Değerli Divan Başkanı ve Divan Kurulu Üyeleri, Değerli Delegeler ve Sevgili Meslektaşlarım, Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi adına sizleri saygı ve sevgiyle selamlıyorum.

**OHAL’de Hekimlik**

15 Temmuz 2016 tarihindeki askeri darbe girişiminin sonrasında, Türk Tabipleri Birliği (TTB) Merkez Konseyi olarak askeri ve sivil darbelere karşı olduğumuzu ilk günden açık bir dille ifade ettik ve darbe girişiminde bulunanları lanetledik.

Darbe girişiminin hemen ardından, hükümet darbeye karşı mücadelede demokrasi yöntemlerini değil Olağanüstü Hali (OHAL) tercih etmiş; 20 Temmuz 2016’da ilan edilen OHAL ile birlikte temel hak ve özgürlüklerin askıya alındığı, ülkenin Kanun Hükmünde Kararnameler (KHK) ile yönetildiği bir döneme girilmiştir. Darbecilere karşı mücadele olarak başlatıldığı bildirilen süreç, giderek KHK’lar aracılığıyla muhalif kişilerin kamusal alandan tasfiyesine dönüşmüştür.

OHAL döneminde, Sağlık Bakanlığı’ndan 5.625 kişi, üniversitelerden 5.295 kişi olmak üzere toplam 106.117 kişi kamudan ihraç edildi. İhraç edilen hekimlerin sayısı ise; Sağlık Bakanlığı’ndan 1.576, Tıp Fakültelerinden 1.199 olmak üzere toplam 2.775’dir.

2016 yılı Eylül ayından bu yana, TTB’nin yöneticiliğini yapmış, TTB kurullarındaki çalışmalarıyla hekimlik değerlerine, demokrasi, hak ve özgürlükler mücadelesine yoğun emek ve katkı sunmuş, akademik alanda önemli çalışmalara imza atmış, sağlık hakkı mücadelesini birlikte yürüttüğümüz çok sayıda tabip odası üyesi arkadaşımız da kamu ve üniversitelerdeki görevlerinden ihraç edilmişlerdir.

İhraç edilenler arasında; TTB Yüksek Onur Kurulunun şimdiki üyesi iki arkadaşımız, TTB Denetleme Kurulunun şimdiki üyesi bir arkadaşımız, TTB ve İstanbul Tabip Odası eski Başkanımız, TTB eski II. Başkanı ve Genel Sekreterimiz, TTB eski Merkez Konseyi üyesi iki arkadaşımız, TTB eski Yüksek Onur Kurulu ve Etik Kurul üyesi bir arkadaşımız da yer almaktadır. Diyarbakır Tabip Odasının son dönemdeki eşbaşkanları da dahil olmak üzere, son dönemlerde görev yapmış 5 başkanı kamu görevlerinden ihraç edildiler. Bu yönüyle, Diyarbakır’da tabip odası başkanı olarak görev yapmanın kamudan ihraç edilmek için yeterli sayıldığına tanık olduk.

TTB ve tabip odaları yönetici ve üyelerinin kamu görevinden ihraç edilmeleri, üniversitelerdeki kadrolarından koparılmaları, ülkemizde sağlık hizmetlerine ve yükseköğretim sistemine zarar vermiştir.

Çok sayıda hekimin ihraç edilmesi halkın sağlık hizmetlerine erişimini aksatarak halkın sağlık hakkının engellenmesine neden olmuştur. Yine bu ihraçlar, nitelikli sağlık hizmeti verilmesini, hastalarının ve öğrencilerin ülkemizin değeri olan bilim insanlarından faydalanmasını, iyi ve donanımlı hekim yetişmesini engellemektedir.

Hekimlerin, akademisyenlerin haksız ve hukuksuz bir biçimde görevlerinden ihraç edilmeleri ne OHAL ne de darbe girişimi ile ilişkilendirilebilir. Üyelerimiz ve yöneticilerimiz olan hekimler Türkiye’de iyi hekimlik değerlerini savundukları, akademik özgürlük, emek, barış ve demokrasi mücadelesi verdikleri için hedef seçilmişlerdir.

Ülkemizde devlete ve hükümet politikalarına yönelik eleştirel düşünceleri içeren ve içinde temel olarak barış içinde yaşama hakkının sağlanması isteğinin dile getirildiği barış bildirisine imza atan akademisyenler, bu süreçte özellikle hedef alınmış durumdadır. 1 Eylül 2016 tarihinden başlayarak barış akademisyenleri, belirli aralıklarla çıkartılan KHK’lar ile ihraç edilmeye başlanmıştır. Üniversitelerin tarih boyunca taşıdığı ayrıcalık ve güç, her türlü ideolojik şekillendirmeye olan direncinden, özgür düşünce ortamında eleştirel fikir üretmesinden gelmektedir.

TTB olarak üyelerimizin ve arkadaşlarımızın görevlerine geri dönmesi için bütün hukuksal ve örgütsel olanaklarımızı seferber edeceğimizi, onlarla olan dayanışmamızı büyüteceğimizi buradan bir kez daha ilan ediyoruz. Emeğin, demokrasinin, hukukun, toplumsal barışın ve iyi hekimlik değerlerinin güçlenmesi ve görevlerine son verilen meslektaşlarımızın öğrencilerine ve hastalarına bir an evvel kavuşabilmeleri için verdiğimiz mücadeleyi tüm gücümüzle sürdüreceğiz.

