

“AİLE PLANLAMASI HİZMETLERİNİN ÜCRETLENDİRİLMESİ” UYGULAMALARI KONUSUNDAKİ TOPLANTI RAPORU

(27 EYLÜL 2001)

Katılımcılar (Soyadına göre alfabetik olarak):

*Prof. Dr. Ayşe AKIN, Doç. Dr. Şevkat BAHAR ÖZVARIŞ, Dr. Harun BALCIOĞLU, Dr. Eriş BİLALOĞLU,
Dr. Nihal BİLGİLİ, Dr. M. Ali BİLİKER, Dr. Nilay ETİLER, Dr. Orhan ODABAŞI, Dr. Füsün SAYEK.*

1. Türkiye’de aile planlaması hizmetleri ile ilgili yasal durum

Türkiye’de aile planlaması hizmetlerinin temelleri 1965 yılında çıkarılan “Nüfus Planlaması Hakkında Kanun” ile atılmış ve aile planlaması politikalarının yürütülmesi, hizmetlerin örgütlenmesi ve geliştirilmesi sorumluluğu Sağlık Bakanlığı’na verilmiştir (Nüfus Planlaması Hakkında Kanun, 1965). Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi ile ilgili mevzuatta da il düzeyindeki aile planlaması hizmetleri, ilk basamak sağlık ocağı ekip hizmetlerinin üst basamaklarla bütünleştirilmesiyle ele alınmış, özellikle sektörler arası işbirliği, toplum eğitimi ve katılımı vurgulanmıştır (Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, 1961). 1983 yılında ise Nüfus Planlaması Hakkındaki Yasa yeniden düzenlenmiş, sterilizasyon hizmetleri ile gebelik sonlandırması işlemleri ve personelin görev ve sorumlulukları ayrıntılı esaslara bağlanmıştır (Nüfus Planlaması Hakkında Kanun, 1983). Yapılan bu düzenleme ile nüfus planlaması hizmetlerinin yürütülmesi görevi Sağlık Bakanlığı adına Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması (AÇSAP) Genel Müdürlüğü’ne verilmiştir. AÇSAP Genel Müdürlüğü, hizmetin plan ve programlarını yapmak, uygulamak, hizmet veren resmi ve özel kuruluşlara ilaç, araç-gereç ve bilgi desteği sağlamakla sorumlu kılınmıştır (Nüfus Planlaması Hizmetlerini Yürütme Yönetmeliği, 1983).

2. Kadın sağlığı konusunda Türkiye’nin imzaladığı uluslararası anlaşmalar:

Aile planlaması; sadece kadın ve çocukların sağlık düzeylerini yükseltmek için anahtar bir müdahale değil, aynı zamanda uluslar arası toplantılarda ve “Kadına Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi” (CEDAW) sözleşmesinde de ortaya konduğu gibi bir insan hakkıdır. 1984’de Mexico City’de yapılan Uluslar arası Nüfus Konferansında aile planlaması; “bütün çiftlerin ve bireylerin istedikleri sayıda çocuğa sahip olma ve doğumların arasını açmaya serbestçe ve sorumluca karar vermeleri ve bu amaçla bilgi eğitim ve araçlara sahip olmaları” olarak kabul edilmiştir. 1994’de Kahire’de yapılan Uluslar arası Nüfus ve Kalkınma Konferansında (International Conference on Population and Development-ICPD); üreme sağlığı tanımı kapsamında, insanların doyurucu ve güvenli bir cinsel yaşamı olması ve üreme hakkı konusunun altı çizilmiştir. Bu tanımda aile planlaması yöntemleri konusunda bilgi sahibi olma hakkının yanı sıra bu yöntemlere ulaşabilme hakkı da belirtilmiştir. Üreme sağlığı ile ilgili haklar 1995’de Pekin’de yapılan 4. Dünya Kadın Konferansı’nda daha keskin bir dille belirtilmiş ve bu doğrultuda ülkelerin yapması gereken düzenlemeler netleştirilmiştir. Bu konferanstan 5 yıl sonra 2000 yılında yapılan “Pekin+5” olarak bilinen süreçte ülkelerin durumları değerlendirilerek raporları Birleşmiş Milletlere sunulmuştur.

