

Düzce İli Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Değerlendirme Raporu



***Düzce İli Aile Hekimliği Pilot Uygulaması
Değerlendirme Raporu***

DÜZCE İLİ AİLE HEKİMLİĞİ PİLOT UYGULAMASI DEĞERLENDİRME RAPORU



***Düzce İli Aile Hekimliği Pilot Uygulaması
Değerlendirme Raporu***



*Birinci Baskı, Mayıs 2006
Türk Tabipleri Birliği Yayınları*



Kapak - Sayfa Düzeni
Sinan Solmaz

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

ÖNSÖZ

“Sağlıkta Dönüşüm Programı” hızla yaşama geçirilmekte, sağlık “hak” olma özelliğini yitirip meta haline gelmektedir. Üniversitelerde döner sermaye uygulaması ile başlayan süreç, sağlık ocaklarına yazar kasanın yerleştirilmesi, hastanelerde ve sağlık ocaklarında performans, sözleşmeli personel uygulamaları ile devam etmektedir. Bir yandan da kamu kurumları olan hastanelere ve sağlık ocaklarına gerekli yatırımlar yapılmayarak, hızla bu kurumlar işlevsiz hale getirilmeye çalışılmaktadır. Son uygulama, Aile Hekimliği Pilot Uygulamasıdır (AHPU). Düzce’den başlayan sürecin 2006 yılında 10 ile yayılması planlanmaktadır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın birinci basamakta hizmet sunumu olarak Aile Hekimliği tercihi, devletin yeniden yapılanması sürecinin bir parçasıdır. Yeniden yapılanmadan kastedilen; devletin sosyal işlevlerinden (eğitim, sağlık vb.) çekilmesidir. Devletin minimize edilmesi ve sadece düzenleyici işlev üstlenmesidir. Bu program kapsamında birçok yasa mecliste kabul edilmiş ve asıl belirleyici olan tasarılar da (Kamu Yönetimi Temel Kanunu, Sosyal Güvenlik Reformu) meclis gündemindedir. Bu nedenle AHPU’ya daraltılmış değil, bütüncül bir bakış açısı ile yaklaşmak gerekmektedir. Aksi takdirde hekimin günlük çıkarı ile sınırlı bir tartışma ortamına odaklanmış ve vatandaş ile sağlık çalışanlarını karşı karşıya getiren bir durum kaçınılmaz olacaktır.

AHPU, hekimlerin kabul edip etmemesi ile sınırlı bir uygulama olarak tartışılmak istenmektedir. AHPU hekimi olduğu kadar hekim dışı sağlık personelini ve bu iş kolunda çalışan diğer çalışanları da etkilemektedir. Unutulmaması gereken AHPU’nun sağlık çalışanları kadar (hatta daha fazla) toplumu ilgilendirmesidir. Ülkenin ekonomik kaynaklarının kötü kullanımı ve halkın sağlığına getireceği olumsuzluklar göz ardı edilmeye çalışılmaktadır.

AHPU sağlık hizmet sunumuna özel, sağlık alanındaki diğer uygulamalardan bağımsız teknik bir konu olarak ele alınmamalıdır. AHPU mutlaka “Sağlıkta Dönüşüm Programı”nın diğer iki bileşeni olan Genel Sağlık Sigortası, Hastanelerin İşletme Haline Getirilmesi (özelleştirilmesi) ile birlikte değerlendirilmelidir.

Halk sağlıkçılar olarak sürece sessiz kalmamak için “Halk Sağlıkçılar Sağlıkta Dönüşümü Tartışıyor” adı ile düzenlediğimiz iki günlük etkinlikte konu tüm yönleri ile ele alındı. Etkinlik TTB-Halk Sağlığı Kolu öncülüğünde Halk Sağlığı Uzmanları Derneği ile işbirliği gerçekleştirildi. Birinci gün, uygulama alanı olan Düzce İli’ne değişik üniversitelerden gelen yaklaşık 50 halk sağlıkçı ile bir inceleme gezisi yapıldı. İkinci gün; Devletin Yeniden Yapılanması/Kamu Yönetimi Temel Kanunu, Sos-

yal Güvenlikte Dönüşüm, Sağlık Finansmanında Dönüşüm-Genel Sağlık Sigortası, Sağlık Hizmet Sunumunda Dönüşüm-Aile Hekimliği ile ilgili sunumlar yapılarak konu bütüncül bir bakışla ele alındı. Yine geziye ve ikinci gün etkinliğine katılan halk sağlıkçılar bir forumla, AHPU ile ilgili değerlendirmelerini paylaştılar.

Düzce inceleme gezisine katılanların kolektif çalışması ile hazırladığımız bu raporda, Aile Hekimliği Pilot Uygulaması'nı halk sağlığı bakışı ile ele aldık. Bu rapor ile; halk sağlıkçılar olarak, tüm ülkeye yaygınlaştırılması düşünülen Aile Hekimliği Pilot Uygulaması ile ilgili görüş, eleştiri ve kaygılarımızı daha geniş çevrelerle paylaşmayı hedefledik.

TTB-HALK SAĞLIĞI KOLU

GİRİŞ

Sağlıkla ilgili gündemin hızla değiştiği, “sağlıkta dönüşüm” programının yoğun biçimde tartışıldığı bir süreç yaşıyoruz. 28 Eylül-1 Ekim 2005 tarihlerinde Kızılcahamam’da düzenlenen 9. Ulusal Halk Sağlığı Günleri’nde bir grup Halk Sağlıkçı tarafından Düzce’de başlatılan Aile Hekimliği Pilot Uygulaması’nın yerinde incelenmesi amacıyla bir etkinlik düzenlenmesi yönündeki girişim, 18-21 Ocak 2006’da Ankara’da düzenlenen II. Çevre Hekimliği Kongresi’nde şekillendi. Türk Tabipleri Birliği Halk Sağlığı Kolu, etkinliğin düzenlenmesi görevini üstlenerek çalışmalarına başladı ve “Halk Sağlıkçılar Sağlıkta Dönüşümü Tartışıyor” başlıklı etkinlik, Türk Tabipleri Birliği Halk Sağlığı Kolu ve Halk Sağlığı Uzmanları Derneği’nin işbirliği ve Halk Sağlığı Anabilim Dalları temsilcilerinin katılımıyla 10-11 Mart 2006 tarihinde gerçekleşti. Etkinliğin ilk gününde Aile Hekimliği Pilot Uygulamasını yerinde gözlemlemek ve değerlendirmek amacıyla Düzce iline bir inceleme gezisi gerçekleştirildi. Gezi kapsamında, önce Düzce İl Sağlık Müdürlüğü ziyaret edilerek İl Sağlık Müdürü ile bilgilenme toplantısı yapıldı, daha sonra gruplara ayrılarak çeşitli bölgelerdeki Aile Sağlığı Merkezleri ve Toplum Sağlığı Merkezleri’nde incelemeler ve bu birimlerde görevli sağlık personeli ile görüşmeler gerçekleştirildi. Etkinliğin ikinci gününde genel sağlık sigortası ve aile hekimliği modeli tartışıldı ve Düzce izlenimlerinin kamuoyuyla paylaşılmasını hedefleyen bir basın açıklaması (ek-1) yapıldı.

Hazırlanan bu rapor, etkinlik kapsamında, Düzce izlenimlerinin daha geniş çevrelerle paylaşılması kararından hareketle oluşturuldu. Rapor, ülke geneline yaygınlaştırılması planlanan pilot uygulama kapsamında yaşananları paylaşmayı, sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinin çöktürülmesini ve sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesini sağlayarak ülke geleceğine ipotek koyan bu girişime karşı verilen mücadeleyi genişletmeyi amaçlıyor. Ve her şeyden öteye, Halk Sağlıkçılar tarihi not düşüyor.

GÖZLEMLER, SAPTAMALAR VE DÜŞÜNCELER

Pilot Uygulama

Plansız bir pilot uygulama örneği

9.12.2004 tarih ve 25665 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanan 5258 Sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun’un 1. maddesinde düzenlemenin amaç ve kapsamı “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 yürütülebilmesini teminen görevlendirilecek veya çalıştırılacak sağlık personelinin statüsü ve mali hakları ile hizmetin esaslarını düzenlemek” olarak belirtilmektedir. Pilot uygulamadan beklenen temel yarar, önerilen modelin ülke geneline yaygınlaştırılması öncesinde, belirli bir bölgede denenecek değerlendirilmesi ve elde edilecek çıktılar doğrultusunda gerekli iyileştirmelerin yapılmasıdır. Böyle bir çaba, denenecek modelin ayrıntılı biçimde planlanması, başlangıçtaki durumun saptanması, uygulamaya geçilmesi, uygulamaların geliştirilen ölçütlerle izlenmesi ve değerlendirilmesi, elde edilen sonuçların tartışılması ve saptanan olumsuzluklara yönelik çözümler geliştirilmesi gibi süreçleri gerektirmektedir. İnceleme gezisi kapsamında, özellikle İl Sağlık Müdürü ile yapılan görüşmede bu konuya ve aile hekimliği uygulamalarına başlama gerekçesine yönelik sorulara tatmin edici yanıtlar alınamamıştır. İl Sağlık Müdürlüğü uygulama öncesi Düzce’de sağlık düzeyi ölçütlerinin ne durumda olduğunu, değerlendirmenin hangi ölçütler dikkate alınarak, kimler tarafından yapılacağını, uygulama sonuçlarının nasıl tartışmaya açılacağını, sonuçlarla ilgili kimden ve nasıl görüş alınacağını açıklamamıştır. Dolayısıyla, uygulama öncesi hazırlıkların ve uygulamaya yönelik değerlendirmelerin yetersiz, plansız ve bilimsellikten uzak olduğu gözlemlenmiştir.

