

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ AİLE HEKİMLİĞİ KOLU

2 AİLE HEKİMLERİ BULUŞMASI RAPORU



AİLE
HEKİMLİĞİ
KOLU

2. AİLE HEKİMLERİ

BULUŞMASI

22 - 24 ŞUBAT 2019,

ANTALYA

**TÜRK
TABİPLERİ
BİRLİĞİ** | **AİLE
HEKİMLİĞİ
KOLU**

Yayına Hazırlayanlar
Dr. D. Yaşar ULUTAŞ
Dr. Fethi BOZÇALI
Dr. Filiz ÜNAL

ISBN 978-605-9665-48-3

Eylül 2019, Ankara
Türk Tabipleri Birliği Yayınları

22 - 24 Şubat 2019
Antalya

Baskı
Hermes Tanıtım Ofset Ltd. Şti.
Büyük Sanayi 1. Cd. No: 105 İskitler/ANKARA
Tel: 0.312 384 34 32
Matbaa Sertifika No: 14847

Türk Tabipleri Birliği
Merkez Konseyi

GMK Bulvarı Şehit Daniş Tunalıgil Sk.
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>

*Bugüne kadar,
"Sağlıkta Şiddet" nedeni ile hayatlarını kaybetmiş,
sözel ya da fiziksel şiddete uğramış
tüm sağlık çalışanlarına ithaf olunur.*

İÇİNDEKİLER

KISALTMALAR	VIII
KATILIMCILAR	IX
TEŞEKKÜR	1
ÖNSÖZ	3
ANTALYA TABİP ODASI BAŞKANI'NIN KONUŞMASI	5
TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ AİLE HEKİMLİĞİ KOLU	7
II. AİLE HEKİMLERİ BULUŞMASI 22-24 ŞUBAT 2019/ ANTALYA	
BULUŞMANIN AMACI, HEDEFİ, PROGRAMI, YÖNTEMİ	7
VE ÇAĞRI METNİ	
AMAÇ.....	7
HEDEF	8
YÖNTEM.....	8
ÇAĞRI METNİ	13
SUNUMLAR VE TARTIŞMALAR	15
BİRİNCİ BASAMAK ve TEMEL KAVRAMLAR	15
Prof. Dr. Mehmet Zencir <i>(Ata Soyer Sağlık ve Politika Okulu)</i>	
DÖNÜŞÜM ÖNCESİ ÜLKE ÖRNEKLERİ	46
SOVYETLER BİRLİĞİ ÖRNEĞİ.....	46
İNGİLTERE ÖRNEĞİ	47
İSVEÇ ÖRNEĞİ.....	49
ALMANYA ÖRNEĞİ.....	50

ÇİN HALK CUMHURİYETİ ÖRNEĞİ.....	50
KÜBA ÖRNEĞİ.....	52
İTALYA ÖRNEĞİ	56
SAĞLIK EMEK SÜRECİ VE YALIN SAĞLIK.....	80
Dr. Coşkun CANIVAR (Ata Soyer Sağlık ve Politika Okulu)	
ATÖLYE ÇALIŞMALARI	108
I. ATÖLYE ÇALIŞMASI	109
EMEK SÜRECİMİZ VE BİLEŞENLERİ:	113
ASM YÖNETİMİ İÇİN HARCANAN EMEK Dr. Ahmet Tapduk Mehlepçi	
İŞ YÜKÜ – ANGARYA	116
Dr. Egemen Emre- Dr. Ayten Saral	
TÜKENMİŞLİK – STRES – DEPRESYON – HASTALIK	122
Dr. Emrah Kırımlı	
MESLEKİ DEĞERSİZLEŞTİRME/ İTİBARSIZLAŞTIRMA/.....	125
MESLEĞE YABANCILAŞMA Dr. Ayhan Büyükbayrak	
HASTA/VATANDAŞIN SAĞLIK SORUMLULUĞU	127
Dr. Hatıra Topaklı	
ÜCRETLER VE EMEĞİN UCUZLATILMASI/ÖZLÜK HAKLARI ..	133
Dr. Recep Yılmaz Koç	
GÜVENCESİZ ÇALIŞMA	135
Dr. Fethi Bozçalı	
ESNEK ÇALIŞMA	139
Dr. Bilge Atlas Kaplan	
PERFORMANSA DAYALI ÇALIŞMA.....	141
Dr. Özgür Akbaba	

ATÖLYE 2	150
Klinik Uygulamada Sorumluluklarımız Başlığında Önümüzdeki Dönemde Performansa Tabi Tutulması Beklenen Uygulamalar İçin Değerlendirme Atölyesi	
Dr. Ersan Taşçı	
ATÖLYE 3	161
“BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ 161	
ÖRGÜTLENME VE FİNANSMANI	
BBSH EKİBİ VE ÖRGÜTLENME..... 162	
Dr. Sibel UYAN	
IV. ATÖLYE	180
AİLE HEKİMLİĞİNDE EĞİTİM 180	
Dr. Yaşar Ulutaş	
I- AİLE HEKİMLİĞİ UZMANLIK EĞİTİMLERİ (AHU)..... 189	
II- SÖZLEŞMELİ AİLE HEKİMLİĞİ UZMANLIK EĞİTİMİ 193	
(SAHU)	
III. GEÇİŞ DÖNEMİ EĞİTİMLERİ 200	
IV- SÜREKLİ MESLEKİ EĞİTİM 203	
BBSH Sağlık Çalışanlarının Örgütlenme/Mücadele Süreci	215
TTB, Dernekler, Sendikalar ve diğer sağlık örgütlerle birlikte mücadele nasıl olmalı? Önümüzdeki dönemin programı nasıl şekillenmeli?	
Örgütlenme Modeli 215	
Dr. Fethi Bozçalı	
SONUÇ BİLDİRGESİ	229
SONUÇ BİLDİRGESİNİN SON SÖZÜ	236
KAYNAKÇA	237

Kısaltmalar

AHK: TTB Aile Hekimliği Kolu

AH: Aile Hekimleri

AHU: Aile Hekimi Uzmanı

AHEF: Aile Hekimleri Dernekleri Federasyonu

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

ASÇ: Aile Sağlığı Çalışanı

BB: Birinci Basamak

BBSH: Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

BBDS: Birinci Basamak Dayanışma Sendikası

DB: Dünya Bankası

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

İSTAHED: İstanbul Aile Hekimi Derneği

SAHU: Sözleşmeli Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi

SES: Sağlık Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası

SB: Sağlık Bakanlığı

SGK: Sosyal Güvenlik Kurumu

SO: Sağlık Ocağı

TAHUD: Türkiye Aile Hekimliği Uzmanlık Derneği

TSM: Toplum Sağlığı Merkezi

TTB: Türk Tabipleri Birliği

TÖK: Tıp Öğrencileri Kolu

WONCA: World Organization of National Colleges

Katılımcılar

1. Dr. A. Erhan Özeren/Adana
2. Dr. Ahmet Elaziz/Antalya
3. Dr. Ahmet Gündoğdu/Antalya
4. Dr. Ahmet İpek/Muğla
5. Dr. Ahmet Suntur /Adana
6. Dr. Ahmet T. Mehlepçi/ İstanbul
7. Dr. Alper Bağcı/ Antalya
8. Dr. Alper Tunga Türkbayrak/Bursa
9. Dr. Alpertan Acar/Ankara
10. Dr. Aslıhancan Bilgen/Antalya
11. Dr. Aydın Şirin/Şanlıurfa
12. Dr. Ayşe Ertuğrul/Muş
13. Dr. Ayten Saral /İstanbul
14. Dr. Bahadır Tunçol/Kırklareli
15. Dr. Bilge Atlas Kaplan/İstanbul
16. Dr. Bilge Şimşek Dinç/İstanbul
17. Dr. Bulut Ezer/Şanlıurfa
18. Dr. Bülent Karalar/Eskişehir
19. Dr. Can Kirişçi/Muğla
20. Dr. Canan Çakır/Samsun
21. Dr. Canan Mutlu Kükürt/Antalya
22. Dr. Coşkun Canıvar/İstanbul
23. Dr. Cüneyt Genç/Adana
24. Dr. Çağla Okyar/Gaziantep
25. Dr. Deniz Akgün/Antalya
26. Dr. Egemen Emre/İstanbul
27. Dr. Elmas Döşemeci/Antalya
28. Dr. Emrah Kırmıllı/İstanbul
29. Dr. Enes Altın/Mardin
30. Dr. Engin Çalğan/Adıyaman
31. Dr. Ersan Taşçı/Bursa
32. Dr. Evren Suvari/İstanbul
33. Dr. F. Abdullah Karadağ/Bursa
34. Dr. Ferhat Kaya/Şırnak
35. Dr. Fethi Bozçalı/İstanbul
36. Dr. Fikret Kurt/Muğla
37. Dr. Filiz Ünal/Ankara
38. Dr. Gökçe Kolağası/Gaziantep
39. Dr. Gül Bakır /Ankara
40. Dr. Güvenç Baran/Ankara
41. Dr. Hakan Şen/Adana
42. Dr. Hakkan Hekimoğlu/İstanbul
43. Dr. Hatıra Topaklı/İstanbul
44. Dr. Hüseyin Güntürkün/Antalya

- | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|
| 45. Dr. Hüseyin Kız/Manisa | 68. Dr. Recep İpçi/Kocaeli |
| 46. Dr. Hüseyin Nantu/Mardin | 69. Dr. Recep Koç/İstanbul |
| 47. Dr. İbrahim Çelik/Antalya | 70. Dr. Selahattin Oğuz/Batman |
| 48. Dr. İlkey Eren/Antalya | 71. Dr. Selçuk Ünal/Denizli |
| 49. Dr. K. Doğan Eroğulları/Gaziantep | 72. Dr. Serkan Özbakış/İstanbul |
| 50. Dr. Kaan Taşer/Antalya | 73. Dr. Serkan Özdemir/Trabzon |
| 51. Dr. Kasım Kanan/Diyarbakır | 74. Dr. Sibel Uyan/İzmir |
| 52. Dr. M. Enis Akyüz/ Adana | 75. Dr. Simay Kaya/Denizli |
| 53. Dr. Mehmet Ali Dolu/Gaziantep | 76. Dr. Sinan Gülşen/Diyarbakır |
| 54. Dr. Mehmet Resul Yıldız/Şanlıurfa | 77. Dr. Soner Albayrak/Antalya |
| 55. Dr. Mehmet Zencir/Denizli | 78. Dr. Süleyman Koyunsever/Şanlıurfa |
| 56. Dr. Melahat Akdeniz/Antalya | 79. Dr. Şerif Önder/Batman |
| 57. Dr. Metin Turutoğlu/Samsun | 80. Dr. T. Tolunay Tutulmaz/Ankara |
| 58. Dr. Mustafa Arslan/Trabzon | 81. Dr. Tuna Şengöz/Antalya |
| 59. Dr. Naci İšoğlu/ Antalya | 82. Dr. Turan Karakaş/İstanbul |
| 60. Dr. Nuri Seha Yüksel/İzmir | 83. Dr. Ümit Yaşar Öztoprak/Ankara |
| 61. Dr. Nursel Şahin/Antalya | 84. Dr. Vedat Özyümlü/Van |
| 62. Dr. Ömer Sezer/Van | 85. Dr. Yaşar Ulutaş/Adana |
| 63. Dr. Özcan Şahin/İstanbul | 86. Dr. Yücel Yapıcı/Antalya |
| 64. Dr. Özgür Akbaba/İstanbul | 87. Dr. Zafer Becerik/İzmir |
| 65. Dr. Özlem Zaralı/İstanbul | 88. Dr. Zafer Çelik/Ankara |
| 66. Dr. Pınar İçel/Ankara | 89. Dr. Zehra Ayata/Antalya |
| 67. Dr. Pınar Özbakış/İstanbul | |

TEŞEKKÜR

TTB Aile Hekimliği Kolu, sağlığa, sağlık hizmetlerine, özelde birinci basamak sağlık hizmetlerine bütünlüklü bakışını yinelemek, yaşanan sorunları görmek, görüşlerini belirlemek, önerilerini nasıl bir örgütlenme ve mücadele yöntemiyle hayata geçirebileceğini tartışmak için üç gün boyunca yoğun bir çalışma yürüttü.

İkinci buluşma, birincisinden dört yıl gibi uzun bir süre sonra yapılmış olsa da, bu buluşmaların hazırlık sürecinin bir yıl gibi uzun zaman alması, yoğun emeğe nedeniyle elde edilenlerin çok fazla olduğunun görülmesi bizi mutlu kılmıştır.

Bu buluşma ve bundan sonraki buluşmalarda da her zaman düşünceleriyle yanımızda yer alan; birikim, düşünce ve öncülüğüyle bizlere rehberlik etmiş Dr. Ata Soyer'e teşekkürlerimizi, ona olan hasretimizi bir kez daha belirtmek istiyoruz.

Aile hekimleri ikinci buluşmasına emek veren TTB Aile Hekimliği Kolu Yürütme Kurulu üyeleri ve kol aktivistlerine ve tüm kurumlarımıza bir kez daha teşekkür ediyoruz.

Başta odalarımızın aile hekimliği komisyonları olmak üzere oda yönetim kurullarımıza, odaların çalışanlarına, özel olarak toplantıyı gerçekleştirdiğimiz Antalya'da bize her konuda çok iyi ev sahipliği yapan Antalya Tabip Odası yönetim kuruluna, TTB Merkez Konseyi üyelerine, çalışanlarına, toplantımıza katılan TTB 2. Başkanı Dr. Ali Çerkezoğlu ve Merkez Konseyi üyemiz Dr. Yaşar Ulutaş'a teşekkür ediyoruz.

Aynı zamanda AHEF, SES, BBDS, İSTAHED gibi kurumlara ve yönetimlerinde yer alan katılımcı arkadaşlarımıza çok teşekkür ediyoruz.

Bu buluşmanın her aşamasında bizlere destek olan bilgilerini paylaşan, emek veren, toplantımıza katılarak bilgilerini bizlerle paylaşan Prof. Dr. Mehmet Zencir ve Dr. Coşkun Canıvar'a ayrıca teşekkür ediyoruz.

Son olarak yaklaşık bir yıl gibi bir hazırlık süreci içinde her türlü çaba içinde olan tüm katılımcılara, özel olarak buluşmayı koordine eden Dr. Özgür Akbaba ve Dr. Emrah Kırımlı'ya çok teşekkür ediyoruz.

TÜRK TABİPLERİ BİRLİŐİ

AİLE HEKİMLİŐİ KOLU YÜRÜTME KURULU

ÖNSÖZ

Kapitalist tüketim çılgınlığının ve medya – iletişim çağının bakış ve beklentileri sonucunda, herkesin “en iyi, en hızlı ve en şahane” hekimlik uygulaması peşinde koştuğu, parayı verince de buna erişebileceği kanısında olduğu bir çağda yaşıyoruz. İleri tetkik ve uzmanlaşma fetişizmi her yanı sarmış durumda. Sağlığını korumak, hastalanmamak, hastalandığında da basit bir tedavi ile iyileşmek artık “demode”. Bu yaygın anlayış doğal olarak birinci basamak sağlık hizmetlerini ve koruyucu hekimlik uygulamalarını zaafa uğratmaya devam ediyor. Sevk zincirinin TTB dışında telaffuz edilmediği, sağlık hizmetinde sürekliliğin ve bütünsel bakışın zayıfladığı bir süreçten geçiyoruz.

Tüm bu karamsar tabloya rağmen hekimlik ve sağlık ortamının her alanına olduğu gibi birinci basamağa dair umudunu diri tutan bir örgüt olarak Türk Tabipleri Birliği, bu alanda sağlık hizmetini aile hekimi olarak sırtlanmış olan üyeleri ile birlikte mücadele kararlılığını devam ettiriyor.

TTB mücadele örgütüdür. Kuşkusuz yapılacak daha birçok şey vardır. Ancak başta hekimlik ortamı olmak üzere hekimleri ve yurttaşların sağlık hakkını ilgilendiren her konuda aktif tutum almaya çalıştığı yadsınamaz. Bu aktif tutum, sadece süreçlere müdahale olarak ele alınmamalı. Sorunlara müdahil olabilmek, o sorunları ortaya çıkaran zeminlere, uygulamalara, tarafların tutumlarına, olanaklara ve kısıtlılıklara dair hem verilere hem de yorumlama kabiliyetine sahip olmayı gerektirir.

22-24 Şubat 2019 tarihlerinde Antalya’da gerçekleştirilen “II. Aile Hekimleri Buluşması” da birlikte konuşmanın, tartışmanın, süreçleri değerlendirmenin çok güzel bir örneğini oluşturdu. TTB Aile Hekimliği Kolumuzun çabası, Antalya Tabip Odamızın özel teşekkürü hak eden ev sahipliği ile bir araya gelince çok verimli ve geleceğe umut taşıyan bir buluşma gerçekleşmiş oldu. TTB Merkez Konseyi, bakış açımızı zenginleştiren, içerdikleri tartışma ve eğitimler ile mücadelemize yol gösterecek bu buluşmaları devam ettirmeye kararlıdır. Yeter ki, bu tartışmalar birinci basamağın güncel sorunlarının çözümü için TTB değerleri doğrultusunda mücadelenin büyütülmesinde birer manivela haline gelebilsin. İkincisi yapılan Aile Hekimleri Buluşmalarının bu konuda çok değerli sonuçlara ulaştığını görmek mutluluk verici.

“II. Aile Hekimleri Buluşmasında” emeği geçen herkese TTB Merkez Konseyi adına teşekkür ediyor, geleceğe dair umudumuzu diri tutuyoruz.

Dr. Ali Çerkezoğlu

Türk Tabipleri Birliği

2. Başkanı

ANTALYA TABİP ODASI BAŞKANI'NIN KONUŞMASI

Değerli Aile Hekimliği yapan Meslektaşlarım,

Dünyanın pek çok yerinde otoriter, baskıcı rejimler yükseliyor. Bu eşitsizliklere, yoksulluğa, çeşitli nedenlerle göçe zorlanmaya, kazanılmış haklara göz koyanlara karşı itirazlar, direnişler var.

İktidar sahiplerinin yani yönetenlerin birçoğunda adalet, eşitsizlik, doğruluk, dürüstlük, vicdan gibi değerler yok oluyor. Aksine zalimlik, ötekileştirme, düşmanlaştırma körükleniyor.

Bir tarafta zengin ve yoksullar arası eşitsizlik gerçeği var, diğer tarafta yaklaşmakta olan ekolojik yıkımı reddeden bir inkarcılık ya da görmezden gelme, önemsememe çabası.

Dünyanın birçok yerinde ve komşu ülkelerde savaşlar, çatışmalar sürerken, bir taraftan da toplumsal şiddet tırmanmakta. Özel olarak sağıhtaki şiddet çok canımızı acıttı. Hekimler sözel, fiziksel saldırılara uğradılar ve bazı meslektaşlarımız hayatlarından oldu. Sağıhtaki şiddet özellikle acil çalışanları ve aile hekimlerine karşı daha yüksek yoğunlukta yaşandı.

Güvenlik soruşturması bahanesi ile çok sayıda genç hekim işinden oldu, eğitim ve sosyal güvenlik hakları ellerinden alındı. KHK ile görevlerinden uzaklaştırılan meslektaşlarımız işlerine dönemediler, yurt dışına çıkma yasakları devam ediyor. İş cinayetleri, kadın cinayetleri durmak bilmiyor.

Aile Hekimliği Sistemi ile birlikte birinci basamak sağık hizmetlerinde oluşan sorunlar da giderek artıyor. Sağık hizmetleri bütü-

nüyle bir karlılık alanı olarak ele alınmakta, kamusal sağlık hizmeti yerine bir metalaşma süreci yaşanmaktadır. Birinci basamak hizmetlerinin bütünlüklü yapısı parçalanmış, topluma yönelik sağlık hizmeti ihmal edilirken kişiye yönelik tedavi edici hizmetler adeta kıskırtılmıştır.

Sağlık çalışanları güvencesiz, sözleşmeli çalıştırılmakta. Performans ve ceza puanları kıskaçında tutulmaktadır. Önümüzdeki dönemde aile hekimliği kanser taramaları, kronik hasta izlemi, checkup uygulamaları gibi halka hoş görünecek ancak hasta yaratma dışında sağlık ortamına katkısı olmayan uygulamalarla yoğunlaşacak, iş yükü daha da artacak.

Türk Tabipleri Birliği Aile Hekimliği Kolu II. Aile Hekimleri buluşmasında yaşadığınız öncelikli sorunları tartışmak, sistemi tüm yönlerini ile sorgulamak, ekonomik ve siyasi kriz ortamında sağlık çalışanlarının hak kayıpları ve sağlığa etkilerini değerlendirmek birlikte çözüm yolları geliştirmek için verimli bir çalışma geçirmenizi dilerim.

Antalya'da sizlerle birlikte olmaktan duyduğumuz mutlulukla toplantıyı düzenleyen Aile Hekimliği Kolu yürütme kurulu üyelerimize, toplantıya sunumları ve katılımları ile destek olacak tüm meslektaşlarımıza değerli çalışmalarını nedeniyle şimdiden teşekkür ederim.

Prof. Dr. Nursel Şahin

Antalya Tabip Odası

Yönetim Kurulu Başkanı

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ AİLE HEKİMLİĞİ KOLU

II. AİLE HEKİMLERİ BULUŞMASI 22-24 ŞUBAT 2019/ ANTALYA

BULUŞMANIN AMACI, HEDEFİ, PROGRAMI, YÖNTEMİ VE ÇAĞRI METNİ

Aile hekimliği ile birlikte birinci basamak sağlık hizmet alanında yaşadığımız sorunların daha da ağırlaştığını, yeni sorunların oluştuğunu, var olan sorunların giderek büyüdüğünü, büyümeye devam ettiğini görüyoruz. İkinci buluşmamız da ülke örnekleri düzeninde başta birinci basamak sağlık hizmetlerinde yaşadığımız öncelikli sorunlara, sağlık çalışanlarının temel hakları ve toplumun sağlık hakkı pencerelerinden, güncel veriler ışığında bakmaya çalışacağız.

AMAÇ

Bu buluşmayla, TTB AHK, odalarımızın aile hekimleri komisyon üyeleri ve odalarımızın aile hekimleri aktivistleriyle birlikte, birinci basamak sağlık hizmet alanında öncelikli konuları, gelişmeleri, tespit ve önerileri, ülke örnekleri üzerinden tartışarak, birinci basamak sağlık hizmetlerine bakış açımızı, örgütlenme ve mücadele sürecimizi değerlendirmek istiyoruz.

HEDEF

Bu buluşma öncesi yapılacak hazırlık ve iki günlük tartışma sürecinde, birinci basamak sağlık hizmet alanında birikimlerimizi artırmayı, yenilemeyi, olumlu ve olumsuz yönlerimizi görmeyi, örgütlenme ve mücadele olanaklarımızın zenginleŐmesine katkı sağlamayı hedefliyoruz.

YÖNTEM

TTB AHK adına gerçekleştireceğimiz buluşmaya hazırlık amacıyla;

1. Tartışma konularının belirlenmesi ve programının hazırlanması
2. Katılımcıların belirlenmesi
3. Elektronik ortam yoluyla buluşmada yer alan konuların (dört grup) katılımcılar dahil edilerek paylaşılması, ön hazırlık yapılması, her gruba akademisyen arkadaşların destek vermesi.