**Sağlıkta Şiddet**

Türkiye sağlık ortamında şiddet her geçen gün etkisini artırıyor. 1988 yılında Dr. Edip Can Kürklü, 2005 yılında Dr. Göksel Kalaycı, 2012 yılında Dr. Ersin Arslan, 2015 yılında Dr. Kamil Furtun ve Dr. Aynur Dağdemir, 2017 yılında Dr. Hüseyin Ağır ve Prof. Dr. Muhammed Said Berilgen’i çalıştıkları sağlık ortamında uğradıkları saldırı nedeniyle, 2012 yılında Dr. Melike Erdem’i ise SABİM hattı üzerinden oluşturulan şiddetin yoğun psikolojik baskısı sonucu kaybettik.

Türkiye’de sağlık çalışanlarına yönelik şiddet sağlık alanındaki en önemli sorunlardan biri haline gelmiştir. Bu sorunun altında yatan ana nedenler uzunca bir süredir tartışılmaktadır. Uygulanan sağlık politikaları, sağlık çalışanlarının değersizleştirilmesi ve hedef gösterilmesi şiddetin altında yatan önemli sebepler olarak tespit edilmektedir.

Sağlık ortamındaki şiddet olaylarında hedefin çoğu zaman sağlık sistemi olduğu, sistemdem kaynaklanan aksaklıkların, ihmallerin şiddet olaylarına zemin hazırladığı görülüyor. Ancak, hiçbir olayda ihmali olanların yargılandığına, hatta soruşturmaya uğradığına bile tanık olmuyoruz. Bu nedenle de uygulanmakta olan sağlık politikalarını ele almadan, sağlıkta şiddetin çözümüne yönelik geçerli bir yaklaşım ortaya konamayacağını biliyoruz. Sağlık hizmetlerinde piyasa yönelimli politikalar sağlık hizmeti sunan kurumları birer işletmeye dönüştürürken sağlık hizmetinin içeriğinin ve niteliğinin tahribine zemin hazırlıyor.

Sadece kayıtlı olanlar üzerinden bir değerlendirme yapıldığında bile Türkiye’de günde en az 30 sağlık çalışanının sağlık hizmeti sunulan alanlarda şiddete maruz kaldığı görülüyor. Sağlık alanındaki şiddet ister fiziksel, ister sözlü, ister psikolojik olsun, sağlık hizmet sunumunun hemen tüm aşamalarında ciddi bir sorun ve hekimler ve sağlık çalışanları açısından mesleki bir risk haline dönüşüyor.

Sağlık şiddet sorununun sadece yasal yaptırımlarla çözülmesi mümkün olmasa da, önleyicilik ve koruyuculuk işlevinin sağlanmasını amaçlayarak, sağlık çalışanlarına yönelik şiddete asla hoşgörü gösterilmeyeceği, aksine şiddet suçlarının mutlaka cezalandırılacağı ve kamu sağlığını bozduğu için de ayrıca cezalandırılacağı düşüncesinin oluşturulması için, TTB olarak, Türk Ceza Kanunu’na bir madde eklenmesi ile ilgili bir öneri geliştirdik. 14 Mart haftası boyunca “Sağlıkta Şiddet Sona Ersin”, “Çalışırken ölmek de, öldürülmek de istemiyoruz!” diyerek taleplerimizi dile getirdik ve Türk Ceza Kanunu'na bu konu ile ilgili bir madde eklenmesini içeren “Sağlıkta Şiddet Yasa Tasarısı” önerimizi TBMM’de yaptığımız bir basın açıklaması ile duyurduk.

Sağlık alanının ticarileştiren, sağlık çalışanlarını iş güvencesinden yoksun, güvenliksiz ortamlarda, performansa dayalı, gece gündüz demeden çalıştırıp her türlü şiddete maruz bırakan bu politikalardan bir an önce vazgeçilmesi gerekiyor.

**GSS Sistemi İflasın Eşiğinde**

AKP hükümetlerinin 14 yıldır uygulamakta olduğu Sağlıkta Dönüşüm Programı’nda (SDP); (1) Genel Sağlık Sigortası (GSS) sistemi uygulamasına geçilmesi, (2) piyasa ekonomisine uygun olarak hastanelerin sağlık işletmeleri haline getirilmeleri öncelikli olarak yer alır.

SDP’nin temel ayaklarından olan GSS sistemi iflasın eşiğindedir. Meclis’te kabul edildiği tarihten uygulanabilmesine kadar 6 sene geçmesi gereken, yürürlüğe girdikten sonraki 5 sene boyunca da çalıştırılamayan, yaklaşık 5 milyon kişinin 11.7 milyar lira prim borcunun bulunduğu GSS sisteminin, sağlık sisteminin bir finansman modeli olarak iflas ettiğinin son yasal düzenlemeyle tescil edilmiştir.

8 Mart 2017 tarihinde Resmi Gazete’de yayımlanan bir yasayla GSS primi ödemesi beklenen 4.2 milyon kişi için 71, 213 ve 426 lira şeklindeki 3 ayrı tutar yerine, 53.33 TL. olarak tek bir tutarın ödenmesi dönemine geçilmesine karar verildi. Söz konusu yasa, 1 Nisan’da yürürlüğe girdi.

1 Nisan’da başlayan GSS’deki yeni dönemde, yaklaşık 5 milyon kişinin binlerce liraya ulaşan GSS prim borçlarının yeniden hesaplanacağı; 1 Ocak 2012 tarihinden beri tavandan GSS primi ödemek zorunda olan bir kişinin borcunun 17 bin 489 liradan 3 bin 989 liraya ineceği, gecikme ceza ve faizlerinin silineceği bildirildi.