Uygulamalar “pilot” özelliğine sahip değildir

Aile hekimliği modelinin 3 temel özelliği ve belirleyicisi prim toplanması, hizmetin toplanan primlerle finanse edilmesi ve sevk zinciri uygulamasıdır. Düzce’de denenen model kapsamında Aile Sağlığı Merkezleri tarafından sunulan sağaltım, laboratuvar, bağışıklama ve izlem hizmetleri ücretsiz olarak sunulmakta, herhangi bir prim veya katkı payı alınmamakta ve harcamaların tümü Sağlık Bakanlığı tarafından kamu bütçesinden karşılanmaktadır. Denenen uygulamaların modelin temel unsurlarından yoksun olması, uygulamaları “pilot” olma özelliğinden uzaklaştırmaktadır ve sonuçta elde edilecek değerlendirmelerin de eksik olmasına neden olacaktır. İl Sağlık Müdürlüğü modelin maliyetine yöne-

lik bir çalışmanın Hacettepe Üniversitesi'nden bazı akademisyenlerce yapılacağını belirtmiştir. Ancak, hizmet maliyetini belirleyecek ana unsurların uygulanmıyor olması, bu araştırmadan elde edilecek sonuçların daha şimdiden kısıtlı olacağını düşündürmektedir.

Modelin temel unsurlarından biri olan “sevk zinciri” de Düzce örneğinde uygulanmamaktadır. Düzce’de yaşayanlar, birinci basamak sağlık hizmetlerinden yararlanmak için kayıtlı oldukları aile hekimlerine başvurabildikleri gibi, herhangi bir sevk belgesine gereksinim duymadan, diğer sağlık kurum ve kuruluşlarından da yararlanabilmektedir. Sevk zinciri gibi modelin temel unsuru olan bir uygulamanın niçin denenmediği sorusuna İl Sağlık Müdürü “Bakanlığın bu konuda görüşünü aldığını ve pilot uygulamada sevk zincirinin olmasına gerek duymadığı” yanıtını vermiştir.

Sevk zinciri ile ilgili diğer bir tartışma konusu da Sağlık Bakanlığı'nın uygulamaya karşı gösterdiği tutumdur. Sağlık Bakanlığı her fırsatta aile hekimliği modelinin temel unsurlarından ve en önemli yararlarından birinin sevk zincirinin çalıştırılması olacağını belirtmektedir. Sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinin de en önemli unsurlarından birini oluşturan ve sevk zinciri terimiyle adlandırılan basamaklandırılmış sağlık hizmetleri yaklaşımının uygulanması için yeni bir yasal düzenlemeye gerek yoktur. Sağlık Bakanlığı'nın göstereceği kararlı bir tutum, sevk zincirinin ülke genelinde uygulanması için yeterlidir. Sağlık Bakanlığı'nın “madem bu kadar önemli buluyorsunuz, öyleyse niçin uygulamıyorsunuz?” sorusuna ısrarla yanıt vermediği ve sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerini sistemli bir biçimde çöktrebilmek ve başarısız gösterebilmek için aynı ısrarla uygulamaktan kaçındığı sevk zinciri uygulamasını, yeni bir uygulama gibi aile hekimliği modeliyle birlikte gündeme getirmesi ise inandırıcılıktan uzaktır. Üstelik, Sağlık Bakanlığı, geçmişteki inandırıcılıktan uzak tüm söylemlerine karşın, yeni model ile yeniden ısrarla önemini vurguladığı ve yeni yasal düzenlemeye de eklediği sevk zincirini, daha önce belirtildiği gibi, Düzce denemesi kapsamında gereksiz görülerek uygulamaya almamıştır. Bu örnek bile, tek başına, Sağlık Bakanlığı'nın Düzce uygulamasını gerçekçilikten uzaklaştırmaya yetmektedir.

Söz konusu üç temel unsur, prim toplanması, hizmetin toplanan primlerle finanse edilmesi ve sevk zinciri uygulaması, aynı zamanda hizmeti kullananların bu uygulamaya göstereceği tepki ve kabulleniş yönünden de önem taşımaktadır. Bu durumda, uygulama sonrası elde edilecek sonuçlar, halkın hizmeti kabullenmesi ve benimsemesine yönelik düşüncelerini yansıtmayacaktır.

Tüm bu eksiklikler, Düzce’de yürütülen uygulamaların, ülke geneline yaygınlaştırılma öncesinde sağlayacağı bilgilerin bilimsellikten uzak olmasına neden olacak niteliktedir. Denenmesi planlanan bir modelin temel unsurlarını içermeyen bir uygulamanın “pilot uygulama”, hatta “pre-pilot uygulama” niteliğinde olması ise kabul edilemeyecek bir olgudur ve ülke geneline yaygınlaştırma kararının verilmesi öncesinde ortaya çıka-

cak sonuçları bilimsellikten uzak olmaya mahkum etmektedir. Denenen modele bir isim bulmak gerekiyorsa, bu isim, İl Sağlık Müdürlüğü'nün de belirttiği gibi " pilot uygulama değil, Düzce Modeli" olmalıdır.

İl Sağlık Müdürlüğü, uygulama sonuçları ne olursa olsun Bakanlığın modeli ülke geneline yaygınlaştırmakta kararlı olduğunu ifade etmektedir. Sağlık Bakanlığı, uygulamanın başlangıcında, 15 Eylül 2005'de Düzce'de denenmeye başlanan modelin bir yıllık bir uygulama sonrası değerlendirileceğini ve buradan elde edilen sonuçlara göre de yaygınlaştırılacağını belirtmesine karşın, 10 yeni il belirlemiş ve denemenin değerlendirilmesi için gerekli olduğunu belirttiği sürenin dolmasını beklemeye gerek duyulmadan, hazır olan illerde Haziran 2006'dan itibaren Aile Hekimliği Modeli'nin yaygınlaştırılacağını açıklamıştır. Başarısızlık olasılığını gözardı ederek, yangından mal kaçırma hızında süren yaygınlaştırma süreci tümüyle kaygı verici boyuttadır ve pilot uygulamalardan beklenen "geri dönülebilirlik" özelliğini de yok etmektedir.

Düzce Modeli'nde hukuksal kaygılar

5258 Sayılı Aile hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun'un 3. maddesinde Aile Hekimi ve aile sağlığı elemanlarına yapılacak ödeme tutarlarının tespitinde çalışılan bölgenin sosyo-ekonomik gelişmişlik düzeyi, aile sağlığı merkezi giderleri, tetkik ve sarf malzemesi giderleri, kayıtlı kişi sayısı ve bunların risk grupları, gezici sağlık hizmetleri ile aile hekimi tarafından karşılanmayan gider unsurları gibi kriterlerin esas alınacağı belirtilmektedir. Aynı kanunun kamuya ait taşınmazların kullanımını düzenleyen 4. maddesinde ise, hazine, belediye veya il özel idaresine ait taşınmazlardan aile sağlığı merkezi olarak kullanılması uygun görülenlerin, Maliye Bakanlığı, belediyeler veya il özel idarelerince bu amaçla kullanılmak üzere doğrudan aile hekimlerine kiraya verilebileceği belirtilmektedir. Düzce'de oluşturulan aile sağlığı merkezleri, deprem sonrası hemen tümüyle yeniden yapılandırılan ve ülkemizin diğer bölgelerine oranla daha avantajlı ve iyi durumda olan, bu anlamda sosyalleştirilmiş sağlık hizmetleri'nden iyi biçimde devralınan, uygulama öncesinde yeniden bakım ve onarıma alınan birinci basamak sağlık kuruluşlarında hizmet vermektedir. Şu ana kadar bu taşınmazların kiraya verilme koşulları ile ilgili bir yasal düzenleme oluşturulmamış ve aile hekimlerinden, kendilerine yapılan ödeme de dikkate alınmasına karşın, bu kullanımları karşılığında herhangi bir ücret talep edilmemiştir. Ayrıca, aile hekimlerine, söz konusu kurumlarda bulunan sarf malzemesi ve yakıt gibi unsurları herhangi bir ödeme yapmadan kullanabilecekleri, bitmesi halinde ise kendi imkanlarıyla temin edecekleri belirtilmiştir. Bu durum, kamuya ait malların, herhangi bir düzenlemeye bağlı olmadan, özel kullanıma açılması anlamına gelmektedir. Söz konusu uygulama, hızla süren yaygınlaştırma çabaları dikkate alındığında, uygulama öncesi kamu bütçesi ile elden geçirilen, iyileştirilen ve organize edilen olanakların özel sektöre aktarılması yönündeki kaygıları destekleyici niteliktedir.

