareyle vatandaş arasındaki sürtüşmelerin azaltılmasına yol açmaktadır.

» Kamu denetçisi araştırma, inceleme ve denetleme işlevini ifa eder iken yasal düzenlemelerdeki eksiklikleri ve aksaklıkları yasama organına ve ilgili idareye bildirerek önlem alınmasını bu suretle, kamu yönetiminin iyileştirilmesini sağlamaktadır. Yaptığı çalışmalar (araştırma,



¹³ Dr. Müslüm AKINCI, 1999, Bağımsız İdari Otoriteler ve Ombudsman, sh. 294-305



inceleme ve denetim faaliyetleri) sonucunda normatif düzenlemelerin, hukuki güvenliği sağlayamadığına, adalete uygun çözüm üretilmediğine kanaat getirildiğinde de yıllık ve dönemsel raporları aracılığıyla yasama organını uyarmak ve etkilemek suretiyle, yasama faaliyetlerinin olumlu yönde gelişmesine yardımcı olmaktadır.

» Kamu denetçisi, kamu makamlarınca işlemlerin yapılması sırasında, gözden kaçan veya bir memurun kötü niyeti yüzünden oluşan yanlışlıkların düzeltilmesini sağlamaktadır.¹⁴

» Şikayetler karşısında bulunduğu dosyane çözümler ile, uyuşmazlıkların artmasını engellemek suretiyle, yargı

organlarının iş yükünün artmasını önlemektedir.

» En önemli toplumsal yararı da, tarafların sorunun çözümünde rol almalarını temin etmek, katkılarından yararlanmak suretiyle, varılan sonuçta taraf iradelerinin yansıtılmasını sağlamakla, katılımcı demokrasinin ilkelerinin hayata geçirilmesinde rol oynamaktır.

Kamu Denetimine Başvuru ve Yöntemi

Daha önce, veto edilmiş, daha sonra da Anayasa Mahkemesince iptal edilmiş bulunan 5521 sayılı ve 5548 sayılı Kamu Denetçiliği Kurumu Kanunu ile Kamu Denetçiliği Kurumuna; illerde valilikler, ilçelerde kaymakamlıklar aracılığıyla da başvurulabileceği ayrıca, başvurulardan herhangi bir ücret alınmayacağı, Kamu Denetçiliği Kurumuna, idari

işlemlerde tebliğ tarihinden, idari eylem, tutum ve davranışlarda öğrenme tarihinden itibaren doksan gün içinde başvurulabileceği öngörülmüş bulunmaktadır.

Yukarıda sözü edilen kanunların, yasallaşma sürecinin tamamlanmaması üzerine bu kez Kamu Denetçiliği

Kurumu anayasal statüye kavuşturulmuş ve başvuru usul ve esaslarının da kanunla düzenleneceği kabul edilmiş bulunmaktadır.

Muhtemelen de daha önceki kanunlarda düzenlenmiş olan başvuru usul ve esasları çerçevesinde bir düzenleme hayata geçirilecektir.

Kamu Denetçiliği Kurumu'nun Başarılı Olması İçin Gerekli Şartlar

Yaptığı denetim ile etrafıca, araştırma ve sorgulama yetkisi ile donatılmış bulunmasına rağmen, kamu denetçilerinin, idarelere karşı getirdikleri kamusal eleştiri ve ikna dışında, zorlama yetkileri bulunmamaktadır.

Konu hakkında karar vermek, idari makamlarca ve-



rilmiş olan idari tasarrufları hukuk aleminden kaldırmak, ya da verilmiş bir kararı değiştirmek konusunda yetkisinin bulunmaması da kamu denetçiliği kurumunun zayıf yönlerini teşkil eder.

Bu itibarla, Kurumun, başarılı olabilmesi için, vak'î şikayetlere karşı hakkaniyete

¹⁴ Kestane, a.g.e.



Kurumun, başarılı olabilmesi için, vak'i şikayetlere karşı hakkaniyete uygun, kısa sürede çözüm üretebilecek bir örgütlenme yapısına sahip olması ayrıca, kurum tarafından, işlevini etkili şekilde hayata geçirecek amaca yönelik olarak getirilen önerilerin, yasama organınca ve hükümetçe benimsenmesi ve getirilen önerilere uygun çözümün biran önce üretilmesi gerekmektedir.

uygun, kısa sürede çözüm üretebilecek bir örgütlenme yapısına sahip olması ayrıca, kurum tarafından, işlevini etkili şekilde hayata geçirecek amaca yönelik olarak getirilen önerilerin, yasama organınca ve hükümetçe benimsenmesi ve getirilen önerilere uygun çözümün biran önce üretilmesi gerekmektedir.

Bir ülkede mevcut siyasi ve idari atmosferin ülke içindeki kurumsal yapıyı

ve onun işleyiş biçimini etkilediği bilinmektedir.

Kurumların pozitif hukuk kurallarıyla oluşturulmuş bulunan yapıları, her zaman için onların kuruluş amacını gerçekleştirmeleri için yeterli olmamaktadır. Yasal statü kurum için fiziksel koşulları hazırlarken, toplumsal ortam da onun başarı durumunu arttırmakta ya da azaltmaktadır. Kurumun hukuksal

meşruluğu kadar, etik meşruluğu da bu başarı durumunu etkilemektedir.¹⁵

Bu bağlamda Ombudsman'ın başarılı bir taraftan siyasi iktidarın Kuruma verdiği öneme ve onun kararlarına karşı duyduğu saygıya ve getirilen çözüm önerilerinin benimsenmesine bağlı iken diğer taraftan da, siyasi iktidarın politikalarını yürüten kamu bürokrasisinin, Kurumun ortaya koyduğu görüşler ile getirilen önerilerinin, göz ardı edilmesinin, hukuk devleti ilkeleri ile bağdaşır bir yönünün bulunmadığını bilen bir bürokratik yönetim kültürünün varlığına bağlıdır. Aksi yöndeki, siyasi ve bürokratik bir kabul, Kamu Denetçiliği Kurumu'nun başarısını oldukça zorlaştıracaktır.

Açıktır ki Kurum'un başarı düzeyinin yüksekliğini, bir taraftan kamu denetiminin etkili bir şekilde gerçekleştirilmesi yolundaki bireysel ve toplumsal bilinçlenme düzeyi, diğer taraftan da, Kurumun şikayetler üzerine almış olduğu dostane çözüm önerilerine dair kararlarının benimsemesi sadedinde, siyasi ve bürokratik yapının hukuk devletini hayata geçirme anlayışına olan bağlılığının derecesi, en önemlisi de toplumsal yapı ile idari ve politik yapıyı, vatandaşların temel hak ve özgürlüklerinin kullanılmasını sağlayacak şekilde etkileyen, tarafsız, bağımsız ve etkin bir kamuoyunun varlığı belirleyici olacaktır.

¹⁵ Akıncı , a.g.e



Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Kurumsal İletişim



Murat KALEM
İletişim Uzmanı
Sağlık-Sen Genel Başkan Danışmanı

İletişim, sağlık alanında zorunlu ve vazgeçilmez bir ihtiyaçtır. Buna karşın doğasından kaynaklanan bir takım özellikler nedeniyle iletişimde başarının en zor sağlandığı sahalardan birisi sağlıktır. Sağlıkta iletişim kaynaklarının doğru şekilde kullanımının, bireysel ve toplumsal sağlığın korunması ve geliştirilmesinde öncü bir önemi vardır.

Toplum sağlığının korunması ve sağlık bilincinin geliştirilmesi politikalarında son 30 yılda önemli değişimler yaşanmıştır. Tıp ile sosyal bilimlerin etkileşiminin gerekliliğine inançla yaşanan paradigma değişikliği gelişmiş ülkelerde bugün itibarıyla yerleşik bir tecrübeye kavuşmuştur. Bu paradigma değişikliği sağlık hizmet üretim süre-

ci ve koşullarını birey merkezli olarak yeniden biçimlendirmeyi esas almıştır. Sağlığın korunması ve sağlık bilincinin geliştirilmesinde iletişim kanalları kullanılarak bireyin veya toplumun enformasyon ihtiyacının giderilmesi önemli hale gelmiştir.

Batıda bilimsel bir disiplin olarak

kabul edilen¹ sağlık iletişimi süreci, sağlıkta biyomedikal modelin sınırlarını sosyal alana açan biyo-psiko-sosyal modele² dönüşüm hareketiyle ortaya çıkmıştır. Sağlık bilimleri ile sosyal bilimler arasında gelişen etkileşim düzeyine paralel olarak sağlık iletişim süreci de önleyici sağlık, sağlık bilincinin geliştirilmesi gibi konularda vazgeçilmez bir önem kazanmıştır.