TTB AİLE HEKİMLİĞİ KOLU II. AİLE HEKİMLERİ BULUŞMASI 22-24 ŞUBAT 2019 / ANTALYA	
22 ŞUBAT 2019- CUMA	
13.00- 13.30	Kayıt
13.30-14.00	Açılış ve Tanışma
14.00-15.30	<p>TEMEL KAVRAMLAR, SDP’NİN II. FAZİ VE BBSH’NE ETKİSİ</p> <p>Prof. Dr. Mehmet Zencir</p> <p>Temel Kavramlar: Sağlık kavramı, Sağlık hizmetleri Halk Sağlığı-Toplum Sağlığı-Aile Hekimliği Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri - Koruyucu hekimlik - Aile hekimliği Kamucu Sağlık Anlayışı Toplum Tabanlı Hizmet – Liste Tabanlı Hizmet- Talebe dayalı hizmet</p> <p>Birinci Basamağın Temel İlkeleri: (Alma-Ata’dan bu yana) Kapsayıcılık - Ulaşılabilirlik - Erişilebilirlik - Süreklilik - İlk temas noktası - Koordinasyon - Kapı Tutuculuk - Birey odaklı/Bireyselleştirilmiş bakım - Bütüncül bakım</p> <p>Sağlık Okuryazarlığı Check-up – Periyodik Sağlık Muayeneleri</p>
15:30-15:45	ARA
15.45-17.00	<p>“YALIN SAĞLIK”</p> <p>Dr. Coşkun Canıvar</p> <p>Sağlık sektöründe sömürü ilişkileri Emek Denetimi İşçi Denetimi (mücadele dinamikleri)</p>

17.00-17.15	ARA
17.15- 18.00	ATÖLYE GRUPLARI ÇALIŞMASI Yer: ATÖLYE ODALARI 1-2-3-4 (4 ayrı odada 4 ayrı atölye grubu kendi içinde çalışacak)
23 ŞUBAT 2019- CUMARTESİ	
Çalışma programı özeti:	Yöntem: Büyük salonda bütün gruplar bir araya gelerek, sırayla her atölye grubu genel gruba kısa bir sunum yapacak ve geri bildirim alacak. Tekrar atölye gruplarına dönülecek ve çalışma ayrıntılandırılıp olabildiğince sunum ya da yazılı rapor haline getirilecek.
SUNUMLAR-TARTIŞMALAR	
09.00-9.30	1. ATÖLYE ÇALIŞMASI SUNUMU “BBSH SAĞLIK ÇALIŞANLARININ EMEK SÜRECİ” <ul style="list-style-type: none"> • Güvencesiz ve esnek çalışma • Performansa dayalı çalışma • Sağlığın metalaşması • İş yükü – Angarya (ILO tanımı) • Mesleki değersizleşme • Ücretler ve Emegın ucuzlaması • Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet ve riskler • Mesleğe yabancılaşma, Tükenmişlik, İntiharlar
09.30-10.45	TARTIŞMALAR VE GERİ BİLDİRİMLER
10.45-11.00	ARA
11.00-11.30	2. ATÖLYE ÇALIŞMASI SUNUMU “BBSH’DE KLİNİK HİZMET SUNUMU” <ul style="list-style-type: none"> • Bulaşıcı olmayan kronik hastalıklar -performans • Kanser taramaları • Bağışıklama (öncelikle erişkin bağışıklama) - performans • İzlemler-okul izlemleri • Raporlar • Birinci Basamak ekibi • Ulaşılabilir/sürekli hizmet

11.30-12.45	TARTIŞMALAR VE GERİ BİLDİRİMLER
12.45-14.00	YEMEK ARASI
14.00-14.30	3. ATÖLYE ÇALIŞMASI SUNUMU “BBSH ÖRGÜTLENME VE FİNANSMAN “ <ul style="list-style-type: none"> • BBSH ekibi • Toplum yönelimli hizmet/Liste tabanlı hizmet • Entegre Hizmet • Mobil Hizmet • TSM/SYM/İSM • Dikey Örgütler – VSD-AÇSAP • Basamaklar Arası İlişkiler • Primler sigorta sistemi • Cepten ödemeler • Ücretlendirme
14.30-15.45	TARTIŞMALAR VE GERİ BİLDİRİMLER
15.45-16.00	ARA
16.00-16.30	4. ATÖLYE ÇALIŞMASI SUNUMU “MESLEKİ, MEZUNİYET SONRASI VE HİZMET İÇİ EĞİTİM/GELİŞİM” <ul style="list-style-type: none"> • Aile Hekimliği Uzmanlık (AHU) Eğitimi • Sözleşmeli Aile Hekimliği Uzmanlık(SAHU) Eğitimi • Geçiş Dönemi Eğitimleri • Mezuniyet sonrası eğitim • Hizmet içi eğitimler
16.30-18.00	TARTIŞMALAR VE GERİ BİLDİRİMLER

24 ŞUBAT 2019- PAZAR	
09:00-11:00	TÜM GRUPLARIN SUNUMLARI; Cumartesi günü yapılan hazırlıkların (sorunlar ve çözüm önerileri) genel gruba olabildiğince; Powerpoint Word-yazılı Flipchart şeklinde sunulması Yer: Büyük Salon
11.00-11.15	ARA
11:15-13:15	BBSH Sağlık Çalışanlarının Örgütlenme /Mücadele Süreci <ul style="list-style-type: none">• TTB• Dernekler• Sendikalar• Diğer örgütlerle birlikte mücadele• Önümüzdeki dönem Programı• Toplantının Değerlendirilmesi

ÇAĞRI METNİ

Değerli arkadaşlar,

TTB-AHK, 18-19 Nisan 2015 tarihinde birinci Antalya buluşmasını gerçekleştirmiş, Kasım 2015 tarihinde toplantıda yapılan tartışmalar yazılı rapor haline getirilip yayınlamıştı. http://www.ttb.org.tr/kutuphane/ahek_bulusma.pdf

İyi bir kolektif hazırlık dönemi sonrası, çalışmaya katkı sunanların emeği bir araya gelinen iki günde harmanlanıp çok değerli sonuçlara ulaşılmıştı.

Sonraki tarihlerde, örgütlenme çalışmaları ve en önemlisi Sağlık Bakanlığının başta Cumartesi nöbeti/fazla çalıştırma dayatmalarına karşı sürdürülen mücadele öncelikli gündemi oluşturdu. Uzun erimli ve zorlu mücadele sonrasında önemli bir kazanım elde edilmiş oldu. Böylece moralimiz arttı. Birlikte ortak mücadelenin önemini, değerini, kazanılabileceğini bir kez daha gördük.

Kazanımlarımız olsa da Aile Hekimliği ile birlikte birinci basamak sağlık hizmet alanında yaşadığımız sorunlar bitmek bilmezken, yeni sorunlar ve var olan sorunlar giderek büyüyor.

Aile hekimliği ile birlikte BBSH yaşanan sorunlardan öncelikli olanları ortaya koyup, tartışmak; çözüm önerilerini geliştirmek, birinci basamak sağlık çalışanlarının öncelikli ödevi olmalıdır.

Aile hekimlerinin, ASM sağlık çalışanlarının yaşadıkları sorunları sıralayarak birinci basamak sağlık hizmetlerine bakışından, mevcut uygulamalara, olması gerekene dek çözüm önerilerini geliştirip

hayata geçirilmesi için ısrarcı olması, mücadele etmesi olmazsa olmaz haline gelmiştir.

Bu amaçla, TTB AHK yürütme kurulu 17 Eylül 2017 tarihinde yapmış olduğu toplantıda, birinci basamak sağlık hizmet alanında yaşadığımız öncelikli sorunları ortaya koyup, çözüm önerilerini tartışmak, birinci basamak sağlık hizmetlerine bakış açımızı değerlendirmek, mücadele olanaklarını geliştirmek amacıyla, Tabip odaları çatısı altında bir araya gelen aile hekimlerine çağrı yapılarak 22-24 Şubat 2019 sonunda iki günlük buluşma gerçekleştirilecektir.

TTB AHK adına gerçekleştireceğimiz buluşmaya hazırlık amacıyla, buluşma programının hazırlanması, katılımcıların belirlenmesi, tartışma konularının belirlenmesi, elektronik ortam sayesinde buluşmada yer alan konuların katılımcılara gruplar oluşturularak paylaşılması sağlanacak, aile hekimleri dışında buluşmaya katkı sunacak kişiler belirlenecektir.

TTB AHK adına bu buluşmanın koordinasyonunu İstanbul Tabip Odası Aile Hekimleri Komisyonu Üyeleri Dr. Özgür Akbaba ve Dr. Emrah Kırmırlı yürütecektir.

TTB AİLE HEKİMLİĞİ KOLU

SUNUMLAR VE TARTIŞMALAR

BİRİNCİ BASAMAK ve TEMEL KAVRAMLAR

Prof. Dr. Mehmet Zencir

Ata Soyer Sağlık ve Politika Okulu

Herkese merhaba. 2015’de birincisi yapılan Aile Hekimleri Buluşması’nın ikincisini yapıyoruz. İlki çok yararlı olmuştu. Çok değerli çalışmalar yapılmıştı. İlkinden alınan güç ile Aile Hekimliği Kolu ve yerelerde Aile Hekimliği Komisyonu’nda yer alan arkadaşlar ikinci buluşma içinde çok iyi bir hazırlık yaptılar. Birinci basamağa sahip çıkmaya devam ettiler.

Bugün benden istenen Birinci Basamak ile ilgili temel kavramları özetlenmesi. Sunum iki kısımdan oluşacak. Önce neoliberal sağlık reformları öncesi birinci basamak sağlık hizmetlerine yer vereceğim. Özellikle BBSH olarak kazanımlarımızın altını çizmeye çalışacağım. İkinci kısımda ise neoliberal sağlık reformları sonrası BBSH nasıl dönüştü ona yer vereceğim. Reformlarla DSÖ BBSH’ine hangi rolleri yükledi, bizler dönüşen BBSH nasıl görüyoruz. BBSH yapılan reformların Türkiye’ye yansımaları sizler tarafından iki gün boyunca ayrıntılı tartılıp sonuçlar çıkartılacak.

Çarpıcı ve beni çok etkileyen bir haberle başlayacağım. BBC yaptığı haberle Endüstri 4.0 döneminde “Robotlar Geliyor: İnsanlara Otomasyon Çağından Faydalanma ve Ayakta Kalma Rehberi” başlığı ile bazı mesleklerin yok olacağına dikkat çekiyor. Sayılan

meslekler arasında hekimlik de var: Pratisyenlere ihtiyacın kalkacağı öngörülüyor.

“Robotlar Geliyor: İnsanlara Otomasyon Çağından Faydalanma ve Ayakta Kalma Rehberi”

Mali danışman ve yazar John Pugliano

“Rutin ve önceden öngörülebilir her türlü iş önümüzdeki 5 ila 10 yıl içinde matematik işlemlerle yapılabilir hale gelecek.»

Pugliano, özellikle hastalıklara otomatik tanı koymayı mümkün kılan bazı gelişmelerin tıbbın bazı alanlarındaki insan bağımlılığını azaltabileceğini düşünüyor. Buna karşılık acil servislerde ve ihtisas alanlarında doktorlara ve cerrahlara duyulan ihtiyaç devam edecek yazara göre.

Bu haber Birinci Basamakta Dönüşüm'ün geleceğini anlamak için önemli ipucu veriyor. Birinci basamağı değersizleştiren, teknikleştiren yön öne çıkartılıyor. Bir yapay zeka programı ile Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri'nde (BBSH) yer alan pratisyen hekimlerin rollerinin karşılanabileceği öngörülüyor. Hazırlanan belirli algoritmalarla sağlık hizmeti üretiminin karşılanacağı öngörülüyor. Bizlerin özne olmadığımız, nesne olduğumuz; bilimsel mesleki birikimimizin; toplumun sağlığını yükseltme istemimizin; toplumdaki sağlıktaki eşitsizlikleri giderme gibi tıbbın sosyal hedeflerimizden arındırılmış tamamen sağlıkta finans sektörünün, tıp endüstrisinin, ilaç endüstrisi tarafından belirlenen hizmetin belgelenmesi işlemlerini yerine getirme rolü bizlerden bekleniyor. Aile Hekimliği Kolu Başkanı Dr. Filiz Ünal'ın açılış konuşmasında da kronik hastalık yönetiminde aile hekimlerinin sevk ile sınırlı tutulduğu, mesleki bilgisini kullanmasının istenmemesi örneği algoritmaya dayalı bir sisteme doğru gidildiğini gösteriyor. Hedef hastayı kar amaçlı hizmet üretmeye evrilen ikinci basamağa yönlendirmek, hasta havu-

zunu büyütmeştir. Haber yok olan meslekler arasında pratisyenlere yer verirken, gerekçe olarak özellikle hastalıklara otomatik tanı koymayı mümkün kılan bazı gelişmelerin tıbbın bazı alanlarındaki insan bağımlılığının azaltılması gösteriliyor. İnsan ile hekimin yan yana gelmesine, canlı iletişim kurması, sosyal bir ilişki kurmasına itiraz var. Aile hekimliği ile sahadan uzaklaştırılan, polikliniğe daraltılmış sağılık hizmeti eleştirimiz daha da ileriye taşıyor bilgisayar daraltılmış hale getirilmek isteniyor.

Sermaye özetle uygun bir yazılımla robotlar birinci basamaktaki hekimlerin yaptığı işi yapabilir diyor. Sermayenin genel eğilimi işçiye olan bağımlılığı azaltma doğrultusunda, işçinin kontrolünde olan işleri makinelere devretmek, emeğin kontrol gücünü olabildiğince zayıflatmaktır. Makinelerin insanların yerini aldığı erken kapitalizmden bu yana bu hedef her zaman var olmuştur. Teknolojik gelişmelerle epey yol alınmıştır. Yapay zekanın devreye girmesi makinelere devredilen işlerin sayısı çok daha fazla artmış, insansız fabrikalar dahi devreye girmiştir. Pratisyenlerin ortadan kaldırılması ile BBSH'ni de insansız fabrikalar hale dönüştürecekler diyebiliriz.

Sermayenin bu yönelimini bir tarafa bırakarak yeniden birinci basamak sağılık hizmetlerindeki temel kavramlara dönelim. Önce basamak yaklaşımı, birinci basamak, birincil sağılık hizmeti kavramlarından başlayıp, peşinden örgütlenme yaklaşımları ve birinci basamakta dönüşüm ile devam edeceğiz.

BASAMAK YAKLAŞIMI

Sınırlı ve yanıltıcı bir tartışma, kullanma eğilimidir. Ne yazık ki de en çok alışılan ve kullanılanıdır. Tedavi edici hizmetlerin ön plana

çıkacağı bir yaklaşımdır. Pratisyen-uzman hekim tartışmasının öne çıktığı, genel olarak pratisyen hekimlerin hizmet ettiği sağlık kurumları da sıklıkla karşımıza çıkar. Koruyucu hizmetler genellikle görülmez. Birinci basamak daha çok sevk zinciri ile birlikte kullanılmaktadır. Sağlık kurumlarının birinci, ikinci ve üçüncü basamak olarak düzenlenmesi ve başvuruların bu sıralamaya göre yapılması öngörülmektedir. Daha çok tedavi edici sağlık hizmetleri mantığı ile bu düzenleme yapılmaktadır. Birinci basamak tedavi edici sağlık hizmetleri dendiğinde ayaktan tedavi edici hizmetler (poliklinik hizmetleri), emek yoğun (daha çok hekimin öykü ve fizik muayene ile klinik tanı koyduğu), basit laboratuvar tetkiklerinin yapılması akla gelmektedir. Tüm bunlara acil müdahale, evde sağlık, kısa süreli gözlem altında tutma, küçük cerrahi girişimler, hemşirelik bakım hizmetleri de dahildir. Tüm bunlara rağmen ülkemizde daha fazlasını içeren tarzda, daha çok koruyucu sağlık hizmeti veren kurumlar anlamında kullanılmaktadır.

Halk sağlığı yazınında, DSÖ yazınında tedavi edici hizmetlere daralmış anlayışı aşan Birincil (temel) sağlık hizmetleri kavramı tercih edilmektedir. Türkiye’de birinci basamak diye kısaltılarak kullanıldığını söyleyebiliriz. Özetle ülkemizde birinci basamak denilirken kast edilenin birincil (temel) sağlık hizmetleri olduğunu söyleyebiliriz.

BİRİNCİL (TEMEL) SAĞLIK HİZMETLERİ (PRIMARY HEALTH CARE)

Bu kavramın sıklıkla 1978-Alma Ata ile birlikte kullanıldığı, bizim ülkemizde de tanımlanan bu hizmetlerin Alma Ata’dan çok önce Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası ile yaşama geçirildiği ifade edilmektedir. Her ikisi de tarihi kendinden başlatan anlayış-

ların eseridir, yanlıştır. Dünya çapında da bu tarih milat daha çok ikinci dünya savaşı sonrası İngiltere'deki Ulusal Sağlık Hizmetleri'ne götürülür. Bu yaklaşımda sorunludur. Kendinden öncesini yok sayan bu yaklaşımların tümü de sıkıntılıdır. Bu kavram zaman içinde olgunlaşmış, bugünkü kullandığımız, anlam yüklediğimiz, içeriğini belirlediğimiz hali ile Sovyetler Birliği'ndeki sağlık hizmetlerinde yaşama geçirildiğini söyleyebiliriz. Bu sağlık örgütlenmesi yaklaşımının sosyalist ülkelerde vücut bulduğu, tüm dünya örneklerinin SSCB'den esinlendiği her nedense halk sağlığı literatüründe dahi yer almaz, görmezden gelinir. Hem coğrafi hem nüfus tabanlı, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin entegre olduğu, kişisel-toplumsal ve çevreye yönelik koruyucu hizmetlerine bütüncül yaklaşan, basamaklandırılmış, geniş bir sağlık ekibi ile sürekliliği olan bir birinci basamak sağlık hizmetleri modeli yaşama geçirilmiştir. Tamamen ücretsiz. Koruyucu sağlığın esas olduğu, İşçi Sağlığı, Okul Sağlığı, Epidemiyoloji birimini gündemine alan ve çok geniş bir sağlık ekibini de sisteme dahil eden bir BBSH. Semeshko tarafından, 20 yüzyılın hemen başında... Bu yaklaşım diğer erken kapitalist ülkelere de örnek olmuş, yaygınlaşmıştır. İkinci dünya savaşı sonrası dünyada esen sol rüzgar (sosyalist ve anti sömürgeci) bağımlı, geç kapitalistleşen ülkelerde de bu yaklaşımdan etkilenmiş ve sistemlerini şekillendirmişlerdir. DSÖ'nü de etkileyen bu çabalardan Nusret Fişek aracılığıyla Türkiye'de etkilenmiştir. Nusret hoca Sosyalleştirmeyi inşa ederken SSCB, İsveç ve İngiltere modellerinden yararlandığı ve bunları bir araya getirdiği yazılarında dile getirmiştir. Bu gerçeklik şu açıdan önemlidir. Eğer bizler toplumun sağlık düzeyini ilerletmek, sağlıktaki eşitsizlikleri yok etme hedefli bir mücadeleyi gündemimize alıyorsak, bu kavramlara zemin oluşturan sosyolojik-siyasal-felsefi yaklaşımları da görmek zorundayız.

Detaya girmeden birincil sağlık hizmetleri kavramına yeniden dönelim. bağlantısızlar bloğunun baskısı 1978 yılında Kazakistan'ın başkenti Alma-Ata'da bir araya gelen 134 ülkenin temsilcileri Primary Health Care (PHC) olarak bilinen ve ülkemizde Birincil Sağlık Hizmetleri (BSH) ve Temel Sağlık Hizmetleri (TSH) olarak kullanılan hizmeti popülerleştirilmiş, bildirge haline getirilmiş, halk sağlığı yazınına egemen kılınmıştır. Herkese 2000 yılında sağlık sloganı ile öne çıkan BBSH'I yakından tanıyalım.

Mevcut BSH deklarasyonunda BSH kavramın tanımı şu şekilde yapılmıştır: “Bir toplumda birey ve ailelerin geneli tarafından kabul edilecek yollardan, onların tam olarak katılımları ile, ülke ve toplumca karşılanabilir bir harcama karşılığında, onlara götürülen esas sağlık hizmetidir.” Tanımın yanında BSH'nın felsefesi ve ilkelerine de yer verilmiş, son olarak da BSH için olmazsa olmaz hizmetler sıralanmıştır. Özetle bir sağlık sistemi için olmazsa olmazın toplumun kabul etmesi, toplumun katılımın sağlanması ve ekonomik olarak karşılanabilir olması vurgulanıyor.

Toplumun sağlık sistemi ile ilgili tartışma yürütmesi ne Sosyalleştirme ne de Aile Hekimliği sistemlerinde söz konusu olmamıştır. Sosyalleştirme tamamen Milli Birlik Komitesi'nin talebi üzerine çok hızlı bir hazırlık süreci geçirmiştir. Toplumun tartışmasına zaman bile olmamıştır. Aile hekimliği ise tek taraflı bir tartışmanın yürütüldüğü, karar verilen sistemin topluma empoze edildiği bir sistem olmuştur. İtirazlar, eleştiriler görünmez kılınmış, hatta sürgünlerle cezalandırılmıştır. Toplum katılım mekanizması Sosyalleştirmede Sağlık Ocakları Kurulu ve Sosyalleştirme Genel Kurulu ile yazılı olarak vardır, ancak pratikte karşılığının olmadığını hepimiz biliyoruz. Sağlık Ocağı Kurulu'nun bileşenlerine bakarsak tamamen devlet erkânından (köyün muhtarı, öğretmeni, imamı, hekimi

vb.) oluşan halkın, toplumun dışarıda tutulduğu bir toplum katılımı mekanizması olmuştur. Sağlık Ocağı Kurullarının yaşama geçmesi için toplumcu sağlık çalışanları çaba harcadığı az sayıda örnekler olmuştur. Keza Sosyalleştirme Genel Kurulu'nu toplumsal sağlık mücadelesini ilke edinmiş TTB toplamıştır, birkaç kez. Devlet erkânı kendi yasasında yazılı olan kurullara ne yazık ki sahip çıkmamıştır, bu toplumu dışarıda tutan katılım mekanizmasının bile işletilmesinden ürkmüştür. Aile Hekimliği sisteminde ise hiçbir katılım mekanizması yoktur, düşünülmemiştir bile.

Parasız sağlık hizmeti ilkesi de ekonomik olarak karşılanabilir olarak ifade ediliyor. Sağlık hizmetinden para alınabileceği ilkesel olarak kabul edilmiş oluyor, yol açılıyor. Parasız sağlık sistemi denildiğinde karşılığının sosyalist ülkelerdeki sağlık sistemi olduğu biliniyor, bu kavramdan kaçınılıyor.

Deklarasyon, BSH'nın felsefesi ile devam ediyor. BSH'nın felsefesinde dört bileşenle dile getiriliyor: Sosyal eşitlik, öz sorumluluk, sağlık hizmetlerinin boyutu ve uluslararası dayanışma.

Sosyal eşitlik daha çok Güney yarım kürenin sağlıkta yaşadığı eşitsizlik ile gündeme getirilmekte, dördüncü felsefe olan uluslararası dayanışmaya zemin hazırlanmaktadır. Bununla birlikte BSH ile sosyal eşitsizliğin giderileceği iddiası önemlidir, eşitsizliklerin ana kökenine inmeğe dindirilmesine (azaltılmasına) çaba harcanması ve sağlık hizmetlerinin de bu dindirilme sürecine katkı sağlayacağı perspektifinin saklı gündem olarak ısıtılmaya başlandığı akıllarda tutulmalıdır. Pratik olarak BSH ile bu sağlanmış mıdır? Herkese 2000 yılında sağlık hedefi gerçekleşmiş midir? Sağlıkta eşitsizlik azaltılmış mıdır? Tüm soruların yanıtı ne yazık ki hayırdır. Aksine Güney yarımküre sağlık açısından daha da eşitsiz hale gelmiştir. Güney küre ülkelerinin kendi dinamikleri ile değil de ulusla-

rarası yardımıyla bağımlı kılınarak yaşama geçirilen hizmetler karşılık bulmamıştır.