3. Türkiye’de yöntem kullanımı durumu:

Üreme sağlığının amaçları arasında; aile planlamasında karşılanamayan gereksinimi azaltmak ve istenmeyen gebelikleri önlemek yer almaktadır. 1998 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA)’na göre Türkiye’de yılda 2 milyon dolayında gebelik olmakta ve bunlardan yaklaşık 284 bin kadarın isteyerek düşük ile sonlandırılmaktadır (TNSA 1998).

Doğurgan çağıdaki kadınların %63’ü gebeliği önleyici bir yöntem kullanmaktayken bunların sadece %35’i modern bir yöntem kullanmaktayken, %28’i etkisiz yöntemler kullanmaktadır. Evli kadınların %10’u artık daha fazla çocuk sahibi olmak istemediği halde herhangi bir yöntem kullanmamaktadır. Bu nedenle geleneksel yöntem kullanımıyla birlikte düşünüldüğünde aile planlaması hizmet açığını gösteren “**karşılanamayan gereksinim**” ($\%28 + \%10 = \%38$) oldukça yüksektir.

Türkiye’de 1998 TNSA verilerine göre toplam doğurganlık hızı ülke genelinde 2.6, doğuda is 4.2’dir. Ülkemizde her yıl 1.5 milyon doğum olmakta bu doğumlarla dünyaya gelen bebeklerin yaklaşık 60.000’i bir yaşını göremeden ölmektedir.

4. Kontraseptif malzemenin sağlanması:

1965’de nüfus planlaması ile ilgili yasa çıktığından beri AP malzemeleri uluslararası yardımlar ile sağlanmıştır, bu amaçla Sağlık Bakanlığı bütçesinden harcama yapmamıştır. Kontraseptif malzeme başışı 2000 yılına kadar başta United States Agency for International Development (USAID) olmak üzere bazı uluslararası yardım kuruluşları tarafından karşılanmıştır. USAID yaptığı malzeme yardımını 1995-1999 yılları arasında aşamalı olarak keseceğini bildirmiş ve AÇSAP Genel Müdürlüğü’ne yaptığı aile planlaması malzeme yardımı 2000 yılında tamamen kesilmiştir. Yardımın kesilmesi üzerine Sağlık Bakanlığı (SB) aile planlaması malzemelerinin satın alımlarına başlamıştır.

SB’nin yardımın kesilmesi halinde yeni kaynaklar yaratmak için bilinen bir çabası veya çalışması olmamıştır. 1998 yılında basılan ve 1996’dan beri hazırlığı yapılan *Kadın Sağlığı / Aile Planlaması (KS/AP) Ulusal Faaliyet Planı*nda “kaliteli, yaygın ve sürekli KS/AP hizmeti sunabilmek için ulusal düzeyde kontraseptif malzeme, tıbbi araç-gereç, tüketim malzemeleri, ulaştırma ve bilgi-eğitim-iletişim gereksinimlerinin sağlanmasının zorunlu olduğu” belirtilmiştir. Ancak somut bir adım atılmamıştır.

Aile planlaması malzeme yardımının kesilmesi üzerine SB AÇSAP Genel Müdürlüğü Adana, Mersin gibi illerde “*Aile Planlaması Önceliklendirme Planı*” pilot uygulamanı başlatmıştır. Pilot uygulamadan sonra proje 12 ile yaygınlaştırılmıştır.

USAID 1992-94 yılları arasında SSK’ya da doğrudan kontraseptif malzeme (hap ve kondom) yardımı yapmıştır. 1996 yılından beri SSK kendi kurumuna bağlı hastanelerinin AP kliniklerine RİA, hap ve kondom temin etmektedir ve bunların dağıtımını SSK’lılara ücretsiz olarak yapmaktadır. Ancak sıklıkla malzeme sıkıntısı yaşandığı bildirilmektedir.