Sağlık İletişimi disiplini içinde ele alınan çeşitli iletişim düzeyleri bulunmaktadır. Bu iletişim düzeylerinin tamamı, insanların sağlığının korunması temelinde yürütülmektedir. Bu iletişim düzeylerinin en önemlisi kuşkusuz kişiler arası iletişim ve kurumsal iletişimidir. Bu makalenin sınırlılığı içinde yer almakla birlikte bir diğer önemli sağlık iletişim düzeyi de kitle iletişimidir. Örgütsel düzeyde sağlık iletişimi, sağlık kurum ve kuruluşlarının yönetiminde, personel arasında, kurumsal kültür ve iklim içinde gelişen iletişimi kapsamaktadır.³

Ülkemizde ise sağlık iletişimine olan ilgi yenidir. Son yıllarda uygulanmakta olan Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında yeniden yapılanma temelinde reform süreci yürütülmektedir. Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulanmaya başlandığı günden bu yana toplum üzerinde bıraktığı izlerle adından söz ettirmektedir. Bakanlık programı tanımlarken "vatandaş odaklı" tabirini kullan-



Sağlık kurumlarında kurumsal iletişimin işlevselliği sağlık hizmet sunumunu doğrudan etkileyen bir unsurdur. Örgütsel düzeyde sağlıklı yürütülemeyen iletişim sistemin işlerliğine zarar verecektir. Sağlık kurumlarında hasta-hekim ikilisinin sağlıklı iletişimi hizmet kalitesi için ne denli önemli ise, kurum içi iletişim sürecinin işlerliği de o denli önemlidir.

maktadır. Bu kavramın, Türkiye'nin yeni sağlık vizyonu açısından birinci anlamı; Dünya Sağlık Örgütü'nün çerçevesini çizdiği yeni paradigmayı yerleştirmek, yani sağlığın korunması ve geliştirilmesi politikalarını enformasyon toplumu ihtiyaçlarına göre yeniden biçimlendirmektir. İkinci anlamı ise, bunu sağlayacak olan örgütsel yapıyı, bürokratik geleceğin tutucu kültüründen arındırmaktır. Türkiye'nin sağlık sistemini dönüştüren mevcut program, bu iki mücadele alanında sağlık iletişimi metotlarından yararlanmak durumundadır. Bakanlık,

halk sağlığını koruma ve sağlık bilincini geliştirme politikalarında çeşitli iletişim stratejileri takip ederek birinci aşamaya ilişkin önemli adımlar atmaktadır. Ancak ikinci aşamada sağlık hizmeti üreten kurumlarının sevk ve idaresinde, yapısal dönüşümlerin karar ve uygulama aşamalarında örgüt içi iletişime gereken önemin verildiğini söylemek mümkün değildir.

Sağlık kurumlarında kurumsal iletişimin işlevselliği sağlık hizmet sunumunu doğrudan etkileyen bir unsurdur.

¹ İnci Çınarlı, Sağlık İletişimi ve Medya, 2008

² Tuğrul Erbaydar, "Halk Sağlığı Açısından Sağlık İletişimi" C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi 2003 Özel Eki S.45

³ R. Selçuk Tabak, "Sağlık İletişimi" s.30



Örgütsel düzeyde sağlıklı yürütöleyen iletişim sistemin işlerliğine zarar verecektir. Sağlık kurumlarında hasta-hekim ikilisinin sağlıklı iletişimi hizmet kalitesi için ne denli önemli ise, kurum içi iletişim sürecinin işlerliği de o denli önemlidir. Bu nedenledir ki, sağlık gibi hayati bir alanda insan hayatına verilen değer nispetinde, sağlık kurumlarında hizmet üreten çalışanların sosyo ekonomik ve sosyo psikolojik durumu üzerinde de hassasiyetle durulması gerekmektedir.

Sağlık Bakanlığının 2010 yılı Haziran ayında çıkardığı Sağlıkta İnsan Gücü Durum Raporunda sağlık hizmet-

lerinin nitelikli sunumunda insan gücü en önemli değer olarak vurgulanmakta, sağlık hizmeti sunan personelin her düzeyde eğitim ve donanımının sağlanmasının önemine işaret edilmektedir.⁴

Bakanlığın sağlık insan gücünün profesyonelleşmesi ve nitelikli sağlık hizmeti üretmesi konusunda kaydettiği aşama ile hedeflerin ne ölçüde uyuştuğu önemlidir. Ülkemizde, son 8 yıl içinde uygulanmakta olan Sağlıkta Dönüşüm Programının, halkın sağlık hizmeti alım koşulları konusunda oluşturduğu fark, çarpıcı bir başarıyı ortaya koymaktadır. İstatistikler, yetersiz istihdam kaynağına rağmen sağlık hizmeti

sunumunda ciddi artışlar yaşandığını göstermektedir. Bu başarı siyasi irade tarafından haklı olarak sahiplenilmektedir. Sağlıkta gerçekleştirilen yapısal dönüşüm ve vatandaş memnuniyetinde hedef tutturulduğu gibi, bu hedeflere ulaşmada insan gücünün de etkin şekilde kullanıldığı görülmektedir.

Ancak, toplumun siyasal tercihlerine etki edecek düzeydeki bu başarının sahibi olan reformist iradenin bugüne kadar gereğince üzerinde durmadığı, çalışan odaklı bir takım kurumsal sorunların, süreç içinde büyüdüğü ve derinleştiği gözlenmektedir.

Sağlık Çalışanlarının SDP'na Bakışı

Çeşitli araştırmalar, Sağlıkta Dönüşüm Programı ile önlere çıkan yeni duruma karşı sağlık çalışanlarında yaygın bir güvensizlik duygusu geliştiğini ortaya koymaktadır.⁵ Sağlık çalışanlarının ekonomik hakları açısından bakıldığında, Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında, çalışanların gelirlerinde önemli düzeyde yükselme olduğu görülmektedir. Ancak buna rağmen çalışanlar, değişim sürecini neden gelecekleri adına kaygı verici bulmaktadır?⁶ Böyle bir başarı neden sağlık çalışanları tarafından paylaşılmamakta, aksine mesleki/kurumsal bağlılıkları ve

motivasyonlarında yıpranma yaşanmaktadır. Sağlıkta dönüşümün arkasında neden mutlu ve geleceğe güvenle bakan bir sağlık emeğinin durmadığı sorgulanması gereken bir husustur.

Sağlıkta Dönüşüm Programına karşı sağlık çalışanlarında genel olarak; doğru veya yanlışlığına, haklı veya haksızlığına bakılmaksızın bir psikolojik direnç geliştirme, değişime karşı

tutucu bir refleks gösterme, gelişmeleri anlamlandırma ve konum belirleme sürecinde, mağdur psikolojisi içinde hareket etme eğilimi gözlenmektedir. Yaşanan değişim süreci çalışanlarda



⁴ Sağlık Bakanlığı, "Sağlıkta İnsan Gücü Durum Raporu", Haziran 2010

⁵ Sağlıkta Kadın Emeği Araştırması, Sağlık-Sen 2010

⁶ a.g.e

endişe oluşturmaktadır. Bu nedenle insani bir duyguyla kendi geleceklerini ve çıkarlarını koruma güdüsü içinde hareket etmektedirler. Sağlık emeği, nitelikli sağlık hizmet sunumunda en

önemli değer olarak kabul ediliyorsa, başarıya ulaşmak ve başarıyı kalıcı kılmak için doğru olan sağlık emeğini sürecin paydaşı haline getirmek ve kurum içi iletişimi işlevsel hale getirerek

sürecin sahiplenilmesini sağlamaktır. Bunun için de iç ve dış faktörlerin süreç içinde oluşturduğu psikolojik duvarları görebilmek ve tedbir almak önem arz etmektedir.

SDP Kurumsal Kültürü Değiştiremedi

Hükümet, geleneksel bürokratik yapının temsil ettiği devlet algısını değiştirme hedefini öteden beri "hakim devletten hadim devlete dönüşüm" şeklinde açıklamaktadır. Ancak bu politik vizyonun sağlığın kurumsal yapılanmasına ne ölçüde yansıdığı üzerinde düşünmek gerekmektedir. Örneğin sağlık kurumlarında yönetim algısında bir değişim yaşanmış mıdır? Katılımcı devlet modeline uygun bir iç yapılanmaya ihtiyaç duyulmuş mudur? İnanç ve hedef paylaşımı konusunda kurumsal bütünlük sağlanması önemsenmiş midir? Politik kararlar ve yapısal değişimler hayata geçirilirken, sağlık çalışanları ile yönetsel güç arasında pozitif etkileşimi sağlayacak, örgüt içi iletişim mekanizması işletilmiş midir?

Deming, bir organizasyonda yaşanabilecek sorun veya aksaklıkların yüzde 6'sının çalışanların uygulamadaki hatalarından, yüzde 94'ünün ise sistemden ya da o an için geçerli olan yönetim anlayışından kaynaklandığını söylemektedir.⁸ Sağlık kurumlarına baktığımızda ise bu görüşün tam tersi bir algı söz konusudur. Örneğin, sağ-

Sağlık hizmetlerinin sunumu sürecinde yaşanan sistemsel ve kurumsal dönüşümlerin tanıtımı ve hedef paylaşımı noktasında, örgüt içi iletişimi güçlendirme yerine, geleneksel yöntemler yani genelgeler, yönergeler, yönetmelikler yeterli görülmektedir. Geleneksel yönetim alışkanlıkları, sağlık çalışanları ile yönetim kademelerinde empatiyi gittikçe dışlayan, güven bunalımını ve tepki psikolojisini geliştiren bir iletişimsizlik sürecini beslemektedir.

lık kurumuna başvuran vatandaş, kurumsal bir nedene bağlı olarak ihtiyacı karşılanamadığı zaman tepkisini o an muhatap olduğu sağlık çalışanına gös-

termektedir. Hatta o sağlık çalışanını, asıl şikayetçi olunması gereken kişiye yani kurum yöneticisine şikayet etmektedir.