İkinci felsefe olan öz sorumluluk oldukça önemlidir. İlk bakışta sınırlı olmayan, herkesin kendi sağlığına sahip çıkması, sağlığı için sorumluluk hissetmesi, olumlu sağlık davranışlarında bulunması vb. ile tanıtılıyor. Bununla birlikte süreç içerisinde öz sorumluluk felsefesinin muradı ortaya çıkıyor: Herkes kendi sağlığına sahip çıkmalı, kendi sağlığı için para harcamalıdır, sağlıksızlık halinden sorumlu olan kendidir, bedelini de ödemelidir. Unutulan sağlığın toplumsallığı, toplumsal bir hak olduğudur. Neoliberal dönemin etkisi ile kavram erozyona uğrayıp sağlığın metalaşmasının en önemli taşıyıcısı olmuştur. Sigorta sistemi, katkı payları, geri ödeme mekanizmaları, tamamlayıcı sigorta vb. hepsinin zemininde öz sorumluluğa biçilen çarpıtılmış anlam vardır. Sonuç olarak kavramı kullanana göre içerik şekilleniyor, ancak toplumsal sağlığa yüzü dönük siyasi iradelerle öz sorumluluk yeniden bizim kavramımız haline gelecek...

Sağlık hizmetlerinin boyutu derken de kast edilen sağlığı doğrudan ilgilendiren diğer sektörlerle birlikte ele alınması süreci diyebiliriz. Tarım, Gıda, Orman, Şehircilik, Fen İşleri, Ulaşım, Barınma, Çalışma yaşamı, Sosyal Güvenlik, Eğitim, vb. hemen her sektörün çalışmalarının sağlıklı olma hali ile doğrudan ilişkili olma gerçeğine dikkat çekilmesidir.

BBSH hizmet ve örgütlenme ilkeleri ise şu şekilde sıralanmıştır: Ulaşılabilirlik, kapsayıcılık, ekonomik olarak karşılanabilirlik, toplum katılımı, öncelikli hizmet, hizmetin sürekliliği, kişilerin ayağına sağlık hizmetinin götürülmesi, entegre hizmet, ekip, sevk hizmeti, ilk başvuru birimleri.

İlkeler	
Ulaşılabilirlik	En sık kullanılanıdır. Sağlıkta toplumsal muhalefetin sık kullanıldığı sloganın parçası (ulaşılabilir, ücretsiz, nitelikli, anadilinde sağlık/sağlık hizmeti). Coğrafi (en yakın yerde), ekonomik (ücretsiz), teknik (sağlık emek gücü ve tıbbi donanım açısından yeterli) ve kültürel (toplumun dil, din, gelenek-görenek vb. özelliklerini gören, karşılayan) ulaşılabilirlik olmak üzere dört ögeden oluşan bir kavram.
Kapsayıcılık	Hiç kimsenin sağlık hizmetinin kapsamının dışında olması. Ülkede yaşayan herkesin sağlık hizmetinden yararlanmasıdır. Ülkeden ülkeye değişmekle birlikte vatandaş ya da ülkede yaşayan herkes şeklinde ele alınır. Bu kavram Genel Sağlık Sigortası'nın yasallaşmasına da aracılık etmiştir. Genel Sağlık Sigortası yasası ile tüm vatandaşlar sağlık sigortası kapsamına girmek zorunda bırakılmıştır. Kavramın çıkması ile evrildiği ya da neoliberal sağlık reformları amacı ile kullanılması tamamen farklıdır. GSS ile sağlık tamamen paralı hale getirilmiş, ödeme gücü olan herkesin sağlık primi ödemesini, ödemeyenlerin sorumluluğu devlete bırakılmıştır. Devleti tüm vatandaşlar için değil, ödeme gücü olmayanların sağlığından sorumlu hale getirmiştir.
Ekonomik olarak karşılanabilirlik	Ücretsiz sağlık hizmeti yerine tercih ediliyor. Sağlık hizmetlerinin bedelinin ödenmesine gerekçe olarak kullanılıyor. Sadece alınacak paranın miktarının toplumun ödeyebileceğinin üzerinde olmamasına dikkat çekiliyor diyebiliriz.
Toplum katılımı	Oysa toplum katılımının anlamı sağlık hizmetlerinin tüm aşamalarında (planlama, uygulama, denetleme, değerlendirme, izleme) toplumun muktedit kılınması belirleyici olmasıdır. Bu amaçla mekanizmalar kurulmasıdır. BSH en az başarılı olan ilkesidir. Başarılı olan ülkeler arasında Küba, Hindistan'ın Kerala eyaleti, Avustralya vb. az sayıda ülke örnek verilebilir. Sağlık hizmeti üreten kurum ile toplumun buluşma olanakları başırlanamamıştır. Sağlık hizmeti topluma dayatılan almakla yükümlü olduğu hizmete evirilmiştir. Şu an DSÖ'nin dahi kullandığı hali ile vatandaşın kullandığı sağlık hizmeti için katkı payı ödemesi ile sınırlı bu kullanım söz konusudur. Toplum katılımı toplum finansmanına evirilmiştir. Aşırı hizmet kullanımını önleme için katkı-katılım ücretinin verilmesi sıklıkla dile getirilmektedir.

Öncelikli hizmet	Sağlık açısından önceliğimiz nedir? Hangi sağlık sorunlarının üzerine gidilecek, bunun toplum ve sağlık emekçileri ile birlikte kararlaştırılması için yapılan çalışmalardır. Kamu kaynakların etkin ve verimli kullanılması amaçlı kullanılmasını hedefler.
Hizmetin sürekliliği	Sağlık hizmetlerinin kesintili, kampanyalar tarzında değil de sürekli olarak verilmesidir. Olanaklar dahilinde ya da projelerle sağlık hizmeti sunulup, sonra hizmetin verilmemesi en sıkıntılı durumdur. Koruyucu hizmetlerde, özellikle erken tanı çalışmalarında bunu görürüz. Çok sayıda belediye vatan-daş ile temas için kısa süreli sağlık hizmetleri verirler. Ancak bu hizmetler devam etmez, kalıcılışmaz ve hizmetin alt yapısı oluşturulmaz.
Kişilerin ayağına sağlık hizmetinin götürülmesi	Sağlık hizmetinin en yakın yerde üretilmesidir. Hizmetin hemen her yerde verilmesini de içerir. Sahada hizmetin üretilmesidir. Örneğin izlemlerin kişinin yaşadığı yerde verilmesidir. Sağlık ocağı zamanında evlerde verilen koruyucu sağlık hizmetleri en iyi örnektir. Herhangi bir kişinin çok çeşitli nedenlerle sağlık hizmeti için kuruma başvurmasına engel olabilir düşüncesi bu ilkeye zemin oluşturmuştur. Özellikle toplumun dezavantajlarının değişik nedenlerle (ekonomik, zaman, ulaşım, eril baskı, geniş aile baskısı, cinsel yönelim, etnisite, dil vb.) sağlık hizmetine-sağlık kurumlarına erişmediği bilinmektedir. Bu gerçeklik, talebe dayalı bir hizmetin bu toplumsal kesimlerde sağlıktaki eşitsizlikleri daha da artıracaktır. Bu nedenle sağlık emekçileri en yakın yerde (evde, tarlada, okullarda, işyerlerinde vb.) hizmet vermelidir. Sağlık hizmetinin verilme şekli bunları gören bir tarzda olmalıdır. Bu kavramın ikinci gerekçesi, çok daha önemlisi, toplumsal yaşantının içerisine girilerek sağlık sorunlarına bu gerçeklikle bakabilme, buna göre çözüm ve önerilerde bulunmaktır. Kadına yönelik şiddet, beslenme, vb. birçok sorunun tüm bileşenleri için öğrenilmesi sahada hizmet ile mümkündür. Toplumla birlikte zaman geçirme ile mümkündür.
Entegre hizmet	Tedavi edici hizmete daralmadan hizmet üretilmesidir. Yani koruyucu, geliştirici, tedavi edici ve esenlendirici hizmetlerinin tümünün birlikte verilmesi. Sağlık kurumunun bu olanaklara göre donatılması ve sağlık ekibini içermesidir.

Ekip	Hekim merkezli sağlık hizmetinin aşılmasıdır. Sağlık hizmetlerinin çok geniş bir ekip ile verilmesini içerir. İçerinde ebe, halk sağlığı hemşiresi, sağlık memur, çevre sağlık teknisyeni, tıbbi sekreter, hizmetli, şoför olan sağlık ocağı çalışanlarının daha da genişletilmesi ile gündeme sıklıkla getirilmiştir. Dış hekimi, diyetisyen, fizyoterapist, psikolog, sosyal hizmet uzmanı, eczacı vb. sağlık emekçilerinin birinci basamak hizmete dahil edilmesi ve bu hizmetlerin toplumsallaşmasını hedefler.
Sevk sistemi	Sevk zinciri basamaklandırılmış sağlık hizmetinin olmazsa olmaz. Bireyin başvurusunun ilk olarak birinci basamaktan başlaması ve buradaki hekim yönlendirmesi ile ikinci basamağa başvurabilmesidir. Aynı şekilde üçüncü basamak başvurusu da ancak ikinci basamağın yönlendirilmesi ile mümkün olacaktır. Tedavi edici hizmetin en yaygın görülen sağlık sorunlarının, hastalıklarının tedavisinin yaşadığı yere en yakın birinci basamak ekibi ile çözülmesidir. Komplike olgularının tanı ve tedavi olanakları yüksek hastanelere yönlendirilmesidir. Sağlıkla ilgili kamu kaynaklarının etkin ve verimli kullanılmasıdır. Bu ilke de çok çarpık şekilde karşımıza çıkabilir. Sağlıkta metalaştığı, finansmanının sigorta devredildiği ülkelerde fonlarının gelirlerini koruması için de bu ilke devreye sokulabilir. Finansman kurumu hastalıkları için az komplike tanı ve tedavi olanaklarını kullanan birinci basamağın sağlık harcamalarını azaltması nedeniyle de tercih edebilir. Hatta bu sevk sıralamasına başvurmayan hastalar için hastane masraflarının tümünü karşılamayabilir. GSS'in ilk taslaklarında bu benzer maddeler vardı. Doğrudan hastaneye başvuran kişilerin masrafların %30'una kadar cepten ödemesi söz konusu idi. Yine kriz dönemlerinde sağlık finansman kurumu harcama kısıtlaması için de bu ilkeyi devreye sokabilir, nitekim 2008 krizinde bunun örneklerini Avrupa ülkelerinde görebiliyoruz. Bu durum ülkemiz için de yaşanabilir. Alt yapısı olmadan (donanım ve sağlık emek gücü açısından), talebin kısıktıldığı, müşteri memnuniyetinin baskın olduğu, uzmana odaklanmış hizmet beklentisi olan vatandaşın sevk zorunluluğu ve doğrudan başvurularda yüzde30'lık cepten ödeme baskısı aile hekimlerine kötü günler yaşatabilir. Nitekim sevk zincirinin pilot olarak denendiği Denizli ve Isparta örneklerinde deneyimlerimiz bu öngörüyü kanıtlar şeklindedir. Reçete yazdırma baskısı, sevk baskısına dönecektir.

İlk başvuru birimleri	Vatandaşın sağlıkla ilgili ilk olarak başvuracağı sağlık kurumlarının olması, bu kurumlarda bütüncül hizmet vermesi, kişi ve toplumu bu kurumların sürekli olarak izlemesi, özette toplumun sağlığından sorumlu olması beklenir. Birinci basamak sağlık hizmetleri olarak BSH: Koruyucu hizmetler, evde ve ayaktan tedavi hizmetlerini birlikte üreten halkın ilk başvuru basamağıdır. Türkiye'deki ilk başvuru yeri Sağlık Ocakları idi. 2005 yılında beri de aşama aşama Aile Sağlığı Merkezleri ve Toplum sağlığı Merkezlerine dönüştürüldü.
-----------------------	--

Birincil (Temel) sağlık hizmetleri kavramsallıktan çıkıp uygulama ve hizmet olarak neleri karşılaması gerektiği sorusuna yanıt olarak o tarihsel koşullarda ve Alma-Ata'yı buluşmasının dinamiklerini de dikkate alarak en azından üretilmesi gereken hizmetler belirlenmiştir.

BSH Etkinlikleri: “En az bakım” (minimal care)

- ✓ Beslenme durumunun geliştirilmesi
- ✓ Temiz su sağlanması ve sanitasyon
- ✓ Ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması
- ✓ Halkın sağlık eğitimi
- ✓ Bağışıklama
- ✓ Endemik (yaygın) hastalıkların kontrolü
- ✓ Sık görülen hastalıkların uygun tedavisi
- ✓ Temel ilaçların sağlanması.

Sıralanan bu hizmetler açısından merkez (erken) kapitalist ülkeler açısından karşılanmama durumu diye bir durumun olmadığı, bu çok daha fazlasının yaşama geçirildiğinin altı mutlaka çizilmelidir. Konferansı bir araya getiren, artık kabul edilemez olan Güney Küredeki, perifer (geç) kapitalist ülkelerdeki sağlıkta eşitsizlikler için zemin hazırladığı düşünülen sağlık sorunlarına odaklanıldığı rahatlıkla görülüyor.

Yukarıda uzun uzun tanımlamaya çalışılan BSH kavramı varlığını sürdürememiş, 1978 yılında belirlenen yaklaşım kısa süre sonra 1985 yılında ‘Seçici Temel Sağlık Hizmetleri’ne dönüştürülmüştür. Yapılan tıbbileşen boyutun ön plana çıkartılması ve yüksek riski olan sağlık sorunlarını karşılamaya yönelik bir hizmet paketine daralmasıdır. Sıklıkla GOBİ-FFF diye bilinen anlayışın ön plana çıkması. Klasik BSH ile Seçilmiş Temel Sağlık Hizmetleri arasındaki fark şu şekilde sistematize edilebilir.

Birincil (Temel) Sağlık Hizmeti	Seçici Temel Sağlık Hizmeti
Daha geniş bir tanım	Daha teknik ve sınırlı
Eşitlik vurgusu	Hastalığın yokluğu
Çok yönlü yaklaşım	Hastalıkların ve önemli sağlık sorunlarının yönetimi, tedavisi ve önlenmesi
Toplum katılımı	Rıza gösterme
	GOBİ-FFF (Growth-Büyüme, Oral rehidratasyon-Ağızdan sıvı-tuz tedavisi, Breatfeeding-Emzirme, Immunization-emzirme ve ek besin desteği. FFF ise family planning-aile planlaması, female education-anne okuryazarlığı, food suplemantion-ek besin desteği)

Türkiye’de kavram sıklıkla Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri, Birincil (Temel) Sağlık Hizmetleri’ni de içeren şekilde kullanıldığını not etmeliyiz.

Sunumun bundan sonraki kısmına halk sağlığı yazınında birinci basamak sağlık hizmetleri nasıl ele alınıyor, hangi özelliklerle öne çıkıyor vb. sorulara yanıt verilmeye çalışılacak. Üç kaynaktan yararlanarak bu sorulara açıklamalar yapmaya çalışacağım.

BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ NEDİR?

En yalın olarak “vatandaşın”, çeşitli nedenlerle başvurduğu ilk sağlık kurumu ve bu kurumda üretilen sağlık hizmeti diye tanımlanıyor. Burada geçen çeşitli nedenler ve başvuru sözcüklerine yüklenen anlamları biraz daha açmak gerekir. Çeşitli nedenlerden kasıt hastalıkla sınırlı değil, bağışıklama, izlemler, çevre, erken tanı, sağlık eğitimi, danışmanlık, saha incelemesi, bulaşıcı hastalık kontrolü vb. olabilir. Yine başvuru sağlık kurumuna gitme olarak anlaşılmamalı. Yukarıda örnekleri verilen nedenler için sağlık emekçilerinin ve vatandaşın buluşması, bir araya gelmesi diye açımlayabiliriz. Buluşulan yer sağlık kurumları dışında ev, işyeri, atölyeler, okul, toplu yaşam alanları vb. olabilir. Buluşma vatandaşın bulunduğu yere bizzat sağlık emekçisinin gitmesi, ziyaret etmesi ile de gerçekleşir.

Birinci basamak sağlık hizmetleri dünyada farklı ülkelerde, farklı şekillerde, farklı isimlerle, farklı mekanlarda üretiliyor. Sıklıkla sağlık merkezi, sağlık birimi, aile hekimliği, genel pratisyen vb. isimlerle adlandırılabilir.

Birinci basamak sağlık hizmeti, ülkelerin sağlık sistemlerinin olmazsa olmaz parçasıdır. Her ülkede bu işlevi üstlenen kurumlar vardır.

BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNİN TEMEL ÖZELLİKLERİ

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin temel özellikleri Yapısal (sağlık sistemi ile ilgili özellikler) ve İşlevsel olarak iki başlıkta ele alınıyor. Yapısal sağlık özellik 3 alt başlıkta, işlevsel özellikler 4 alt başlıkta inceleniyor.

Yapısal özellikleri	İşlevsel özellikleri
<ul style="list-style-type: none"> • Alt yapı ve insan gücü dağılımı • Finansman • Sağlık çalışanı 	<ul style="list-style-type: none"> • İlk başvuru • Kapsayıcılık • Süreklilik • Eşgüdüm

BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNİN YAPISAL ÖZELLİKLERİ

Alt yapı ve sağlık emek gücü kaynakları

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin üretildiği sağlık kurumlarının bina durumu, olanakları (tıbbi donanım) ve sağlık emek gücü (nitelik, ekip ve nitelik) yapısal özellikler başlığında ele alınır. Ülke sathında gerek donanım gerekse sağlık emek gücünün dağılımı özellikle dikkate alınır. Dağılım açısından kentsel ve kırsal, ülkenin coğrafi bölgelerine ve topluluklarına (etnik, dini, mezhepsel, mültecilik vb.) eşitlik söz konusu mu sorusunun yanıtı önemlidir. Eşitlikçi bir karakter taşıyıp taşımadığı, nüfusun özelliklerine göre donanım ve sağlık emek gücünde değişiklikler ve pozitif ayrımcılık yapıp yapılmadığı önem kazanır. Sağlık sorunlarını görmezden gelen bir donanım ve istihdam politikası eşitsiz bir yapısal özelliği gösterir.

Ülkeler kaynakların dağılımının eşitliği açısından ele alındığında karşımıza şu tablo çıkıyor.

- Eşit dağılım olan ülke örnekleri: İsveç, Finlandiya, İspanya
- Eşit olmayan dağılım olan ülke örnekleri: ABD, Fransa, Almanya, Belçika

Eşitlik açısından ülkelerin siyasal, sosyolojik ve sağlık sistemleri açısından birbirine benzediğini söyleyebiliriz. Daha eşitlikçi ülkeler daha çok sol-sosyalist-sosyal demokrat bir geçmişe sahip olan ve sağlık finansmanının vergiye dayalı ülkeler olduğu dikkati çekiyor.

Türkiye için değerlendirirsek gerek Sağlık Ocağı gerekse Aile Sağlığı Merkezleri açısından ciddi donanım ve dağılım sorunları olduğunu söyleyebiliriz. Sağlık Ocağı açısından Doğu illeri ve İstanbul'da durumun çok vahim olduğu hep söylendi. Sağlık emek gücü açısından da dağılım da eşitsizlik mevcut idi. Aile Hekimliği döneminde matematiksel eşitlik sağlanarak tüm ülkeye dağılan bir istihdam politikası izlendi. Bununla birlikte nüfusa kabaca bakıldığı için, nüfusun özellikleri göz ardı edildiği için gereksinimi yüksek olduğu yerlerde hizmette eşitsizliğin devam ettiğini, hatta arttığını söyleyebiliriz. Bina ve donanım açısından da benzer eleştirileri yapabiliriz. Sosyalleştirmenin tüm ülke sathına yayıldığı 1983 yılı itibarıyla alt yapının düzenlenmeden Sağlık Ocaklarının açılmayacağı ilkesi yok sayılarak sağlık kurumu vasfı olmayan çok sayıda yerde Sağlık Ocakları açılmıştır. Aynı durum Aile Hekimliği uygulamamasında da kendini göstermiştir. Kamu kurumu dışında olan binaların sözde kriterleri taşıdığı söylene de sağlık kurumu düşünümlere yapılmadıkları için çok ciddi sorunları barındırmaktadır. Yer konusunda zorda kalan aile hekimleri de bu sorunları aşma yönlü ciddi bedeller ödemek zorunda kalmaktadır. Dahası bina,

donanım ve sağlık emekçisi istihdamı da sağlık yönetimi bilimin ilkelerine göre değil de aile hekimlerinin tercihine bırakıldığı için alt yapı, donanım ve kaynaklar açısından ciddi farklılıklar ortaya çıkmıştır.

Finansman

Finansman ikinci yapısal özelliktir. Birinci aile hekimliği buluşmasında daha ayrıntılı ele almıştık. Kısaca iki temel finansman modeli buluyor. Vergi ve Sigorta.

Vergiye dayalı sistemlerde kendi içinde ikiye ayrılıyor: Merkezi ve Merkezi+ Yerel yönetimlerin bütçeden sağlık açısından kaynak ayırmaları. Vergiye dayalı ve merkezi bütçeden kaynak ayıran ülkelerin tipik örneği İngiltere iken merkezi bütçe destekli yerel yönetim bütçesinden kaynak ayıran ülke örneği İsveç'tir.

Sigorta sistemi genellikle kamusal nitelikli olup Almanya, Fransa ilk akla gelen ülkelerdir. Bunun yanında özel sigortanın temel finansman kaynağı olduğu tek ülke ABD'dir.

Finansman açısından cepten yapılan ödemelerde önemlidir. Cepten ödemeler katkı-katılım payları devreye girmektedir. Genellikle sigortaya dayalı ülkelerde daha yaygındır.

Sağlık emek gücü

Birinci basamak sağlık hizmetlerinden sağlık emek gücünün istihdamı açısından iki model vardır.

Birincisi hekim merkezli model olup bağımsız olarak özel muayenehanesinde çalışan ve yanında istediği sayı ve nitelikte personel çalıştıran hekimler tarafından hizmet üretilir. Bu model sigortaya özgüdür. Bununla birlikte İngiltere ve İtalya gibi az sayıda vergiye

dayalı finansman sistemi olan ülkelerde de kullanılmaktadır. İkinci modelde hem kamu hizmeti olması hem de ekip çalışması ön planda olması ile ilk modelden ayrılır. Kamu sağlık kurumlarında maaş karşılığında kamu emekçileri olarak çalışan hekimler ve sağlık çalışanları tarafından hizmet üretilir.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimler açısından da ülkelere göre farklılık söz konusudur. Daha çok benimsenen birinci basamağa özgün eğitim alan hekimlerin (genel pratisyenler ve aile hekimleri) istihdam edildiği modeldir. İngiltere, İtalya, Hollanda, Finlandiya, İsveç, Norveç, İzlanda ve Yunanistan bu modele örnek verilebilir. Bununla birlikte az sayıda ülkede (Almanya, ABD) her türlü uzmanın birinci basamakta çalıştığını görüyoruz. Ülkemizde genel olarak birinci basamağa özgü hekimlerin çalışması benimsenmekle birlikte aile hekimliği sistemi ile birlikte kısa süreli aile hekimliği uyum eğitimi alan tüm uzmanlar çalışabilir hale gelmiştir.

Hekim istihdamı hem kamu hem özel olabilen örnekler vardır. Tek başına ya da grup halinde hizmet sunma olanakları da tanıyan modeller bulunmaktadır. Tek veya grup anlayışı daha çok sigorta sisteminin ve özelde istihdamın yaygın olduğu ülkelerde karşımız çıkar. Bugün giderek daha fazla sayıda özel hekim bir araya gelerek oluşturdukları özel kliniklerde işi ve olanakları paylaşmakta ve bu uygulama grup pratiği olarak adlandırılmaktadır. Aile Sağlığı Merkezleri grup pratiği modeline örnektir.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde hekim çok disiplinli birinci basamak ekibinin pek çok üyesinden sadece biridir. Bu ekipte, ebe, hemşire, çevre sağlığı teknisyeni, tıbbi sekreter, sosyal hizmet uzmanı, psikolog, diş hekimi, eczacı ve fizyoterapist gibi diğer

sağlık çalışanları da yer alır. Birinci basamak ekibine farklı sağlık profesyonellerinin katılımı, sosyal, psikolojik ve tıbbi bilgi ve becerilerinin ortak kullanımını, bunun sonucunda da hastalara yönelik hizmet çerçevesinin genişletilmesini, sorunların kapsayıcı bir bakış ile değerlendirilmesini, hastane sevklerinin azalmasını, bakımın kesintisizliğini, entegre hizmet sunumunu ve hizmet tekrarlarının önlenmesini sağlar.