Hizmet Sunumu

Bütüncül yaklaşımdan uzak görev tanımı

6.7.2005 tarih ve 25867 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanan Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik’in 4. ve 5. maddeleri aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarının görevlerini tanımlamaktadır. Yapılan inceleme gezisinde, İl Sağlık Müdürlüğü, aile hekimlerinden hizmete yönelik beklentilerinin poliklinik hizmetleri, hasta sevki, bağışıklama ile gebe, loğusa, bebek ve çocuk izlemlerinden oluşan 4 başlıkla sınırlı olduğunu belirtmiştir. Görüşülen aile hekimleri de kendilerinden beklenen hizmetin bu kapsamda olduğunu belirtmişlerdir. Aile hekimlerinin iş tanımına yönelik bu ilginç beklenti, hekimlik uygulamalarının bütüncül yaklaşımını yok eden, çağdaş sağlık anlayışından uzaklaşmayı ve ilerlemek yerine geriye savrulmayı ifade eden bir niteliğe sahiptir.

Koruyucu hizmetlerin önemini yitirdiği tedavi öncelikli hizmet modeli

Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik’in 3. maddesi aile hekimini kişiye 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 mekanda vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan hekim olarak tanımlamaktadır. Sağlığı koruyucu ve geliştirici hizmetler ile sağaltım ve esenlendirme hizmetlerinin planlı ve entegre bir biçimde sunulması çağdaş sağlık hizmetleri anlayışının temel ve vazgeçilemez bir ögesidir. Bu hizmetlerden herhangi birisinin “fırsat buldukça” verilmesi, toplum sağlığını tehdit edici özelliğe sahiptir. Düzce’de uygulanan model kapsamında aile hekimlerinin sunduğu koruyucu hizmetler önceliğini yitirmiş durumdadır. Aile hekimleri, poliklinik ve kayıt iş yüklerinin eskiye oranla arttığını ve zamanlarının önemli bir kısmını aldığını, risk gruplarının periyodik izlemleri, aile planlaması ve bağışıklama gibi koruyucu hizmetleri ise ancak kendilerine başvuranlara sunabildiklerini belirtmektedir. Koruyucu hizmetlere yönelik planlı bir uygulamadan yoksun bu tablo kaygı vericidir. Sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinin vazgeçilemez aktif hizmetlerinden olan koruyucu sağlık hizmetlerinin, aile hekimliği modelinde sadece başvuranlara sunulan edilgen hizmetler haline getirilmesi toplum sağlığına yönelik kaygıları arttırmaktadır. Aile hekimliği modeli bu yaklaşımıyla olası toplumsal riskleri bünyesinde barındıran bir hizmet modeli olma özelliğindedir.

Çağdaş sağlık hizmetleri yaklaşımında bütüncül bir biçimde sunulması gereken bazı toplumsal hizmetlerin parçalanarak ayrı birimlerce yürütülmesi planlanmıştır. Örneğin, bulaşıcı bir hastalık ile karşılaşılması durumunda aile hekimlerinin sorumluluğu yalnızca bildirim ile sınırlıdır. Bu bildirimlerin Toplum Sağlığı Merkezleri’nce izlenmesi ve değer-

lendirilmesi, gerekli müdahalenin de bu merkezlerce yapılması beklenmektedir. Uygulamanın başlangıcında aile hekimlerine dağıtılan nüfus, sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinin temel işlevini yürüten sağlık ocaklarına bağlı bölgelerden oluşturulmuştur. Modelin 6. ayını takiben başlatılacak olan hekim seçme uygulaması bu durumu daha da tehlikeli hale getirecektir. Bu uygulama ile aile hekimleri farklı bölgelerden nüfusları kaydedebilecek ve bulaşıcı hastalık bildirimlerinin bölgesel özelliklerini saptamak zorlaşacaktır. Böyle bir olasılık, bulaşıcı hastalık salgınlarının belirlenememesi veya geç belirlenmesi gibi sonuçlara yol açarak telafisi olanaksız toplumsal zararlara neden olacaktır.

Benzer biçimde ülkemiz için özel öneme sahip aile planlaması hizmetleri de toplumsal ölçekli bir planlamadan yoksun biçimde sadece başvuranlara sunulmaktadır ve daha şimdiden aksamalar yaşanmaktadır. Örneğin, rahim içi araç uygulama sertifikasına sahip bir aile hekimi ya da yardımcı sağlık personeli, sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinde bir sağlık ocağı bölgesinde yaşayan daha büyük bir nüfusa hizmet sunarken, aile hekimliği modelinde sadece birlikte çalıştığı aile hekiminin kayıtlarında bulunan daha küçük bir nüfusa hizmet sunmaktadır. Yaşanan bu gelişme karşısında aile hekimlerinin bir bölümü modern aile planlaması yöntemleri içinde önemli yere sahip olan rahim içi araç uygulaması hizmetini sunmamaya başlamıştır. Aile planlaması hizmetlerinde kondom ve hap dağıtımının ağırlık kazanmış, danışmanlık hizmeti ve kişinin yöntemi seçimi gibi hakları göz ardı edilmiştir.

Sağlık hizmetinin ana unsurlarından olan sahada hizmet verilmesi yerini aile hekimliği merkezlerinin muayene odalarına sıkıştırılmış hizmete bırakmıştır. Saha hizmetleri, bu kısa sürede (altı aylık) bile azalmış, sahada hizmet veren ebe aile hekimliği merkezlerinde çalışmalarını yürütmek zorunda bırakılmıştır. Bizim gibi sağlık bilinci yeterince gelişmemiş toplumlarda, ebenin sahada verdiği başta ana-çocuk sağlığı hizmetleri olmak üzere, sağlık eğitimi, vb. hizmetlere yeterince önem verilmediği gözlenmiştir. Kişinin yaşadığı ortamla birlikte değerlendirilmesi, hizmetin kişinin ayağına götürülmesi ilkeleri göz ardı edilmiştir. Saha hizmeti, hekimin nüfus kaydetmek için yaptığı ev ziyaretlerine indirgenmiştir. Düzenli yapılması gereken doğurgan çağ kadın izlemleri, gebe-loğusa izlemleri, çocuk izlemleri aile hekimliği merkezlerine başvuran kişilerle sınırlı tutulmuştur. Sahada hizmet verilmemesi, özellikle sosyo-ekonomik yapının düşük olduğu bölgelerde, sağlık hizmetine değişik nedenlerle ulaşmada güçlük çeken gruplara (ekonomik, kültürel inançlar, kalabalık aile vb.) koruyucu sağlık hizmetlerinin verilmemesi anlamına gelmektedir.

Koruyucu hizmetlerin yetersiz sunumu başka bir sorunu daha beraberinde getirmektedir. 5258 Sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun'un 3. maddesinde, Sağlık Bakanlığı'nca belirlenen standartlara göre, koruyucu hekimlik hizmetlerinin eksik uygulanması halinde

aile hekimlerine yapılan ödeme tutarından kesinti yapılacağı belirtilmektedir. Koruyucu hizmetlerin belirgin biçimde önemini yitirdiği, plansız ve yetersiz sunulduğu Düzce’de, yasal düzenlemede açık biçimde yer alan bu yaptırım henüz uygulamaya koyulmamış ve aile hekimlerinin ücretlerinden herhangi bir kesinti yapılmamıştır. Bu çelişkili durumun iki temel nedeni koruyucu hizmetlerin daha başlangıçtan önemini yitirmiş olması ve aile hekimliği uygulamalarına yönelik belirgin bir denetim mekanizmasının oluşturulmamasıdır. Sağlık Bakanlığı’nın, Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun adıyla, Düzce’deki pilot uygulamayı düzenlemek için geliştirdiği yasal düzenlemede yer alan unsurları, pek çok örnekte olduğu gibi bu konuda da uygulamaması, bir yandan uygulamaların ciddiyetten uzaklığı ve plansızlığını gözler önüne sererken, diğer yandan farklı bir hukuksal tartışmaya da zemin hazırlamaktadır.

İnceleme gezisinde görüşülen aile hekimleri poliklinik iş yükünün eskiye oranla belirgin biçimde arttığını ve günlük hasta muayenesi sayısının 50-70 arasında seyrettiğini belirtmişlerdir. Artışın diğer önemli bir yönü de, birinci basamak sağlık hizmeti vermesi planlanan Aile Sağlığı Merkezlerine yapılan poliklinik başvurularındaki artışa karşın, yataklı tedavi kurumlarına yapılan poliklinik başvurularında belirgin bir azalma gözlenmemesidir. Dolayısıyla, poliklinik başvurularının 2. ve 3. basamak kuruluşlar yerine birinci basamağa doğru yönleneceği ön kanısı da asılsız hale gelmiştir. Aslında bu iş yükü artışı, tedavici edici hizmet ağırlıklı aile hekimliği modelinde beklenen bir sonuçtur. Ancak, bu değişimin gözardı edilememesi gereken diğer bir yönü de hasta başına ayrılabilen sürenin kıstlanmasıdır. Aile hekimlerinin günlük ortalama hasta sayısının 60 olduğu dikkate alınır, 8 saatlik normal bir mesai içerisinde –aile hekimlerinin başka hiçbir iş yapmadığı bile kabul edilse- her bir hastaya ayrılan süre 8 dakika olarak gerçekleşmektedir. Bu süreye, hasta ile ilgili kayıtların yapılması, fizik bakı, gerekli durumlarda laboratuvar sonuçlarının değerlendirilmesi ve reçete yazılması gibi işlemler sığdırılmaktadır. Bazı aile hekimleri de salt “yetiştirilemeyen poliklinik hizmetleri” sonucu artan düzensiz çalışma saatlerinden yakınmaktadır. Söz konusu 8 dakikalık süre, sunulan sağaltım hizmetlerinin niteliği ile ilgili önemli şüphelere neden olmaktadır. Sonuçta, uygulanan hizmet modeli, koruyucu hizmetlerin planlamadan uzak ve rasgele, sağaltım hizmetlerinin ise yetersiz bir sürede, olasılıkla da niteliksiz biçimde sunulduğu bir karmaşaya dönüşmüş durumdadır.