Sağlık çalışanları, sağlık hizmeti sürecinde sistemden ve yönetim anlayışından kaynaklanan sorunlar nedeniyle tepkilere hatta şiddete kadar varan muamelelere muhatap olmasına karşın, bu sorunlara temel teşkil eden kurumsal politikalar ve uygulamalarda kendisinden rıza beklenen emek konusunda tutulmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin sunumu sürecinde yaşanan sistemsel ve kurumsal dönüşümlerin tanıtımı ve hedef paylaşımı noktasında, örgüt içi iletişimi güçlendirme yerine, geleneksel yöntemler yani genelgeler, yönergeler, yönetmelikler yeterli görülmektedir. Geleneksel yönetim alışkanlıkları, sağlık çalışanları ile yönetim kademelerinde empatiyi gittikçe dışlayan, güven bunalımını ve tepki psikolojisini geliştiren bir iletişimsizlik sürecini beslemektedir. Vakıya, sağlık kurumlarında yönetim kademeleri, çalışanları için mesleki motivasyonlarını

⁷ Ulvi Saral "Kamu Yönetiminde Yeniden Yapılanma" s.28

⁸ a.g.e., s.173



ve kurumsal bağılıklarını güçlendirme amaçlı "kişisel gelişim, iletişim ve empati seminerleri" düzenlemektedir. Ancak bu eğitimlerin mevzuatı uygulama zorunluluğunun ötesine taşan ne tür başarılı sonuçlar getirdiğine dair ise somut veriler bulunmamaktadır. Bakanlığın sağlık insan gücünün eğitimi projesiyonuna bakıldığında ise, sağlık hizmetlerinin niceliği ve niteliğini geliştirme hedefinin, çalışanların sosyo-psikolojik sorunlarıyla mücadeleyi öngörmediği anlaşılmaktadır. Bu eğitim programlarının kurumların ilgi alanlarında uzmanlaşmayı sağlamak ve işgücünün mesleki niteliğini artırmak temelinde planlandığı görülmektedir. Bakanlığın hizmet içi eğitim faaliyet programında sağlık kurumlarındaki kurum içi iletişimi güçlendirme, meslek gruplarını anlama ve eş değer motivasyon sağlama gibi amaçlara yeterince yer verilmemektedir. Yıllık eğitim planı içinde yer verilen empati ve iletişim seminerlerinin sadece

personele yönelik planlandığı, bürokrat ve idareciler için böyle bir ihtiyacın hissedilmediği görülmektedir.

Her işyerinde çalışma koşullarını, kurumsal hiyerarşiyi, haklar ve sorumlulukları belirleyen belirli kurallar olması doğaldır. Bu kurallar nitelik itibarıyla, üretim sürecini verimli hale getirecek, çalışma huzur ve barışını sağlayacak özellikte olmalıdır. Sağlık kurumlarında ise devlete ait diğer kamu kurumlarında olduğu gibi, mevzuatın düzenleyiciliğinden çok, mevzuatın tahakkümünden bahsetmek daha doğru olacaktır. Çağdaş ve hakkaniyetli normlar içermediği sürece çalışanların tabi olduğu mevzuat, hizmet üretim sürecine ve ekip motivasyonuna zarar verecektir. Örneğin, aynı kurumda aynı görevi yapan iki sağlık çalışanından kadrolu olana tanınan giyim yardımı hakkı, mevzuatta olmadığı için sözleşmeli statüde çalışan personele verilmemek-

tedir. Yine sözleşmeli personel, kadrolu mesai arkadaşının sahip olduğu çeşitli ekonomik ve sosyal haklara ulaşabilmek için yargı yoluna başvurmaktadır. Bu tip davalarda idare, dava konusu tasarrufuna gerekçe olarak, "hizmet sözleşmesinde veya ilgili mevzuatta yer olmamasını" göstermektedir. Yani sosyal bir hak, bürokratik karar mekanizması içinde, adalet ve eşitliğe aykırı bir uygulamaya dönüşmektedir. Buna benzer uygulamalar nedeniyle sağlık çalışanlarının kurumsal yapı ile bağı zayıflamaktadır. Sağlık kurumlarında idarenin tasarruflarından kaynaklanan nedenlere bağlı olarak, hekim-hekim dışı çalışan, sözleşmeli-kadrolu, ebe-hemşire, hekim kökenli yönetici-hekim kökenli olmayan yönetici gibi pek çok çatışma alanı gelişebilmektedir.

Örneğin çalışanların ortak katkısı ile oluşan döner sermayeden çalışanlara ayrılan payın dağılımı özellikle

Her işyerinde çalışma koşullarını, kurumsal hiyerarşiyi, haklar ve sorumlulukları belirleyen belirli kurallar olması doğaldır. Bu kurallar nitelik itibarıyla, üretim sürecini verimli hale getirecek, çalışma huzur ve barışını sağlayacak özellikte olmalıdır. Sağlık kurumlarında ise devlete ait diğer kamu kurumlarında olduğu gibi, mevzuatın düzenleyiciliğinden çok, mevzuatın tahakkümünden bahsetmek daha doğru olacaktır.



hekim dışı personel açısından bir gerginlik kaynağıdır. Sağlık-Sen'in ebe ve hemşirelere yönelik 2010 yılı başında gerçekleştirdiği kamuoyu araştırmasında, performans sisteminin hekim odaklı olmasının çalışma şevkini kırdığını söyleyenlerin oranının yüzde 64.4 olduğu ortaya çıkmıştır. Yine araştırmaya göre, ebe ve hemşireler döner sermaye adaletsizliğinin çözülmesini öncelikli talepleri olarak beyan etmektedir.⁹

Sağlık alanında ses getiren en büyük yeniliklerden birisi olan Tam Gün Yasasında hekimlere verilen döner sermaye gelirlerinden bir kısmının emekliliğe yansması hakkı, diğer sağlık çalışanlarında rahatsızlığa neden olmuştur. Aile hekimliği uygulamasında hekim dışı personelin aile sağlığı elemanı olarak tanımlanmasını da mesleklerine karşı saygısızlık ve ayrımcılık olarak kabul eden çalışan sayısı oldukça faz-

ladır. Buna benzer pek çok ayrışma ve çatışma doğurucu örnekler çalışanlar arasında sisteme duyulan güvensizliği yaygınlaştırmaktadır. Bu nedenle, buyurgan yönetim anlayışının tüm çalışma düzenini yeniden organize etme hedefine karşı çalışanlar da kendilerini sisteme karşı yalnız ve korumasız hissederek, geleceğini koruma güdüsüyle direnç geliştirmektedir.

Sonuç ve Öneriler

Sağlıkta Dönüşüm Programının, istihdam stratejilerinden sağlık hizmetinin fiziksel, sosyal ve teknolojik kapasitesinin geliştirilmesine, performans sisteminden aile hekimliğine kadar ortaya koyduğu yeniden yapılanma projesi içinde, çağımızın başarısının anahtarı olarak öne çıkan katılımcı yönetim anlayışı bir hedef olarak konulmuş olsa da, uygulamada genel olarak böyle bir değişim eğiliminden bahsetmek mümkün değildir. Sağlık alanında kurumsal iletişime gereken önem verilmemiştir. Sağlık hizmetleri sunumunun çağdaş düzeye erişmesi hedefiyle radikal değişimler getiren Sağlıkta Dönüşüm Programı, çalışma koşulları ve haklar noktasında getirdiği yenilikler nedeniyle sağlık çalışanlarını da yakından ilgilendirdiği halde, sağlık çalışanları kendi gelecekleri ile ilgili kararlarda gelişmelerin dışında tutulmaktadır.

Sağlık alanında belirlenen hedeflere başarıyla ulaşmak ve başarıyı kalıcı kılmak için doğru olan, sağlık emeğini

Sağlık alanında kurumsal iletişime gereken önem verilmemiştir. Sağlık hizmetleri sunumunun çağdaş düzeye erişmesi hedefiyle radikal değişimler getiren Sağlıkta Dönüşüm Projesi, çalışma koşulları ve haklar noktasında getirdiği yenilikler nedeniyle sağlık çalışanlarını da yakından ilgilendirdiği halde, sağlık çalışanları kendi gelecekleri ile ilgili kararlarda gelişmelerin dışında tutulmaktadır.

sürecin paydaşı haline getirmek ve kurum içi iletişimi işlevsel hale getirerek süreci sahiplenmesini sağlamaktır. Bu nedenle sağlık kurumlarında hizmet üreten çalışanların sosyo ekonomik ve sosyo psikolojik durumu üzerinde de hassasiyetle durulması gerekmektedir.

Sağlık çalışanlarının kaygılarını giderecek ve sisteme olan güvenini geliştirecek iletişim stratejileri geliştirilmelidir.

Sağlık kurumlarında yönetim algısı değişmeli ve katılımcı yönetim modeli uygulanmalıdır.

Yıllık eğitim planı kapsamında bürokrat ve idareciler için de empati ve iletişim seminerleri yer almalıdır.

Sağlık mevzuatı, sağlık üretim sürecini verimli hale getirecek, çalışma huzur ve barışını sağlayacak çağdaş bir niteliğe kavuşturulmalıdır.

⁹ Sağlık-Sen 'Sağlıkta Kadın Emeği Araştırması', Mayıs 2010



Behçet Hastalığını İlk Tanımlayan Dermatologumuz: Ord. Prof. Dr. Hulusi Behçet



Prof. Dr. Hulusi Behçet, bugün kendi adıyla Behçet hastalığını tanımlayan ilk hekimimizdir. Tıbbın gelişmesine önemli katkılar sunan Behçet, Türk akademisinde profesör unvanını da alan ilk kişidir.