Yeni düzenlemeyle her ay ödenmesi gereken prim miktarı 53.33 TL. olarak belirlense de, prim borcu olanların sayısının ve prim borcu miktarlarının giderek artacağını öngörmek zor değil. Bu aynı zamanda, milyonlarca kişinin sağlık hizmeti kapsamının dışına itilmesi anlamına geliyor.

SDP’nin temel ayaklarından bir diğerini, merkezinde Kamu Hastane Birliklerinin yer aldığı, döner sermayeli sağlık işletmeleri modeli üzerinden sağlık hizmetlerinin piyasalaştırılması oluşturuyor. Bu modelin ilk aşaması ise, “performansa dayalı ek ödeme sistemi”.

**Performans Sistemi ve Sağlık İşletmeleri Modeline Geçiş**

Performansa göre döner sermaye katkı payı ödemesi, Sağlık Bakanlığınca 2004 yılından itibaren uygulanmaya başlanmıştır.

Sağlık hizmetlerinde niteliğin değil, kârlılığın amaçlandığı, daha fazla işlem, daha fazla kazanç anlayışının temel alındığı performans sisteminde, hasta bakma ve işlem sayısında artış her şeyin önüne geçmektedir. Daha fazla hasta muayene etmek için her bir hastaya düşen muayene süresi 5 dakikaya kadar inmiştir. Ameliyat tercihlerinde hastanın ihtiyacı yerine performans puanı öne çıkmaktadır.

Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan Sağlık İstatistikleri Yıllığı’na göre, 2002-2015 yılları arasında Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastanelerin sayısı %11.8, hasta yataklarının sayısı %13.9 artarken, bu hastanelere başvuran hasta sayısında %180, bu hastanelerde yapılan ameliyat sayısında %120 artış görülmüştür.

2012 yılında yılda 3.1 kez hekime başvuran yurttaşlarımız, 2015 yılına gelindiğinde yılda ortalama 8.4 kez hekime gider olmuştur.

Yine bu sistemde hastaların hastanede yatış süreleri kısalmaktadır. Sağlık Bakanlığı hastanelerinde ‘yatan hasta ortalama kalış günü’, 2012 yılında 8.6 iken, 2015 yılında 5.6’ya inmiştir. Tüm sektörler göz önüne alındığında 2015’te bu sayının 3.9 olduğu görülmektedir. Aynı yıllıkta yer alan uluslararası karşılaştırma sonuçları, Meksika’dan sonra en kısa hastanede yatış süresine sahip olan ülkenin Türkiye olduğunu gösteriyor. Performans sisteminde; zor, komplikasyonlu ya da komplikasyon riski yüksek hastalardan uzak durularak hastanede yatış sürelerinin kısaltılması, yatak devir hızının artırılmasının hedeflendiği biliniyor.

Tıbbi işlem ve tetkik sayılarındaki artışlar da çarpıcı boyutlardadır. Sağlık İstatistikleri Yıllığı’na göre, 2015 yılındaki görüntüleme sayıları, manyetik rezonans (MR) için 11.3 milyon, bilgisayarlı tomografi (BT) için 13.7 milyon, ultrason için 27.4 milyondur. Uluslararası karşılaştırmalara göre, yataklı tedavi kurumlarında gerek ‘MR cihazı başına görüntüleme sayısı’ gerekse ‘1000 kişiye düşen MR görüntüleme sayısı’ en yüksek olan ülke Türkiye’dir.

**Kamu Hastane Birlikleri Sisteminin Çöküşü**

2004 yılında Sağlık Bakanlığı hastanelerinde performans sistemine geçilmesiyle başlayan bu süreçte, 2 Kasım 2011 tarihinde yayımlanan 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile Sağlık Bakanlığı’nın yeniden yapılandırıldığı bir evreye geçilmiştir. Merkezinde Kamu Hastane Birliklerinin yer aldığı bu yeni modelde, Sağlık Bakanlığı, artık sağlık hizmetinin üretilmesinden değil, sağlık piyasasının denetlenmesi ve düzenlenmesinden sorumlu bir konumdadır

Sağlık hizmetlerinde kışkırtılmış bir talep yaratan, bir işletme mantığıyla kârlılığı öne çıkartan bu sistemin, Kamu Hastane Birlikleri ayağı, diğer bir ifadeyle Sağlık Bakanlığı hastaneleri iflasın eşiğindedir.

2016 yılı Ağustos ayında yayımlanan Sayıştay’ın Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna Bağlı Döner Sermaye İşletmeleri 2015 Yılı Düzenlilik Denetim Raporu’nda, Sağlık Bakanlığı hastanelerinin çok ciddi bir borç yükü altında oldukları, yaptıkları iş ve işlemler sonucunda zarar ettikleri, mali durum ve işletme açısından yıllar itibariyle daha kötüleşmenin görüldüğü belirtildikten sonra, daha da ileri gidilerek döner sermaye olarak faaliyet gösteren sağlık tesisleri için esasen ortada döndürülen bir sermayenin mevcut olmadığı açıklandı. Sağlık işletmeleri politikasının iflası anlamına gelen bu raporda, Sağlık Bakanlığı hastanelerinde döner sermaye bütçesi uygulamasının kaldırılarak merkezi yönetim bütçesinin esas alınmasının uygun olacağı belirtiliyordu. Sayıştay raporu bize döner sermayeli sağlık işletmeleri modelinin çöktüğünü söylüyor.

Hastane döner sermayelerinin zarar etmesinin nedenleri arasında uzun yıllardır Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) fiyatlarında artış olmaması da yer almakta; SUT üzerinden belirlenen geri ödeme fiyatlarının yapılan giderleri karşılayamadığı görülmektedir.