Tedavi ağırlıklı hizmet modelinde üzerinde durulması gereken diğer bir konu da, görüşülen aile hekimlerinin de sıkça ve “en az %40-50 oranındadır” diye belirttiği ilaç tüketimindeki artıştır. Konuyla ilgili tarafların tüm uyarılarına kulaklarını tıkayan ve modeli ısrarla savunarak sonuna kadar yaygınlaştırmaya devam edeceğini vurgulayan hükümet, Düzce’de ortaya çıkan sağlık hizmetlerindeki maliyet artışlarını açıklamalı ve hesabını vermelidir.

Sınırlandırılmış sevk uygulaması ve yazılmayan ilaçlar

Bilindiği gibi bazı ilaçların birinci basamak sağlık hizmetlerinde görevli pratisyen hekimlerce yazılması yasal düzenlemelerle engellenmiş ve bu gruplarda yer alan ilaçların reçete edilmesi yetkisi uzman hekimlere tanınmıştır. Yoğun tartışmalara neden olan bu uygulama ülke genelinde olduğu gibi Düzce’de de uygulanmaktadır. Söz konusu uygulama birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran ve bu ilaçlara gereksinim duyan hastaların zorunlu biçimde üst basamaklara sevkini gerektirmektedir. 5258 Sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun’un 3. maddesinde, hasta sevk oranlarının yüksek olması halinde aile hekimlerine yapılacak ödeme tutarında kesinti yapılacağı belirtilmektedir. Bu durum önemli bir çelişki yaratmaktadır. Aile hekimlerinin önemli bir çoğunluğu pratisyen hekimdir. Bu hekimler, kendilerine başvuran ve yazma yetkilerinin bulunmadığı ilaçlara gereksinim duyan hastalarını sevk etmek konumundadır. Bu sevkler ise aile hekimlerine tanınan “sevk kotası”nın zorunlu biçimde aşılmasına ve ücret kesintisine yol açabilecektir. Söz konusu çelişki de, modelin açmazlarından biri olarak çözüm gerektirmektedir.

Destek kuvvet niteliğinde bir oluşum olarak Toplum Sağlığı Merkezleri

Aile Hekimliğinin Pilot Uygulandığı İllerde Toplum Sağlığı Merkezleri Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge’nin 4. maddesi, Toplum Sağlığı Merkezleri’ni “Bölgesinde yaşayan kişilerin ve toplumun sağlık hizmetlerini organize eden, toplumun koruyucu hekimlik hizmetlerini sunan, birinci basamak sağlık hizmeti veren kurumların kendi arasında ve diğer kurumlar arasında eşgüdümünü sağlayan, idari hizmetler ile sağlık eğitimi ve denetim faaliyetlerini yürüten sağlık merkezidir” şeklinde tanımlamaktadır. Aynı yönergenin görev ve yetkileri düzenleyen 9. maddesinde, Toplum Sağlığı Merkezleri’nin sunduğu hizmetlerin “başlıcaları” şu şekilde belirtilmektedir.

- İdari ve mali hizmetler,
- Çevre sağlığı hizmetleri,
- Bulaşıcı ve kronik hastalıkları izleme ve müdahale hizmetleri,
- Aile Sağlığı Merkezleri
 - Koordinasyon hizmetleri ve yapılan işlerin bildirilmesi,
 - Lojistik hizmetleri,
 - Görüntüleme ve laboratuvar hizmetleri,
 - Hizmet içi eğitim hizmetleri,

- Kayıtların tutulması ve denetim hizmetleri,
 - Acil sağlık hizmetleri,
 - Adli tıbbi hizmetler (ölüm raporu, defin/nakil izni),
 - Okul sağlığı hizmetleri,
 - İşçi sağlığı ve iş güvenliği hizmetleri,
 - Sağlık eğitimi hizmetleri,
 - Özel sağlık kuruluşlarını ruhsatlandırma ve denetimi,
 - Afet organizasyonu,
 - Kurullara ve komisyonlara katılım,
 - Yeşil kart hizmetleri,
 - Sağlık Müdürlüğü'nün verdiği diğer görevleri yapmak.

Açıkça görülebildiği gibi, Toplum Sağlığı Merkezleri, aile hekimlerinden beklendiği ifade edilen 4 grup hizmetin (poliklinik, sevk, bağışıklama ve izlem) dışında kalan kalan tüm hizmetleri yapması istenen bir “yedek kuvvet” niteliğindedir. Üstelik bu yoğun iş yükünün, meslektaşları gibi aile hekimliğini seçmediği için bu merkezlerde görevlendirilen, aile hekimliğine geçen meslektaşlarından belirgin biçimde düşük ücretle çalışan ve kendilerini “cezalandırılmış” olarak duyumsayan sağlık personeli ile başarılması beklenmektedir.

Verilecek ilginç bir örnek, bu merkezlere yönelik beklentinin boyutunu ve modelin plansızlığını gösterebilmek yönünde yeterli olacaktır. Örneğin, İl sağlık Müdürlüğü ile yapılan görüşmede bölgeye turist veya geçici işçi olarak gelenlerin sağlık sorunu yaşadıklarında nereye başvuracakları sorulduğunda aktarılan bilgi, bunun önemli bir sorun olmadığı, bu nedenlerle Düzce'ye gelenlerin sayısının 30000 civarında olduğu ve Toplum Sağlığı Merkezleri'nin bu gereksinimi karşılayacağı şeklindedir. Bu bilginin gerçekçilikten ve inandırıcılıktan uzak olduğu ortadadır. Denenen model 30000 kişilik bir nüfusa yaklaşık 10 aile hekimi ile hizmet sunulması üzerine kurgulanmaktadır, sözü edilen 30000 kişi kent nüfusunun %10'u kadardır, üstelik bunlar kentin geneline değil belli bölgelerine yoğunlaşacaktır. Bu örnek bile, ileride, Antalya Merkez, Alanya, Fethiye, Bodrum, Marmaris, Kuşadası gibi turistik bölgelerde veya Adana gibi mevsimlik işçi yoğunluğu yaşayan bölgelerimizde bu modelin afet boyutunda yetersizliklere ve ne tür karmaşalara yol açacağına bir göstergesidir. Yönergenin 9. maddesinde sayılan görevlerin başlığının “sunulduğu hizmetlerin başlıcaları” şeklinde yazılmış olması da plansızlık içerisinde akla gelmeyen tüm hizmetlerin bu “yedek kuvvet” ile sunulacağını göstermektedir.

Yönergenin iş sağlığı ve iş güvenliği hizmetlerini belirleyen, “Bölge-
 sindeki tüm işyerlerinin, özellikle gayrisihhi müessese, tehlikeli ve ağır iş
 yapan işyerlerinin kayıtlarını tutarak oluşabilecek her türlü tehlike du-
 rumunu önlemek ve acil müdahale yapabilmek için işyeri ve diğer ku-
 rumlarla işbirliği yapar. İşyerlerinin kaza önleme çalışmaları hakkında
 bilgi alır ve kayıt tutar. İşyeri hekimi ve aile hekimleri arasında oluşabi-
 lecek problemleri çözer ve koordinasyon içinde çalışılmasını sağlar. İşçi
 muayene ve tetkiklerinin periyodik olarak yapılmasında işyeri hekimi ile
 işbirliği yapar” şeklindeki 20. maddesi, modelin daha başlangıçta iş sağ-
 lığı alanına yönelik sorunlara ve karmaşaya yol açacağını kabul etmekte-
 dir ve başlı başına hukuksal bir tartışma konusu yaratacak niteliktedir.
 Düzce Modeli’nde, daha önceden işyeri hekimliği yapan hekimlerin aile
 hekimliğine geçmesi ve sözleşmeli statüde olan bu hekimlerin aynı za-
 manda işyeri hekimliklerine devam edememesi nedeniyle daha şimdiden
 iş sağlığı hizmetlerinde aksamalar yaşanmaya başlamıştır. Modelin yay-
 gınlaştırılması ile yoğun sanayi kuruluşlarına sahip bölgelerde neler ya-
 şanacağını tahmin edilmesi kolaydır ve beklenen tablo kaygı verici nite-
 liktedir.

Belirsiz bir nüfusa hizmet

Aile hekimliği modeli, aile hekimlerinin kendilerine kayıtlı nüfusa,
 tanımlanmış hizmetleri sunmasını amaçlayan bir model niteliğindedir.
 Düzce’de ilk aşamada, hekim seçme uygulaması başlatılmamış, sağlık
 ocaklarınca hizmet sunulan bölgelerin aile hekimlerine dağıtılması plan-
 lanmış ve aile hekimlerinden ilk 6 aylık süreçte bölgelerindeki nüfusu “ev
 ev dolaşarak” kayıt altına almaları istenmiştir. İl Sağlık Müdürlüğü’nün
 belirlemelerine göre 6 aylık bu süreç içerisinde yaklaşık 303000 olduğu
 tahmin edilen toplam nüfusun 220000’i kayıt altına alınmış durumdadır.
 Başka bir ifade ile, inceleme gezisinin gerçekleştiği tarihte, 15 Mart
 2006’da başlayacağı ifade edilen hekim seçme uygulamasından bir hafta
 önce, nüfusun 1/3’ü halen kayıt dışındadır.