Bir özgün birinci basamak sağlık çalışanı da toplum sağlık çalışanı (işçisi) dir. Daha çok sağlık emekçisi sayısının yetersiz olduğu ülkelerde kısa süreli eğitim ile en yaygın görülen hastalıklara tanı koyabilen ve tedavi verebilen, küçük girişimlere ait becerisi olan, koruyucu hizmetleri ve sağlık eğitimini yapan sağlık çalışanlarıdır. Bu model daha çok kalkınma amaçlı olarak kullanılmıştır. Sağlık hizmetine erişimi artırmıştır. Çıplak ayaklı doktorlarda olduğu gibi toplum sağlık işçilerine toplumsal dönüşüme aracılık etme misyonu da sıklıkla yüklenmiştir.



Önemli bir tartışma da birinci basamak hekiminin eğitimidir. Birinci basamak hekiminin eğitimi birinci basamağın başarısında kritik önem taşır. Bu eğitimi ciddiye alan ülkelerde başarı daha yüksektir. Çünkü birinci basamak hizmetleri, toplum sağlığı ile ilgili özel bir sorumluluk taşıyan, toplumun gereksinimlerine yönelik hizmet sunan, klinik kararlarını hastanın içinde yaşadığı toplum ve çevre ile ilgili bilgileri kullanarak veren, hastalık yönelimli değil, bütüncül ve sağlığa odaklı bir bakış açısına sahip olan bir hekim tipi gerektirir. Bu nedenle birinci basamak hekimlerinin eğitimi, birinci basamağa uygun içerikte planlanması ve birinci basamakta gerçekleşmesi genel olarak kabul görmektedir. Üçüncü basamak hastanelerinde gerçekleşen mezuniyet öncesi ve sonrası tıp eğitiminde ise öğrenciler genellikle toplumda çok az rastlanan ve çok farklılaşmış bir aşamada olan hastalıklarla karşılaşılması nedeniyle hekimin tutumunun buna özgü şekilleneceği ve bu hekimlerin kişileri sosyal ve fiziksel çevreleriyle birlikte değerlendirebilme becerisinin eksik olacağı belirtilmektedir.

Sağlık emekçisinin ücretlendirilmesi: Değişik modeller uygulanmaktadır. Daha çok kamu hizmeti şeklinde üretilen ve finansmanı bütçeden karşılanan ülkelerde maaş en klasik ödeme şeklidir. Bu ülkelerin bir kısmında sabit ücrete pozitif performans olarak tanımlayabileceğimiz, hizmetin niteliğini de artırma hedefli ek ödeme yapılabilmektedir. Sigortaya dayalı ülkelerde kişi başına ya da hizmet başına ödeme uygulamaları yapılabilmektedir. Bununla birlikte sosyo-ekonomik gelişmişlik düzeyine göre ücret farklılıkları her iki finansman modelinde de karşımıza çıkmaktadır. İngiltere’de genel pratisyenleri fon yönetici olarak kabul eden bir sisteme geçilmiştir. Sigorta sisteminin yaygınlaşması ile performans dayalı ödeme ön plana çıkmıştır. Performans ülkemizde

olduğu gibi negatif performans şeklinde de olabilir. Hekimlerin belirlenen hizmet hedeflerine ulaşmasını zorunlu kılar, ulaşılmayan durumlarda ücretlerde kesinti yapılır.

Yapısal özelliklerin sağlıkta eşitlik açısından ele aldığımızda aşağıdaki karşılaştırmayı yapmak mümkündür. Eğer biz önümüze bir değerler sistematigi koyacak ise eşitlik bunların başında gelir.

<i>Birinci basamak yapısal özellikler</i>	Eşitlikçi	Eşitlikçi değil
Alt yapı-insan gücü kaynakları	Toplumsal gereksinim	Talep
Finansman	Progresif vergi	Sigorta, Cepten ödemeler
Sağlık emek gücü	Kamuda istihdam Çok disiplinli ekip Birinci basamak merkezli eğitim	Özelde istihdam Hekim merkezli Hastane merkezli eğitim

BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNİN İŞLEVSEL ÖZELLİKLERİ

Birinci basamağın bireylerin sağlık sistemine ilk giriş aşaması olması ilk başvuru, az rastlanan ve alışılmadık durumlar dışında herkese koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri sunması kapsayıcılık, hasta ile uzun erimli bir ilişki içinde bulunması süreklilik, sistemin diğer aşamaları ile arasında bilgi aktarımı gerçekleşmesi ise eşgüdüm özelliği olarak bilinir.

İlk Başvuru yeri

İlk başvuru özelliği birinci basamağın bireylerin bir sağlık sorunu nedeniyle ortaya çıkan her bir yeni bakım (hizmet) gereksiniminde sağlık sistemi ile ilk karşılaştıkları aşama olmasını tanımlar. Bireylerin karşılaştıkları her yeni sağlık sorunu ile ilgili ilk kararı veren,

gerektiğinde hastasını sevk eden, ama sevki takip eden, izlemi de gerçekleştiren kurum ya da hekimlerdir. İlk başvuru yeri daha çok tedavi edici hizmete göre düşünülen bir özelliktir. Zaten bu özellikle birlikte sıklıkla yer verilen sevk zinciri ve kapı tutuculuk (gatekeeping) kavramlarıdır. Basamaklanmış sağlık anlayışına önem veren ülkelerin çoğunluğunda hastanelere, uzmanlık hizmetlerine erişim ancak bir birinci basamak hekiminin sevki ile mümkündür. Genel pratisyenlerin (aile hekimlerinin), hastaların sağlık sisteminin diğer aşamalarını kullanımını kontrol etmesi “kapı tutuculuk (gatekeeping)” olarak adlandırılmaktadır. Hastaların ilk başvuru aşamasında bir uzmana gitmesinin engellenmediği, uzmanlık hizmetlerine erişimin kontrol edilmediği uygulamaya ise “açık sistem” adı verilmektedir. “Açık” kavramı olumlu çağrışımlar içermesine karşın, herkesin dilediği her yere gidebildiği, kuralsız bir sistemi tanımlamaktadır.

Kapı tutuculuğun avantajları olarak şunlara yer verilmektedir:

- ✓ Hizmetlerin eşgüdüm içinde sunulması sağlamak
- ✓ Gereksiz girişimleri, uzmanlık hizmetlerinin aşırı kullanımını azaltmak
- ✓ Hastanede yatış süresini ve ilaç kullanımını azaltmak
- ✓ Hizmetlerin toplumun bir bölümü tarafından aşırı düzeyde kullanılmasını önleyerek eşitsizlikleri önlemek

Yukarıda sıralanan avantajların tümü sağlık finansmanı, sağlık harcamaları ile ilgilidir. Birinci basamağın asıl varlık nedeni olan sağlığı koruyucu ve geliştirici hizmetleri, toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesi ve sağlıkta eşitsizliklerin yok edilmesi gibi toplumsal hedefleri ıskalayan sağlık ekonomisi merkezli yaklaşımlardır. Ne-

oliberal sağlık reformları ile birlikte daha sık duyduğumuz kavramlardan birisi olmuştur. Özellikle Doğu Avrupa olmak üzere tüm Avrupa'da özel çalışan genel pratisyenlerin listelerindeki hastaların sevklerini kontrol ettikleri bir kapı tutuculuk uygulaması eğilimi görülmektedir. (Bizim için ilk başvuru topluma buluşma olarak anlaşılması, kazanımların ortaya konması açısından daha anlamlı olacaktır.)

Tanım burada da durmaz, sağlık yönetimi üzerinden örgütlenme şeklinin tartışılmasını bile hekim merkezli ve tedavi merkezli bir anlayışı dahil eder. Ve sıklıkla şöyle devam eder: Kapı tutuculuk temel olarak iki farklı şekilde uygulanır.

- ✓ **Bölge esaslı nüfus (coğrafi bütünlük):** Kamu sağlık kurumlarında çalışan genel pratisyenlerin coğrafi olarak tanımlanmış bir nüfusa hizmet üretmesidir. Sağlık Ocağı perspektifi ile uyumlu.
- ✓ **Liste esaslı nüfus:** Kamu ya da Özel olarak çalışan hekimlerin kendilerine belli bir dönem için kayıtlı olan hastalardan oluşan bir hasta listesine hizmet vermesidir. Aile Hekimliği perspektifi ile uyumlu.

Liste esaslı nüfus hizmette kapı tutuculuk rolü daha fazla öne çıkmaktadır. Listelerine daha fazla hasta kaydetmek için birbirleriyle rekabet halinde olan genel pratisyenler hasta taleplerinin baskısı altında kalmakta, hasta memnuniyetine dayalı sağlık sistemlerinde kapı tutucu rollerini gerçekleştirememektedir. Kapı tutuculuk ancak birinci basamak sağlık hizmetleri yeterince güçlü ve sağlık sistemi birinci basamak yönelimli olan ülkelerde uygulanabilir. İsveç örneği çok çarpıcıdır. Kapı tutuculuk zorunlu değildir, ama hastalar ilk başvuruda birinci basamak hekimlerine gitmeyi ve bu

hekimler tarafından sevk edilmeyi tercih etmektedir. Bu tercihin nedeni birinci basamakta hizmet kapsamının geniş olmasına ve genel pratisyenlerin toplumdaki statüsüne bağlanmaktadır. Bu iki koşul sağlanmadığı takdirde hastalar acil servislere gitmeyi ya da para ödeyerek uzmana doğrudan ulaşmayı tercih etmektedir. Ve kapı tutuculuğa göre bizlere matrisler sunulur.

Kapıtutuculuk: Hasta listeleri

Hasta listeleri		
	Var	Yok
Kapıtutuculuk Var	İngiltere, Danimarka, İtalya, Portekiz, İspanya, Hollanda, İrlanda, Finlandiya (kamu)	İzlanda, Norveç
Kapıtutuculuk Yok	-	Yunanistan, Belçika, Fransa, Almanya, İsviçre, Türkiye, Çek Cum., Macaristan, Finlandiya (özel), İsveç*.

*Bir uzmana doğrudan başvuru serbest, ama sevk tercih edilir.

İngiltere ve Yunanistan sıklıkla yanlış anlaşılır. İngiltere bölge esaslı diye bilinir, bununla birlikte bölge esaslı çalışan halk sağlığı hemşiresi vardır, oysa genel pratisyene bağlı nüfus liste esaslıdır. Yunanistan kamucu sistem olarak birinci basamak şekillendirilmiştir Hekim bölge esaslı çalışır, tanımlanmış bölgeye hizmet üretir, kamu ile sözleşme yapan özel hekimlerdir. Kapı tutuculukta söz konusu değildir. Vatandaş istediği kuruma başvurabilir, sevk açısından açık sistemdir. İsveç'te şaşırtan bir şekilde kamucu sistem, bölge esaslı, kapsayıcılığı ve sağlık emek gücü oldukça geniş birinci basamağa sahiptir. Aksine BBSH kapı tutuculuk rolü veril-

memiştir. Bununla birlikte defacto olarak vatandaş BBSH çok benimsemiş, onu yönlendirmesi olmadan hastaneler gitmeme eğilimindedir. Toplum yönelimli olma siyaseten vatandaş tarafından benimsenmiştir. Burada İsveç siyasal yapılanmasındaki otonominin, yerel yönetim anlayışının güçlü olmasının belirleyici olduğunu özellikle vurgulamalıyız.

Kapsayıcılık

BBSH hangi hizmetleri üretir, verir olarak anlaşılmalıdır. Hizmet kapsamı ile ilgili temel ilke, birinci basamağın hangi tipte olursa olsun toplumda sık görülen tüm sağlık sorunlarını tanımlayabilecek ve müdahale edebilecek düzeyde olmasıdır. Bu nedenle kapsayıcılık değerlendirilirken personelin eğitiminin, sayısının, kurumun olanaklarının, donanımının ve destek hizmetlerinin bu sorunları tanımlayabilme ve müdahale edebilme açısından yeterliliği sorgulanır. Bağışıklama, sağlık eğitimi ve tarama gibi etkinliklerin uygulanma düzeyi de kapsayıcılığı yansıtır. Kapsayıcılığın değerlendirmesinde kullanılan bir diğer ölçüt olan sevk oranının yüksek olması ise kapsayıcılığın yetersiz kaldığını gösterir.

Kapsamlı hizmetin anlaşılmasında bütüncül yaklaşım bizlere yardımcı olacaktır. Bilindiği gibi sağlık hizmetleri dört başlıkta ele alınır: Sağlığı geliştirici, koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetler.

Kapsayıcılığı ele alırken koruyucu hizmetleri bireysel koruyucuya indirgmeden toplumsal ve çevreye yönelik koruyucu hizmetleri de içeren şekilde ele almalıyız. Bu geniş yelpazenin tümü için hizmet üretebilen bir birinci basamak kapsamlı hizmet verebiliyordur. Bu da doğası gereği geniş bir ekip, donanım, ciddi kamusal destek ve toplumun benimsemesi ile birlikte düşünülmelidir.

Kapsayıcılık açısından kritik olan toplumu tanıma, toplumun gereksinimlerini değerlendirme ve geliştirme yönlü müdahalede bulunmadır. Özü olarak sistemi belirleyen özelliştir. BBSH bu rol verilip verilmemesi önemlidir.

Ev ziyaretleri, saha incelemeleri, çevreye yönelik koruyucu hizmet bu hedefe ulaşma için zorunludur. Görüldüğü gibi kapsam daha da genişleyip tedavi edici hizmetin oldukça dışına taşar hale gelmektedir.

Hizmet yelpazesi (kapsayıcılık)

	Toplumu tanıma, gereksinim değerlendirme, sorunlara müdahale
	Hastalık tanı ve tedavisi <ul style="list-style-type: none">• Ayaktan hasta bakımı, Kronik hasta yönetimi, Evde bakım, Acil müdahale,• Küçük cerrahi girişim, Gözlem
	Koruyucu hizmetler Çevre-Toplumsal, Kişisel
	Ev ziyaretleri
	Sağlık eğitimi

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde bu geniş yelpazeyi içeren ülke örneği çok değildir. Daha çok sosyalist ülke modellerinde ve uzun süreli sol-sosyalist-sosyal demokrat iktidarlar tarafından yönetilen ülkelerde bu yaklaşım hâkimdir. Ya da birinci basamak kurumlar kendi içinde parçalanarak bu hizmet yelpazesini farklı kurumlarda yerine getirmektedir. Ülkemizdeki Sağlık Ocağı modeli tümünü içerir. Sağlık Ocağı modelindeki hizmet yelpazesindeki genişlik birçok ülkeden daha fazladır. Bunun altında sunumun erken kısmında belirttiğimiz sistemin Sovyetler Birliği, İngiltere ve

İsveç'in karması olarak şekillendiğini özellikle not etmeliyiz. Aile Hekimliği hizmet yelpazesi daraltılmış, hizmetlerin iki ayrı kuruma dağıtılmıştır. Çevreye yönelik sağlık hizmetlerinin önemli bir kısmı diğer kamu kurumlarına kaydırılmıştır. Aile hekimleri çevreye yönelik ve toplumsal koruyucu hizmetlerin dışında tutulmuş, toplumu tanıma, sorunlarını saptama ve müdahale etme işlevi verilmemiştir. Yine sağlık eğitimi sadece bireysel sağlık eğitimi ile sınırlı tutulmuş, toplumun sağlık eğitimi dışarıda tutulmuştur. Eski adı ile alan çalışmaları dediğimiz bireysel koruyucu hizmetler talebe dayalı polikliniğe daraltılmış hale getirilmiştir.

Dünya örneklerinde de çevreye yönelik koruyucu, toplumsal koruyucu hizmetlerin bir bölümünün belediyelere devredildiğine sıklıkla rastlanmaktadır.

Süreklilik

Süreklilik, hasta ve birinci basamak kurumu arasındaki herhangi bir sağlık sorununun varlığından bağımsız, **uzun erimli ilişkidir.**

Toplum ve hizmet veren açısından ele alınmaktadır.

Toplum açısından **düzenli bir birinci basamak sağlık hizmeti kaynağının varlığını ve bunun kullanımını kapsar. Birinci basamak hizmet veren kurum** açısından ise hizmet verdiği toplumu tanıma, bu toplumun gereksinimlerini bilme ve gereksinimlerin karşılanmadığını izleme düzeyini yansıtır.

Süreklilik için iki önemli nokta: Birinci basamak kurumlarının coğrafik olarak tanımlanmış bir nüfusa hizmet vermesi ve bu kişilere ait bilgileri içeren kayıtlara sahip olmasıdır. Bu iki öge hem genel pratisyenlerin halk sağlığı görevlerini yerine getirmeleri hem de sağlık hizmetlerinin planlanmasına yol gösteren ve

rilerin elde edilebilmesi açısından çok önemlidir. Coğrafi olarak tanımlanmış bölgeler temelinde örgütlenmeyen birinci basamak, hekimlerinin sadece kendilerine kayıtlı olan hastalara hizmet verdikleri uygulama yukarıda da tanımlandığı gibi liste sistemi olarak adlandırılmaktadır. Liste sistemi, birinci basamak ekibinin toplumu tanınmasına olanak sağlamamaktadır. Üstelik tüketici ilişkileri mantığı ile işleyen bu sistemde hastalar bir hekimin listesinden çıkıp diğerine geçebilir ve bir sonraki dönem tekrar hekim değiştirebilir. Bu durumda hekimler hastalarını tanımak için çaba gösterebilirler bile hasta listelerindeki değişkenlik nedeniyle sürekliliği sağlamaya yönelik çabalarının bir sonuca ulaşması güçtür.

Eşgüdüm

Birinci basamak ile sistemin diğer aşamaları arasında bilgi aktarımının gerçekleşmesini tanımlar. Eşgüdüm sağlanabilmesi için üç temel koşul:

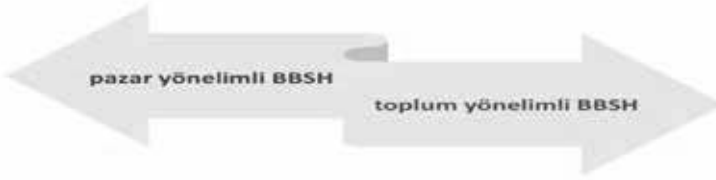
- ✓ Birinci koşul kapı tutuculuk
- ✓ Birinci basamağın yanı sıra ikinci ve üçüncü basamakta da hastalarla ilgili tüm bilgilerin kaydedilmesi ve
- ✓ Bu bilgilerin birinci basamağa aktarılmasının zorunlu olmasıdır.

Diğer kamu kurumları ile eşgüdüm içinde olma özellikle önemlidir. Bu kurumların başında Gıda-Tarım, Çevre, Eğitim, DSİ gelmektedir.

Birinci basamak hizmetlerde başarının düşük olduğu işlevsel özelliktir. Diğer birinci basamak özellikleri açısından oldukça başarılı olan ülkelerde bile eşgüdümün yetersiz kaldığı bildirilmiştir. Toplumsal ve siyasal örgütlenmenin bununla uyumlu olmadığı durumlarda gerçekleşmesi oldukça zor olduğu söylenebilir.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin işlevsel özellikleri de eşitlik açısından aşağıdaki tabloda özetlenmiştir.

Birinci basamak işlevsel özellikler	Eşitlikçi	Eşitlikçi değil
İlk başvuru	Kapı tutuculuk-Sevk zinciri	Açık sistem
Kapsayıcılık	Bütüncül	Tedavi edici ve bireysel koruyucu
Süreklilik	Bölge tabanlı Kayıtlar entegre	Liste tabanlı Kayıtlar ayrı
Eşgüdüm	Kapı-tutuculuk Kayıtlar entegre	Kayıtlar ayrı



TOPLUM YÖNELİMLİ OLMA

BBSH'in yapısal ve işlevsel özelliklere bütünlüklü bakmak önemli. Bu özellikler birbiriyle bağlantılı olup değişik kombinasyonlara izin vermez. Nihai amaca göre şekillenir. Bunlar iki zıt amaçtır:

- ✓ Toplum yönelimli birinci basamak sağlık hizmetleri
- ✓ Pazar yönelimli birinci basamak sağlık hizmetleri

Yapısal ve işlevsel özelliklerin tam anlamıyla karşılanmış olması toplum yönelimli olma amacını da karşılar. Toplum yönelimli sağlık hizmetleri aynı zamanda sağlık eşitsizlikleri giderme rolü de görür. Toplum yönelimli olma tartışması ikinci dünya savaşı sonrası

dünya geneline hakim olan sol-sosyalist-sosyal demokrat eğilimdir. Sağlık hizmetlerinde de karşılığını bulmuştur.

Pazar yönelimli olma sıklıkla geleneksel birinci basamak sağlık hizmetleri olarak adlandırılır. Bununla birlikte geleneksel sözcüğünün tarihsel olarak daha geride olanı tanımlaması nedeniyle yanlış çağrışımlara neden olabilir. Neoliberal sağlık reformlarının yaşandığı 21. yüzyılda bu hizmetlerin pazar yönelimli birinci basamak sağlık hizmetleri olarak tanımlanması daha doğru olacaktır.

Geleneksel (Pazar) yönelimli BBSH	Toplum yönelimli BBSH
Başvuruya dayalı	Toplum tanıma
	Sosyal, çevresel faktörler
	Hizmet gereksinimi olanların saptanması ve kaynakların buralara yansıtılması
Kamu-Özel	Kamu
Sigorta	Vergi
	Eşitsizlikleri azaltıcı

Sadece hizmet almak için gelen hastalarla karşılaşan hekimlerin bakış açısı ile sınırlı olan geleneksel birinci basamakta, sağlık sorunlarının toplumdaki dağılımı dikkate alınmaz, çünkü hekim bu sorunların büyük bölümünü göremez, görse bile kendisine başvurular toplumdaki sıklığı yansıtmaz. Geleneksel klinik yönelimli birinci basamak hekimleri çevresel, sosyal ve davranışsal faktörlerin hastalık nedenselliğindeki ve ilerlemesindeki önemini kavramada zorluk yaşarlar, çünkü hastaların yaşadıkları ve çalıştıkları ortam hakkında genellikle bilgi sahibi değildirler. Bunlara ek olarak geleneksel birinci basamakta sağlık hizmetlerinin etkisinin izlenme-

si kolay değildir, çünkü izlem veya geribildirim hastalarla iletişimi, hastaların hekimlerini tekrar ziyaret etmelerini gerektirir. Toplum yönelimli birinci basamağa bakıldığında ise, hizmetlere en çok gereksinim duyan bölgelerin ve bireylerin saptanmasını ve kaynakların bu gereksinimlere göre yönlendirilmesini temel alan, dolayısıyla da eşitsizlikleri azaltmayı hedefleyen bir yapı ile karşılaşmaktadır.

Toplum yönelimli BBSH için Üç koşul:

1. Erişilebilir, kapsamlı, koordine ve sürekli hizmet
2. Sağlığı konusunda sorumluluk üstlenilmiş olan ve tanımlanmış bir toplum varlığı
 - ✓ Aynı coğrafik bölgede yaşayan ya da aynı işyeri, okul vb bir kurum içinde bir araya gelen veya aynı sağlık örgütlenmesi kapsamında yer alan bireyler
 - ✓ Belli bir kuruma ya da muayenehaneye başvuran “aktif” hastalardan oluşan gruplar değil
3. Toplumu ve sağlık sorunlarını tanımlama, hizmetleri bu bilgiler temelinde planlama ve izleme

Bu üç koşulla birlikte hekimlerin tüm toplumun gereksinimlerini karşılama sorumluluğu duyacak şekilde yetiştirilmesi bir ilke olarak benimsenmiştir.

DÖNÜŞÜM ÖNCESİ ÜLKE ÖRNEKLERİ

Dünya'daki birinci basamak sağlık sisteminin örgütlenmesi anlayışı açısından dikkat çeken ülke örneklerine kısaca yer vereceğim.