Türkiye'nin ve dünyanın en büyük dermatologlarından olan Hulusi Behçet, 20 Şubat 1889'da İstanbul'da doğdu. Çocukluğundan itibaren hayatı mücadele içerisinde geçen Behçet, erken yaşta da annesini kaybetti ve büyükannesi tarafından büyütüldü.

Babasının Şam'daki işleri dolayısıyla ilk eğitimi o dönemler Şam'da yaptı. Tıp eğitimini Gülhane Askeri Tıp Akademisi'nde alan Hulusi Behçet, bu eğitimini 1910'da tamamladı. 1914 yılına kadar Gülhane Dermatoloji Kliniğinde ihtisas yaptı. 1914-1918 yılları arasında; önce Kırklareli

Askeri Hastanesi'nde başhekim yardımcısı olarak, ardından Edirne Askeri Hastanesi'nde dermatoloji mütehassısı olarak bulundu. 1918'de 1. Dünya Savaşı'nın bitişiyle beraber bilgi ve tecrübesini artırmak amacıyla yurt dışına çıkarak Budapeşte ve Berlin'deki hastanelerde yaklaşık 1 yıl çalıştı. Ardından 1919'da tekrar Türkiye'ye döndü.

Türkiye'de önce bir süre serbest olarak çalıştıktan sonra, sırasıyla Hasköy Zührevi Hastalıklar Hastanesi başhekimliği ve Vakıf Guraba Hastanesi Dermatoloji Uzmanlığı görevlerini yürüttü. 1933'de İstanbul Tıp Fakültesi Deri Hastalıkları ve Freng Kliniği'ni kurdu ve profesör oldu. Profesör unvanını alan ilk Türk akademisyeni olan Hulusi Behçet, 1939 yılında ise bu kez aynı üniversitenin aynı bölümünde ordinarius profesör unvanını aldı.

Hulusi Behçet, yıllar boyunca şark çıbanı, arpa uyuzu, ham incir dermatidi ve mantar hastalıkları gibi çeşitli dermatoloji konularını inceledi ve bu konular üzerine yurt içinde ve dışında pek çok makale yayımladı. Ancak onu dünya çapında üne kavuşturan ve geniş kitlelerce tanınmasını sağlayan asıl çalışması kendi adıyla anılan yeni bir hastalığı tanımlamasıydı: Behçet Hastalığı!

1937 yılında ağız ve gözlerinde iltihaplanma ile genital bölgesinde yaralar olan üç hastasının bu şikayetlerinin bilinen hastalıklardan farklı olduğunu düşündü. Aslında eskiden beri var olan bu hastalık, belirtilerin farklı hastalıklar şeklinde yorumlanması nedeniyle o güne kadar fark edilememişti. Hulusi Behçet konuya ilişkin makalesini yayımlayıp bu belirtilerin yeni ve farklı bir hastalığa ait belirtiler olduğunu bildirdiğinde, başlangıçta çok da kabul görmedi. Farklı uzmanlık alanlarındaki hekimler bu



1934 yılında Soyadı Kanunu'nun çıkmasıyla birlikte ünlü dermatologa parlak ve zeki anlamına gelen Behçet soyadı verildi. Behçet, aynı zamanda babasının da ismiydi.

belirtileri farklı şekillerde yorumladılar. Ancak kısa süre sonra dünyanın çeşitli bölgelerinden farklı bilim adamları buna benzer belirtilere sahip hastalarını bildirdikçe ve zamanla Hulusi Behçet de hastalıkla ilgili yeni araştırmalarını yayımladıkça, hastalık tüm dünya tarafından kabul edilmeye başladı. Bildirilen vaka sayılarının artması ve hastalığın git gide daha şiddetli bir şekilde ortaya çıktığının görülmesiyle Behçet Hastalığı daha da önem kazandı. Behçet hastalığı bilinen bu ismi dışında; "Behçet Sendromu", "Trisymptom Behçet" ve "Morbus Behçet" gibi isimlerle de anılıyor.

Tüm dünyaya tanıttığı Behçet Hastalığı sayesinde tüm dünya tarafından tanınan Hulusi Behçet, bunun dışında 196 kalıcı eser bıraktı. Ortaya koyduğu tüm bu çalışmalarla çağa damgasını vuran bilim adamı, geçirdiği bir kalp rahatsızlığı sonucu 8 Mart 1948'de vefat etti.

Kitapları

• Behçet H. Frengi Dersleri. İstanbul, Akşam Matbaası, 324 sh, 1936.

• Behçet H. Klinikte ve Pratikte Frengi Teşhisi ve Benzeri Deri Hastalıkları. 450 sh. (ayrıca 130 sh. Resim), İstanbul, Kenan Basımevi, 1940.

Bazı Monografileri

• Behçet H, Hodara M. Etude histologique expérimentale sur le sublimé appliqué sur la peau normale. Monografi, 55 sh., Keçecian Matb., İstanbul, 1921.

• Behçet H, Hodara M. Recherches sur la pathogénie de la dermatose produites par les poussières d'orge altérées. Monografi, İstanbul, 1921.

• Behçet H, Hodara M, Süreyya. Memleketimizde Arpa Uyuzlarının Menşei Hakkında Etüdlr. Monografi, 58 sh., İstanbul, 1927.

• Behçet H. Frengi Niçin Ayıp Görülür, Frengiyi Neden Gizli Tutmak Adet Olmuştur. Tabiatla Ayıp Denilen Hastalık Var mıdır?, Monografi, 13 sh., Belediye Basımevi, İstanbul, 1935.

• Behçet H. Frengi tarihi ve geçirdiği devirler. Üniv. Haft. Ist. Üniv. Yayın., No : 47, Ist. 1937.

Kaynakça:

1. Behçet H. İncir dermatitleri hakkında. Deri Hast Frengi Kl Arş 1934; 1: 300-302.
2. Behçet H. Dermate de Figue et Figuer. Bull Soc Fran Derm Syph 1933; 40; 787-792.
3. Yazıcı H. Hulusi Behçet Yağmacı Değildi. Cumhuriyet Bilim Teknik 2 Ocak
4. Yemni O. Ord. Prof. Dr. Hulusi Behçet. Deri Hast Frengi Arş 1964; 1: 58-59.

www.hulusibehcet.net - http://tr.wikipedia.org - www.forumezi.net



Prof. Dr. Nil SARI
İstanbul Üniversitesi

Osmanlı dönemi tıp ahlâkının ölçüleri tıp yazmalarında, çok kere "vasiyet" adı altında ve dârüşşifâ vakfiyelerinde yer alır. İslâm ahlâkı ile İslâm tıbbına intikal eden Hipokrat tıbbının beraberinde getirdiği ahlâk anlayışının Türk kültürüyle yoğrulması, Osmanlı toplumu ve kurumları bünyesinde özelleşmiştir ve bunun en güzel örneklerini Osmanlı dârüşşifâların vakfiyelerinde buluruz.

Hastaya zarar vermeme ve yarar sağlama ilkesi doğrultusunda hekimin

uyması beklenen ahlâk ölçülerine dayanan Osmanlı tıp ahlâkı, sağlık çalışanlarının eylemlerinin sonucuna odaklanır. Hekim-hasta ilişkisi çerçevesinde tanımlanan bu ahlâk ölçüleri, hekimlerin uyması gereken doğru tutum ve davranışlar olarak "vasiyet" adı altında öğütler şeklinde verilir, içerdiği ahlâk ölçüleri bakımından normatif etik kapsamına giren Osmanlı tıp ahlâkı, sağlık çalışanlarının eylemlerinin belirli ahlâk yükümlülükleri ile yönlendirilmesi bağlamında ise bir ödev ahlâkıdır; fakat, aynı zamanda ahlâk yükümlülüklerini

uygulayacak olan hekimin yaradılışından gelen iyi kişilik özelliklerine erdemli olmasına ve dolayısıyla da hekime güvene dayandırılan bir ahlâk düşüncesidir.

Erdemler ahlâkı olarak tanımlanabilecek bu yaklaşımda, ödev gereği uyulması gereken ilke ve kurallar hekimden soyutlanmaz ve bir hekimin kişiliğinde olması beklenen erdemli özellikler olarak ifade edilir. Bir hekimin "örnek" kişi olması, ahlâklı davranmaya, erdemli olmaya yatkın kişi olması beklenir. Bir he-



Padişahların
ilaç kutusu

I.Ü. Tıp
Fakültesi
Tıp Tarihi ve
Deontoloji Ana
Bilim Dalı Sergi
Salonu



likler" ve "eylemler" öne çıkarılır. Arşiv belgelerinde bu eğilimin kanıtlarını bulmak mümkündür. Halkın, birey ve toplum olarak sağlığıyla ilgili resmî ve adlî kararlarda ise Osmanlı tıp ahlâkının uygulamaya yansması bulunur.