Aile hekimleri, “poliklinikten fırsat buldukça” sürdürdüklerini belirt-
 tikleri nüfus tespiti çalışmalarında muhtarlık kayıtlarına, ev ziyaretlerine
 ve bireysel başvurulara güvenmektedir. Hizmet sunulacak nüfusun eksik-
 siz biçimde kayıt altına alınması, hekim seçme uygulamasına geçiş önce-
 sinde, şimdi kaydettikleri bireylerin büyük olasılıkla ileride de kendi ka-
 yıtlarında olacağını düşünen ve planlayan aile hekimleri arasında ciddi
 bir kaygı yaratmakta ve uygulamayı yarışmaya döndürmektedir. “Kayıt-
 larımda kaçak olmasın diye, gittiğim evlerde tuvaletlere bile bakıyorum”
 diyen, başlatılacak olan hekim seçme uygulaması öncesinde meslektaşla-
 rından daha fazla kişi kaydedebilmek için kendisine başvuran hastalara
 balon ve buzdolabı süsü gibi eşantyonlar dağıtan aile hekimi örnekleri,
 Düzce’de yaşanan karmaşanın, ya da bir aile hekiminin söylediği gibi
 “kurulan kara düzen”in habercileri konumundadır.

Aile Sağlığı Merkezlerinde çalışan aile hekimleri, kendi bölgelerinden olsun veya olmasın, başvuran herkese ücretsiz hizmet sunmalarının istediğini belirtmektedir. Bu durumda yaşanan karmaşayı arttırmaktadır. Bölge, turizm hareketliliklerine ve mevsimlik tarım işçilerinin geliş gidişine açıktır. Bu tür dönemsel nüfus hareketlerine yönelik herhangi bir önlem geliştirilmemiştir ve sorun olması halinde Toplum Sağlığı Merkezleri'nin bu gruplara yönelik koruyucu ve tedavi edici hizmetleri sunabileceği belirtilmektedir. Dönemsel nüfus hareketlerinin önemli etkisi dikkate alındığında, uygulamaların yaygınlaştırılacağı iller arasında açıklanan İzmir'de neler yaşanacağı daha şimdiden merak konusudur. Planlamadan ve bilimsel değerlendirme kriterlerinden yoksun böyle bir uygulamanın Antalya, Muğla gibi illerde başlatılması halinde yaşanacak olası gelişmeler ise ürkütücü boyuttadır.

“Mobil” olarak adlandırılan gezici hizmetler ve ihmal edilen kırsal nüfus

Aile hekimlerinin önemli bir kısmı kent ve ilçe merkezlerindeki Aile Sağlığı Merkezlerinde hizmet sunmaktadır. Bu merkezler, kendi bölgelerinde bulunan kırsal alanlara, belirlenmiş bir plan doğrultusunda gezici hizmetler gerçekleştirmektedir. Aile hekimleri tarafından yoğun biçimde “mobil” olarak adlandırılan bu gezici hizmetler esnasında “kişiye yönelik birinci basamak koruyucu sağlık, tanı, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerinin” verilmesi, Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik'in 4. maddesinde belirtilmektedir. Aile hekimleri, gezici sağlık hizmetlerini istedikleri düzeyde veremediklerini söylemektedir. Görüşülen aile hekimlerinin bir kısmı gezici hizmetlerde sadece hasta muayenesine zaman bulabildiğini, bir kısmı ise hasta muayenesi yapmadan sağlık eğitimi yaptığını belirtmiştir.

Gözlemler, gezici hizmetlere yönelik planlı bir denetim olmadığını yansıttığı gibi, kırsal kesimde yaşayanların modelden yararlanmada önemli eksiklikler yaşadığını göstermektedir. Aile hekimlerinin kırsal alanda belirli bir yerde hizmet sunmaktansa il ve ilçe merkezinde bulunmayı tercih ettikleri ve edecekleri, kendilerine ulaşma olasılığı düşük kırsal nüfusa ise “mobil” ile ulaşmayı hedefleyecekleri beklenen bir durumdur. Bu durum, aile hekimlerinin gezici hizmetlere yönelik belirttikleri eksikliklerle birleşince önemli bir açmaza yol açmaktadır. Aile hekimlerinin önemli bir kısmı bu açmazın farkındadır. Sürecin uzun süre böyle devam etmeyeceğine inanan aile hekimleri, önümüzdeki dönemlerde yerel yöneticilerin baskısıyla kırsal alanda ikamet etmeye zorlanmanın kaygısını taşımaktadır.

Kontrolsüz tıbbi teknoloji kullanımı olasılığı

Aile hekimliği uygulamalarında uygun ve doğru tıbbi teknoloji kullanımını sadece çalışanlar arası rekabete bırakılmıştır. Tıbbi teknolojinin doğru bir eğitim verilmeden kullanılabilme olanağı bütçenin verimsiz

kullanılmasına yol açabileceği gibi hasta ve genelde toplum sağlığı açısından istenmeyen sonuçların ortaya çıkmasına neden olacaktır.

Eksik kayıt sistemi

İl Sağlık Müdürlüğü'nün belirttiğine göre, aile hekimliği modeli kapsamında tutulan kayıt sisteminde belirgin bir değişiklik yapılmamıştır ve tutulması planlanan kayıtlar sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinde sağlık ocaklarınınca tutulan kayıtlardan farklı değildir. Aile hekimlerinin tümü bilgisayar donanımına sahiptir, aynı kayıt programını kullanmaktadır ve internet aracılığıyla veri aktarımı yapmaktadır. Ancak, önemli bir çoğunluğu daha önceden sağlık ocağı hekimliği yapmış olan aile hekimleri, hizmet sunumu sırasında tutulması gereken kayıtları “önemli bir iş yükü artışı” olarak nitelemektedir. Aile hekimleri ve aile sağlığı elamanları kayıtların niçin yapıldığı ve ne işe yaradığı konusunda tatmin edici bilgilerden uzaktır. Kayıtlarla ilgili sorunlara bilgisayar teknolojisinin kullanıma sokulmasıyla yanıt verilmeye çalışılmaktadır. Gerek İl Sağlık Müdürlüğü gerekse görüşülen aile hekimleri, “kullandığımız bilgisayar programı aracılığıyla hizmete yönelik ne tür değerlendirmeler yapabiliyorsunuz?” sorusuna, “programın raporlama ile ilgili kısmının henüz tam anlamıyla çalışmadığı, dolayısıyla da şimdilik bu tür değerlendirmeler yapamadıkları” yanıtını vermektedir. Hükümet tarafından “Avrupa ile yarıştığı, hatta bazı alanlarda Avrupa’yı geçtiği” vurgulanan ülkemizde, Sağlık Bakanlığı'nın ısrarla “pilot” olduğunu ifade ettiği “Düzce Modeli”nin ilk 6 ayı dolmuş ve ana değerlendirmeye 6 ay kalmışken, yaşanan bu sorunun çözülememişi olması inandırıcılıktan uzak ve kaygı vericidir.

Çalışma koşulları

Rekabete dayalı sağlık hizmetleri ve etik yozlaşma

Düzce Modeli'nde hekimler arasında yaratılacak rekabet ortamının hizmet kalitesini arttıracığı düşünülmüş ve planlanmıştır. Ancak, uygulamalar, temizlik işçileri gibi sağlık personeli dışındaki iş gücünün kayıt dışı çalıştırılması, hekimler arasında özellikle ortak harcamalar ile ilgili tartışmalar ve yoğun ekonomik çıkar hesapları gibi kaygı verici sonuçlara yol açmıştır. Model kapsamında 15 Mart 2006'da başlatılması planlanan hekim seçme uygulaması öncesinde aile hekimlerinin en önemli çabası meslektaşlarından daha fazla nüfus kaydederek daha fazla ücret alabilmek haline gelmiştir. Çocuk hastalara balon dağıtmak, her an ulaşılabilecek adresleri ve iletişim yollarını gösteren kartvizitler, hatta hekime yönelik bilgileri içeren buzdolabı süsleri, ekonomik çıkar amaçlı “hasta kapma rekabetin” vardığı noktayı anlatan çarpıcı örneklerdir. Düzce Modeli her sağlık personelinin temel kaygılarından biri olan hasta memnuniyetini, “müşteri memnuniyetine” dönüştürmüş ve kayıtlı birey sayısı 1000'in altına düştüğünde sözleşmesinin sona ereceğini bilen aile hekimlerinin yaşımsal kaygısı haline getirmiştir.

Sağlık ekonomisinin ayırt edici özelliklerinden biri olan “bilgi asimetrisi” kavramından habersiz biçimde, halkın “iyi hekimi” araştırıp saptayacağı ve onu tercih ederek kaydolacağı düşüncesiyle yola çıkanların vardığı nokta, ne yazık ki budur. İnceleme gezisi sırasında duyduğumuz, “mobil” hizmetine ilaç firması temsilcilerinin aracılığıyla gidenler, ileride cari harcamaların ilaç firmalarınca karşılanacağı, böylece devletin cari harcamalar için yaptığı ve hekimlerce “örtülü ödenek” olarak adlandırılan ödentilerin “cepte” kalacağı yönündeki tümceler ise inanmak istemediğimiz söylemlerdir.