SOVYETLER BİRLİĞİ ÖRNEĞİ

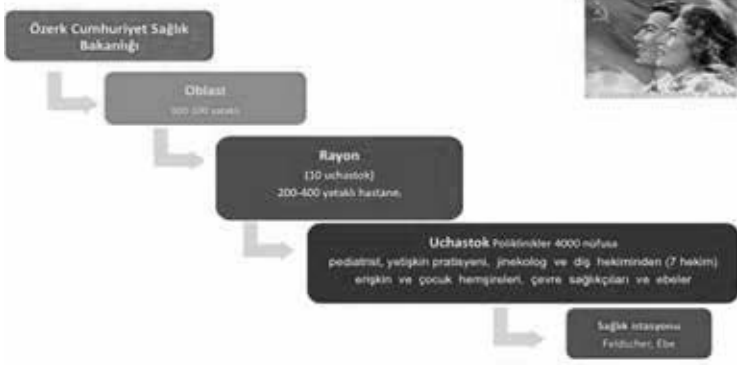
Sosyalist Rusya'nın sloganı: "Sağlık Herkesedir"

İlk sosyalist sağlık sistemini inşa eden Semeshko'dur. Semeshko sistemin özelliklerini şu şekilde ifade etmektedir:

"Sağlık hizmetlerinin ulusallaşması -kamusallaşması sadece tüm özel hastanelerin, hekim muayenehanelerinin kapanması ve özel uygulamaların olmaması anlamına gelmemelidir. Bunların yanında, sağlık hizmetlerinin parasız olması, sağlık emekçilerinin nitelikli olması ve eşit dağılımda istihdam edilmesi, koruyucu sağlık hizmetlerin öncelenmesi ve ulaşılabilir olması gerekir. Bu özellikler, komünist sağlığın en temel özellikleridir"

Dünyada ilk kez nüfus ve coğrafi esaslı örgütlenen, basamaklı, koruyucu sağlık hizmetlerini esas alan sağlık örgütlenmesidir. En uçtan başlar, basamaklanmış sağlık hizmeti şu sıralamayı izler: Sağlık istasyonları, Uçastok, Rayon, Oblast, Özerk Cumhuriyet Sağlık Bakanlığı. Sistem yirminci yüzyılın başlarında, 1917 devrimini takiben yaşama geçirilmiştir. Sağlık istasyonlarının ve Uçastokların birinci basamak sağlık hizmetlerini ürettiğini söyleyebiliriz. Sağlık istasyonu bizim sağlık evlerine benzer. Ebeler ve Feldscher bu birimde çalışır. Feldscher'ler toplum sağlık işçisinin ilk örneklerindedir. Kısa süreli bir eğitimler toplumun öne çıkan sağlık

sorunlarına tanı koyan ve tedavi eden (ilaç yazan, küçük cerrahi girişimleri yapabilen) ve koruyucu hizmetleri üreten sağlık emekçileridir. Sağlık toplumsallaşması ve sağlık bilgisinin toplumsallaşmasına ciddi katkılar sağlamıştır. Yaklaşık dört bin nüfusa hizmet üreten Uçastok'larda ise daha geniş bir sağlık ekibi vardır: Hekim sayısı fazladır. Pediatrist, yetişkin pratisyeni, jinekolog ve diğ. hekiminden oluşan 7 hekim. Erişkin ve çocuk hemşireleri, çevre sağlıkçıları ve ebeler. Özellikle birinci basamak hekimlerinin branşlaşması dikkat çekicidir. Uçastoklar aynı zamanda bulaşıcı hastalıkların kontrolünde hizmet üreten Epidemiyoloji Birimi ve İşçi Sağlığı hizmeti üreten ayrı birimleri de içerir.



İNGİLTERE ÖRNEĞİ

Kapitalist ülkeler açısından dikkat çeken bir sağlık örgütlenmesidir ve Ulusal Sağlık Sistemi olarak bilinir. İkinci dünya savaşı sonrası İşçi Partisi tarafından yaşama geçirilmiştir. Temel özellikleri şu şekilde özetlenebilir.

Bölge esaslı

- ✓ Siyasal bölünmeye göre değil (toplumun sağlık gereksinimine göre bölgeler tesis edilmiştir. Siyasi idare ile birebir uyusmak zorunda değildir. Farklı ilçelere sahip mahalle ve köyleri içerebilir. Sağlık Ocağı bölge kavramı da bu şekilde idi. 1990'larla birlikte siyasi yapılanmaya döndürüldü. Sağlık Ocağı'nın amiri kaymakam olmaya başladı. Öncesinde sağlık ocağı hekimi doğrudan sağlık müdürlüğüne bağlı idi.
- ✓ Nüfus yapısı ve özelliklerine göre her 250,000 kişiyi içeren bölgede 10 sağlık ocağı yer alır.

Sağlık ocağı koruyucu hizmete odaklı

Çok disiplinli ekip

Hekimler (Genel Pratisyen)

- ✓ Sağlık ocağı yapılanmasına uymak zorunda değil
- ✓ Sağlık ocağının içinde aile hekimleri kiracı
- ✓ Nüfus: 2,500 kişi
- ✓ Hekim seçme, bölge esaslı
- ✓ Bir yıllık
- ✓ Sağlık hizmetinden 24 saat sorumlu

Bölge nüfusu hesaplanması gereksinime göredir. Yaşayan insan sayısından çok var olan bedensel ve akılsal sakatlık ile gelişmesi beklenen hastalanma, hastaneye yatış ve ameliyat olma hızları gereksinim hesaplanmasında dikkate alınır.

Hizmetin türü ve kapsamı: Toplumun öngörülen sağlık sorunları ve gereksinimler

Toplum Sağlık Kurulları (Community Health Councils) vardır. Fakat işlevsizleştirilmiştir.

İngiltere mevcut modeli ile birçok ülkeye örnek olmuştur. Sistemin eşitsizlikleri giderici progressif vergi anlayışına göre finanse edildiği ve ücretsiz olduğu not edilmelidir.

İSVEÇ ÖRNEĞİ

Ulusal sağlık sistemine örnek ülkelerdendir. Özgünlüğü finansmanın yerel yönetimlerin ağırlıklı olması ve toplum katılımının yükseklidir. Otonom sağlık sistemleri olarak da sıklıkla dile getiriliyor. Toplum katılımı siyasi yapılanma ile birebir uyumludur. Her düzeyde toplum katılımına izin veren meclisler konseyler vardır.

Ulusal düzey	<ul style="list-style-type: none"> • Ulusal Sosyal Sigorta Kurulu • İl Yönetimleri (Eyalet Meclisleri) Federasyonu • İsveç Yerel İdareler Birliği
Bölgesel düzey – İl yönetimleri (Eyalet meclisleri)	<ul style="list-style-type: none"> • 18 il ve 3 büyük belediye ile toplam 21 adet yönetim bölgesi • 275-500 bin nüfus • Progressif vergi belirleme • Tüm sağlık hizmetlerinden sorumlu (hastaneler, birinci basamak hizmetleri, özel kuruluşlar) • 1100 sağlık merkezi (300'ü özel) • Hekim, hemşire, ebe, fizyoterapist ve jinekolog
Yerel düzey - Belediyeler	<ul style="list-style-type: none"> • 290 belediye • 3 bin-760 bin nüfus • Çevre sağlığı • Okul sağlığı • Çocuk – yaşlı - engelli ve psikiyatrik hastaların bakımı • Evde bakım hizmetleri, ev hemşireliği

Birinci basamak sağlık hizmetleri sağlık merkezlerinde ve belediye-ye bağlı birimlerde yürütülmektedir.

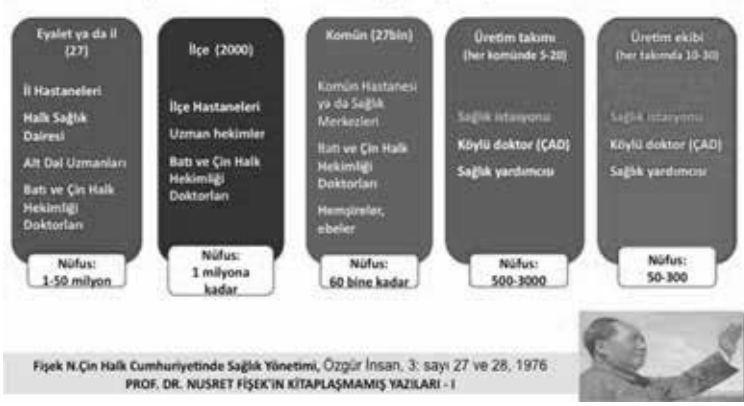
ALMANYA ÖRNEĞİ

Sağlık hizmetlerinin finansmanının sigorta sistemi ile karşılanması ile Aile Hekimliği sistemi bilinir.

- ✓ Birinci basamak sağlık hizmetleri aile hekimleri tarafından yürütülür
- ✓ Aile hekimliği uzmanlığı (1980'de başlıyor, 1994 sonrası zorunlu)
- ✓ Uzmanlarda aile hekimi olabiliyor
- ✓ Sevk zinciri var
- ✓ Acil olgulara bakma zorunluluğu

ÇİN HALK CUMHURİYETİ ÖRNEĞİ

Kırsal bölgedeki sağlık örgütlenmesi ile öncülük etmiştir. Sağlık hizmeti üretim birimi örgütlenmesi olan komünler esaslı örgütlenmiştir. Komünlerin en küçük parçası olan üretim takımı (her komün 5-0 takımdan oluşuyor, nüfus: 500-300 kişi) ve üretim ekibinde (her üretim takımında 10-30 üretim ekibi var, nüfus: 50-300 kişi) sağlık hizmeti üreten Çıplak Ayaklı Doktorlar ile öne çıkmıştır.



1973 yılında Dünya Sağlık Örgütü Genel Kurulunda, teknik tartışmalara katılan bir çıplak ayaklı doctor (köylü doktor) Meng Ching-yu, görevlerini şu şekilde özetlemiştir:

- (1) En çok görülen otuz hastalığın tedavisi
- (2) İlk yardım ve küçük cerrahi
- (3) Doğuma yardım
- (4) *Hekimin önerisine uygun olarak kronik hastaların evde tedavisi*
- (5) Aşılama hizmetlerini yürütmek
- (6) Çevre sağlığı hizmetlerini yürütmeleri için halkı eğitmek ve bu hizmetleri denetlemek
- (7) Otlardan halk hekimliği ilaçları hazırlamak
- (8) Akupunktur
- (9) Halka kişisel hijyen kurallarını öğretmek

- (10) Aile planlaması eğitimi ve uygulamaları yapmak
- (11) Ana-çocuk sağlığı hizmetlerini yürütmek
- (12) Hekim ve hastane tedavisini gerektiren olguları seçerek, sağlık merkezi ve hastanelere göndermek

Çıplak ayaklı doktorların (barefoot doctors) Çin'de sağlık bilgisini amatörleştirmesine, toplumsallaşmasına katkısı büyük olmuştur.

KÜBA ÖRNEĞİ

Sağlık hizmetleri açısından dünyanın en seçkin ülkesidir. Toplum katılımını öne çıkaran siyasal anlayış sağlık hizmetlerine de yansımıştır.

Ulusal düzey (Ulusal meclis, Ulusal halk sağlığı komisyonu)

Eyalet düzeyi (Eyalet meclisi, Eyalet halk sağlığı komisyonu)

Belediye düzeyi (Belediye meclisi, Belediye halk sağlığı komisyonu)



Sağlık örgütlenmesi aşağıda özetlenmiştir:

Aile hekimliği sisteminin toplumun içine gömülü olduğu sistemdir. Aile hekimleri 1970'ler kurulmaya başlayan Toplum Poliklinikleri'ne bağlı çalışır. Toplumun sağlık sorunlarına yönelik sağlık sisteminin en işlevsel aktörü Toplum Sağlığı Poliklinikleri olmuştur. Zaman içinde bu polikliniklerin hizmetleri aile hekimliği ve aile hemşireliğinin ile daha da özgünleşmiştir.

Küba sağlık sisteminin belkemiği toplum temelli Toplum Poliklinikleridir. Her 25-30 bin nüfusa (60 bine kadar çıkan örnekleri var) hizmet üretir, sayısı 500'e yakındır. Toplum Polikliniklerinde 7 gün 24 saat hizmet vardır. Güncel de her bir polikliniğe bağlı 20-40 mahalle tabanlı aile hekimi ve aile hemşiresi ofisi bağlıdır. Bu poliklinikler araştırma ve tıp, hemşirelik ve diğer sağlık bilimleri öğrencilerinin eğitimi için akreditedir. Klinik hizmetler yanında sağlık sisteminin önleme ve toplumun sağlık analizi yapma yeteneklerinin geliştirilmesi önemlidir. Poliklinik personelinin çok disiplinli ve çok çeşitli profesyoneller içeriyor. Hizmet yelpazesi oldukça geniştir: Rehabilitasyon, radyografi, ultrasonografi, endoskopi, tromboliz, acil servisler, travmatoloji, klinik laboratuvar, aile planlaması, acil diş hekimliği, aşılama, dermatoloji, kardiyo-loji, aile ve tıp, çocuk psikiyatrisi ve doğum ve jinekoloji gibi 22 hizmet sunuluyor.

Aile hekimleri ise kendine bağlı 150 aileye koruyucu hizmetleri sunmakla görevli. Tedavi edici rolleri sınırlı. Bu açıdan hizmetin önemli bir kısmı sahada geçiyor. Günün yarısı kişilerle yaşam alanlarında buluşuluyor. Sağlık, sosyal gerçekliği ile birlikte ele alınıyor. Zaten aile hekimleri ve aile hemşireleri hizmet ürettikleri bölgede kalıyorlar. Bu açıdan da toplumu tanıma yetenekleri ol-

dukça güçlü. Sağlık emekçileri toplumdaki izole, ona hükmeden değil, onun bir parçası olarak hizmet üretiyorlar. Che Guevara'dan kazanılan en önemli işlev bu. Sağlık emekçilerinin, hekimlerin iktidarcı tutumlarından, öğreten yaklaşımlarından arınması; sağlık sorunlarına sosyal gerçeklik içinde yanıt araması ve toplumun içine gömülü hizmet üretmesi. Toplumla birlikte üretme diyebiliriz. Burada aslanan toplumdaki öğrenmenin de öne çıkmasıdır. Bu yaklaşım birey ve toplumun sağlıkta özne olması olanaklarının güçlendirilmesi anlamı da taşıyor.

Sıklıkla dile getirilmeyen aile hekimi ile birlikte çalışan aile hemşirelerinin görevleri de aydınlatıcı olacaktır:

- ✓ **Ev ziyaretleri** gerektiren bireylerin belirlenmesi
- ✓ **Evde bakım** hastalarına günlük ziyaret edilmesi
- ✓ Aile hekimi ile görüşerek, **bakım önceliklerini belirleme**
- ✓ **Sağlığın geliştirilmesi ve eğitimi** konuşmaları
- ✓ Hastaların **vital bulgular, ağırlık ve boylarının ölçülmesi**
- ✓ **Kişilerin CARE sınıflandırılmasına göre izlenmesi**
- ✓ **Rehabilitasyon sürecinin izlenmesi**
- ✓ Gebeler, yeni doğanlar, çocuklar, yaşlılar vb. **öncelikli gruplar için aile hekimi veya uzman gerektiren etkinliklerin programlanması ve uygulanması**
- ✓ **Aşıların uygulanması**
- ✓ **Hemşirelik öğrencilerinin aile pratiklerinin koordine edilmesi**

Aile hekimleri ve aile hemşireleri yanında toplumun içine gömülü hizmet veren sosyal çalışmacı ve çevre sağlığı hizmeti yürüten sağlık emekçileri de mutlaka not edilmeli.

Son dönem Küba bireyin ve toplumun sağlığının izlenmesi ile öne çıkmaktadır. Kısa adı CARE olarak bilinmektedir: **Continuous Assessment & Risk Evaluation (CARE)**. Birey ve ailenin sürekli ve dinamik sağlığının değerlendirilmesi söz konusudur. Bu izlemler risk değerlendirmesi esaslı yürütülüyor. Bu model bulaşıcı olmayan hastalıkların izlenmesinde örnek olarak DSÖ ve birçok ülke tarafından örnek alınmaktadır. CARE izlemlerinde bireyler dört grupta ele alınıyor ve buna göre izlemler planlanıyor.

Grup	Tanım
Grup-1	Sağlık riski ve yeti yitimi olmayan sağlıklı kişiler, günlük yaşamlarını dengeli, bağımsız ve sorumlu bir biçimde yönetebilen kişiler
Grup-2	Riskli bir duruma sahip kişiler, kontrol altına değilse birey ya da aile sağlık zararlarına duyarlılığı artırabilir
Grup-3	Tanı almış bulaşıcı veya bulaşıcı olmayan hastalığa sahip hasta kişiler
Grup-4	Engelli kişiler (değişik düzey yeti yitimine sahip kişiler)

Riskli gruba sigara, alkol, obezite vb. sağlık açısından sorunlara yol açan bireyler giriyor. Sağlık kurumu bu kişilerle temasını artırıyor. Grup-1'den grup 4'e gittikçe sağlık kurumlarının bireyle olan buluşmaları artmaktadır. Grup-1'deki kişi yılda bir kez izleniyor. Bu kişilerin bağımsızlıklarını sürdürmeleri önemli. Bu açıdan bu kişilerin güçlendirilmesi önemli. Güçlendirilme kişinin toplumsal yaşama katılım önündeki engellerin kaldırılması ile önemli. Kübalarının siyasete katılımı bu açıdan çok yüksek. Aynı ilke sağlıkta da karşımıza çıkıyor. Kişi-

nin sağlıkta öz savunmasının güçlendirilmesi sağlık bilgisinin toplumsallaştırılması ile mümkündür. Bu da sağlık kurumunda değil hemen her yerde kişilerle olumlu sağlık davranışları, beden bilgisine sahip olma ve hastalıkları tanıma yönlü buluşmalar yapılıyor. Küba'da sağlığın başarısında yüksek düzeyde desantralizasyon, Toplum katılımı ve Devrim savunma komitelerinin rollerine dikkat çekiliyor.

Uzun süreli faşizm sonrası Ulusal Sağlık Sistemi'ne geçen ülkeler

Ulusal Sağlık Sistemi'ne geç geçen dört ülkenin sağlık sistemi de önemlidir. Bu ülkeler: İtalya, Portekiz, İspanya ve Yunanistan'dır. Bu ülkelerin ortak özelliği uzun dönem devam eden faşist rejimler ve diktatörlerdir: Franko, Carlos, Salazar ve Mussolini'nin ardılları... Faşizm ile hesaplaşıp demokrasiye geçen bu ülkelerde komünist, sosyalist partilerin otonom (özerk) yaklaşımları sağlık hizmetlerinde de kendini göstermiştir. İtalya ve İspanya sağlık sisteminin özellikleri kısaca aşağıda özetlenmiştir.

İTALYA ÖRNEĞİ

İtalyan Ulusal Sağlık Sistemi'ne 1978'te geçmiştir. Sağlık progressif vergi ile finanse edilmektedir Birinci basamak örgütlemesi yaşama geçirilmiştir. Ulusal Sağlık Konseyi ve Ulusal Sağlık Enstitüsü sağlık politikalarının belirlenmesinde önemlidir.

Desentralizasyon (otonomi, özerklik) ilkesi öne çıkmıştır.

- ✓ 20 bölge(regione)
 - Her bölgenin kendi yerel hükümeti (5'i özel bir statüye ve belli bir özerkliğe sahip)
 - Eyalet konseyi (Eyalet halkı tarafından seçimle işbaşına getirilen 60 üyeli. Eyalet başkanını, başkanda eyalet meclisi üyelerini göreve atıyor)
- ✓ 200 Yerel Sağlık Birimi
- ✓ Genel Pratisyen (her 1000-1500 kişiye, kişi başı ödeme yapıyor), özel istihdam ediliyor
- ✓ Hekim seçme hakkı mevcut.
- ✓ Sevk zinciri var

İSPANYA ÖRNEĞİ

- ✓ **Otonom (Özerk) Bölgeler - 1978**
- ✓ Genel Sağlık Yasası (1986)
- ✓ Vergiye dayalı finansman
- ✓ Ulusal Sağlık Sistemi Bölgeler arası Konseyi
- ✓ **Desantralizasyon: Otonom bölgelere yetki devri**
 - Birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinden sorumlu
- ✓ **Sağlık alanı** (20-200 bin nüfus, referans hastane ile bağlantılı)
 - Temel Sağlık Çevreleri (5-25 bin nüfus)
 - Birinci basamak
 - Sağlık merkezleri
 - Genel Pratisyen (tam zamanlı, maaş+ hizmet başı ödeme)

BİRİNCİ BASAMAKTA KAZANIMLAR

Yirminci yüzyılda, neoliberal döneme kadar BBSH adına mevcut kazanımlar şu şekilde özetlenebilir:

- Sağlık hizmetlerinin toplumsallaşması
- Tüm toplumu kapsamaması
- Toplumun içine gömülü olması
- Topluma en yakın yere kadar gelmesi
- Toplumun yaşadığı her yerde inşa edilmesi
- Ev ziyaretleri
- Bütüncül olarak verilmesi
- Sağlığı geliştirici, koruyucu, tedavi edici ve esenlendirici hizmetlerin bir arada verilmesi
- Birinci basamak hizmetlerin esas alınması
- Çok disiplinli bir ekip ile verilmesi
- Sevk zinciri
- Eğitimin birinci basamakta, topluma dayalı olması
- Toplum katılımı için adım atılması
- Yerelleşme

NEOLİBERAL REFORM PANDEMİSİ

2000 yılında herkese sağlık diye 1978 yılına başlayan Birincil (Temel) Sağlık Hizmetleri, 1985’de Seçici Temel Hizmetleri ile GO-Bİ-FFF’e indirgenmiş ve 2008 yılında dönüşüm sürecini tamamlamıştır, Primary Health Care Now More Than Ever sloganı ile ilkeler güncellenmiştir.

2008 yılındaki rapor 30. yılında Herkese Sağlık hedefine erişilemediği ile tespiti ile başlıyor. Hatta ülkeler arasında eşitsizliğin derinleştiğine, bazı Afrika ülkelerinde beklenen yaşam sürelerinde gerilemelerin dahi gerçekleştiğine yer verilmiştir. Bu hedefe erişememe ile ilgili sağlık sorunlarının değişimi, sağlık hizmetlerindeki sorunlar, sağlık emek gücü ile ilgili sorunlar, sağlık finansmanındaki sorunlar yanında birincil sağlık hizmetlerindeki sorunlara ele alınarak, yeni önerilerde bulunulmuştur.

Bu DSÖ raporunda ‘Sağlık Hizmetlerindeki Endişe Verici Üç Eğilim’e yer verilmiştir. Bunlar:

- ✓ Uzmanlaşmış tedavi edici hizmetlere daralma
- ✓ Hastalık kontrolü yaklaşımını temel alan kısa süreli sonuçlara odaklanma ve hizmetlerde parçalanma
- ✓ Kuralsız ticarileşme

Yine sağlık hizmetlerindeki yaygın görülen 5 eksiklik olarak şunlar sıralanmıştır.