Osmanlı kaynaklarında, uygulamada ortaya çıkabilecek çatışmaları ve sorunları önleme amacıyla tedbir alınmasına yönelik bazı kurallar da bulmaktayız. Bunlar, tıp eğitimi verilecek kişiler-

de olması gereken ahlâk niteliklerinin/ özelliklerinin belirlenmesi, yani belirli ahlâk ölçülerine uyan tutum ve davranışlara sahip olanların tıp eğitimine kabul edilmesi ve hekim olduktan sonra

da, dârüşşifâ vakfiyelerinde belirlenen ahlâk ölçülerine uyan; bilgi, beceri ve deneyime sahip sağlık görevlilerinin işe tayinini ön görme şeklindeydi. Osmanlı arşiv belgelerinde tespit edilen ve bir sağlık mensubunun bir darüşşifaya tayininde ya da dükkân açma izni verilmesinde gerekçe olarak sunulan, "tababette hazakat ve mahareti nümâyan olmağla"; "cerahatte maharet ve kabiliyetine şahit olunduğundan"; "maharetine binaen"; "üstâd-ı kâmil cerrah"; "hizmet-i mezbûre müstahak" gibi ifadeler birer liyakat, yani görevi hak edene verme kaygısını yansıtır. Hasta - sağlık çalışanı - kurum - devlet-toplum arasında ortaya çıkan ahlâk sorunlarının çatışmalarını ve çelişkilerin çözümüne ve gerekçelerine ait belgeleri devlet arşivlerinde ve kadı sicillerinde buluruz. Benzer vak'alarda verilen kararlarda gözlenen bazı farklılıklar, özel hukuk uygulamalarına örnektir.

Tıp yazmalarından ve arşiv belgelerinden tespit edilen ahlâk ölçüleri, benzer yükümlülükler ödevler ve haklar etrafında yoğunlaşıp, 'neyin, ne zaman, nasıl olması gerektiği' şeklinde yol gösterici ve yönlendirici olmakla birlikte, XIX. yüzyıla kadar resmî yönetmelikler olarak şekillenmemiştir. Buna karşılık, her bir sultan kanunu ve buyruğu birer örnek teşkil eder ve belgelerde rast geldiğimiz, "kanun üzere" ifadesiyle verilen kararlara dayanak oluştururdu. Böylece, ödev ve sorumluluklar ile haklar, madde madde belirtilmese de, bir çerçeveye oturtulabilmiştir.

Hekimin
Hastayı
muayene
etmesi

I.Ü. Tıp
Fakültesi
Tıp Tarihi ve
Deontoloji Ana
Bilim Dalı Sergi
Salonu



"Hekim" tanımı içinde tabip, cerrah ve kehhâl (göz hekimi) olarak başlıca üç uzmanlık alanı olmakla birlikte; kırık çıkıkçı, aktar, şerbetçi, macuncu, ebe, hacamatçı, sünnetçi, tımarcı, fıtıkçı gibi çeşitli adlarla anılan sağlık çalışanları vardı. Ancak, uygulamada meslekler arasında kesin bir ayırmadan her zaman söz edemeyiz. El becerisi isteyen uygulamalar usta-çırak yolu ile ve bazen de babadan oğula geçen bir sanat olarak yürütülürdü. El mahareti gerektiren cerrahlığı ve göz hekimliğini uygulayanlar sanat/zanaat erbabı sayıldığından, el becerilerinin öğretildiği saray okulunun ehl-i hiref (sanat erbabı) teşkilatında cemaat olarak yer alırlardı. Tabipler ise görmeleri beklenen teorik eğitim ve bilgi alanları ile el becerisine dayanmayan tedavileri dolayısıyla bu teşkilatta yer almazlardı. Dolayısıyla, tabipler dükkân, yani muayenehane sahibi olsalar da onlardan beklenen ahlâk ölçüleri, sanatını uygulayan esnaf teşkilâtı mensupları ile bir tutulamaz ve Osmanlı öncesi, Abbâsî ve Selçuklu esnafının ahlâkî yol göstericisi olan fütüvvetnamelerde sözü edilen ahlâk değerlerini Osmanlı tabipleri için genellemek doğru değildir. Ancak, bir kültür birikimi olarak fütüvvet ahlâkının ahî teşkilâtına etkilerinden söz edebiliriz.

Hastaya Zarar Vermemek ve Gereken Özeni Göstermek

"İnsanların en hayırlısı, insanlara faydası dokunandır." hadîsi gereği, sağlık çalışanının öncelikle hastasına



Mâlihülyâ hastasının dağlamayla tedavisi.
Sabuncuoğlu, Cerrâhiyetü'l-hâniyye, Millet Ktp., Ali Emîri, Tıp, nr. 79, vr. 23^o

yarar sağlaması beklenirdi. Hekime verilen tıp sanatı insanlara faydalı olmayı sağladığından, sanatların en şerefisi sayılırdı.

Hekim, özenerek tedavi etmek ve böylece hastaya zarar vermektan, tedavide kusur işlemekten kaçınmakla yükümlüydü. İbn Şerif'in, "Hastaya verilecek şerbetlere, ilâçlara ve ona bakacak olanlara ihtiyat etmeli... Eğer verdiği ilâç hatalı ise o yoldan çabucak dönmeli" kuralı ve Abbas Vesim'in, "Her hastaya ihtimamı kendi hakkında olan ihtimamı gibi ola. Zira ihtimam bulunmadığı surette hastanın ölümüne sebep olmak muhtemeldir." kuralı, hastaya zarar vermemek için itina gösterilmesini vurguluyor.

Cerrahî müdahalelerde zarar verme olasılığı arttığından, el yazmalarında ve

dârüşşifâ vakfiyelerinde cerrahın mahir becerikli ve usta olma beklentisi öne çıkarılır. Örneğin, İbrahim b. Abdullah, "Cerrahın eli uz (becerikli), gönlü tuz (tez) gerektir." der; ve çocuklarla yaşlılara daha da itina göstermek gerektiğini ayrıca vurgular; "Hem fark ide, masumu ve yaşluyu gözete. Her birine göre ilâcın ide. Zira ki cerrahlık dedikleri bir parmak baldur ve bir tas ağudur (zehirdir), ana göre debrene (hareket ede)." Cerrahî müdahalelerdeki tehlikeye dikkati çeken Sabuncuoğlu da Cerrâhiyetü'l-hâniyye'de, "Hatalı işler çoktur, onları bildirelim, ta ki hata edip de isyanla karşılaşmayasm.;" "Hepsinde zarar vardır ve korku eksik değildir." diyerek cerrahî girişimdeki kusur ve zarar olasılığının yüksekliğine dikkat çeker.

Not: Bu yazı Osmanlılarda Sağlık – 1 adlı kitaptan derlenmiştir.



Sağlık ve Sosyal Hizmet Kolunda...

(Eylül - Aralık 2010)

Kamu Çalışanlarına Toplu Sözleşme Hakkı

12 Eylül 2010: Kamu çalışanları yüzde 58 evet oyu ile halktan destek alan Anayasa'nın bazı maddelerinde değişiklik öngören referandum ile birlikte toplu sözleşme hakkı elde etti.

Riskli Birimlere Sunulan Hizmet Riskli

Birim Katsayısından Hesaplanacak

20 Eylül 2010: Sendikamızın açtığı dava sonucu Danıştay sağlık çalışanlarının riskli birimlere verdikleri hizmetleri riskli birim katsayısından değerlendirmeyen Bakanlık genelgesini iptal etmişti. Sağlık Bakanlığı da sendikamızın hukuk zaferi sonrası yeni bir genelge yayınlayarak, sağlık çalışanlarının riskli birimlere verdikleri hizmetlerin riskli birim katsayısından değerlendirileceğini duyurdu.

SHÇEK çalışanları Milli Eğitim Bakanlığının Sosyal

Tesislerinden İndirimli Yararlanabilecek

24 Eylül 2010: Yetkili sendika olarak SHÇEK'te katıldığımız KİK toplantısında gündeme getirdiğimiz SHÇEK personelinin Milli Eğitim Bakanlığına bağlı sosyal tesislerde indirimli yararlanmalarıyla ilgili protokol imzalandı. Söz konusu protokole göre; Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu çalışanları ile eş ve çocukları, Milli Eğitim Bakanlığınca her yıl belirlenen bandrol ücreti ve üye aidatını ödedikleri takdirde öğretmenleri, öğretmenevi ve akşam sanat okulları, öğretmen lokalleri ve sosyal tesislerinden üye statüsünde yararlanabilecekler.

Sağlık Bakanlığındaki Mesai Sorununu Yargıya Taşдық

27 Eylül 2010: Sendikamız kesintisiz hizmet sunan sağlık çalışanlarının günlük çalışma sürelerini 8 saatten 9 saate çıkararak Bakanlık Genelgesi'nin iptali için Danıştay'a dava açtı.

Tüm Branşlara Lisans Tamamlama İçin

Çalışmalarımız Devam Ediyor

30 Eylül 2010: YÖK Başkan Vekili Prof. Dr. Yekta Saraç ile görüşen Genel Başkanımız Mahmut Kaçar ve Genel Merkez Yöneticilerimiz, sağlık teknikerliği bölümü mezunlarının sağlık

memurluğu lisans tamamlama programından yararlanması ve tüm branşların sağlık lisansiyerliği adı altında bir programla lisans tamamlama imkanı tanınması taleplerini iletti.

Sağlık Bakanlığından Röntgen ve Laboratuvar

Çalışanlarıyla İlgili Açıklama

30 Eylül 2010: Sağlık Bakanlığı sendikamıza gönderdiği yazıda tek röntgen ve laboratuvar bulunan hastanelerde acil servis-polikliniklere verilen hizmetlerin karşılığının riskli birim katsayısından verileceğini açıkladı.

Üyelerimize Yüksek Lisans İmkanı

7 Ekim 2010: Sendikamız Zirve Üniversitesi ile yaptığı protokol, üyelerimize Sağlık Kurumları İşletmeciliği Programı'nda yüksek lisans yapma imkanı sundu.