“Yeni bir ekip” ve yitirilen ekip ruhu

Çağdaş sağlık hizmetleri yaklaşımı, sağlık hizmetlerinin farklı eğitimlere sahip, farklı meslek gruplarının bir arada çalışmasını öngörür ve önerir. Bu yaklaşıma göre hekim, hemşire, ebe, sağlık memuru, çevre sağlığı teknisyeni, tıbbi sekreter gibi farklı meslek grupları bir araya gelerek ortak bir amaç doğrultusunda sağlık hizmeti sunarlar. Aile hekimliği modeli, sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinin temel unsurlarından biri olan “ekip” kavramına yeni bir yaklaşım getirmektedir. Yeni model aile hekimi ve aile sağlığı elemanından oluşan “yeni bir ekip” tanımlamaktadır. Üstelik 5258 Sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun, aile sağlığı elemanını, aile hekimi tarafından belirlenecek olan hemşire, ebe ve sağlık memuru olarak tanımlamaktadır. Hemşire, ebe ve sağlık memuru olarak sınırlanan bu üç sağlık meslek grubundan en şansız olanı sağlık memurlarıdır. Aile hekimlerinin, poliklinik, bağışıklama ve izlem (örneğin gebe muayenesi) gibi çalışmalarında yoğun biçimde yardım etmesini bekleyeceği aile sağlığı elemanını sağlık memurları arasından tercih etmeyeceği beklenen bir durumdur. Uygulamada ebe, hemşire ve sağlık memuru olarak 3 farklı sağlık meslek grubundan olabileceği belirtilen Aile Sağlığı Elemanı için belirtilen iş tanımı, farklı eğitim programları ile yetiştirilen bu çalışanlara aynı işi yükleyerek farklılıkları yok saymaktadır. Böyle bir yaklaşım, ileride, aynı işi yapması söz konusu çalışanların eğitimlerinde bulunmayan işleri nasıl yapacağı ve bu çalışanları yetiştiren okulların ne olacağı sorularını akla getirmektedir. Böyle bir “yok sayma” bu okullarda okuyanlar ve mezunlar için kaygı vericidir.

Bu iki kişilik yeni ekibin ücretleri şimdilik kamu bütçesinden karşılanmaktadır ve gelecekte de kurulacağı söylenen genel sağlık sigortasınca karşılanacağı belirtilmektedir. Bu iki kişilik ekibe katılacak, temizlik işçisinden sağlık çalışanına kadar, her yeni üyenin ücreti ise aile hekimize karşılanacaktır. Yaratılan iki kişilik yeni ekibin, sözlük anlamı dışında bir ekip olmaktan öteye geçemeyeceği açıktır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin önemli bir bölümünün, sağlık ocaklarındaki çok yönlü ekipten vazgeçilerek aile sağlığı merkezindeki iki kişilik bir ekiple yürütülmesini planlamak, bu anlamda bir geriye savrulma niteliğindedir. Modelin, ileride, ebe ve hemşirelerin önce ev ziyaretlerinden çekilmesi,

ardından da yerlerini sağlıklı olmayan yarı sekreterlerin alması, böylece işsiz kalmalarına yol açması da beklenen sonuçlar arasındadır.

Para için yapılan bir tercih olarak aile hekimliği

Aile hekimliği modelinde çalışmayı seçerek aile hekimi ve aile sağlığı elemanı olan sağlık personeli, ödenen yeni ücretten memnun olduklarını belirtmektedirler. Üstelik kendilerine kayıtlı olan bireylerin önce onlara başvurmak zorunda olmalarının hekim kimliklerini ve “imajlarını” olumlu etkileyeceğine ve toplumsal statülerini yükselteceğine inanmaktadırlar. Bu düşünceler, sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinde sahip olduğu statü kendilerine duyumsattırılmamış ve bugüne kadar düşük ücret politikaları ile istihdam edilmiş olan hekimlerin, gördükleri bir yenilik olarak ifade edilmektedir. Görüşülen aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarının büyük bir bölümü, önceden yaptıkları işlerde belirgin bir değişme olmadığını, görünen tek belirgin farkın Sağlık Ocağı tabelaları yerine asılan Aile Sağlığı Merkezi tabelaları olduğunu söylemekte ve “sağlık ocağında çalışırken aynı ücret verilseydi aile hekimliğine geçer miydiniz?” sorusuna, çoğu zaman gözlerini kaçırarak, “hayır, neden geçeyim ki?” yanıtını vermektedir.

Çalışma barışına yönelik bir tehdit olarak ücret eşitsizlikleri

Düzce Modeli kapsamında aile hekimliği veya aile sağlığı elemanlığına geçmeyen sağlık çalışanları meslektaşlarından çok daha düşük bir ücretle Toplum Sağlığı Merkezlerinde görevlendirilmiştir. Toplum Sağlığı Merkezinde çalışan sağlık personeli, aile hekimliği modelinde yer almayan sağlık personelinin gözden çıkarıldığını düşünmekte, görev yaptıkları birimi, sistemi tercih etmeyenlerin düşük ücretle cezalandırılarak depolandığı yerler olarak algulamaktadır. Çalışma barışını ciddi boyutta tehdit eden bu uygulama, kendilerini daha mutsuz, daha yalnız ve daha terk edilmiş olarak duyumsayan Toplum Sağlığı Merkezi çalışanlarının Aile Sağlığı Merkezi çalışanları ile birlikte hizmet üretmesini, hatta onları denetlemesini öngören Düzce Modeli’ni daha başlangıçta başarısızlığa mahkum etmektedir.

Geçici rahatlama ortamı ve başlayan gelecek kaygısı

Yıllardır süregelen düşük ücretlerin artmış olmasını olumlu bulan ve memnuniyetle karşılayan aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları, bu uygulamanın geçici bir rahatlama sağladığını ve uzun süreli olmayacağını düşünmekte ve gelecekleri ile ilgili ciddi kaygı duymaktadır. Düzce Modeli kapsamında yapılan ödemelerin “tavan ücret” olarak belirlendiği ve Bakanlık yetkililerinin ülke genelinde aile hekimliği modeline geçerken “taban ücret” üzerinden belirleme yapılacağı yönündeki açıklamaları herkes tarafından bilinmekte ve kaygıyla izlenmektedir. Düzce’de aile hekimlerine cari harcamalar için yapılan ödemelerden henüz bir kesinti veya geri alım yapılmamıştır. Bunun ileride gerçekleşebileceği inancında ve beklentisinde olup, “ne olur, ne olmaz, belki de ileride topluca geri

isterler” düşüncesiyle para biriktiren hekimler olması ise, Düzce Modeli’nin yarattığı acı gerçeklerden biridir. Aile hekimlerinin yanıt aradığı bir diğer soru ise, ileride genel sağlık sigortası tarafından kendilerine daha düşük bir ücretle sözleşme yapmaları teklif edilirse ne yapacaklarıdır.

Ucuzlatılmış emek ve işsizlik tehlikesi

Modelin, yukarıda sözü edilen iki kişilik ekip dışındaki çalışanların ücretlendirilmesini aile hekimlerine yükleyen yaklaşımının neden olabileceği temel sorunlardan biri kayıt dışı çalışmadır. Kayıt dışı çalışma gerek sağlık çalışanı, gerekse Türkiye ekonomisi için önemli bir kayıp niteliğindedir. Sağlık personeline ait emek gücünün ucuzlatılması ise başka bir olumsuz sonuç olarak kaygı vermektedir. Ülkemizde pek çok yataklı tedavi kurumunun hemşirelik hizmeti gereksiniminin temizlik firmalarında asgari ücretle çalışan hemşirelerle karşılandığı gerçeği açık ortadadır. Benzer bir durum aile hekimliği modeli için de beklenen sonuçlar arasındadır. Birlikte çalıştıkları tek bir hemşirenin iş yükünü karşılamakta güçlülere neden olduğunu düşünen ve daha fazla sayıda aile sağlığı elemanına gereksinim duyduklarını belirten aile hekimleri, daha şimdiden, aile sağlığı elemanlarına verilen ücretin çok yüksek olduğunu, aynı ücretin kendi ücretlerine eklenmesi halinde daha fazla personel çalıştırabileceklerini, hatta böylece işsizlik sorununu bile çözebileceklerini düşünmektedir.

Aile hekimliği modelinin ileride önemli boyutta işsizlik sorununa yol açacağı açıktır. Ülkemizin yıllık nüfus artışı dikkate alınarak yapılan bir hesaplama göre, ülke genelinde aile hekimliği modeline geçildiği zaman, her yıl 450 civarında aile hekimi ve aile sağlığı elemanına gereksinim olacaktır. Bu tablo sağlık personeli yetiştiren okulların yıllık mezun sayıları ve açılması planlanan yeni üniversiteler dikkate alındığında, neyle karşılaşılacağını ortaya koymaktadır. Karşılaşılacak şey, sağlık alanında sürekli büyüyen bir işsizler havuzudur. Benzer biçimde bu işsizler havuzunun kime fayda sağlayacağı da açıktır. İşsiz sağlık personeli, aile hekimliği modeli ile tümüyle piyasalaştırılacak ve özel sektöre devredilecek yeni sistemde, salt yaşamı idame ettirebilmek kaygısıyla, özel sağlık kuruluşlarının insangücü gereksinimini karşılayacak “ucuz emekgücü” olacaktır.