Beş eksiklik	
1. Ters hizmet	<ul style="list-style-type: none"> • Sağlık hizmetine gereksinimi fazla olanın, hizmeti daha az kullanması. Varlıklı kesimlerin daha fazla hizmetten yararlanması, yoksulların yararlanımının az olması. • Sağlık hizmetlerindeki kamu harcamalarından zenginlerin daha fazla yararlanması
2. Yoksullaştırıcı hizmet	<ul style="list-style-type: none"> • Sosyal korumanın eksik olduğu ülkelerde cepten ödemeler daha yaygındır. • Katastrofik harcamalar nedeniyle her yıl 100 milyon kişi yoksullaşmaktadır.
3. Parçalanmış ve parçalı hizmet	<ul style="list-style-type: none"> • Aşırı uzmanlaşma ve hastalık kontrol programlarına daralmış hizmet sunumu, birey ve ailelere yönelik bütüncül sağlık hizmetinin parçalanmasına ve hizmetin sürekliliği ortadan kalkmasına neden olmaktadır. • Yoksul ve dışlanmışlara yönelik sağlık hizmetlerinde parçalanma daha yaygın ve ciddi kaynak sıkıntıları (yetersiz) mevcuttur.
4. Güvensiz hizmet	<ul style="list-style-type: none"> • Güvensiz ortam ve kötü hijyen standartları nedeniyle hastane enfeksiyonları sıklığında artışa yol açmaktadır.
5. Yanlış yönlendirilen hizmet	<ul style="list-style-type: none"> • Kaynakların büyük kısmı tedavi edici hizmetlere kaymakta, hastalık yükünün %70'inin önleme potansiyeli olan koruyucu ve geliştirici hizmetler ihmal edilmektedir. • Aynı zamanda, diğer sektörlerden kaynaklanan sağlığı bozucu etkenlerin etkilerini ortadan kaldırma/azaltma konusunda sağlık sektörü yetersizdir.

Bu iki eleştiri sonrası BSH yer verilmiş ve ‘Birincil (Temel) Sağlık Hizmetleri Yanlış Anlaşıldı’ tespiti yapılmıştır. Yanlış anlaşılmanın aşılması için Birincil sağlık hizmeti ne değildir? Başlığına yer verilmiş, BSH ne olmadığı şu şekilde sıralanmıştır.

- ✓ Birincil sağlık hizmeti, sıklıkla aile hekimliği veya genel pratisyenlik uzmanı hekimlerle referans edilen kaynakların genişletilmesi ile çalışılma olarak tanımlanmış ve açıklanmıştır. Bu tanım, birincil sağlık hizmetini sınırlandırıcı ve sönmümlendirici özellikler taşımakta ve kafa karıştırmaktadır. Tamamen alt gelir düzeyine sahip ülkelere göre uyarlanmış bir durumdur.
- ✓ Birincil sağlık hizmeti, insanların sağlık sorunlarını geniş bir yelpazede ele alır, alt gelir düzeyine sahip ülkelerin “**öncelikli hastalıklar**” hedefleyen bir kaç hastalıkla baş edebilmek için yürüttüğü hizmetler olarak kabul edilemez. Birincil sağlık hizmeti, hastaları merkeze alan bir sağlık sistemidir, alt gelir düzeyine sahip ülkelerdeki **düşük standartta sağlık çalışanı ve tek başına çalışan toplum sağlık işçisi** olarak kabul edilemez.
- ✓ Birincil sağlık hizmeti, hastalarla hekimler arasındaki ilişkiyi, hastaların kendi sağlıkları ve sağlık hizmeti hakkındaki tartışma sürecine katılmalarını sürekli kolaylaştırır, sağlık çalışanı ile hastanın ailesi ve toplum arasında bir köprü olmayı hedefler, alt gelir düzeyine sahip ülkelerdeki **öncelikli sağlık sorunlarına müdahale için bir araç** olarak kullanılmasına sınırlandırılması kabul edilemez.
- ✓ Birincil sağlık hizmeti, hastalıkların erken tanısında olduğu gibi hastalıkların önlenmesinde ve sağlığın geliştirilmesinde fırsatlar açar, alt gelir düzeyine sahip ülkelerdeki **sadece yaygın hastalıkların tedavisi olarak anlaşılması** kabul edilemez.

- ✓ Birincil sağlık hizmeti, geniş bir sağlık ekibi gerektirir; biyomedikal ve sosyal becerilere hekim, hemşire, ebe, gibi, alt gelir düzeyine sahip ülkelerdeki ekonomik olarak daha fazlasının karşılanamadığı kır yoksullarına **düşük teknoloji, profesyonel olmayan kişiler tarafından sunulan bir hizmet** ile eş anlamlı olarak kullanılması kabul edilemez.
- ✓ Birincil sağlık hizmeti, yeterli kaynak ve yatırım gerektirir, alternatiflerine göre daha fazla parasal değer aktarılması gerektirir, alt gelir düzeyine sahip ülkelerdeki **cepten ödemeler vasıtasıyla finanse ettiği ucuz ve yoksulların karşılayamadığı hizmetler** olarak yanlış anlaşılması kabul edilemez.

Tespitlerle reformlar için alt yapı sağlanmış ve reformlar 4 temel bileşen ile ifade edilmiştir.

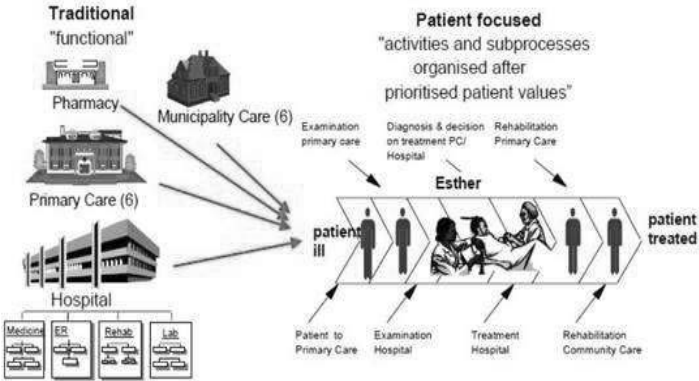
1. Evrensel kapsam (herkesi kapsamı) ve sosyal sağlık korumasına yönelik reformlar
2. Birincil sağlık hizmetlerinin yeniden organize edilmesi
3. Halk sağlığı politikaları ile ilgili reformlar
4. Liderlik reformları: *Güçleri ve kontrolü merkezde toplama ve özel sektörün “laissez-faire” serbest*

Birinci reform sağlığın finansmanı ile ilgili olup sigorta sistemine geçiş programına açıklık getirilmiştir. İkinci ve üçüncü reformlar daha çok birinci basamakla ilgili reformlar iken son liderlik reformları ile profesyonel sağlık işletmeciliğine uygun yönetici kadro ile sağlık yönetiminden sağlıkta yönetişime geçilmiştir.

Reformlarda yer alan birincil sağlık hizmetlerinin yeniden organize edilmesinde yaklaşım ve temel kavramlara yer verilmiştir.

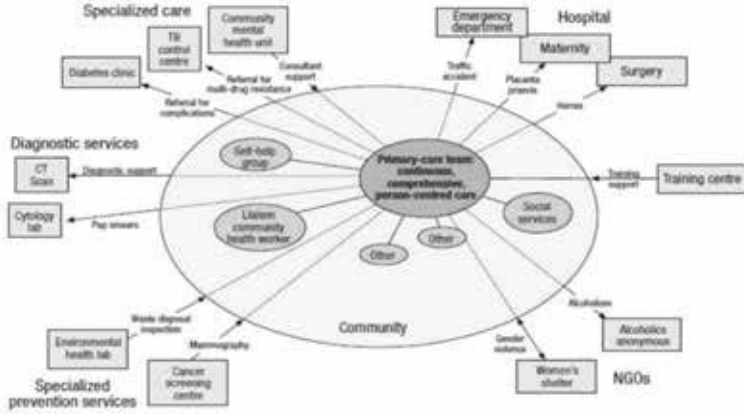
Yaklaşım	Anahtar kavramlar
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Halkın gereksinimlerini ve beklentilerini karşılayacak şekilde ✓ Sosyal içeriği daha zengin ✓ Dünyadaki değişikliklere daha hızlı uyum sağlayabilen tarzda 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Kişi odaklı ✓ Kapsayıcı ve entegre ✓ Hizmet sürekliliği ✓ Sisteme düzenli bir giriş kaynağı ✓ Hasta-hekim ilişkisinde yakınlık

Burada beklentilerin karşılanması ve kişi odaklı hizmet kritiktir. Günümüzde sağlık hizmetlerinde vatandaş müşteriye dönüştürülmüş ve talepleri oluşturulmuş ve kısırlanmıştır. Sağlık hizmetlerine erişimin önü açılarak kısırlanmış talep karşılanmış, sağlığa yatırım yapan sermaye grupları böylelikle hizmetlerden artı değer yaratmasının önü açılmıştır. Beklentinin karşılanması pazarın genişletilmesi ile uyumludur. Toplum yerine kişinin seçilmesi politiktir. Neoliberal dönemim bireyciliği ile eş anlamlıdır. Kişi, aslında müşteridir ve kendisi için para harcamalıdır. Kişi odaklı dense de sistemin özü hasta odaklı ve tedavi esaslı olduğu yazılan birçok raporda görülmektedir. Koruyucu hizmetlerde de riskin önlenmesi öne çıkartılıp, yüksek riskli kişilerin saptanması ve hastalık öncesi müdahale edilerek (sıklıkla kompleks tanı yöntemleri ve ömür boyu kullanılacak ilaç tedavileri) kişinin erken ölümü ve komplike hastalığa yakalanmasının önüne geçilmesi hedeflenmektedir. Hal böyle olunca hastalığı ortaya çıkaran nedenler bireysel hatalara bağlanmakta, tıbbileştirilmekte ve kişilerin sağlığından sorumlu olmaları ve sağlığı için harcama yapması gerektiği empoze edilmektedir. Sağlığın toplumsallığı tamamen literatürden çıkartılmaya çalışılmaktadır, halk sağlığı literatüründe dahi.



Birinci basamakta birinci basamak biçimine biçilen rol ise kişi-hasta odaklı hizmette koordinasyonu sağlamak şeklinde düzenlenmiştir. Bu işlev 'Hub koordinasyon' olarak adlandırılmıştır. Hub koordinasyonda birinci basamak koordinasyonun merkezi olarak aşağıdaki sağlık kurumları ile bağlantının sürdürülmesi ve sıralanan birimlerin birinci basamakla entegre edilmesi hedeflenmiştir.

- ✓ **Uzmanlık hizmetleri** düzeyinde diyabet klinikleri, tbc kontrol merkezleri, toplum ruh sağlığı üniteleri
- ✓ **Hastaneler** düzeyinde acil servis, ana sağlığı ve cerrahi hizmetleri
- ✓ **Tanı hizmetleri** düzeyinde BT ve sitolojik taramaları
- ✓ **Uzmanlaşmış koruyucu hizmetler** için çevre sağlığı laboratuvarı ve kanser tarama merkezleri
- ✓ **Sivil toplum kuruluşları** düzeyinde kadın sığınma evleri ve alkol bağımlılık merkezleri



Raporda Birincil Sağlık Hizmetlerinde Dönüşüme de yer verilmiştir. Dönüşüm erken dönem BSH ve güncel BSH olarak çeşitli başlıklarda karşılaştırılmıştır. Bunlar Tablo-...’de özetlenmiştir.

Erken dönem BSH	Güncel BSH reformlar yaklaşımları
<ul style="list-style-type: none"> Kırsal yoksullara yönelik temel ilaçlar ve sağlık müdahalelerinden oluşan “temel paket”e ulaşılabilirliğin artırılması 	<ul style="list-style-type: none"> Evrinsel ulaşılabilirlik ve sosyal sağlık korumasını yerleştirmek amacıyla sağlık sistemlerinde yapılacak dönüşüm ve düzenlemeler
<ul style="list-style-type: none"> Ana ve çocuk sağlığı hizmetlerinde yoğunlaşma 	<ul style="list-style-type: none"> Toplumdaki herkesin (tüm bireyleri) sağlığını hedefleme
<ul style="list-style-type: none"> Az sayıda seçilmiş hastalıklara (özellikle akut ve bulaşıcı hastalıklara) odaklanma 	<ul style="list-style-type: none"> Halkın beklentileri ve gereksinimlerine yanıt verecek daha geniş kapsam
<ul style="list-style-type: none"> Köy düzeyinde hijyen, su, sanitasyon ve sağlık eğitimini geliştirme 	<ul style="list-style-type: none"> Sağlıklı yaşam biçimleri ve Sosyal ve çevresel sağlık tehlikelerini hafifletme
<ul style="list-style-type: none"> Basit teknoloji kullanımı 	<ul style="list-style-type: none"> Teknoloji ve ilacın uygun kullanımı

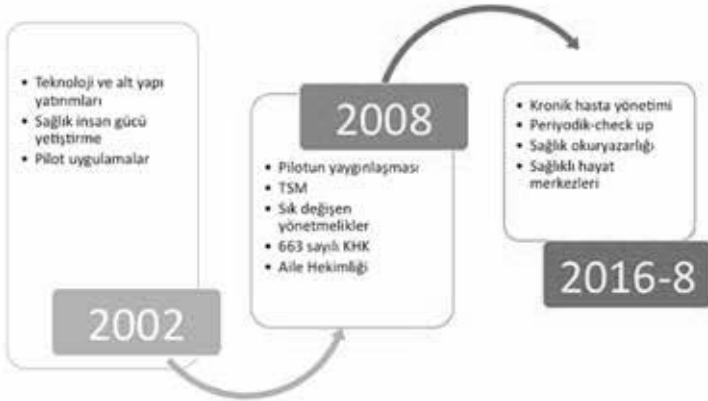
<ul style="list-style-type: none"> Gönüllü profesyonel olmayan toplum sağlık işçilerinin kullanımı 	<ul style="list-style-type: none"> Sağlık ekibinin zenginleştirilmesi
<ul style="list-style-type: none"> Yerel kaynakların hareketlendirilmesi Sağlık birimi yönetimine yerelin katılımı 	<ul style="list-style-type: none"> Sivil toplumun kurumsal katılımı Diyalog ve sorumluluk
<ul style="list-style-type: none"> Devlet kaynaklı fonlar ve Yönetimin merkezileşmesi 	<ul style="list-style-type: none"> Çoğulcu sağlık sistemleri
<ul style="list-style-type: none"> Kıtlığın yönetilmesi ve küçülme 	<ul style="list-style-type: none"> Evrensel kapsama ulaşmak için ayrılan kaynakların büyütülmesi
<ul style="list-style-type: none"> Hastane merkezli hizmetlere karşı antitez olarak BSH 	<ul style="list-style-type: none"> Tüm düzeylerde kapsamlı yanıtın koordinasyonu olarak BSH
<ul style="list-style-type: none"> BSH ucuzdur Sadece orta düzey bir yatırım gerektirir 	<ul style="list-style-type: none"> BSH ucuz değildir Ciddi bir yatırım gerektirir, fakat diğer alternatiflerden daha iyi bir parasal değer sağlar

Erken dönem ve güncel BSH karşılaştırıldığında şu sonuçları çıkartabiliriz. Tespitimiz herkese sağlık hedefine ulaşamadı ve eşitsizlikler derinleşti denilerek yoksul ülkelere ve yoksul vatandaşlara vurgu yapılsa da çözüm merkezi kapitalist ülkelerin sağlık hizmetleri için tanımlanmaya çalışılmıştır. Sağlık için yatırım yapmak gerektiği, sağlık için devletleri ve vatandaşların para harcaması gerektiği, birden fazla finansman mekanizmasının kullanılması gerektiği, insanların yaşam boyu sağlığını korumak için tıbbi kurumlara başvurması, daha karmaşık tanı yöntemleri ve tedavi girişimleri yaptırması ve sağlık hizmeti için sadece kamunun yetmeyeceği mutlaka özel sektöründe devreye gireceği empoze edilmeye çalışılmaktadır. Eşitsizliğin bir ucunda olanlar yerine sağlık için para harcayacak kesimlere doğru birincil sağlık hizmetlerinin rotası döndürülemeye çalışılmaktadır. Yoksullar için ise devlet kaynakları

ya da uluslararası yardımların devam ettirilmesi ile sınırlı kalmıştır. Dahası sigorta zorunlu kılındığı için onların dahi prim yatırmalarının önü açılmaya çalışılmıştır.

TÜRKİYE’DE NEOLİBERAL SAĞLIK REFORMLARI

DSÖ tarafından şekillendirilen ve arka planında Dünya Bankası’nın olduğu neoliberal reform salgından Türkiye’nin ilgisi 24 Ocak kararları ve 12 Eylül cuntasını takiben her hükümet döneminde karşılık bulmuştur. Reformlar için istekli hükümetler sağlığı metalaştıran bu reformları kesintisiz inşa etmiştir. Özellikle AKP’li yıllarda daha radikal dönüşüm gerçekleşmiştir. Bu reformların yaşama geçirilmesi ekonomik krizlerle birlikte de değerlendirilmelidir. Krizler sağlık alanında yapısal reformların hızlanmasına da neden olmaktadır. Bu açıdan 2002, 2008 ve 2016 krizleri ile ilişkilendirdiğimizde birinci basamaktaki dönüşümün izlerini görebiliriz.



Bu heyet erken dönem Aile Hekimliği süreci ile ilgili oldukça yetkin bilgiye sahiptir. Gerçekleştirdiğimiz 2. Aile Hekimliği Buluşması aynı zamanda Sağlık Bakanlığı'nın Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın ikinci fazının yaşama geçirilmeye çalışıldığı bir döneme denk gelmektedir. Hazırlık komisyonu yapılacak atölyelerle SDP'nin ikinci fazının birinci basamağı nasıl etkilediği ve mücadelede neleri öne çıkartmamız gerekenleri birlikte saptamayı koymuştur.

SDP'nin 2. fazına geçiş Sağlık Bakanı Recep Akdağ tarafından dile getirilmiştir. Basının ilgisinin daha çok Şehir Hastaneleri'ne odaklansa da birinci basamakla ilgili değişiklikler de gündemi işgal edecektir. Bu faza gerekçe olarak Türkiye hastalık yükünde bulaşıcı olmayan hastalıkların payının %68'den %81'e yükselmesi olarak gerekçelendirmektedir. Bu hastalıkların gelişiminde 4 temel risk faktörünün altı da çizilmektedir.





Bu tespitleri genel olarak doğrudur. Bununla birlikte Türkiye'nin geneli için geçerli midir? Doğu ve Batı'da aynı sorunlar mı vardır? Metropol, kent merkezleri, ilçeler, belde ve köylerin tümü için geçerli midir? Aynı kentin varlıklı mahalleri ile gecekonduları için geçerli midir? Öncelikli sağlık sorunlarının saptanmasında genelleme yapılmıştır. Toplumun gereksinimlerinden çok yapılmak istenene zemin hazırlamak için veri toplanmış izlenimi yaygındır. Dört temel risk bireysel hatalara mı bağlıdır? Sigara içmeyi, kötü beslenmeyi tetikleyen uluslararası sağlıksız meta üreticilerin rolü var mıdır? Yine bulaşıcı olmayan hastalıkların altında sayılan 4 temel neden gerçek midir? Bunun dışında nedenler yok mudur? Örneğin hava kirliliğinin, derin sömürünün olduğu çalışma rejiminin, paylaşım eşitsizliğinin, küresel ısınmanın, artan savaş ve çatışma ortamlarının, kıskırtılmış tüketim kültürünün vb. Özetle sağlık sorunlarının altında yatan toplumsal ve siyasal nedenler göz ardı edilerek bir analiz söz konusudur. Toplumsal ve siyasal nedenler değiştirilemez risk faktörleri olarak kabul edilerek, analiz dışına tu-

tulmuştur. Bireysel hatalar, tıbbileştirilen nedenler ön plana çıkarılmıştır.

Bulaşıcı olmayan hastalıklardan korunma ve yönetimin de birinci basamağa rol biçilmektedir. Bu amaçla Aile Sağlığı Merkezlerinin yenilenmesi ve yenilerinin yapılması ve nüfus yoğunluğu ve coğrafi yerleşime göre 'aile hekimliğini desteklemek üzere Sağlıklı Yaşam (Hayat) Merkezleri'nin oluşturulması yatırımlar başlığında ele alınmıştır. Aile Hekimlikleri ve Sağlıklı Hayat Merkezleri ile kişisel koruyucu hizmetler, hastalık yönetimi ve tedavinin hastane bağımlı sürdürülmesi hedeflenmektedir.


Neoliberal sağlık reformları ve sağlığın metalaşması ile birlikte değerlendirildiğinde sağlığa yatırım yapan sermaye gruplarının bu dönüşüm ile neler kazanmak istediği, artı değeri nasıl artırmayı hedeflediği de masaya yatırılmalıdır. Bu bakışla bulaşıcı olmayan hastalıkların korunmaya yönelik ve hastalık yönetimin tamamen tıp endüstrisi ile bağlantısı görülmelidir. Temel korunma dediğimiz sağlık sorunlarına yol açan nedenlerin ortadan kaldırılması yerine hastalıkların ya da yüksek riskli durumların erken aşamada saptanması (hasta havuzunun genişletilmesi) ve sağlık fabrikalarına dönen hastanelerle buluşturulması hedeflenmektedir. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın ikinci fazı ile ilgili hedefler arasına konan kronik hasta yönetimi adına yapılanlar ya da planlananlar yapılmak istenler için açıklayıcı olabilir. Birinci basamak hasta havuzunu belirleme ve genişletme ile birlikte hastanecilik hizmetlerinden daha fazla yararlanma, tanı ve tedavi girişimlerinin sayısının artırmanın garanti altına alınması işlevi görecektir. Yaşadığımız örnekler bunu kanıtlar niteliktedir. Diyabet erken tanısı ile hasta olduğunu bilmeyen kişiler aile hekimlerinin yardımıyla saptanmış, prevalans %6-7'den %13-14'e yükseltilmiştir. Benzer hasta bul-

maya yönelik çalışmalarda özellikle aile hekimleri ön planda olmuştur/olacaktır. Sağlıklı yaşam merkezleri de koruyucu hizmetleri ve kronik hasta yönetimine vereceği destek ile tıbbileştirilmenin pompalanması, talebin kıskırılması rolü de üstlenecektir.

 > D. Sağlıkta Dönüşüm Programı İkinci Faz

4. Sağlık Yatırımlarının Tamamlanması, Şehir Hastaneleri ve Sağlıklı Yaşam Merkezleri

Sağlıklı Yaşam Merkezlerinin hedef kitleri hastalar değil, sağlıklı kişileri yani tüm toplumdur.

 <p>Fiziksel Aktivite Hareketsizliği önlemek için kişiye özel egzersiz, uygulama ve eğitim</p>	 <p>Sağlıklı Beslenme Diyetisyen rehberliğinde sağlıklı beslenme alışkanlığı önerileri</p>	 <p>Sigara Bırakma Alo 171 Hattı ile online biçimde doğrudan danışmanlık, destek ve takip hizmetleri</p>
 <p>Alkol ve Madde Bağımlılığı ile Mücadele</p>	 <p>Kronik Hastalık Yönetimi Toplum eğitimi, psikolojik, diyetisyen gibi profesyonellerle danışmanlık</p>	 <p>Sağlıklı Yaşam Kültürünün Teşviki, Taramalar ve Yaşamı Destekleme Kanser taramaları, Evde Sağlık Hizmetleri, Laboratuvar ve Görüntüleme Hizmetleri, Kadın ve Çocuk Ergen Sağlığı, Psikososyal Destek Hizmetleri</p>

111

Toparlayacak olursak:

Birincil sağlık hizmetlerdeki yaşama geçirilen neoliberal reformlar sonucu ortaya çıkan yıkım da şu şekilde özetlenebilir:

Neoliberal birinci basamak sağlık hizmetleri:

- ✓ Piyasa yönelimli
- ✓ Tedavi edici ağırlıklı
- ✓ Yüksek risklere yönelik (Bulaşıcı olmayan hastalıklar)
- ✓ Erken tanı ve yönlendirme

- ✓ Kronik hasta yönetimi
- ✓ Sağlık okur-yazarlığı (sağlık kurumu ile teması artırma hedefli)
- ✓ Kişi odaklı

Eğer birinci basamak sağlık hizmetleri tartışmasını toplum yöneli-minden, toplumsallığından, sosyal gerçekliğinden soyutlayarak yürütülecekse reform yapımcılar için bir sorun yoktur. Her türlü teknik tartışmayı bizimle yapacaklardır. Birinci basamağın toplum yöne-limli felsefesinden arınmış tartışma zemine çekilme riskini her za-man akılda tutmalıyız. Mevcut birinci basamak sağlık hizmetlerin-deki dönüşüme bir sonraki Coşkun arkadaşın sunumuna bıraktım, girmedim.