5. Aile planlaması hizmetlerinin toplum sağlığı açısından önemi:

Aile planlaması hizmetleri 1978'de Almaata'da tüm dünya tarafından kabul edilen *Temel Sağlık Hizmetleri (TSH) Bildirgesi*'nde bir temel sağlık hizmeti olarak belirtilmiştir. TSH Bildirgesi önerilerinin 5. maddesinde minimal bakım kriterleri adında her ülke için en azından sunulması gereken ve öncelikli olan hizmetleri belirlemiştir. Sağlık hizmetlerinde vazgeçilemeyecek bu hizmet alanlarından biri ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetleridir. Bu önerilerin 8. maddesinde ise çeşitli nedenlerden dolayı sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanamayan risk altındaki kişilere öncelik verilmesi gerektiği belirlenmiştir (Temel Sağlık Hizmetleri Bildirgesi, 1978, Almaata).

AP hizmetleri bir toplumda kadın sağlığına ve bunun da ötesinde kadın statüsüne katkı sağlayan en etkin etkinliktir. Bağışıklama gibi istenmeyen gebelikler de toplum sağlığı ile ilgili bir sorundur ve kamusal önlemler alınması gerekir. Aile planlaması hizmetleri sadece kadınlara özel hizmetler olmamakla birlikte, tüm dünyada kadınlarda kontraseptif kullanımı erkeklere göre 3 kat daha fazladır. AP hizmetleri kadınlarda ölüm hızları ve hastalıkları azaltmanın yanı sıra çocuk sağlığına da önemli katkı sağlanmaktadır.

Sonuç olarak; dünyada anne ve bebek ölümlerini ve kadın ve çocuk sağlığı açısından pek çok sağlık sorununu önlemede basit, kolay ve ucuz bir koruyucu sağlık hizmeti olan aile planlaması hizmetleri aynı zamanda ülkelerde nüfus-kalkınma ilişkisinin temel eksenini de oluşturmaktadır.

6. "Aile Planlaması Önceliklendirme Planı"nın olası sonuçları ve yaratacağı sorunlar:

Yaygınlaştırmaya çalışılan bu proje öncelikle 224 Sayılı yasanın ve Temel Sağlık Hizmetleri Bildirgesinin ilkelerine ters düşmektedir. Aile planlaması hizmetleri koruyucu hizmetlerin en önde gelenlerinden biridir ve tüm ülkeler için vazgeçilmez minimal bakım hizmetlerindedir.

AP hizmetlerine gereksinimi olan yüksek riskli kişiler özellikle sosyoekonomik durumu kötü olanlar ve eğitimsiz olanlardır. AP hizmetlerinin çok az da olsa ücret alınarak verilmesi düşük sosyoekonomik durumda olanların hizmetten kullanımını azaltacaktır ve risk düzeyleri daha da artacaktır. Bu durum 224 sayılı yasanın eşitlik ilkesine aykırıdır.

Bunun dışında böyle bir uygulama Sağlık Bakanlığı'nın en temel koruyucu hizmetleri terk etmesi anlamına gelmektedir. Bu uygulama AP hizmetlerinin de kamu dışında karşılanmasına neden olan bir uygulamadır. Bu alan oldukça karlı bir alan olduğu için bu uygulama ile özel sektörün bu alanda yayılması için bir fırsat yaratacaktır. Bu uygulama bir bakımdan AP hizmetlerinin özelleştirilmesi anlamına gelmektedir. SB bunun özelleştirme olduğu savına karşılık bugüne kadar zaten bağış ile bunun yapıldığını belirtmektedir (Bkz. SB AÇSAP Gn. Md. Aile Planlaması Önceliklendirme Planı Uygulaması Bilgilendirme Toplantıları, Sıklıkla Sorulan Sorular ve Cevapları, Haziran 2001).