**Sosyal Güvenlik Kurumu’nun Açığı Giderek Artıyor**

Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK), SUT fiyatlarını artırmayarak, hastanelere sağlık hizmeti maliyetinin çok altında ödemeler yapmasına, diğer bir ifadeyle giderlerini kısmasına karşın, giderek artan açıklar vermektedir. Dr. Ergün Demir ve Dr. Seyfi Durmaz tarafından yapılan bir değerlendirmeye göre, SGK’nın 2003-2016 yıllarında toplam 277 milyar TL açığı olduğu görülmektedir. Güncel dolar değeri üzerinden yeniden hesaplanması durumunda açığın 634 milyar lirayı bulduğunun belirtildiği çalışmada, sadece 2016 yılında kuruma 108 milyar lira bütçe transferi yapıldığı, yine de 20.6 milyar liralık açık meydana geldiği belirtiliyor. Sonuçta, bütçeden kuruma transfer yapılmasına rağmen “açık” kapanmıyor.

**Şehir Hastaneleri**

Kamu-özel ortaklığı temel olarak bir Yap-Kirala-Devret modeli uygulamasıdır. Yapılan düzenlemelere göre, ihale ile birlikte Hazine arazisi, hizmet ve alanları işletmek üzere bedelsiz olarak şirketlere devredilmektedir. Sağlık Bakanlığı hizmet alımı ve bina kullanım bedeli adı altında şirketlere 25 yıl kira ödeyecek; kira ödemeleri şehir hastanelerinin döner sermayeleri tarafından karşılanacaktır. Sözleşmelerde kira bedellerinin zamanında ve tam olarak ödenmemesinin Bakanlık garantisi altında olduğu hükmü yer almaktadır. Devlet ayrıca, hastane yataklarının %70 doluluğunu taahhüt etmektedir. Bunun gerçekleşmemesi halinde aradaki fark şirketlere ödenecektir. Şirketlere işletecekleri hastanelerdeki yatan hasta sayısının garanti edilmesi, diğer bir ifadeyle belli bir oran üzerinden hastalanma garantisinin verilmesi, tıp etiği ve mesleki değerlerle bağdaştırılabilir mi? Neoliberalizmin bu soruya vereceği yanıtı biliyoruz. Kredi kullanan şirketlerin zora girmesi durumunda ortaya çıkacak riski de devlet üstlenmiş durumdadır. İhalelerde şirketler projenin finansmanını, inşaatını, medikal cihazları vb. sağlayacaktır. Şirketler ayrıca görüntüleme, laboratuar gibi tıbbi hizmetleri; bilgi işlem, çamaşır, temizlik, güvenlik, yemek gibi destek hizmetlerini; sağlık hizmetleriyle uyumlu ticari alanların yapım ve işletilmesini üstlenecektir. 17 şehir hastanesi için ihale alan şirketlerden çıkacak paranın yaklaşık 10 milyar dolar; devletin 25 yılda şirketlere ödeyeceği toplam paranın ise 27 milyar dolar olduğu hesaplanmaktadır.

Kamu-özel ortaklığı hastanelerinin iki yüzü var. Bir yüzünde; koruma, tetkik ve tedavi sürecinde, tıbbi gereklilikler ve nitelikli sağlık hizmeti sunumundan çok, “müşteri memnuniyeti” yer alıyor. Bu vurguyu Bakanın ve diğer yetkililerin demeçlerinde sıkça görüyoruz. Kamu-özel ortaklığı hastanelerinin diğer yüzü ise, İngiltere örneğinden hareketle, hastaneleri işleten şirketlerin hekimler üzerinde, daha uzun çalışma, daha fazla hasta bakma, daha fazla tetkik isteme, “para getirmeyecek” hastaları başka yerlere sevk etme yönündeki taleplerini içeriyor. Tüm sağlık çalışanlarını bekleyen ise, daha çok çalışılarak daha az ücretin alındığı, sözleşmeli, güvencesiz çalışma biçiminin giderek hakim kılındığı bir çalışma ortamı. Bu ortam, şirketlere verilen taahhütlerin yerine getirilmesi esas alınarak düzenleniyor.

SDP’nin birinci fazında kamusal sağlık hizmeti sunumundan, döner sermayeli sağlık işletmeleri modeline geçiş söz konusuyken, ikinci fazda tümüyle şirketlerin yönetiminde olan şehir hastaneleriyle tanışacağız. Kamu-özel ortaklığı modeli ile kamudan özele büyük miktarlarda kaynak aktarımı sağlanmaktadır.

Bu süreci yerinde izlemek ve çalışmalar yapmak üzere Türk Tabipleri Birliği bünyesinde Şehir Hastaneleri İzleme Kurulu oluşturulmuştur.

**Tıp Fakülteleri**

Yeterli alt yapı ve yeterli sayıda öğretim üyesi ve eğitici olmadan, personel sayısı, fiziksel ve teknolojik donanım gibi alt yapı olanakları sağlanmadan çok sayıda tıp fakültesi açılarak tıp ve uzmanlık eğitiminin niteliği düşürülmektedir. Ülkemizde 2006’da 50 olan tıp fakültesi sayısı, 2017 yılı itibariyle 93 olmuştur. 1 milyon nüfus başına düşen tıp fakültesi sayısı, Avrupa ve Kuzey Amerika’daki sayıların iki misline yakındır.

**Üniversite Hastaneleri**

Üniversite hastaneleri performansa dayalı döner sermaye ödeme sistemine geçilmesiyle birlikte finansal kriz içine girmişlerdir. Diğer sağlık kuruluşlarında tanı, tedavi ve izlemi yapılamayan zor ve karmaşık vakalara tedavi hizmetini sunan, çoğu hasta için son başvuru noktası olan üniversite hastaneleri, giderek artan borç yükü altında çöküşe doğru sürüklenmektedir. Bu çöküşün nedenlerine baktığımızda ilk dikkati çeken nokta, üniversite hastanelerinin sağlık harcamalarının büyük bir oranının döner sermaye kaynaklarından gerçekleşmesidir. Diğer bir ifadeyle, üniversite hastaneleri döner sermaye gelirlerine mahkum edilmişlerdir.