Bitirirken toplumsal sağlık mücadelesi veren Ata abiyi ve Cizre’de kaybettiğimiz Sağlık Politika Okulu öğrencilerinden Aziz Yural’ı saygıyla anıyorum.

Mücadele konusunda temel yönelim ile ilgili bir tespit ile bitiri-yorum: TTB, birinci basamakla ilgili kollar, SES, toplumsal sağ-lık mücadelesi verenler olarak birinci basamak sağlık hizmetlerini toplumsal yönelimli ve emek eksenli yeniden inşaaya yönelik neler yapabileceğimiz temel gündemimiz olmalı. Kazanımlara ve yıkıma bu eksen-de bakmalıyız.

Emeğe geçen herkese ve katılımcı arkadaşlara çok teşekkür ede-rim.

Soru ve Katkılar

Soru-1: Nüfus ve özellikle kent nüfusu artıyor. Birinci basamakta değişiklik gerekmez mi?

Yanıt: Nüfus ve kent nüfusu artıyor, Türkiye genelinde nüfusun %85'i kentlerde yaşıyor. Nüfustaki bu değişiklik bizler ve sermaye için aynı anlamı taşıyor. Sermayenin sağlığa yatırım yapmasında iki önemli dinamikten biri nüfus ile ilgili. Dünya nüfusundaki artış, beklenen yaşam süresinin uzaması, yaşlı nüfusun oransal olarak artması ile eş zamanlı kronik hastalıklar-bulaşıcı olmayan hastalıklardaki artış sermaye için sağlıkta pazarın büyümesi anlamı taşıyor. İkinci dinamik ise tıp endüstrisindeki gelişime bağlı tanı ve tedavi olanaklarının genişlemesidir. Emek yoğun bir hizmetten teknoloji yoğun bir hizmete evrilmek, tıp endüstrisi, sağlık hizmet üretimine (hastaneler, lab.) yatırım yapan sermaye grupları için artı değer olanaklarının büyümesi anlamı taşıyor. Gerisi sayı, gereksinim ve beklentisi artan nüfusun sağlık fabrikaları ile buluşturulmasıdır. Buluşma sağlanmadan artı değer yaratma olanağı yoktur. Birinci basamaktaki dönüşümü pazarın genişletilmesi ve sürekliliğin sağlanması olarak da okuyabiliriz, sermaye tarafından bakacak olursak tabii ki.

Bununla birlikte nesnel olarak karşımızda duran nüfus özellikleri ve sağlık gereksinimleri nedeniyle birinci basamakta değişiklik gerekmiyor mu sorusunun da yanıtı vermeliyiz. Bu soru TTB'yi uzun süredir meşgul ediyor. İnanın ki bu konuda TTB olarak birikimimiz Sağlık Bakanlığı'ndan fazla. Kentlerde sağlık hizmeti örgütlenmesi, Sağlık Ocakları'nın toplumun gereksinimine göre nasıl değişim yapması gerekir ve sağlık emek gücü bu doğrultuda nasıl

bir eğitimden geçmeli sürekli gündemimiz olmuştur. STED, Genel Pratisyenlik Enstitüsü, Sürekli Mesleki Gelişim, Kentlerde Sağlık Örgütlenmesi sempozyumları, Pratisyen Hekimlik Kongreleri ve güncel bir kol olarak da AHK'in çalışmaları böyle okunmalıdır. Sadece niyetlerimiz farklı. Bizler toplum yönelimli bir birinci basamak felsefesi ile hareket ediyoruz. Ve kendi özgücümüne birinci basamak çalışanları ile birlikte kolektif, toplum yararına bilgi üretiyoruz.

Soru-2: Toplum sağlık işçilerinin sağlık hizmetlerinin gelişiminde ciddi etkisi olduğunu söylediniz. Ülkemizde ebelelerin sağlık hizmetine katkısı nedir?

Yanıt: İki kavramın birbirinden farklı olduğunu söyleyerek başlayayım. Toplum sağlık işçisi bir sağlık 'profesyonel' değil. Kısa süreli bir eğitim alınarak, toplumun öncelikli sağlık sorununa yanıt üretebilecek, toplumun içine gömülü bir hizmet üreticisi. Tek işlevi de bu değil. Aynı zamanda yaşadığı toplumun bir parçası. Çıplak ayaklı doktor örneğinden gidersek, öğleye kadar sağlık hizmet üretici, öğleden sonra diğer köylülerle birlikte tarım ve hayvancılıkla uğraşan, komünün bir işçisi. Ebeler ise, sağlık ocağında hizmet üreten ebeler profesyonel olarak yetiştirilen ve tek işlevi sağlık hizmet üretimi olan bir işçi. Koruyucu sağlık hizmetleri görevlerini tamamen yüklediğimiz, toplumun içine gömülü hizmet üreten sağlık işçileri. Öyle ki mahallerde, sokaklarda, köylerde, mezralarda, vatandaşın yaşadığı yerde (evlerde) hizmet üreten sağlık işçileri. Tıbbın içinde sosyal işlevi en yüksek hizmet üretimi. Bağlı nüfusunun hemen her şeyini bilen, vatandaş ile toplumsal yaşamı tamamıyla paylaşan, aileden biri, mahalleden biri rolü olan sağlık işçileri. Halk sağlığı için önemli olan süreklilik kavramını biz-zat yerine getiren, anne karnında düşmeden başladığı izlemleri,

bebeklik-çocukluk-ergenlik-yetişkinlik ve gençlik döneminde sürdüren biz sağlık hizmet üreticisi. Bu açıdan biz halk sağlıkcıları toplumun sağlık düzeyinin artışında en önemli rolü her zaman ebelere affetmişizdir. Aile Hekimliği ile birlikte toplumun içine gömülü ve sosyal işlevi belirgin olan ebelik hizmeti (koruyucu sağlık hizmetleri) polikliniğe daraltılmış, mekanikleştirilmiş ve sosyal gerçeğinden kopartılmıştır. Erken dönemden beri iddiamız şudur ki, bu dönüşüm toplumsal cinsiyet eşitsizliğini büyütecektir. Kadınlar sağlık alanında yalnızlaştırılmışlardır. Ebe ile toplumsal yaşam ortamında her şeyini paylaşan kadınlar artık yalnızlar. Yaşadığı şiddet, istismar, bedeni üzerindeki erkeğin söz sahibi olmasına yönelik kadını güçlendiren ve özgülleştiren buluşmalardan artık yoksunlar. İlişki tbbileştirilmiştir.

Soru-3: Halkın beklentilerinin artması ve talebin kısıktılması ile sağlık kurumlarına başvuran vatandaşın beklentilerinin karşılanmaması şiddet şeklinde karşımıza çıkıyor. Ülkemizde sağlıkta şiddet artışı diğer ülkelerde de görülüyor mu?

Yanıt: Evet diyeyim kısaca. Sağlık emekçilerinin sıklıkla dile getirdiği ‘şiddet, mobbing, tükenme, intihar, iş stresi vb.’ sorunlar. Sağlıkta piyasa yönelimli reformlar yapmış hemen her ülkede bu sorunların yaşandığını biliyoruz, literatürde okuyoruz. Sıklık açısından söylesek bu dönüşümü daha sert yaşayan bizim gibi perifer kapitalist (geç kapitalistleşen) ülkelerde daha fazla. Toplum ve Hekim’e Çin’de Piyasa Yönelimli Sağlık Reformları yazısını yazmıştım, Çin’de de sağlıkta şiddetin yaygınlaştığını yayınlarda görmüştüm. Bunun altında yatan en büyük neden kişi odaklı sağlık sistemidir. Bunu hasta, tüketici ve en bilindik argümanla müşteri odaklı hizmet olarak okuyabiliriz. Merkeze konan kişi ile ben ile

başlıyor her şey. Çarpıtılan, kıskırtilan talep ile (gereksinimden çok isteklerim ile) sağlık kurumuna adım atmam önemli. Bu adım atılmadığında sağlık fabrikasının çalışmaz, yatırımlar realize olmaz. Marx bunu metanın ölüm perendesi olarak adlandırıyor. Bu buluşma sağlanmadığında yatırımlar realize olamaz, yani artı değer yaratamaz. Kıskırtilmış talep ile sağlık kurumunda ilk buluşma hekimle oluyor. Gerçek değil de tıbbi gereksinim olmayan, fakat medya tarafından oluşturulan talep ile (beklentiyle, istekle) hekimle karşılaşılıyor. Bu talep karşılanmaya başladığında kartopu gibi büyümeye başlıyor, hasta iç müşteri haline getiriliyor ve sağlık fabrikasının çarkları hızlı dönmeye başlıyor. Kıskırtilmış talebi karşılamayıp, mesleki özerkliğimize sahip çıkarak direndiğimizde şiddet karşımıza çıkabiliyor. Direniş ile birlikte ortaya çıkma potansiyeli olan şiddete karşı da bir strateji belirlememiz gerekiyor.

Soru-4: Koruyucu hizmetlerde vatandaşı teşvik edecek katkılar devreye girebilir. Aşı reddi olgularında bu düşünülebilir mi?

Yanıt: Halk sağlığı ve Sağlık ve Politika Okulu olarak bazı kavramları daha korkusuz kullanmaya çalışıyoruz. Benzer kavramların içi neoliberal sağlık reformları ile boşaltıldığı için bunları kullanmak bazen sıkıntılara yol açabiliyor. Bizler bireyin ve toplumun sağlıkta öz savunmasının güçlendirilmesi gerekiyor diyoruz. Kendi kendini koruyabilmeli, kendi için yeterli olabilmelidir. Sağlık konusunda da kendi bedenini tanımalı, olumlu sağlık davranışlarına sahip olmalı ve bunları geliştirmelidir. Kendi bakımını sürdürebilmelidir. Bu konuda yapılacak sağlık eğitimi (biz buna okul olarak sağlıkta bilgi paylaşımı diyoruz, karşılıklı öğrenmeyi ilke ediniyoruz, toplumdaki öğrenmeyi benimsiyoruz) ile şu an bizlere dayatılan 'sağlık okuryazarlığı' adı ile sunulan program birbirinden ol-

dukça farklı. Bu ikincisinde amaç kişinin sağlıkla ilgili her konuyu tıbbileşmiş algılaması, kendi yapacaklarının tamamen sağlık kurumuna bağımlı olması ve sağlık kurumları ile buluşmalarının artırılması hedeflidir. Öz yeterlilikten çok, sağlıkta bağımlılık, sağlık hizmet kullanımının kısıktırılması diyebiliriz. Bu durum şu an tıbbın da başına bela olur hale gelmiştir overdiagnosis, overtreatment (aşırı tanı, aşırı tedavi) olarak kavramsallaştırılmıştır. Toplumun sağlık bilgisinin güçlendirilmesi, herkesin kendi hekimi olsun hedefleri sol muhalefetin önüne koyduğu olmazsa olmaz başlıklardan biridir. Ütopyamızdır. Tedavi esaslı bu fikriyatın yaşama geçmesi mümkün değildir. Bu fikriyat koruma ve sağlığı geliştirme esaslı mümkündür. Bu nedenle öncelikli olarak toplumun sağlık algısının çarpıtılmasının üzerine gitmeliyiz, sağlık algısı yeniden toplumla birlikte inşa edilmelidir.

İkinci ceza kültürü ile mi toplumu inşa edeceğiz yoksa ikna kültürü ile mi? Aile Hekimliği sisteminde öne çıkan ceza kültürü, ceza birlikte biati da getiriyor Biat eder hale geliyoruz. Negatif performans dayatması, aşı reddinde olduğu gibi işin üretilme amacını da çarpıtmıştır. Bizler aşı reddinin üzerine ceza yememek için mi gideceğiz? Bunu değiştirmeliyiz. Aşı reddini sadece vatandaşa bağlarsak da doğru olmaz. Arkasında siyasi otoriteler var, hükümet yetkilileri var. Bu nedenle bu konudaki hesaplaşma da bireyle, vatanla değil, siyasal aklın ve güruhun bizzat kendisi ile hesaplaşmalıyız. Aşı reddi çıkartılmış bir olgudur. Aşı kampanyalarını düşünelim. Polio eradikasyonu çalışmalarını hatırlayalım. Bir çocuğa, bir aileye tam 13 kez gidilip aşılarda yapılmıştı. Ailelerin kaygıları ikna süreci ile giderilmişti.

Soru-5: Sorunları sadece sağlık hizmetleri ile mi çözeceğiz? Demokratik olmayan bir ülkede, toplumun yüzde elisinin şeytanlaştırıldığı bir ortamda sağlıkta şiddet de aşırı reddi de önlenemez. Demokrasi zemini güçlendirilmeden sağlık sorunlarının üzerine bireysel çabalarla gidilebilir mi?

Sunumda yer verilen temel kavramlar toplumsal kazanımlar olarak dile getirildi. Bu kazanımların hemen hemen tümü toplumsal mücadelelerinin sağlık alanında, birinci basamakta yansımalarıdır. Kazanımlara, biriktirdiklerimize bir saldırı var. Saldırı, aynı zamanda bizlerin iyi savunmadığımızı da gösterir. Demokrasi savunusunun güçlü olmadığını anlamı da taşır. Urfa'dan örnek verirse SDP'nin 2. fazı, kronik hastalık yönetimi ne kadar gerçeği yansıtır? Toplumun öncelikli sağlık sorunları bunlar mıdır? Bulaşıcı hastalıklar, bebek ölümleri, anne ölümleri, aşırı doğurganlık, beslenme bozuklukları vb. öncelikli sorunlar halen... Tek tipleştirilen bir modelin metropoller, Batı, kent merkezleri, gecekondu, Urfa, Antep vb. uygulamayı dayatıyorsunuz. Aynı nüfus büyüklüğüne, aynı sağlık emekçileriyle, aynı hedefler ile verilmesini öngörüyorsunuz. Bu mümkün mü? Bu sistemin uygulanması demokratik mi? Akılcı mı? Urfa'nın sağlık sorunları neden ortaya çıkıyor, hangi zemin bu sorunları üretiyor sorusunun yanıtları aranmalıdır, sağlık emekçileri ile toplumla birlikte. Yoksulluk, dilinin kullanamam, toplumun etnik statüsünün tanınmaması vb. birçok şey söylenebilir. Bunların tümünü yok sayarsanız, toplum temelli-yönelimli sağlık hizmeti zaten olmaz. Kapsayıcılıkta yer verdiğimiz ve kritik olduğuna belirttiğimiz toplumu tanıma, gereksinimlerini belirleme ve müdahale programları geliştirme ilkesini yok saymış oluruz. Piyasa yönelimli bir sisteme evriliriz. Toplumun sağlık düzeyini geliştirme ve sağlıkta eşitsizlikleri yok etmeyi hedef koyuyorsak zaten toplumun sosyal gerçekliğini kabul etmek zorundayız. Toplumun gerçekliği ile birlikte yürür.

Yararlanılan Kaynaklar:

1. Öcek Z, Soyer A. (2007) Türkiye’de Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Birikimimiz: 2000-2004 Türkiye Fotoğrafı. Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Birinci Baskı, Aralık 2007, Ankara
- 2- Çiçeklioğlu M, Öcek Z, Yücel U, Özdemir R, Türk M, Taner Ş. (2013) Aile Hekimliği Birinci Basamak Sağlık Ortamını Nasıl Dönüştürdü? Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Birinci Baskı, Ekim 2013, Ankara
- 3- TTB (2015) Türk Tabipleri Birliği Aile Hekimliği Kolu Birinci Aile Hekimleri Buluşması Raporu, Birinci Baskı, Kasım 2015, Ankara
- 4- Öztekin Z. (1986) Temel Sağlık Hizmetleri, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Kitap No: 3944
- 5- The World Health Report 2008 - primary Health Care (Now More Than Ever), <https://www.who.int/whr/2008/en/>
- 6- Toplum ve Hekim Dergisi, Sağlık Sistemleri özel sayıları

SAĞLIK EMEK SÜRECİ VE YALIN SAĞLIK

Dr. Coşkun CANIVAR

Ata Soyer Sağlık ve Politika Okulu

İçinde yaşadığımız kapitalist uygarlık sürecinde yaşamın her parçası sermaye birikiminin nesnesine dönüşmüş durumda. Barınma veya gıdadan tatalım da suya kadar insan sağlığının en temel belirleyici unsurları sermaye birikim sürecinin parçası konumundalar. Toplumların sağlığını belirleyen etmenlerden birisi olan sağlık hizmetleri de kapitalist sermaye birikim sürecinin en önemli değerlendirme alanları arasında yerini almıştır.

Büyüme Danışmanlığı ve Araştırma Şirketi Frost & Sullivan'ın yaptığı çalışmaya göre, dünya sağlık harcamaları 2020 yılına kadar 12,7 trilyon dolara ulaşacak.(1) 2020 yılına kadar sağlık harcamalarının ulaşacağı miktar için görüldüğü gibi sermaye çevrelerinin beklentisi büyük. Toplumların sağlık hizmeti gereksinimi; sağlık endüstrisi ve ilişkide olduğu tüm sermaye grupları açısından 12,7 trilyon dolarlık devasa bir sektör oluşturmanın aracı olmuş durumda. Hastalıkların tedavisi için harcanan tutarlar, önleme ve muayeneye yönelik harcamaları geride bırakacak. Sağlık sektöründeki çok sayıda yeniliğin tıp alanında devrim yaratması, tıbbi görüntüleme, ilaç, tıbbi cihaz ve fen bilimleri gibi sağlık sektörlerindeki harcamaların 2020 yılında yüzde 6,4 artışla 2,1 trilyon dolara çıkması bekleniyor.(2) Araştırmada bahsi geçen tedavi merkezli tıp anlayışının temelini oluşturan tıbbi cihaz, tıbbi araç-gereç

ve ilaç üretiminin neredeyse tamamı sağlık endüstrisi tarafından yapılmaktadır. Sağlık hizmetlerinin sunumunda merkezi konuma sahip olan bu ürünler tamamen metalaştırılmıştır. Sağlık endüstrisi, sağlık hizmetleri üzerinden yaratılmış olan bu sermaye birikiminin bir yandan tamamına hakim olmaya çalışırken bir yandan da bu pazarı büyötmeye çalışmaktadır

Sağlık hizmetleri alanındaki bu pazarın büyümesi için daha fazla sağlık başvurusu olmalı, daha fazla tetkik yapılmalı ve daha fazla tıbbi işlem, ilaç uygulaması olmalıdır. Sağlığa olan talep adeta salgın varmışçasına büyümeli ve sağlıkçıların tanı tedavi yaklaşımları çok daha fazla tıbbi araç ve ilaç bağımlı olmalıdır. Türkiye'deki sağlık harcamalarının alt başlıklarına, hastane başvuru sayılarına, tomografi, MR kullanımındaki artışa, ameliyat sayılarına baktığımızda sağlık hizmet sunumunun sağlık endüstrisinin amacına uygun bir yapıya dönüştüğünü görürüz. Türkiye'de kişi başı hekime müracaat sayısı 2002 yılında ortalama 3,1 iken 2016'da 8,6 olmuştur. Sadece hastanelere başvurulara bakıldığında kişi başı yıllık ortalama başvuru sayısı 1,9 dan 5,6 ya yükselerek 3 kat artmıştır. Hastanelerde bir yıl içerisinde hasta yatış sayısı 2002'de 5,5 milyon iken 2016'da 13,4 milyona yükselmiştir. Ağız ve diş sağlığı hizmetlerine müracaat sayısı yılda 5,4 milyondan 44,1 milyona çıkmıştır. Bir yıl içerisinde gerçekleşen ameliyat sayısı 3 kat artarak 2002 yılında 1,5 milyon iken 2016 yılında 4,7 milyon olmuştur. Türkiye'de 2002 yılında 58 olan MR cihazı sayısı 2016'da 836'ya, 2002'de 323 olan bilgisayarlı tomografi cihaz sayısı 1152'ye çıkmıştır. 2016 yılında 14,9 milyon tomografi görüntülemesi 12,5 milyon MR görüntülemesi yapılmıştır.(3) 2016 yılında ilaç için yapılan harcamalar ise 22,1 milyar liraya yükselmiştir.(4) Kamu ve özel sağlık kurumları dahil olmak üzere göre

2002 yılında Türkiye'nin yıllık toplam sağlık harcaması 18,7 milyar lira iken 2016 yılında bu rakam 119,7 milyar liraya ulaşmıştır. (5) Sağlık hizmetlerinin kullanımındaki ve sağlık harcamalarındaki bu artışla beraber sağlık çalışanlarının sayısı 2002 yılında 378 bin iken 2016 yılında 871 bine ulaşmıştır.

Sağlık sermayesi açısından bakıldığında bu harcamalar 15 yılda 6 kattan fazla büyüyen ve kâr oranlarının çok yüksek olduğu bir pazar demektir. Bu noktada sağlık sermayesi ile sağlık harcamaları arasındaki ilişkinin nasıl tanımlandığı önemlidir. Sağlık harcamalarına, salt bir gereksinimin sonucu olarak ve sadece ülkedeki sağlık 'standartlarının' yükseltilmesi olarak bakılırsa bu ilişkinin doğru tanımlanması mümkün olmaz. Çünkü sağlık hizmetleri sermaye için artık sadece emeğin yeniden üretimi için gerekli değildir. Sağlık hizmet sunumu aynı zamanda doğrudan sermaye birikiminin bir alanı haline dönüşmüştür. Sağlık harcamaları ile sermaye arasındaki ilişkide sermaye, toplumsal sağlık gereksinimini karşılamak için o alana yatırım yapan konumda değildir. Sermayenin asıl konumu sağlık hizmetlerine duyulan gereksinimden 'artık değer' yaratan bir sektör yaratmaktır.

Sunulan sağlık hizmetinin ne ölçüde kullanım değeri taşıdığına ve dolayısıyla ne kadar gereksinim içerdiğine hizmete başvuranların karar verme sürecinin farklı belirleyenleri mevcut. Sağlık talebinin kışkırtılmasında medyanın önemli bir rolü var. TV ve internet üzerinden her yakınmanın hastalık belirtisi haline getirildiği ve bunun üzerinden sağlık hizmet talebinin kışkırtıldığı aşikârdır. Ancak bu gayretler genelde bir reklam fonksiyonu görmekte. İnsanların tıbbi otorite olarak gördükleri sağlıkçılarla bir sağlık kurumunda deneyimledikleri süreç sağlık hizmet talebi açısından çok daha belirleyici durumda. Neredeyse her semptomu yönelik laboratuvar tet-

kiklerinin kullanımı, tanısai ve tedavi amaçlı cerrahi girişimlerdeki ciddi artışlar, neredeyse her polikliniğe başvuranın elinde reçeteyle ayrılması, hastane kontrol randevularının giderek sıklaşması gibi niceliksel artışın yukarıdaki rakamlara yansıdığı uygulamalar, yalın üretim tekniklerinin verimliliği yüksek hastane işletmeleri için çalışanlarına rıza ve baskı mekanizmalarıyla sürekli dayattığı hizmet sunma biçiminin sonuçlarıdır.

Emek Süreci ve Yalın Üretim

Yalın hastane' ve 'yalın sağlık' kavramları yalın üretim tekniklerinin sağlık alanına uygulanmasıyla ortaya çıkan tanımlamalardır. Kapitalist üretim sürecinde bir üretim tekniği olan yalın üretimin hizmet sektöründe uygulanmaya başlamasıyla hastanelerin sağlık hizmet üretim süreçleri de bu üretim tekniğiyle şekillenmeye başlamıştır. Yalın üretim politikaları özü itibarıyla emek süreciyle ilişkilidir. Bu nedenle emek süreci teorisi üzerinde durulmadan yalın üretim ve sağlık hizmetleri için yalın sağlık süreçlerini değerlendirmek mümkün olamaz.