Sağlık Bakanlığı'nın "Sorular ve Cevapları" dokümanında bu uygulamanın 224 sayılı yasaya aykırı olmadığını, yasanın 2. maddesinin 7. fıkrasında "*Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi vatandaşların sağlık hizmeti için ödedikleri prim ile amme sektörüne ait müesseselerin bütçelerinden*

ayrılan tahsisat karşılığı her çeşit sağlık hizmetinden ücretsiz veya kendisine yapılan masrafın bir kısmına iştirak suretiyle eşit şekilde faydalanmalarıdır” ifadesi örnek gösterilmektedir. Yasanın bu maddesinde prim ve katkı payı için *tüm sağlık hizmetleri için* denmekte, hangi tür sağlık hizmetleri olduğu netleştirilmemiştir. Buna karşın 224 sayılı yasayı hazırlayan Prof. Dr. Nusret Fişek pek çok yazısında ve ifadesinde yasada önerilen prim ve katkı payı uygulamaları tedavi hizmetleri için olduğunu belirtmektedir (Prof. Dr. Nusret Fişek’in Kitaplaşmamış Yazıları: Sağlık Yönetimi, TTB Yayınları 1997). SB’nın pek çok uygulaması ile 224 sayılı yasayı fiilen yürürlükten kaldırdığı üstelik yasanın ilkelerinin aksine düzenlemeler yaptığı bilinmektedir. Durum böyleyken SB’nın AP hizmetlerinden ücret alınması konusunda 224 sayılı yasaya atıfta bulunması oldukça ironiktir ve tam anlamıyla çelişkilidir.

AP hizmetlerinin sürekliliğinin sağlanması bu hizmete özel bir niteliktir. Dolayısıyla para alınmaya başlanması yöntem kullanımını caydırıcı olabilir. AP hizmetlerinin ücretli hale getirilmesi ile her ne kadar ödeme gücü olmayandan para alınmayacak bile olsa, yöntem kullanımını azalacağı ve uzun erimde istenmeyen gebeliklerin artacağını öngörmek çok kolaydır. Kadın sağlığı koruyucu hizmetler kapsamındadır. Bu uygulama kadın sağlığında riskleri ve eşitsizliği arttıracaktır.

Mersin ve Adana’da yapılan pilot uygulama sonucunda AP hizmetlerinin ücretli hale getirilmesinden sonra yöntem kullanımının %20 azaldığı bildirilmektedir.

Böyle bir uygulama sağlık personeli ile (özellikle ebe ve hemşire vb) kadınlar arasında güvensizlik ortamı yaratacaktır. Bu dönemde ayrıca birinci basamakta döner sermaye ile ilgili bir uygulama da başladığı için AP malzemelerinden para istenmesi vatandaş tarafından yanlış anlaşılabilir. Sağlık personelinin gelirini arttırmak için para istediğini düşünülebilir

AP hizmetlerinin ücretlendirilmesi projesinde SSYV makbuzu kesilmesi planlanmıştır. Ancak SSYV yöneticileri böyle bir uygulamada ile ilgili bilgileri ve onayları olmadığını ifade etmektedirler. Ayrıca teknik olarak SSYV’nın AP malzemesi satın alması da olanaklı değildir.

7. Öneriler

7.1. Sağlık Bakanlığı kontraseptif malzemelerin alımı için kendi bütçesinde kaynak ayırmalıdır.

7.2. Türkiye’de yıllık kontraseptif malzeme gereksinimi bilimsel yollardan hesaplanmalı ve bütçe yapılmalıdır. Bu hesabı kabaca şu şekilde yapmak olanaklıdır; Türkiye’de yaklaşık 5 milyon evli çift vardır, 1998 yılında yapılan TNSA’na göre %35’i etkin yöntem ile korunmaktadır. Hap ve kondom kullananların %75’i malzemeyi özel sektörden temin etmektedir. Bu durumda yıllık ne kadar bütçe ayrılacağı daha netleşecektir.

7.2. Kamu sağlık sigortalarının (SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı) AP malzemelerini karşılaması ve bunun sürekli olması sağlanmalıdır.