Öte yandan, Sağlık Uygulama Tebliği’nin (SUT) fiyatlarının yaklaşık 10 yıldır güncellenmemesi nedeniyle Sosyal Güvenlik Kurulu tarafından sağlık hizmeti üretme maliyetlerinin çok altındaki değerlerde geri ödeme yapılması, üniversite hastanelerini büyük bir borç yükü altına sokmuştur. Kamu üniversite hastanelerinin toplam borcunun 4 milyar TL’yi aştığı, son beş yılda borçların 2,7 kat arttığı bilinmektedir. Borçların büyük bölümü ilaç, tıbbı sarf malzemesi ve laboratuvar giderlerinden oluşmaktadır. Ödeme süreleri 250 günden başlayıp 3-4 yılı bulabilmektedir.

Döner sermayesi iflas eden üniversite hastaneleri Birlikte Kullanım ve İşbirliği Protokolleri ile Sağlık Bakanlığı’na bağlanmak istenmektedir.

Günümüzde bir sağlık işletmesine dönüştürülmüş olan ve ödeme güçlüğü çeken üniversite hastanelerinde yönetici olan hekimler, büyük baskılar altında görevlerini sürdürmektedirler. Geçtiğimiz günlerde alacaklı bir medikal firma yetkilisinin silahlı saldırısı sonucu yaşamını yitiren Fırat Üniversitesi Hastanesi Başhekimi Prof. Dr. Muhammed Said Berilgen, sağlıkta ticarileşmenin son kurbanı olmuştur. Tıp fakülteleri hastaneleriyle birlikte, işletme değil; bilim üreten, öğrencilerini geleceğe en iyi şekilde hazırlayan, nitelikli sağlık hizmeti ile eğitimin iç içe verildiği kurumlar olmalıdır.

**Sağlık Bilimleri Üniversitesi ve Kadrolaşma**

Sağlık Bilimleri Üniversitesi’ne (SBÜ) 550 profesör, 1000 doçent, 590 yardımcı doçent olmak üzere 2140 akademik kadro tahsis edilirken, bu üniversiteye bağlı oluşturulan tıp fakültesi, 58 eğitim ve araştırma hastanesi ile “birlikte kullanım protokolü” imzaladı.

Sağlık Bilimleri Üniversitesi (SBÜ), ne özgür, özerk, bağımsız bir üniversite yapılanması ne de çağdaş, bilimsel bir tıp eğitimi örgütlenmesiyle örtüşüyor.

Anayasa Mahkemesi’nin, Sağlık Bakanlığı müşteşarının başkanı olduğu mütevelli heyet yapılanmasını Anayasaya aykırı bularak iptal etmiştir. Anayasa Mahkemesi’nin yeni bir yasal düzenleme yapması için Sağlık Bakanlığı’na tanıdığı süre, 9 Haziran 2017 tarihinde dolmuş; bu konuda herhangi bir yasal düzenleme yapılmamıştır. SBÜ’de mevcut mütevelli heyet kararı ile ilan edilen kadrolara atamaların durdurulması gerekiyor. Akademik kadrolar, ancak Anayasaya aykırılığın giderilmesi durumunda ilan edilebilir. İkinci olarak, eğer bir üniversiteden söz ediyorsak, kadro ilan edilmeden önce, tıp ve tıpta uzmanlık eğitiminin gereklilikleri ve anabilim dalı/bilim dalı yapılanmaları üzerinden akademik gereksinimlerin belirlenmesi ve nesnel ölçütler temel alınarak bu gereksinimler üzerinden kadro planlamasının yapılması gerekiyor. SBÜ’de karşılaştığımız durum ise, bunun tam tersi. Kadro ilanlarına bakıldığında, bir kadro planlamasının yapılmamış olduğu açık olarak görülüyor. Daha ötesi kadroların kişilere özel olarak tanımlandığını, belirli kişileri işaret ettiğini görüyoruz. Bu durum, kadrolara atamalarda liyakatı temel alan, açık, adil ve eşitlikçi bir değerlendirmeden ne kadar uzak olunduğunun bir göstergesi, aynı zamanda. Sonuçta, SBÜ kadrolarına liyakata bakılmadan yapılan atamalarla kadrolaşma sağlanmaktadır.

TTB Merkez Konseyi olarak, SBÜ’de, gerek kişilere özel olarak tanımlanan kadroların, gerekse mevcut mütevelli heyet kararı ile ilan edilen kadrolara atamaların iptali için Danıştaya dava açma hazırlığı içindeyiz.

**Çalışma Koşulları**

AKP hükümetleri döneminde uygulanan sağlık politikaları, kamu alanı da dahil olmak üzere hekimlerin iş güvencelerini ortadan kaldırmıştır. Özellikle OHAL ile birlikte keyfilik derecesine varan işten atmalar yaşanmaktadır. İş güvencesi, iyi hekimlik yapmanın önde gelen koşullarındandır. İş güvencesi olmayan bir hekim, özgür olamaz ve hekimliğini icra ederken kendini baskı altında hisseder. Hekimlerin iş güvencesi olan bir ortamda çalışması, sadece hekimler açısından değil, hastalarımızın haklarının korunması açısından da çok önemlidir. Siyasal iktidardan kamuda ve özelde hekimlerin iş güvenceli çalışmasını talep ediyoruz.