KAYBEDİLEN KAZANIMLAR

Aile hekimliği modeli, ülkemizde 40 yılı aşkın bir süredir yürütülen sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinin yerine geçmesi planlanan bir modeldir. Türkiye Cumhuriyeti, kuruluşundan itibaren halkın sağlığının korunmasına önem ve öncelik veren bir sağlık hizmetleri geleneğine sahiptir. Henüz Bağımsızlık Savaşı’nın verildiği günlerde kurulan ayrı bir Sağlık Bakanlığı, 1930 yılında açılan Etimesgut Sıhhat Dispanseri ve 1961 yılında uygulanmaya başlayan ve kendinden 17 yıl sonra tüm dünya

ülkelerince geçerliliği kabul edilen ve önerilen Temel Sağlık Hizmetleri yaklaşımına model oluşturan sosyalleştirilmiş sağlık hizmetleri, bu onurlu geleneğin birkaç örneğidir.

Sağlık hizmetlerinde yaşanan sorunların çözümü olarak gösterilen Genel Sağlık Sigortası ve Aile Hekimliği Modeli'nin, sermaye gruplarına hizmet ettiği tüm taraflarca kabul edilen Dünya Bankası ve Uluslararası Para Fonu gibi örgütlenmelerin ülkemize dayattığı bir sistem değişikliği olduğu, önerilen yeni sistemin temel amacının kamusal sağlık hizmetlerinin piyasa koşullarına terk edilmesi olduğu, sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinde yaşandığı vurgulanan sorunların arkasında yatan temel nedenin politik kararsızlıklar ve sistematik çöktürme girişimleri olduğu herkes tarafından açıkça bilinmektedir. Sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinin başarısız olduğu ve yaşanan sorunların çözümsüz olduğu yönündeki düşüncelerin hiç biri gerçeği yansıtmamaktadır. Türkiye tarihi, istenildiğinde ve siyasal otorite tarafından desteklendiğinde sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinin neleri başarabildiğinin sayısız örnekleriyle doludur. Sağlık düzeyini gösteren ölçütlerin 40 yıl önceki ve bugünkü düzeylerinin yan yana yazılması bile –sorunlu olduğu söylenen- sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinin neyi başardığını göstermeye yeterlidir.

Varılan noktada, yapılan tüm uyarılara ve karşı duruşlara rağmen ısrarla savunularak ülkemiz için önerilen model Cumhuriyet kazanımlarını yok etmeye yönelik bir girişimden öte değildir. İl Sağlık Müdürü ve Sağlık Bakanlığı'nın uygulamadan sorumlu Müsteşar Yardımcısı'nın "pilot uygulamadan alınan sonuç ne olursa olsun modelin ülke genelinde uygulanacağı, bunun politik bir kararlılık olduğu" şeklindeki ifadeleri ise yaşananların ne denli ürkütücü boyutta olduğunu göstermektedir.

SONUÇ OLARAK

Bizler, Halk Sağlıkçılar olarak; aile hekimliği pilot uygulaması ile,

- Ülke kaynaklarının etkin biçimde kullanılmadığını,
- Kamuya ait kurum ve donanımın yasal düzenlemesi belirsiz bir biçimde özel kullanıma sunulduğunu,
- Tedavi edici hizmetlerin öncelenerek koruyucu hizmetlerin ikinci plana itildiğini,
- Ülkemiz insanını olumsuz etkileyecek uygulamalara geri dönüşümsüz zararlara yol açmadan son verilmesi gerektiğini,
- Amacın yeni bir model getirmek değil, var olan tüm modellerin yok edilerek yüksek kar amaçlı bir karmaşa ortamı – Düzce’de çalışan bir hekimin deyişle “kara düzen”- yaratmak olduğunu **DÜŞÜNÜYOR,**
- Düzce’de ülkemizin diğer bölgelerine oranla daha iyi altyapı olanaklarına sahip olan sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinin tahrip edilmesi anlamına gelen uygulamalara harcanan paranın çok daha azıyla sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinde güncelleme ve iyileştirme sağlanabileceğine,
- Var olduğu söylenen kaynakların sonu belirsiz bir macera yerine var olan sistemin desteklenmesi ve geliştirilmesinde kullanılmasının daha akılcı ve etkin olduğuna **İNANIYOR VE TALEP EDİYORUZ.**

Türk Tabipleri Birliği Halk Sağlığı Kolu, Halk Sağlığı Uzmanları Derneği Halk Sağlığı Anabilim Dalları Temsilcileri

EK-1:11 Mart 2006 tarihli basın açıklaması

Ülkemizdeki sağlık hizmetlerinin niteliğinin yükseltilmesi ve iyileştirilmesi için yapılan her türlü iyi niyetli girişimi saygıyla karşılıyoruz. Bu düşünceyle Sağlık Bakanlığı tarafından gerçekleştirilmeye çalışılan sağlıkta dönüşüm programını irdelemek ve pilot uygulama ile ilgili girişimleri yerinde gözlemek amacıyla, Türk Tabipleri Birliği Halk Sağlığı Kolu, Halk Sağlığı Uzmanları Derneği, Halk Sağlığı Anabilim Dalları temsilcileri olarak kısa bir ziyaret yapmış bulunmaktayız. Bu ziyaretimiz sırasında gösterdikleri ilgi, konukseverlik ve açık yüreklilikle yaptıkları açıklamalar nedeniyle başta Düzce İl Sağlık Müdürlüğü yetkilileri, Bolu Düzce Tabip Odası Üyeleri ve görüştüğümüz tüm sağlık çalışanlarına teşekkür ederiz.

Kısa gezimizde edindiğimiz gözlemlerimiz ve görüşlerimizi Sağlık Bakanlığı yetkilileri, meslektaşlarımız ve kamuoyu ile paylaşmayı bir görev olarak kabul etmekteyiz.

Gözlem ve saptamalarımız şunlardır:

1. Uygulama öncesi hazırlıklar, uygulamaya yönelik değerlendirmeler yetersiz, plansız ve bilimsellikten uzaktır.
2. Düzce'de aile hekimliği uygulamasına geçilmesinin gerekçeleri tatmin edici değildir.
3. Aile hekimliği pilot uygulaması başarısız olsa bile ülke genelinde yaygınlaştırılacağı vurgulanması kaygı vericidir.
4. Koruyucu hizmetler önceliğini yitirmiştir. Birlikte verilmesi gereken toplumsal hizmetlerin ayrı birimlerce yürütülmesi planlanmıştır. Örneğin, bulaşıcı bir hastalık ile karşılaşılması durumunda aile hekimlerinin sorumluluğu yalnızca bildirim ile sınırlıdır.
5. Toplumsal ölçekte programlı bir gebe, loğusa, bebek ve çocuk izlemi ve bağışıklama hizmeti gözlenmemiştir.
6. Koruyucu hizmetlerin alanda sürdürülmesinden vazgeçilmiş, hizmet sadece başvuranlar veya çağrıldığında gelenler ile sınırlandırılmıştır.
7. Hizmet kapsamındaki nüfusun tespitinde muhtarlık kayıtlarına ve bireysel başvurulara güvenilmektedir ve olası mevsimsel değişimlere (mevsimlik işçi, turizm, vb.) karşı planlı bir hazırlık gözlenmemektedir.
8. Rekabetin hizmet kalitesini arttıracığı düşünülmüş ve planlanmıştır, ancak uygulamalar hekim dışı personelin kayıt dışı çalıştırılması, hekimler arasında özellikle ortak harcamalar ile ilgili tar-

tışmalar ve yoğun ekonomik çıkar hesapları gibi kaygı verici sonuçlara yol açmıştır.

9. Sosyalleştirmenin temel insan gücünü oluşturan “ekip” kavramı parçalanmış, çok yönlü ekibin yerini “iki kişiden oluşan” yeni bir ekip almıştır. Bu durum ileride önemli bir işsizlik sorunu yaşanabileceğinin habercisidir. Sözleşmeli statüde çalışma, sosyal güvenlik haklarını ortadan kaldırmıştır.
10. Aile hekimliğinde görev almayan personelin gözden çıkarıldığı ve yoğun ücret eşitsizlerine maruz bırakıldığı gözlenmiştir. Bu eşitsizlikler çalışma barışına kalıcı zarar verecektir.
11. Kayıtlar ve önemli bir sorun olarak görülmektedir. Kayıtlar ile ilgili yeni bir sistematik yoktur. Kayıtlarla ilgili sorunlara bilgisayar vb. teknoloji ile yanıt verilmeye çalışılmaktadır. Aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları kayıtların niçin yapıldığı ve ne işe yaradığı konusunda tatmin edici bilgidenden uzaktır.
12. Planlanan gezici hizmetlerin yetersiz kaldığı ve sadece tedavi edici hizmetlerle sınırlı gerçekleşebildiği belirtilmiştir.
13. Toplum Sağlığı Merkezleri her türlü sorunda görevlendirilebilecek yedek kuvvetler olarak algılanmaktadır. Toplum Sağlığı Merkezleri daha düşük ücretle çalışan, daha mutsuz ve daha terk edilmiş sağlık çalışanları ile hizmet sunmaktadır. Bu merkezler, aile hekimliğini tercih etmeyen personelin daha düşük ücretle depolandığı birimler halindedir.
14. Aile Hekimleri ve diğer aile sağlığı elemanları, yıllardır süregelen düşük ücretlerin artmış olmasını olumlu bulmakta ve memnuniyetle karşılamakta, ancak bu uygulamanın uzun süreli olmayacağını düşünmekte ve gelecekleri ile ilgili kaygı duymaktadır.
15. Uygulamanın olmazsa olmazı olarak nitelenen ve belirtilen sevk zinciri (hastaların aile hekiminden sevk almadan hastanelere başvuramaması) yaşama geçirilmemiş ve Sağlık Müdürlüğü tarafından gerekli bulunmadığı ifade edilmiştir.
16. Uygulamaların tüm aşamalarında görev alan sağlık çalışanları, hekim dışı personelin gözardı edildiğini vurgulamıştır. Bu durum, ekip ruhuna önemli oranda zarar vermektedir.
17. Hizmeti kullananlar, yeni uygulamalarla yaşanan değişimlerin çok farkında olmamakla beraber, hep aynı hekimle iletişim kurmalarını olumlu olarak değerlendirmektedir.
18. Aile hekimlerinin çalışma ortamına yönelik olanaklarında önemli bir değişim gözlenmemiştir. Çoğu yerde yalnızca “Sağlık Ocağı” tabelalarının yerine “Aile Sağlığı Merkezi” tabelasının koyulduğu gözlenmiştir.