Döner Sermayeli Personel, Genel Bütçeye Geçti

8 Ekim 2010: Sağlık Bakanlığında istihdam farklılıklarından kaynaklanan sorunlar karşısında etkin bir mücadele ortaya koyan sendikamızın ısrarlı takibi sonucu, maaşı döner sermayeden karşılanan 4/A kapsamındaki personelin genel bütçeye geçirilmesi sağlandı. Böylece Sağlık Bakanlığı bünyesinde çalışan 2506 hemşire ve 693 sağlık memuru olmak üzere toplam 3199 personel genel bütçeye geçmiş oldu.

Sendikamızdan Döner Sermaye Yönetmeliği'ne Dava

18 Ekim 2010: Sendikamız tarafından Sağlık Bakanlığında döner sermaye ek ödemelerinin dağılımında yaşanan adaletsizlikler nedeniyle Danıştay'a açılan davada, sağlık ve yardımcı sağlık hizmetleri sınıfı dışında istihdam edilen 4/B ve 4/C'li sözleşmeli personel ile vekil ebe ve hemşirelerin döner sermayeye filen katkı sağladıkları halde döner sermaye ek ödemesi alamamasının hukuka aykırı olduğu belirtildi. Sendikamız, döner sermayeye katkı sunan tüm çalışanların ek ödeme hakkına kavuşabilmesi için, yönetmelikte "sağlık ve yardımcı sağlık personeli" ibaresiyle getirilen sınırlamanın iptalini istedi.

Sağlık Kurumları İşletmeciliği Yüksek Lisans Ön Kayıtları Başladı

22 Ekim 2010: Sendikamız ile Zirve Üniversitesi arasında imzalanan protokol çerçevesinde üyelerimiz için gerçekleştirilecek olan uzaktan öğretim "Sağlık Kurumları İşletmeciliği Yüksek Lisansı"na başvurular başladı.

Sağlık Bakanlığında Giyim Yardımları ile İlgili Duyuru

26 Ekim 2010: Sağlık Bakanlığı sendikamızın toplu görüşme kazanımlarından olan giyecek yardımlarının nakden ödenmesi ile ilgili bir duyuru yayımlandı.

Aylıksız İzne Ayrılan Sağlık Çalışanlarına Yapılan Ek Ödeme Açıklaması

3 Kasım 2010: Sağlık Bakanlığı, 657 Sayılı Devlet Memurları Kanununun aylıksız izinleri düzenleyen 108. maddesi uyarınca askerlik veya doğum nedeniyle aylıksız izne ayrılan personele yapılacak ek ödeme ile ilgili olarak yayımladığı genelgede, aylıksız izinde geçen sürelerin döner sermayeden "0" TL almış olarak kabul edilerek mahsuplaşmaya dahil edileceği ve mezkur hükümler çerçevesinde ek ödeme yapılacağı görüşü bildirdi.

Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet Cezasız Kalmadı

8 Kasım 2010: Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışan üyemize bir hasta yakını tarafından yapılan saldırı sonrası sendikamızın üyemiz adına açtığı davada Mahkeme, şiddete başvuranlara ders niteliğinde bir karar vererek, saldırganı 16 ay hapisle cezalandırdı. Cezayı 3 yıllık gözetim süresi içinde yeni bir suç işlememek kaydıyla erteleyen mahkeme, 6000 TL' de tazminata hükmetti.

Devlet Bakanı Hayati Yazıcı'yı Ziyaret Eттіk

23 Kasım 2010: Memur-Sen Genel Başkanı Ahmet Gündoğdu, Memur-Sen Genel Sekreteri ve Genel Başkanımız Mahmut Kaçar, Devlet Bakanı Hayati Yazıcı'yı ziyaret ederek, sağlık çalışanlarını ilgilendiren ek ödemede aylık mahsuplaşma ve 2010 toplu görüşmelerinde mutabakata varılan diğer konularda yasal düzenlemenin yılsonuna kadar çıkarılması talebinde bulundu.

Sağlık Çalışanlarından Sertifika Ücreti Alınmayacak

23 Kasım 2010: Sağlık Bakanlığı Maliye'nin uygun görüşü üzerine Valiliklere gönderdiği genel yazı ile Bakanlık ve üniversite hastaneleri personelinden kadro unvanı ve aldığı sertifika gereği görev yapacağı hizmet birimi dikkate alınarak sertifika ücreti alınmamasını istedi.

Maliye Müsteşarı Ağbal ile Görüştük

24 Kasım 2010: Genel Başkanımız Mahmut Kaçar ve Genel Mevzuat ve Toplu Görüşme Sekreterimiz Mustafa Kulluk'un da aralarında bulunduğu Memur-Sen heyeti Maliye Müsteşarı Naci

Ağbal ile görüştü. Ziyarete, ek ödemede aylık mahsuplaşmanın yıl sonuna kadar çıkarılması yönündeki talep iletildi.

Aylık Mahsuplaşma İçin Girişimlerimiz Sürüyor

30 Kasım 2010: Genel Başkanımız Mahmut Kaçar, TBMM'ye sevk edilen Torba Kanunu içinde ek ödemede aylık mahsuplaşma konusunun yer almaması üzerine TBMM'de Sağlık Bakanı Prof. Dr. Recep Akdağ ve TBMM Plan Bütçe Komisyonu Üyesi Prof. Dr. Necdet Ünivar'ı ziyaret etti. Genel Başkanımız görüşmede aylık mahsuplaşma konusunun da Torba Kanunda yer alması için Bakanlığın da girişimde bulunmasının önemli olduğunu aktardı.

Anayasa Mahkemesi Tam Gün'e İlişkin Gereçeli Kararını Yayımladı

4 Aralık 2010: Anayasa Mahkemesinin, 5947 Sayılı Üniversite ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun ile ilgili gereçeli kararı Resmi Gazete'de yayımlandı.

Sendikamızdan İlk Niteliğinde Hukuk Zaferi

7 Aralık 2010: Sendikamızın açtığı davada Mahkeme, sözleşmeli personelin eş durumu tayin talebini boş pozisyon bulunmadığı gerekçesiyle reddeden idarenin işleminin yürürlüğünü durdurdu.

Sendikamızdan Sağlık Bakanı Akdağ'a Ziyaret

09 Aralık 2010: Genel Başkanımız Mahmut Kaçar, sağlık çalışanlarının temel gündem konularını değerlendirmek amacıyla Sağlık Bakanı Prof. Dr. Recep Akdağ'ı makamında ziyaret etti.

Sosyologlar Teknik Hizmetler Sınıfına Geçti

10 Aralık 2010: Sendikamızın 2009 toplu görüşme talepleri arasında yer alan ve SHÇEK Kurum İdari Kurulu Toplantılarında da mutabakata alınan sosyologların Teknik Hizmetler Sınıfına geçişiyle ilgili Bakanlar Kurulu kararı Resmi Gazete'de yayımlandı.

Lojman ve Benzeri Komisyonlarda

Sendika Temsilcisi Bulunacak

14 Aralık 2010: Sendikamızın talebi doğrultusunda 2010 toplu görüşmelerinde mutabakata alınan lojman ve benzeri komisyonlarda, yetkili sendika temsilcisinin bulunması ile ilgili Başbakanlık Genelgesi yayımlandı.

Vekil Ebelere İzin Hakkı

17 Aralık 2010: Sendikamız açtığı davada Mahkeme, vekil ebelerin de yıllık, mazeret ve doğum izni gibi devlet memurlarına tanınan haklardan yararlanması gerektiğine karar verdi.

Genel Başkanımızdan Devlet Bakanı Kavaf'a Ziyaret

20 Aralık 2010: Sendikamız Genel Başkanı Mahmut Kaçar, SHÇEK'ten Sorumlu Devlet Bakanı Selma Aliye Kavaf'ı ziyaret ederek sosyal hizmet çalışanlarının sorunlarını görüştü.



Kaçar: Gerekçeli karardan garanti gelir çıktı

TAM Gün Yasası'nın bazı maddelerinin yürürlüğüne durdurulan Anayasa Mahkemesi, gerekçeli kararını açıkladı. Mahkeme gerekçeli kararında döner sermaye tavan oranları ile ilgili maddelerin yürürlüğüne, sağlık çalışanların döner sermayeden alacakları gelire ilişkin asgari bir garantiyi içermeyi için durdurulduğunu açıkladı. Mahkeme, bu durumun bireyin devletin işlem ve eylemlerine güven duymasını zedeleyici nitelik taşıdığına belirterek, Anayasanın 2. maddesi ile teminat altına alınan hukuki güvenlik ilkesine aykırılık teşkil ettiği değerlendirilmesinde bulundu.

Anayasa Mahkemesi 16 Temmuz 2010 tarihinde verdiği yürürlüğü durdurma kararıyla birlikte Hükümet'e yeni bir düzenleme için 9 aylık süre vermişti. Mahkemenin gerekçeli kararına göre hazırlanacak yasa taslağında döner sermaye tavan oranlarının da yer alması gerekiyor. Sağlık-Sen Genel Başkanı Mahmut Kaçar, Anayasa Mahkemesi'nin kararının sağlık çalışanları için büyük önem taşıdığına vurgu yaptı. Kaçar, Mahkemenin "döner sermaye sisteminin asgari garantisi gelir içermelidir" görüşünün sağlık çalışanlarına garanti gelirin yolunu açtığını söyledi.

Kaçar, Sağlık-Sen'in önerisiyle 2009 toplu görüşmelerinde mutabakata varılan ek ödemede aylık maaşuğlama hakkını, Anayasa Mahkemesi'nin gerekçeli kararında geçen as-

gari garanti gelir yorumuna karşılık geliri bir kazanım olduğunu belirterek, "Aylık maaşuğlama ile ilgili yasal düzenleme olmasa bile, sağlık çalışanları her ay maaşları ile birlikte 375 Sayılı KHK'de belirtilen ek ödeme oranlarında bir garanti geliri almış olacaktı" dedi.