**Asistan Hekimler**

Asistan hekimlerin önde gelen sorunları arasında; uzmanlık eğitiminin yetersizliği, görev tanımlarında yer almayan işlerin asistanlara yaptırılması, nöbet ertesi izin sorunu, performans sisteminde asistanlara ödenen düşük ücretler yer alıyor.

Asistan hekimlerin; insanca çalışma koşulları ve güvenli bir gelecek için, nitelikli uzmanlık eğitimi ve hastalarına yeterli süre ayırabilme hakkı için ortaya koydukları taleplere ve verdikleri mücadeleye sahip çıkıyoruz.

**Aile Hekimliği**

AKP İktidarının sağlıkta dönüşüm programı adı altında yürüttüğü piyasalaştırma ve çalışanlara yönelik esnek ve kuralsız çalıştırma uygulamalarından birinci basamak kamu sağlık kurumları da (Aile Sağlığı Merkezi, Toplum Sağlığı Merkezi) fazlasıyla nasibini almaktadır.

Birinci basamakta özveri ile sağlık hizmeti sunan emekçilere dayatılan fazla çalışma/angaryaya ve baskılara ve AKP İktidarının halkın sağlığını hiçe sayan, sağlık çalışanlarını itibarsızlaştıran ve köleleştiren uygulamalara karşı mücadelemizi sürdüreceğiz.

İllerde sıfır nüfuslu yeni ihdas ve binası olmayan aile hekimliği birimleri oluşturuluyor. Yeni başlayan aile hekimlerinin bir yıl içinde kendilerine kayıtlı nüfus sayısını 1000 kişiye çıkarmaları gerekiyor. Aile hekimleri arasındaki çalışma barışı bozan bir düzenlemedir. Ücret kaybı yaratmayacak şekilde, katsayılar ve azami nüfuslar belirlendikten sonra, çalışan her hekimden alınan azami nüfus fazlasıyla, yeni, diğer aile hekimlerinin nüfuslarına yakın nüfusu olan birimlerin oluşturulmasını öneriyoruz.

Sağlık Bakanlığı tarafından, uzun zamandır hazırlığı yapılan, "Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik" 16 Mayıs 2017 tarihinde ve 30068 sayılı Resmî Gazete’de yayımlandı. Yeni Yönetmelikte, “Aile hekimi değişikliği, kişilerin yazılı talebi üzerine, hizmet almak istediği aile hekimince, ilgili toplum sağlığı merkezince veya elektronik ortamda kendilerince yapılır” denilmektedir. Bu düzenlemenin anlamı, vatandaşın, aile hekiminin bilgisi olmadan istediği aile hekimine elektronik ortamda kayıt olabilecek olmasıdır. Ayrıca, A ve B sınıfı olan Aile Sağlığı Merkezlerinde “Rahim İçi Araç Uygulanması” zorunluluğu kriteri kaldırılarak ‘Aile Planlaması’ politikaları terk edilmektedir.

**Özel Sağlık Kuruluşlarında Hekimlik**

Özel sağlık kuruluşlarında çalışan hekimlerin çoğu iş güvencesinden yoksundur. Özel sağlık kuruluşlarının yönetim yapılarını düzenleyici herhangi bir kural veya kaide mevcut değildir. Hekimlere dayatılan sözleşmeler, hekim aleyhine maddeler içermektedir.

Özel sağlık kuruluşunda hizmet akdiyle çalışan hekim, işveren tarafından şirket kurmaya zorlanmakta, hekimin işçilikten kaynaklanan hakları ortadan kaldırılmak istenmekte; SSK’da sigortalı iken Bağkur’lu yapılarak hekimin sosyal güvenlik hakkı zayıflatılmaktadır.

Son yıllarda özel tıp merkezlerinde aylık sabit ücretler, kamuda verilen ücretlerin de altına düşmüştür. Bazı hastaneler tüm hekimlerini, gerçek hakediş miktarları ne olursa olsun, asgari ücretten çalışır göstermekte, SGK primlerini de asgari ücret üzerinden yatırmaktadır. Hekimlerin emekliliğe yansıyan prim tutarlarının en düşük orandan yatırılması, buna bağlı olarak günümüz koşulları için çok düşük miktarlarda emekli maaşı anlamına gelmektedir. Hekim istese de daha fazla prim ödeyememekte ve çok düşük bir emekli maaşı almaya mahkum edilmektedir.

Sağlık Bakanlığı tarafından Özel Hastaneler Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, 22.03.2017 tarihli ve 30015 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe konulmuştur. Ek 5. maddenin (e) bendinin 5 numaralı alt bendinde özel hastane kadrosunda çalışan hekimlerin başka bir özel hastane veya tıp merkezinde kısmı zamanlı çalışabilmesi için kurumsal sözleşme yapılması öngörülmüş, söz konusu sözleşmeye çalışacak olan doktorun muvafakat göstermesi gerektiği belirtilmiştir.

Bu düzenleme ile özel hastane kadrosunda çalışan hekimlerin nöbet dışında bir başka sağlık kuruluşunda çalışabilecekleri ifade edilmiştir. Ancak, bu hekimin iradesine değil çalıştığı hastanenin işverenin bir başka sağlık kuruluşunda çalışmasını istemesine bağlı kılınmıştır. Bu düzenleme ile, hekimin iradesi yok sayılmaktadır. Özel hastane sahibi zincir hastane veya anlaşmalı olduğu bir başka sağlık kuruluşu ile anlaşarak, hekimin ikinci yerde çalışmasını zorunlu kılmaktadır. Hekimden muvafakat istenmesi bu gerçeği değiştirmemektedir. Çalışma zorunluluğu bulunan, işten atılma tehdidi altındaki hekimin kurumsal sözleşmeye muvafakat vermemesi olanaklı olmayacaktır. Bu hekime tanınan bir özgürlük değil, hekimi köleleştiren bir düzenlemedir. Şirketlerin hekimden bağımsız olarak sözleşme yaparak hekimin ikinci bir başka yerde çalışmasına karar vermeleri modern kölelik anlamına gelmektedir.