19. Düzce’de yürütülen uygulamalar, ülke genelinde yaygınlaştırılması planlanan modelin prim toplanması, hizmetin toplanan primler ile finanse edilmesi ve sevk zinciri gibi unsurlarından yoksundur. Bu yönüyle uygulamalar “pilot”, hatta “pre-pilot” uygulama niteliğinden uzaktır ve dolayısıyla da uygulamalardan elde edilecek sonuçların ülkesel ölçekte yaygınlaştırma öncesinde fikir vermesi bilimsel olarak olası değildir.
20. Görüşülen hekimlerin ifadelerine göre, ilaç harcamaları yaklaşık %40-50 artmıştır. Hükümet, Düzce’de ortaya çıkan sağlık hizmetlerindeki maliyet artışlarını açıklamalı ve hesabını vermelidir.
21. Aile hekimliği uygulamalarında uygun ve doğru tıbbi teknoloji kullanımı sadece çalışanlar arası rekabete bırakılmıştır. Tıbbi teknolojinin doğru bir eğitim verilmeden kullanılabilme olanağı bütçenin verimsiz kullanılmasına yol açabileceği gibi hasta ve genelde toplum sağlığı açısından istenmeyen sonuçların ortaya çıkmasına neden olacaktır.

Bizler, Halk Sağlıkçılar olarak; aile hekimliği pilot uygulaması ile,

- Ülke kaynaklarının etkin biçimde kullanılmadığını,
- Kamuya ait kurum ve donanımın yasal düzenlemesi belirsiz bir biçimde özel kullanıma sunulduğunu,
- Tedavi edici hizmetlerin öncelenerek koruyucu hizmetlerin ikinci plana itildiğini,
- Ülkemiz insanını olumsuz etkileyecek uygulamalara geri dönüşümsüz zararlara yol açmadan son verilmesi gerektiğini,
- Amacın yeni bir model getirmek değil, var olan tüm modellerin yok edilerek yüksek kar amaçlı bir karmaşa ortamı – Düzce’de çalışan bir hekimin deyişiyle “kara düzen”- yaratmak olduğunu **DÜŞÜNÜYOR**,
- Düzce’de ülkemizin diğer bölgelerine oranla daha iyi altyapı olanaklarına sahip olan sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinin tahrip edilmesi anlamına gelen uygulamalara harcanan paranın çok daha aزیyla sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinde güncelleme ve iyileştirme sağlanabileceğine,
- Var olduğu söylenen kaynakların sonu belirsiz bir macera yerine var olan sistemin desteklenmesi ve geliştirilmesinde kullanılmasının daha akılcı ve etkin olduğuna **İNANIYOR VE TALEP EDİYORUZ**.

Türk Tabipleri Birliği Halk Sağlığı Kolu, Halk Sağlığı Uzmanları Derneği ve Halk Sağlığı Anabilim Dalları Temsilcileri

EK-2:**“HALK SAĞLIKÇILAR SAĞLIKTA DÖNÜŞÜMÜ TARTIŞIYOR”
PROGRAMINA KATILIM**

	DÜZCE İNCELEMESİ	“HALK SAĞLIKÇILAR SAĞLIKTA DÖNÜŞÜMÜ TARTIŞIYOR”
Hacettepe	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zafer Öztek, ▪ Sarp Üner, ▪ Gökhan Telatar, ▪ Nüket Paksoy Subaşı ▪ Şevkat Bahar Özvarış 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zafer Öztek, ▪ Şevkat Bahar Özvarış, ▪ Nüket Paksoy Subaşı, ▪ Songül Vaizoğlu
Ege	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Meltem Çiçeklioğlu ▪ Şafak Taner Gürsoy ▪ Raika Durusoy Onmuş ▪ Aslı Davas Aksan ▪ Kevser Vatansever ▪ Feride Saçaklıoğlu 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Meltem Çiçeklioğlu ▪ Şafak Taner Gürsoy ▪ Raika Durusoy Onmuş ▪ Aslı Davas Aksan ▪ Kevser Vatansever ▪ Feride Saçaklıoğlu
Başkent	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Coşkun Bakar ▪ İrem Budakoğlu 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Coşkun Bakar ▪ İrem Budakoğlu
Mersin	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tayyar Şaşmaz 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tayyar Şaşmaz
Dokuz Eylül	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Recı Meseri ▪ Bülent Kılıç ▪ Hatice Giray ▪ Gazanfer Aksakoğlu 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Recı Meseri, ▪ Bülent Kılıç ▪ Hatice Giray, ▪ Gazanfer Aksakoğlu, ▪ Türkan Günay, ▪ Reyhan Uçku, ▪ Özkan Bağcı
Selçuk (Meram)		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mustafa Mete
Pamukkale	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mehmet Bostancı ▪ Binali Çatak ▪ Mehmet Zencir 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mehmet Bostancı, ▪ Binali Çatak ▪ Mehmet Zencir, ▪ Aysun Özşahin, ▪ Özgür Sevinç
Yüzüncü Yıl	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ayşe Yüksel 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ayşe Yüksel
Karaelmas Üniv.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ferruh Ayoğlu ▪ Zühtü Şahin 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ferruh Ayoğlu
Marmara Üniv.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nilüfer Özaydın 	
Manisa Tabip Odası (Celal Bayar Üniv.)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nasır Nesanır 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nasır Nesanır
Uludağ Üniv.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mehmet Gülay ▪ Özlem Kizek 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mehmet Gülay ▪ Özlem Kizek
Trakya Üniv.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Muzaffer Eskiocak 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Muzaffer Eskiocak
Çukurova Üniv	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gülseren Ağrıdağ 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gülseren Ağrıdağ

Ankara Üniv.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Deniz Çalışkan, ▪ Meltem Çöl ▪ Oya Özdemir Kanyılmaz 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Deniz Çalışkan, ▪ Meltem Çöl, ▪ Ferda Özyurda, ▪ Harun Balcıoğlu
Akdeniz Üniv.		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Necati Dedeoğlu
Gazi Üniv.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Remzi Aygün 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Remzi Aygün, ▪ Hakan Tüzün, ▪ Evin Aras
Kocaeli	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Onur Hamzaoğlu, ▪ Umut Özcan, ▪ Selim Yüksel, ▪ Melike Erkoç, 	
Abant İzzet Baysal	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Atilla Mayda, ▪ Nuray Yeşildağ, ▪ Gökçe Çağdaş Gerçek, ▪ Cem Yıldırım, ▪ Sinemis Çetin Dağlı 	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bolu-Düzce Tabip Odası 5 hekim 	
Cumhuriyet Üniv.		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ferit Koçoğlu
SDÜ Tıp Fak. (İsparta)		<ul style="list-style-type: none"> ▪ A.Nesimi Kişioğlu
Kastamonu İl Sağlık Müd.		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Esin Kulaç
İzmir İl Sağlık Müd.		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mestan Emek
Türkiye Verem Savaş Federasyonu		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ali Rıza Erdoğan
TTB-MK		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Orhan Odabaşı
Boğaziçi Üniv.		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Asena Günal
AÜ Siyasal Bilimler		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Seyhan Erdoğan, ▪ Faruk Ataay

• **Halk Sağlığı Anabilim Dalları:**

22 üniversiteye bağlı Halk Sağlığı Anabilim Dalı öğretim görevlileri..

Ege, Dokuz Eylül, Pamukkale, Trakya, Karaelmas, Uludağ, Kocaeli, Akdeniz, Çukurova, Cumhuriyet, Hacettepe, Ankara, Gazi, Başkent, Yüzüncüyıl, Süleyman Demirel, Celal Bayar, Selçuk-Merem, Mersin, İstanbul, Marmara, Abant İzzet Baysal.

- İzmir ve Kastamonu İl Sağlık Müdürlük'lerinde görev yapan halk sağlıkçılar,
- Ankara Üniv.Siyasal Bilimler Fakültesi Kamu Yönetimi ve Çalışma Ekonomisi bölümü öğretim görevlileri.
- Boğaziçi Üniversitesi
- Türkiye Verem Savaş Federasyonu üyeleri
- Bolu Düzce Tabip Odası üyeleri
- TTB-MK üyeleri