"Serbest Çalışma Yasası Bilimsel Faaliyetlere Engel Değil"

Anayasa Mahkemesi, öğretim üyelerine muayenehanelerinde de çalışma imkanı tanıyan iptal kararını bilimsel özelliklere aykırılık gerekçesine dayandırmıştı. Sağlık-Sen Genel Başkanı Mahmut Kaçar, Anayasa Mahkemesi'nin bu gerekçesini ise zorlama bir yorum olarak değerlendirdi. Kaçar, "Yasanın kamuyla terfi eden hekimlerin serbest çalışma yasası getirilerek, bilimsel araştırma veya yayın faaliyetlerini kısıtlanmadığı ortadadır. Anayasa Mahkemesi'nin gerekçesinde öğretim üyelerinin muayenehanelerinde de çalışma imkanı tanıyan iptal kararını bilimsel özelliklere aykırılık gerekçesine dayandırmıştı. Bize göre kamuda çalışan hekimlerin alt olduğu yer hastanelerdir. Üniversitelerdeki öğretim üyelerinin alt oldukları yer üniversite hastaneleri ve tip fakültelerindeki derslikler olmalıdır" diye konuştu.

Gerekçeli karardan garanti gelir çıktı

Sağlık-Sen Genel Başkanı Mahmut Kaçar, Anayasa Mahkemesi'nin kararının sağlık çalışanları için büyük önem taşıdığına vurgu yaptı. Kaçar, Mahkemenin "döner sermaye sisteminin asgari garantisi gelir içermelidir" görüşünün sağlık çalışanlarına garanti gelirin yolunu açtığını söyledi.

TAM Gün Yasası'nın bazı maddelerinin yürürlüğüne durdurulan Anayasa Mahkemesi, gerekçeli kararını açıkladı. Mahkeme gerekçeli kararında döner sermaye tavan oranları ile ilgili maddelerin yürürlüğüne, sağlık çalışanların döner sermayeden alacakları gelire ilişkin asgari bir garantiyi içermeyi için durdurulduğunu açıkladı. Mahkeme, bu durumun bireyin devletin işlem ve eylemlerine güven duymasını zedeleyici nitelik taşıdığına belirterek, Anayasanın 2. maddesi ile teminat altına alınan hukuki güvenlik ilkesine aykırılık teşkil ettiği değerlendirilmesinde bulundu.

Anayasa Mahkemesi 16 Temmuz 2010 tarihinde verdiği yürürlüğü durdurma kararıyla birlikte Hükümet'e yeni bir düzenleme için 9 aylık süre vermişti. Mahkemenin gerekçeli kararına göre hazırlanacak yasa taslağında döner sermaye tavan oranlarının da yer alması gerekiyor.

Kaçar, Sağlık-Sen'in önerisiyle 2009 toplu görüşmelerinde mutabakata varılan ek ödemede aylık maaşuğlama hakkını, Anayasa Mahkemesi'nin gerekçeli kararında geçen asgari garanti gelir yorumuna karşılık geliri bir kazanım olduğunu belirterek, "Aylık maaşuğlama ile ilgili yasal düzenleme olmasa bile, sağlık çalışanları her ay maaşları ile birlikte 375 Sayılı KHK'de belirtilen ek ödeme oranlarında bir garanti geliri almış olacaktı" dedi.

SERBEST ÇALIŞMA YASASI BİLİMSEL FAALİYETLERE ENGEL DEĞİL

Anayasa Mahkemesi, öğretim üyelerine muayenehanelerinde de çalışma imkanı tanıyan iptal kararını bilimsel özelliklere aykırılık gerekçesine dayandırmıştı. Sağlık-Sen Genel Başkanı Mahmut Kaçar, Anayasa Mahkemesi'nin bu gerekçesini ise zorlama bir yorum olarak değerlendirdi. Kaçar, "Yasanın kamuyla terfi eden hekimlerin serbest çalışma yasası getirilerek, bilimsel araştırma veya yayın faaliyetlerini kısıtlanmadığı ortadadır. Anayasa Mahkemesi'nin gerekçesinde öğretim üyelerinin muayenehanelerinde de çalışma imkanı tanıyan iptal kararını bilimsel özelliklere aykırılık gerekçesine dayandırmıştı. Bize göre kamuda çalışan hekimlerin alt olduğu yer hastanelerdir. Üniversitelerdeki öğretim üyelerinin alt oldukları yer üniversite hastaneleri ve tip fakültelerindeki derslikler olmalıdır" diye konuştu.



Sağlıkta mesai sorunu yargıya taşındı

TAM GÜN Yasası'yla kesintisiz sağlık hizmeti sunulan hastanelerdeki mesai sorunu yargıya taşındı. Günlük 9 saat süren mesainin 8 saate inmesi beklenirken, bir genelge yayınlayan Sağlık Bakanlığı günlük mesainin başlangıç ve bitiş saatlerinin değişmeyeceğini, çalışan-



Sağlıkçıya 420 liralık döner sermaye müjdesi

Sağlık-Sen Genel Başkanı Mahmut Kaçar, Anayasa Mahkemesi'nin kararının sağlık çalışanları için büyük önem taşıdığına vurgu yaptı. Kaçar, Mahkemenin "döner sermaye sisteminin asgari garantisi gelir içermelidir" görüşünün sağlık çalışanlarına garanti gelirin yolunu açtığını söyledi.

Sağlık Bakanlığı 2011'de de de sınav açacak

SAĞLIK ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası (SAĞLIK-SEN), Sağlık Bakanlığında da görevde yükselme sınavı dirdi. Sendika Genel Başkanı Kaçar, 9 Aralık 2010'da Sağlık Bakanlığında ziyaret ettikleri hatırlanırken, 2 bin 830 kadro ihdas edilen görevde yükselme sınavı Akdağ'a teşekkürlerini iletti. Kaçar, açıklamasında, Akdağ'da yapılan sınavı kazanma işlemi bitirildikten sonra da görevde yükselme sınavı açısından ilgili birimlere talimat dirdiğini kaydetti. Ankara / aa

memurlar.net

ACI AKADEMİ 1. TÜRKİYE GENELİ DENETİM

Memurlar.Net | Dan | Forum | Kurs | Beceri | Soru/Cevap | Karar | Anket | Öye

Açıköğretim, Kamu Personeli, KPSS, Medya/San Haberler, Mesruat, Öğretmen, Özel Kurumlar, Sınavlar

Sağlık-Sen: Gerekçeli karardan, garantili gelir çıktı

3 Aralık 2010 22:05

TECRÜBE DOĞRU YÖNDE

- Tom Doyular
- Mahkemeye Kararları
- KPSS sınavları
- KPSS Robotları
- Öğretmen alımı
- 2010 Tahlisi
- 667 Tasarı
- Referandum
- Toplu görüşmeler

SAGLIK SEN

SAĞLIK VE SOSYAL HİZMET ÇALIŞANLARI SENDİKASI

Sağlık-Sen Genel Başkanı Mahmut Kaçar, Tam Gün Yasası'nın bazı maddelerinin yürürlüğüne durdurulan Anayasa Mahkemesi'nin gerekçeli kararını sağlık çalışanlarına garanti gelirin yolunu açtığını kaydetti. 05.12.2010 18:13

Anayasa Mahkemesi, 16 Temmuz 2010 tarihinde Tam Gün Yasası'nın bazı maddelerine ilişkin verdiği yürürlüğü durdurma kararıyla birlikte Hükümet'e yeni bir düzenleme için 9 aylık süre tanıdı. Anayasa Mahkemesi, buna ilişkin gerekçeli kararda, döner sermaye tavan oranları ile ilgili maddelerin yürürlüğüne, sağlık çalışanların döner sermayeden alacakları gelire ilişkin asgari bir garantiyi içermeyi için durdurulduğunu bildirdi. Mahkemenin gerekçeli kararına göre hazırlanacak yasa taslağında döner sermaye tavan oranlarının da yer alması gerekiyor.

Sağlık-Sen Genel Başkanı Mahmut Kaçar, konuyla ilgili yaptığı değerlendirmede, Anayasa Mahkemesi'nin kararının sağlık çalışanları için büyük önem taşıdığına vurgu yaptı. Kaçar, Mahkemenin "döner sermaye sisteminin asgari garantisi gelir içermelidir" görüşünün sağlık çalışanlarına garanti gelirin yolunu açtığını söyledi.

kanalla haber

Sözleşmeliye de aile yardımı ve görev yolluğu

TOPLU görüşmeler, sözleşmelilerin yüzünü güldürdü. Sözleşmeliler de kamudaki diğer memurlar gibi aile yardımı, görev yolluğu gibi sosyal haklardan yararlanabilecek. Kamu kurumlarındaki 1 milyon 800 bin memur içinde her geçen gün sayıları artan sözleşmeli personelin maas zammından daha önemli gördükleri düzenlemeler bulunuyordu. Yaklaşık 250 bin sözleşmeli personelin beklenti içinde olduğu pek çok konu, 2010 Toplu görüşme mutabakat metninde yer aldı. Büyük bir bölümü Sağlık Bakanlığında istihdam edilen sözleşmeliler, halen aylık 89 TL olarak ödenen, 2011'de yapılacak artışlarla ise yaklaşık 110 TL olacak aylık ücretlerini ve tavan daimi munda 500 TL me hak

Doktor dövmek '16 ay' demek

Akdağ 14 Ocak Mahkemesi, sağlık çalışanları için büyük önem taşıdığına vurgu yaptı. Kaçar, Mahkemenin "döner sermaye sisteminin asgari garantisi gelir içermelidir" görüşünün sağlık çalışanlarına garanti gelirin yolunu açtığını söyledi.