İşveren yeni bir hekim istihdamı yerine daha önce istihdam ettiği hekimleri çalıştırarak işveren olarak birçok yasal yükümlülükten kurtulmak istemektedir. Birden çok yerde çalışma, ticari kaygılara ve çıkara dayalı olarak kurumsal sözleşme öncelenerek ortaya konulmuş, bir hak olmaktan çok baskı aracı durumunda uygulanmıştır. Bu durumda, sağlık sermayesine karşı hekimlerin gücü azalacak ve ortadan kalkacak, hekimin kararı değil, zincir şeklindeki sağlık kuruluşlarının ihtiyaçları hekimin çalışma biçimini belirleyecektir.

**İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği**

AKP politikalarının yol açtığı bir diğer önemli toplumsal yara, tüm çalışanları ilgilendiren, çalışma yaşamının en temel unsurlarından biri olan, işçi sağlığı ve iş güvenliği konusudur.

Ülkemizde sadece 2016 yılında en az 1970 işçi, iş cinayeti nedeniyle yaşamını yitirdi.

Bugün ülkemizde uygulanmakta olan neoliberal politikalara bağlı olarak; iş güvencesinin azalması, esnek çalışma biçimleri, çalışma koşullarının ağırlaşması; özelleştirme, sendikasızlaştırma ve taşeronlaştırmanın yaygınlaşması; sosyal güvenlik ve güvenceden yoksun kayıt dışı işçilik ve çocuk işçi çalıştırma, iş cinayetlerinin başlıca nedenleridir.

İş cinayetlerinin önlenmesi için, çalışma hayatının yeniden düzenlenerek, çalışma koşullarının iyileştirilmesinin, piyasalaştırılmış değil insan odaklı bir işçi sağlığı ve iş güvenliği ortamının sağlanmasının gerektiğini söylüyoruz.

**Ortak Sağlık ve Güvenlik Birimleri (OSGB)**

6331 sayılı yasa ile işyeri sağlık hizmetlerinin Ortak Sağlık ve Güvenlik Birimlerinden (OSGB) “hizmet satın alma” yoluyla temin edilmesinin yolu açılmıştır. Diğer bir deyişle işyeri hekimliği taşeronlaştırıldı, işyeri hekimleri de OSGB’lerin “işçileri” olmuştur.

OSGB’ler ile işyeri hekiminin mesleki bağımsızlığı ortadan kalkmış, ücretleri azalmış, çalışma koşulları ağırlaşmıştır.

İşyeri hekimini kendisini istihdam eden OSGB’ye karşı koruyacak düzenlemeler mevcut değildir. Güvenceye sahip bağımsız işyeri hekimiyle çalışma ortadan kaldırılmakta, OSGB’ler ile güvencesiz gezici hekimlik uygulamaları yaşama geçirilmektedir.

OSGB’ler ile maliyetleri en aza indirecek bir iş organizasyonu kurulmuştur. İşyeri hekimi sertifikası olmadan ucuza hekim çalıştırıp, imzaların ve kaşelerin işyeri hekimi sertifikası olan hekime attırılması gibi uygulamalar sık görülen durumlara dönüşmüştür.

Zaten yetersiz olan işçi sağlığı ve iş güvenliği önlemleri OSGB sayesinde tümüyle kağıt üzerinde kalan bir hizmete dönüşmeye doğru gitmektedir. OSGB’lerin kuruluş mantığını ve işleyişini yeniden ele alıp işçi sağlığı ve iş güvenliğini piyasa ekonomisinin mantığından kurtarmak ve OSGB’leri daha fazla zarar vermeden kapatmak acil bir gereklilik haline gelmiştir.

**Kadın Hekime ve Kadın Sağlık Çalışanlarına Bakış**

Kadın bedenine kayıtsız şartsız hakim olmak isteyen, kız çocuklarından tahrik olan babayı meşrulaştırmaya çalışan, mezhepçi, ırkçı açıklamalarda bulunan, kadının bedeni üzerindeki kendi kararını yok sayan, isteğe bağlı düşükleri kamusal güvenceden çıkaran, doğum kontrol yöntemlerine erişimi kısıtlayan, tıbbı bir uygulama olan sezaryeni insanlık suçu olarak tanımlayan iktidarın kadınlara ve kadın sağlığına yönelik çağdışı, erkek egemen görüş ve uygulamalarını kabul etmiyoruz.

**Geleneksel ve Alternatif Tıp Uygulamaları**

Otlarla, arılarla, kurtçuklarla, sülükle, müzikle, ayak tabanına baskı uygulayarak, kupa çekerek ve çeşitli yöntemlerle uygulanan geleneksel ve alternatif tıbba ilişkin bilimsel bilgi, büyük oranda eksik ya da bu yöntemlerin etkisiz olduğu yönündedir. Dahası, etkin olabilecekleri düşünülen bazı uygulamaların göze alınamayacak derecede riskli oldukları gösterilmiş durumdadır.