Sağlıkçılara sınav müjdesi

Sağlık-Sen Genel Başkanı Mahmut Kaçar, konuyla ilgili yaptığı değerlendirmede, Anayasa Mahkemesi'nin kararının sağlık çalışanları için büyük önem taşıdığına vurgu yaptı. Kaçar, Mahkemenin "döner sermaye sisteminin asgari garantisi gelir içermelidir" görüşünün sağlık çalışanlarına garanti gelirin yolunu açtığını söyledi.

Sağlıkçılara sınav müjdesi

14 Ocak 2011 21:04

Sağlık Bakanlığı, 2010 yılında yapılan sınavı kazananlara işlenmesi için 2011 yılında görevde yükselme açacak.

Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası (SAĞLIK-SEN), Sağlık Bakanlığında da görevde yükselme sınavı dirdi. Sendika Genel Başkanı Kaçar, 9 Aralık 2010'da Sağlık Bakanlığında ziyaret ettikleri hatırlanırken, 2 bin 830 kadro ihdas edilen görevde yükselme sınavı Akdağ'a teşekkürlerini iletti. Kaçar, açıklamasında, Akdağ'da yapılan sınavı kazanma işlemi bitirildikten sonra da görevde yükselme sınavı açısından ilgili birimlere talimat dirdiğini kaydetti. Ankara / aa

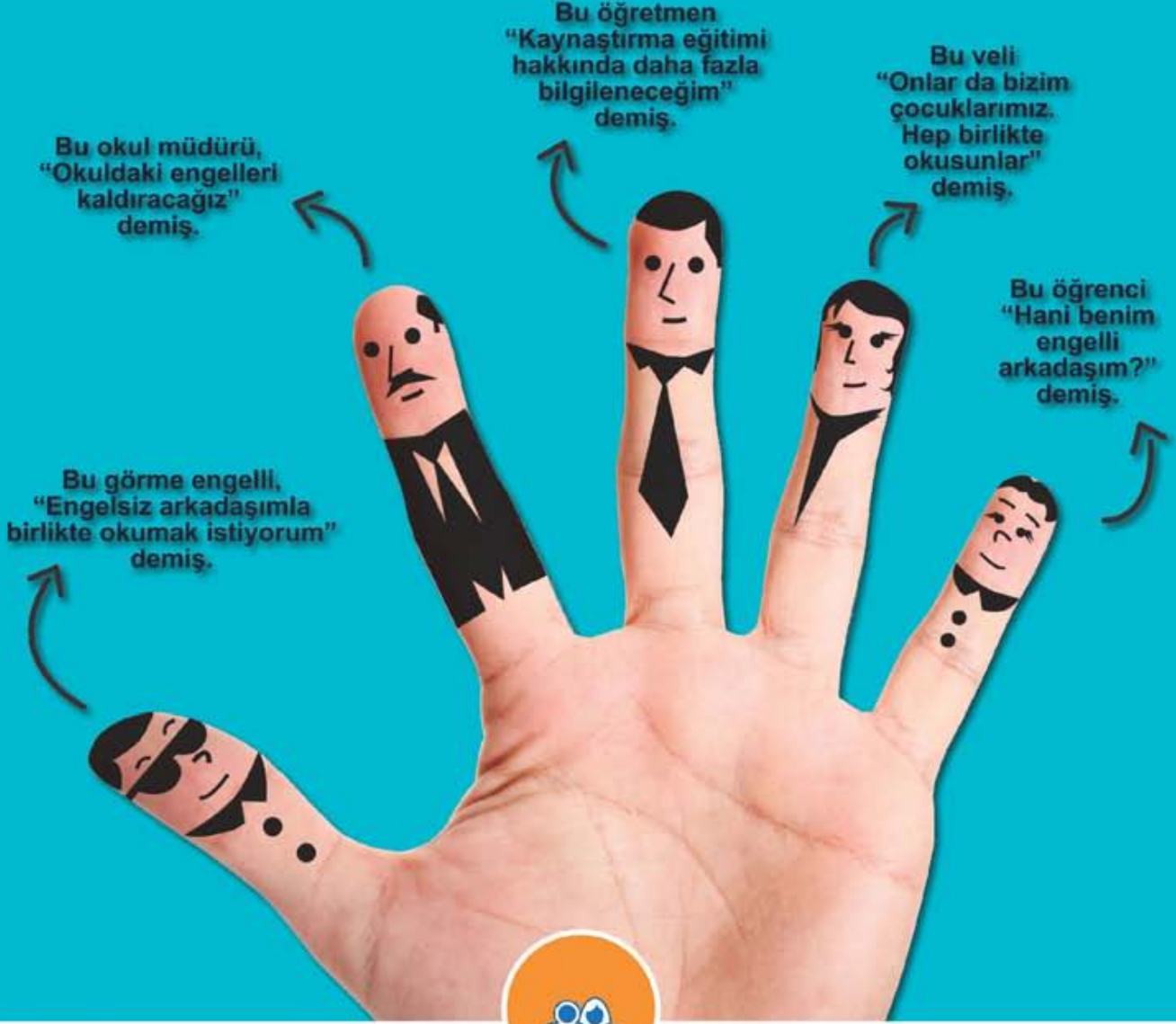
Sağlıkçılara şiddet cezasız kalmadı

SAĞLIK çalışanlarına hasta ve yakınlarından gelen saldırılara bugüne kadar verilen en büyük ceza Ankara 14. Ceza Mahkemesinden geldi. Sağlık-Sen'in Atatürk Hastanesi'nde saldırıya uğrayan üyesi adına açtığı davada, Mahkeme, saldırıyı gerçekleştiren hasta yakınına 16 ay hapisle cezalandırdı. Sağlık-Sen Genel Başkanı Mahmut Kaçar, mahkemenin şiddet konusunda caydırıcılığı artıracak nitelikte bir karar verdiği belirterek, "Şiddet alışkanlığı haline getirenler bir daha düşünsün" dedi. Hastanelerin şiddetin en yaygın olduğu kurum haline dönüştüğünü anlatan Kaçar, Ceza Kanununda kamu görevlilerine yönelik işlenen suçların cezasının 1 yıldan az olamayacağı hükmü yer aldığı halde, sağlık çalışanlarına yönelik saldırıların bugüne kadar cezasız kaldığını dile getirdi. Kaçar, yapılan araştırmalara göre sağlık çalışanlarının gardiyanlar ve polislerden daha fazla şiddetle karşı karşıya kaldığını ileri sürdü. Ote yandan Sağlık-Sen'in 12 ilde 1500 sağlık çalışanını katılmıyyla gerçekleştirdiği araştırma, hastanelerde şiddet riskinin çalışma motivasyonunu bozduğunu gereğini ortaya koyuyor. Araştırma sonuçlarına göre, sağlık çalışanlarının yüzde 68'i hasta ve yakınlarının sözlü ya da fiziksel şiddetine maruz kalıyor.

SAĞLIK çalışanlarına hasta ve yakınlarından gelen saldırılara bugüne kadar verilen en büyük ceza Ankara 14. Ceza Mahkemesinden geldi. Sağlık-Sen'in Atatürk Hastanesi'nde saldırıya uğrayan üyesi adına açtığı davada, Mahkeme, saldırıyı gerçekleştiren hasta yakınına 16 ay hapisle cezalandırdı. Sağlık-Sen Genel Başkanı Mahmut Kaçar, mahkemenin şiddet konusunda caydırıcılığı artıracak nitelikte bir karar verdiği belirterek, "Şiddet alışkanlığı haline getirenler bir daha düşünsün" dedi. Hastanelerin şiddetin en yaygın olduğu kurum haline dönüştüğünü anlatan Kaçar, Ceza Kanununda kamu görevlilerine yönelik işlenen suçların cezasının 1 yıldan az olamayacağı hükmü yer aldığı halde, sağlık çalışanlarına yönelik saldırıların bugüne kadar cezasız kaldığını dile getirdi. Kaçar, yapılan araştırmalara göre sağlık çalışanlarının gardiyanlar ve polislerden daha fazla şiddetle karşı karşıya kaldığını ileri sürdü. Ote yandan Sağlık-Sen'in 12 ilde 1500 sağlık çalışanını katılmıyyla gerçekleştirdiği araştırma, hastanelerde şiddet riskinin çalışma motivasyonunu bozduğunu gereğini ortaya koyuyor. Araştırma sonuçlarına göre, sağlık çalışanlarının yüzde 68'i hasta ve yakınlarının sözlü ya da fiziksel şiddetine maruz kalıyor.



Destek Olmak Elinizde!

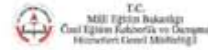


Eğitim Her Engeli Aşar

Engelli olmak, normal akranlarıyla birlikte okumaya, aynı sıraları paylaşmaya engel değildir. Yeter ki bizler onlara hayatımızda yer açalım. Yeter ki bizler onlara destek olalım.

Destek olmak hepimizin elinde.

Ayrıntılı bilgi için;
Mutlu Engelli Hattı
0 212 444 6000



Sağlık-Sen Olarak "Eğitim Her Engeli Aşar"
Kampanyasına Destek Veriyoruz