Bu alanda oluşturulan talep, devasa ve iştah açıcı bir pazar oluşturmuştur. Böyle bir ortamda geleneksel, alternatif ya da tamamlayıcı uygulamalar piyasası bizzat devlet eliyle düzenlenmekte; bu uygulamalara ilişkin ürünler, devletin yayımladığı özel düzenlemelerle tüketici alışveriş alanına sokulmaktadır. Bir yönüyle de, gün geçtikçe daha fazla oranda cepten ödeme gerektiren modern tıp uygulamalarına erişemeyenlere alternatif yaratılmak istenmektedir.

**Laiklik**

Laiklik, demokratik bir toplum için yaşamsal bir gerekliliktir ve dini kurallar üzerinden temel hak ve özgürlüklerin kısıtlanmamasının bir teminatıdır.

Zorunlu din derslerinin ilkokula kadar indiği, neredeyse bütün devlet okullarının imam hatip okullarına dönüştürüldüğü, konferans salonlarının, sosyal alanların harem-selamlık olarak bölündüğü, hastanelerde psikolog yerine imam çalıştırılmak istendiği, peygamber tıbbı başlığıyla bin yıl öncesinin yöntemleriyle hasta tedavisi için kongreler düzenlendiği, helal kan ve helal anne sütünün, aşıların, organ ve doku naklinin, kürtajın, sezaryenin dine uygunluğunun en yetkili kamu görevlilerince tartışıldığı bir ülkede laik yönetimin değeri su götürmez bir gerçektir.

Devletin laikliği ilkesinin, fiziksel, ruhsal ve sosyal sağlık için yaşamsal olduğunun bilincindeyiz.

**Sağlık Hakkı ve Vatandaşın Sağlık Hizmeti Almasındaki Engeller: Bu Şartlarda Sağlıklı Olmak Zor**

Halkın sağlığını bu politikalar bozuyor. Bu koşullarda hastanelerde tedavi olmak ise, artık çok zor.

Sağlıkta 15 farklı kalemde katkı payı ödeniyor. Muayene katılım payı, ilaç katılım payı, reçete ücreti gibi değişik isimlerde tahsil edilen katılım paylarına, bir de her ay ödenen Genel Sağlık Sigortası primleri ekleniyor.

Özel hastanelere giderseniz yapılan işlemlerinde, SGK fiyatı üzerinden %200’e varan oranda ek ödeme alınıyor.

Mayıs 2017’de, dört kişilik bir ailenin sağlıklı, dengeli ve yeterli beslenebilmesi için yapması gereken aylık gıda harcaması tutarı (açlık sınırı) 1.529 TL; gıda harcaması ile birlikte giyim, konut (kira, elektrik, su, yakıt), ulaşım, eğitim, sağlık ve benzeri ihtiyaçlar için yapılması zorunlu diğer aylık harcamaların toplam tutarı ise (yoksulluk sınırı) 4.979 TL olarak açıklandı. Bu verilere göre, 2017 yılı için net 1.404 TL olarak belirlenen asgari ücret, açlık sınırının altında bulunuyor.

Sağlık hizmetinden yararlanmak için talep edilen para, geçim zorluğu içindeki yurttaşların belini bükmektedir.

TTB olarak piyasacı, özelleştirilmiş sağlık hizmetlerine karşı kamusal sağlığı savunuyor; ücretsiz sağlık hizmeti almayı temel bir hak olarak görüyoruz.

**Sonuç**

14 yıldır uygulanmakta olan Sağlıkta Dönüşüm Programı ile, koruyucu hizmetlere önem vermeyen, sağlık kurumlarını işletmelere, sağlık hizmetlerini ticari bir faaliyete dönüştüren, hasta başvurusu açısından kışkırtılmış bir talep yaratan bir sağlık sistemi oluşturulmuştur.

Sağlık Bakanlığı ve üniversite hastanelerinde performans sisteminin ve döner sermaye bütçesi uygulamasının kaldırılarak merkezi yönetim bütçesinin esas alınması; çalışmadığı görülmüş olan GSS sisteminin terk edilerek ülkedeki tüm bireyleri kapsamı içine alan ve kimsenin cebinden ek para ödemek zorunda kalmadığı, finansmanı prim ödenerek değil, genel bütçeden karşılanan bir sosyal güvenlik sisteminin oluşturulması tek çözüm olarak görünüyor.

**TTB olarak; düşük ücrete, ağır çalışma koşullarına, işçi kıyımlarına, taşeronlaşmaya ve esnek çalışmaya,** kıdem tazminatlarının fona devredilerek gasp edilmesine, 657 sayılı kanundaki iş güvencelerinin kaldırılmak istenmesine **karşı mücadelemizi daha da yükselteceğiz.**

**İş güvencesi için, güvenceli ücret, güvenceli geleceğe sahip olmak için tüm çabamızı göstereceğiz.**

TTB olarak; öncelikli hedefimiz; piyasacı sağlık politikalarına son verilmesi, sermayenin taleplerinin değil, halkın sağlığını önceleyen bilimsel ve toplumcu sağlık politikaların hayata geçirilmesidir.

İş güvencesine ve insanca çalışma koşullarına sahip olmanın, iyi hekimlik yaparak nitelikli sağlık hizmeti sunmanın, halkın sağlık hakkının ve toplumsal sağlığımızın, ülkemizde ancak laiklik ilkesinin tam olarak hayata geçtiği, demokratik bir ortamın oluşması ile gerçekleşebileceğini biliyoruz.

Tüm bunların bilincinde olarak, barışın egemen olduğu, özgür, demokratik ve laik bir Türkiye için, işçilerin, emekçilerin ve tüm halkımızın, kendilerini ilgilendiren her konuda, söz, yetki ve karar hakkının olduğu bir gelecek için mücadele etmeyi ve HAYIR demeyi sürdüreceğiz.