El birliği ve manüfaktür dönemlerinin kendilerine özgü emek süreçleri olmakla beraber modern sanayinin gelişimiyle emek sürecine Taylorist ve Fordist modeller hâkim olmuştur. Frederick W. Taylor, 'Bilimsel Yönetimin İlkeleri' adlı kitabında yeni emek yönetimi biçimini 'bilimsel' bir olgu olarak tanımlıyordu. Taylorizm doğrudan emeğin denetlenmesi üzerine odaklanmaktadır. Taylor sisteminin bütün amacı, vasıflı işçinin emek sürecindeki kontrolünü ortadan kaldırarak kontrolü yönetime aktarmaktır. Emek süreci tartışmalarını derinleştirerek önemli katkı sunan Harry Braverman, Taylorizme dair şu tespiti yapar; *'Emek sürecinde bütün denetimin yönetime geçmesi gerektiğini savunan Taylorizmin baş-*

lıca üç ilkesi vardır. Birincisi, emek sürecinin basitleştirilmesidir. Emek sürecindeki basitleşme bütün üretim sürecinin parçalanmasını gerekli kılmaktadır. İkincisi, kafa emeğinin üretimden alınarak planlama düzeyinde merkezileştirilmesi, üçüncü ilke ise işçinin yaptığı işin her aşamasının yönetimce planlanması ve bu planın işçiye emirler biçiminde iletilmesidir.’ (6)

Kapitalist emek sürecinde, 1910’ların başlarından itibaren Fordist bant sisteminin kullanılmaya başlanması ve bunun Taylorist yönetim anlayışı ile birleşmesi sonucu nispi ve mutlak artık değer oranını artırma açısından önemli bir dönüşüm gerçekleşmiştir. (7) Taylorist-Fordist üretim modelleri, emeğin giderek vasıfsızlaşması, emekçilerin bilimden koparılması ve iş üzerindeki tasarım kabiliyetinin ortadan kaldırılmasıyla emeğe yabancılaşmanın derinleşmesi gibi sonuçlar doğurmuştur. 1970’li yıllarda yaşanan kapitalizmin küresel krizi, sermayeyi kâr oranlarını artırmanın yollarını aramaya itmiş ve bu da emek sürecindeki denetim mekanizmalarının sorgulanmasına sebep olmuştur. 1940’lı yıllarda Japonya’da Toyota otomobil fabrikasında uygulama denemeleri yapılan, daha sonraları ‘yalın üretim’ olarak adını duyuran ‘Toyotist’ üretim, sermayenin kâr oranlarını artırma arayışına cevap veren bir model olarak 1980’li yıllarda öne çıkmıştır. Sermayenin ideologları tarafından, Fordist-Taylorist üretim teknikleri hedef tahtasına oturtularak sürekli daha fazla üretmeye şartlanmış, kitle üretimini amaçlayan, çalışanları vasıfsızlaştırarak iş yönetim sürecinden uzaklaştıran, gereksiz stokla ve hareketlerle israfa açık, verimsiz, kaliteyi önemsemeyen üretim süreçleri olarak eleştirilmiştir. Bu eleştiri zemininde yalın üretim sistemiyle, iş sürecinde zaman ve enerji israfının en aza çekilmesi, iş akışlarının hızlandırılması, değer yaratan faaliyetlere odaklanması, maliyetin azaltılması ve ça-

lışanların iş süreci üzerinde etkin kılınması gibi hedefler tanımlanmıştır. *Yalın üretimde amaçlar, sadece müşterinin istediği ürünleri (fonksiyon, kalite ve fiyat açısından), müşterinin istediği zamanda (pazara sunulduğu zaman, teslim süresi, sevkiyat sıklığı), daha az kaynak harcayarak (emek, ekipman, zaman, alan vb.) üretebilmek ve müşteri için bir değer teşkil eden faaliyetlere odaklanabilmek olarak sıralanmıştır.* (8) Üretim sürecindeki bu uygulamalarla asıl hedeflenen aynen Taylorizm ve Fordizmde olduğu gibi sermayenin emek üzerindeki denetimini daha da artırarak, emek üretkenliği ve emek yoğunluğunda sağlanacak artışla artık değer miktarını artırmaktır.

Yalın üretim Taylorist-Fordist üretim tekniklerini eleştirirken yedi temel israf sebebi ortaya atmıştır. Fazla üretim, bekleme, gereksiz taşıma, gereksiz işlem, gereksiz hareket, hatalı üretime bağlı tamir, fireler ve stok olarak israf nedenleri sıralanmaktadır(9). İsrafi önlemek için ise gereksiz unsurların elenmesi, sıfır hata, sıralı bir süreç, çok fonksiyonlu takımlar, hiyerarşik kademelerin azaltılması, takım liderliği, yatay bilgi sistemleri, sürekli iyileştirme gibi uygulamalar önerilmiştir.(10) Burada israf sebeplerine ve bunun çözümü için getirilen önerilere bakıldığında bir işçinin bir gün içerisinde işyerinde harcadığı emeğin ne kadar daha üretken hale getirilebileceği ve emeğin ne kadar daha yoğunlaştırılabileceği üzerine bir çalışma olduğu netçe görülebilir. İşçinin çalışma saatleri içinde üretim yapmadığı her an sermaye için kayıptır ve ölü zaman olarak görülmektedir. ABD Ulaştırma Bakanlığı için Japonya'da uygulanan yalın üretim sistemini açıklamak üzere kaleme alınmış bir rapor, yalın üretimin temel amacını bütün açıklığıyla ifade ediyor: "Japonya'daki kalite çemberlerinin temel amaçlarından biri, her bir **işçinin her saat boyunca tam 60 dakika**

çalışması hedefine ulaşmaktadır.” (11) Yalın üretimin uygulandığı Toyota fabrikasında bir işçi 8 dakika 26 saniyelik bir üretim çevriminde 35 tane farklı iş yapmakta ve bu süreç içinde gün boyunca 11 km yol kat etmektedir. Geleneksel Fordist fabrikalardaki emek sürecinde işçiler dakikada yaklaşık 45 saniye üretken faaliyette bulunurken, yalın üretim uygulamasında bu süre 57 saniyeye çıkmaktadır. (12) **Yalınlıktan kastedilen ölü zamanın tespit edilmesi ve bu zamanın elenmesidir.** İşçinin işyerindeki her anının sermaye için değer üreten zamana dönüştürülmesi hedeflenmektedir.

Sağlıkta Yalın Üretim

Sağlık hizmet sunumu, dünyanın neresinde, hangi toplumda ve ne koşullarda olursa olsun içeriği büyük oranda standardize edilmiş bir üretim sürecine dönüştürülmüştür. Sağlık hizmet sunumunun bu özelliği sağlık emek sürecinin dizayn edilmesiyle mümkün hale gelmiştir. Bugün için sağlıkçı kimliğine sahip insanların mesleki pratiği, otomobil veya ayakkabı fabrikasındaki emekçilerin çalışma biçimleri ve çalışma amaçları nasıl belirleniyorsa aynı yöntemlerle aynı amaçlar gözetilerek belirlenmektedir. Sermaye yatırımlarının hizmet alanına da girerek genişletilmesiyle toplumsal emek her kulvarda her zerresine kadar sermaye birikim kaynağına dönüştürülmektedir. Sağlık emekçileri açısından net ifade etmek gerekirse artık radyoloji teknikerinin, hemşirenin, hekimin, hasta bakıcının emeği aynen banka çalışanının, metal işçisinin, tarım işçisinin emeği gibi, burjuvazi açısından benzer denetim aygıtları ile kontrol edilir ve tek bir amaca hizmet eder: Karşılığı ödenmemiş emek üzerinden artık değer elde etmek.

Poliklinik Hizmetleri Üzerinden Yalın Hastane Uygulamalarının Değerlendirilmesi

Polikliniklerde hasta sirkülasyonunun hızlı olması hastanede yalın üretim için kritiktir. Bekleme süresi hasta memnuniyetini düşürmekte ve bu da faaliyetlerin kattığı değeri azaltarak hastane verimliliğini düşürmektedir. Tam bu noktada poliklinik hizmeti için değer katmayan faaliyetlerin neler olduğu çok önem kazanmaktadır. Bir hastanede tomografi 5 dakika içinde, röntgen 2 dakika içinde çekilebilirken bir hastanın poliklinik muayenesinin 15-20 dakika sürmesi hasta sirkülasyon hızını ciddi şekilde etkilemektedir. Hasta döngüsünün yalın hastanedeki kritik rolü şöyle vurgulanmaktadır; *“Sağlık sektörüne özel tedarik zincirleri birçok elemandan oluşmaktadır. Bu kapsamda sağlık sektöründeki tedarik zinciri yönetimi uygulamaları sadece ilaçlar, tıbbi malzemeler ve cihazlar gibi fiziki ürünleri değil, aynı zamanda hasta sirkülasyonunu da içermektedir.”* (13) *“Bütün hastanelerde yaşanan temel problem sürekli hasta akışının sağlanamamasıdır.* (14)

Bu sorunun çözümü için yalın üretim tekniklerinin aynen bir fabrikadaki üretim süreci gibi hastanede hasta uğrakları üzerinde nasıl uygulanması gerektiği şu şekilde anlatılmaktadır:

“Akışa ve çekme sistemine dayalı bir üretimin başarılabilmesi için ilk olarak takt süresinin hesaplanması gerekmektedir. Takt süresi ile üretim hızının müşteri talebi ile senkronize edilmesi amaçlanmaktadır. Takt süresi, mevcut üretim süresinin talebe bölünmesi ile hesaplanmaktadır. Örneğin, hastanenin bir bölümüne sekiz saatlik çalışma süresinde 70 hasta gelmekte olduğunu düşünelim. 480 dakikalık çalışma süresinin 60 dakikası hastaların tedavisi dışında toplantı, dinlenme araları gibi süreler ise hastaların tedavisi için ayrılan

süre 420 dakikadır. Hasta taleplerinin karşılanabilmesi için her bir hasta ziyareti 6 dakikada tamamlanmalıdır. Bu durumda takt süresi 6 dakika olmaktadır. Takt süresi, tek parça akışın sağlanabilmesi için her bir süreç aşamasının hızının ne olması gerektiğini belirtmektedir. Örneğin, 10 süreç aşamasının olduğunu ve her bir süreç aşamasının da takt süresi 6 olmak üzere senkronize edildiğini düşünelim. İlk hasta 60 dakika sonra süreçten ayrılacaktır. Tek parça akışı başarılabilirse, bir sonraki hasta hattı 6 dakika sonra terk edecektir. Talebin karşılanabilmesi için her bir süreç aşamasının çevrim süresi 6 dakika veya daha az olmalıdır. Herhangi bir süreç aşaması 6 dakikadan fazla olursa orada dar boğaz oluşacaktır. Takt süresinde senkronize edebilmek için her bir aşamanın işlem süresi azaltılmalı ve iş gücü düzeyi uygun olacak biçimde belirlenmelidir. Eğer bir süreç aşaması 24 dakika sürüyorsa takt süresinde tek parça akışı sağlamak için 4 merkez (masa) olmalıdır. İşlem süresi 12 dakikaya düşürülürse bu durumda iki merkez (masa) yeterli olacaktır.” (15)

Bu pasaj poliklinik hizmetleri açısından değerlendirildiğinde, yığılmalara sebep olabilecek aşamaların başında hasta muayenesi gelmektedir. Dünya Tabipler Birliği'nin açıklamalarında da vurgulandığı gibi bir hastaya ayrılan muayene süresinin 20 dakika olması gerekmektedir. Oysa bu süre hastanedeki yalın üretimin en önemli unsurlarından biri olan değer akış şemasını bozmakta, yığılmalara sebep olmaktadır. Bir başka deyişle **sermaye için emek sürecindeki ölü zamanı artırmaktadır**. İşte bu noktada yukarıdaki pasajda anlatıldığı gibi değer akışını engelleyen muayene süresine yalın üretim teknikleriyle müdahale edilmesi gerekmektedir.

Poliklinik önündeki bekleme sürelerini azaltmak için iki yöntem öne sürülmektedir. Birisi tek parça akışı sağlamak için 4

masa oluşturulması, yani hekim sayısının, hekimle birlikte çalışan tıbbi sekreter sayısının, muayene odası ve içerisindeki araç gereç sayısının 4 katına çıkartılması demektir. Bu sermaye açısından çok ciddi bir maliyet unsuru olacaktır. O halde yalın üretim tekniklerinin en önemli özelliği gereği işlem süresinin, yani muayene süresinin azaltılmasına odaklanılmalıdır. Muayene sürecinin içeriğine bakıldığında hastadan ayrıntılı öykü alma, vücut sistemlerine yönelik sorgulama (sistem sorgusu), ayrıntılı fizik muayene, tüm verilerin sisteme/hasta dosyasına not edilmesi, gerekli görülen tetkiklerin istenmesi, tetkik sonuçlarının değerlendirilmesi ve gerekli görülmesi halinde tedavi düzenlenmesi gibi aşamalar mevcuttur. Yalın üretim açısından muayene süresinin kısaltılması için değer katmayan faaliyetlerin tespiti ve elemine edilmesi gerekir. Bugün için hastanelerdeki muayene süreçlerine bakıldığında genel olarak polikliniklerin büyük çoğunluğunda hasta ile hekimin neredeyse göz teması dahi kurmadığı, ayrıntılı öykü yerine hastanın en belirgin birkaç semptomunun değerlendirmeye alınabildiği, fizik muayene için ise ilgili uzmanlık dalının veya hastanın şikâyetlerinin işaret ettiği organa yönelik muayeneyle yetinilmek zorunda kalındığı bir hekimlik pratiğiyle karşı karşıya olduğumuz söylenebilir. Kuşkusuz muayene sürecinin bu yanları yalın üretimin ideologları tarafından asla dile getirilmez. Çünkü bu durum sağlık hizmetindeki niteliksizliği deşifre edecektir ve bu da tamamen birer müşteri olarak görülen hastalar nezdinde 'kalite' sorgulamasına neden olacaktır. Kalitenin sorgulanması ise müşterilerin o hizmet için gönüllü olarak para ödemesinin önüne geçecektir. Yani işletme verimliliği yara alacaktır. Oysaki anamnez ve fizik muayene, bir hekim için tanı ve tedavi açısından en kritik aşamalar arasında yer almaktadır. Yalın üretim teknikleri kullanılarak hastane poliklinikleri günde ortalama

100'e yakın hastanın bakıldığı ve böylece emek yoğunluğunun kıyasıya artırıldığı bir üretim sürecine dönüştürülmüştür.

Peki, bu noktada şu akla gelmelidir. Hekimlere hasta muayenesini 4-5 dakikaya sığdırması ve anamnez ile fizik muayene gibi önemli hekimlik pratiklerinden vazgeçmesi nasıl kabul ettirilmektedir. İşte bu noktada yalın üretimin performansla ücretlendirme, standardizasyon, iş gücünün parçalanması, teknolojik denetim gibi hegemonik ve despotik emek denetim mekanizmaları devreye girmektedir.

Standardizasyon sağlık emeğinin yoğunlaşması için en kritik yöntemlerden birisidir. Tanı ve tedavi yöntemleri olabildiğince standardize edilmektedir. Tıp tarihinde sağlıkçılık pratiğinin en önemli yaklaşımlarından olan 'hastalık yoktur hasta vardır' anlayışı yalın üretim açısından hedef tahtasındadır. Tıp kültürünün bu yaklaşımı sağlık hizmetinin niteliğine yönelik, yani 'kullanım değeri'ne yönelik bir vurgudur. Bu anlayış yalın ideologlarca çarpıtılarak hedef haline getirilmektedir. Yalın üretimde 'hasta odaklı' olma sürekli vurgulanmaktadır. Kişiyeye özgü sağlık sorunlarının önemsendiği her fırsatta ifade edilerek bu sorunlara çözüm için insanlar hastanelere çağırılmaktadır. Çarpıtma tam da buradadır. Kişiyeye özgün sorunların sağlık hizmet talebinde artış sağlaması istenmektedir. Yalın üretimin hasta odaklı yaklaşımının sınırı değer yaratan faaliyetlere kadardır. Bunun dışında kalan her yaklaşım sermaye için ölü zamanı artırır. Hasta sirkülasyonunun yalın üretim açısından kritik rolü düşünüldüğünde poliklinikte sağlıkçının her hastanın özgün yönlerini anlamaya yönelik yapacağı değerlendirme değer akış şeması açısından kayıp demektir. Muayene sürecini hızlandırmak için hastaya değil, hastalığa odaklanılmalıdır. Böylece

soruna yönelik düşünme süreci kılalacak ve hızla karar verilecektir. Yalın üretimde bu anlayış şöyle savunulmaktadır:

“Üretim sektöründe üretilen tüm parçalar standart iken hastanelerde tüm hastaların birbirinden farklı özellikler gösterdiği ileri sürülmektedir. Yalın uygulamalarda tüm hastaların özdeş kabul edilmesi söz konusu değildir, benzer grupların içerisinde olanlara benzer tedavilerin uygulanmasının gerçekleştirilmesi önerilmektedir. Yalın düşünce görevlerin geliştirilmesinden süreçlerin geliştirilmesine doğru değişimi sağlayan bir düşünceye doğru hareketi sağlamaktadır.” (15)

Standardizasyonun yalın üretim açısından en kritik yönlerinden birisi de emek süreci üzerindeki mutlak denetimi kolaylaştırıcı özelliğidir. Standart işin emek denetim unsuru olarak görüldüğü şöyle ifade edilmiştir; *“Standart işin bir silah veya eleştiri olmadığını, işimizi yapmak için mevcut durumda bildiğimiz en iyi yol olduğunu vurgulamakta yarar var. Standart iş en iyi uygulamadır ve yapılan işi **denetlemek veya gözlemek**, öğretmek ve rehberlik etmek için iyi bir yöntemdir”.* (15) Sağlıkçıların pratiğindeki standardizasyonun belirlenmesi çok boyutlu bir süreçtir. İş tanımları, iş akış şemaları, tedavi patikaları, değerlendirme formları, tedavi standartları gibi çok sayıda form, standart ve kuralla yeniden düzenlenen sağlık emek süreci, bu nedenle çok sayıda kuramcı tarafından “bürokratik tıp” olarak adlandırılmaktadır. (16) ‘Standart iş’, emek yoğunluğunu artırmanın en etkin yollarından biri olduğu kadar, **bürokratik denetim** mekanizmalarının da temel dayanağıdır.

Yalın üretim metodu olarak performansla ücretlendirme

Performansa göre ücretlendirme sağlık emek sürecindeki en önemli hegemonik denetim aygıtlarından birisi olarak kullanılmaktadır. Sağlık çalışanlarına yönelik ücret politikası, temel ücretleri sürekli baskılamak ve böylece emeklilik kazancına yansımayan ek ödemelerin toplam ücretteki payını yükseltmek yönündedir. Özellikle hekimlerin ücretleri içindeki performans gelirlerinin sabit maaşlarına oranı giderek artmaktadır. ‘Sağlık Bakanlığına Bağlı İkinci ve Üçüncü Basamak Sağlık Kurumlarında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönerge’ ile tüm hizmet unsurları en küçük ayrıntısına kadar tanımlanmış, standardı belirlenmiş ve puanlanmıştır.

Polikliniklerdeki muayene süreci üzerinden performans sistemini değerlendirecek olursak, polikliniklere başvuran hasta sayısı- la orantılı olarak daha fazla performans puanı elde edilmektedir. Bu durum hekimlerde daha fazla ve dolayısıyla daha hızlı hasta bakma baskısı yaratmaktadır. Böylece bir hastaya ayrılan muayene süresinin kısaltılması, ücretlendirme politikası aracılığıyla hekimlere rıza yoluyla kabul ettirilmektedir. Hekimler poliklinik esnasındaki her saniyesini hastaya ayırmaya ve muayene süresini olabildiğince kısaltarak daha fazla hasta bakmaya şartlandırılmaktadır. Bu tam da yalın üretimin **emek yoğunluğunu** ve böylece **mutlak artık değeri** artırma politikasının hayata geçirilmesi anlamına gelmektedir. ‘Beyond Heroes’ kitabının yalın hastanesi Theda Care’de hekimlerin performans politikaları ile yalın üretimi benimsemelerinin nasıl sağlandığı şöyle anlatılmaktadır: “*Yalın dönüşümümüzün başlangıcı ve iş performansı sistemimizi uygulamaya başlamamızdan bu yana, doktorlarımızın sürece tam olarak katılımını engelleyen pek çok bariyerle karşılaştık ve bu bariyerle-*

ri ortadan kaldırmak için birkaç basit yöntem geliştirdik. Öncelikle, **finansal ödüllendirmenin** yadsınamaz bir önem taşıdığını belirtmeliyiz. Finansal ödüllendirmeye yönelik düzenlemelerimiz sonrasında Theda Care’de çalışan doktorlar yeni çalışma yöntemlerimize uyum sağlamaya daha büyük ilgi gösteriyorlar. Performans iyileştirmeleriyle prim ödemelerini ilişkilendirebilir ve iyileştirme çalışmalarına katılabilmeleri için belli zaman dilimleri ayrılmasını iş tanımlamalarına yazabiliriz. Böylece hastane bünyesinde çalışan doktorlar da dâhil herkesin sisteme katılımı ve katkısını sağlamak daha kolay olabilir.” (15)

Performansa dayalı ücretlendirmelerle başta hekimler olmak üzere sağlıkçılara hastane gelirlerine ortak oldukları mesajı verilmektedir. Hastane gelirleri ne kadar yüksek olursa ek ödemelerin de o oranda yüksek olacağı ifade edilerek ‘kazan-kazan’ mantığı öne çıkartılmaktadır. Kapitalizmin yeniden yapılandırıldığı neoliberal dönemde ‘işçi ve yöneticilerin çıkarlarının bağdaşabilir’ olduğu, ‘emek-sermaye çelişkisi yerine uzlaşma kültürünün’ benimsendiği, ‘şirket kazanırsa ben de kazanırım’ gibi ideolojik söylemler rıza üretiminde sık kullanılmaktadır. Sağlık emek sürecinde bu yöntemler uygulanarak **emeğin gönüllü boyunduruğu** sağlanmaktadır. (17)

Yalın üretim açısından performans politikasının hızlı hasta sirkülasyonu kadar önemli bir işlevi daha vardır. Bu da hastane gelirini artırmaya yönelik olarak daha fazla tetkik istenmesidir. Gerek kamu hastaneleri gerekse özel hastaneler için oranları değişmekle beraber ilgili tetkik karşılığında sosyal güvenlik kurumundan ve hastalardan alınan ödemeler işletme gelirlerini belirleyen en temel unsurdur. Bir hekim istediği tetkik ve uyguladığı tanı yöntemi-ne göre performans puanı elde etmektedir. Bu da hekimleri çok

daha fazla girişimsel tanı yöntemi ve çok daha fazla tetkik istemeye yönlendirmektedir. Muayene sürelerinin kısalması, hekimleri hem tanıya ulaşma açısından hem de yanlış veya eksik tanı koymanın getireceği hukuki yaptırımlardan sakınma amaçlı olarak daha fazla tetkik istemeye yönlendirmektedir. Dolayısıyla performans dayalı ücretlendirme, sağlık hizmetinin işleyişine yönelik teknik bir işletme-organizasyon müdahalesi değil, sağlık hizmetinin doğrudan doğruya doğasına yönelik bir müdahaledir. (16) Bu müdahale sağlık hizmetinin niteliğini, yani kullanım değerini de azaltmaktadır. Yalın sağlık politikaları hekimleri avcunun içine alarak daha fazla değer yaratmak için 'yalın yalın' işlemektedir. Hatta öyle işlemektedir ki, gereksiz istenen tetkiklerin ve beden bütünlüğüne aşırı müdahaleci tıp pratiğinin olası zararları düşünüldüğünde tıbbi etik açısından en önemli ilkelerinden biri olan 'önce zarar verme' anlayışı hiçe sayılmaktadır. TTB Etik Kurulu (2009) tarafından gerçekleştirilen geniş kapsamlı araştırmaya katılanların yüzde 81,1'i çalışanlar arası rekabetin, yüzde 69,3'ü ise klinikler arası rekabetin arttığını belirtmiştir. Aynı biçimde katılımcıların yüzde 56,1'ine göre mesleki dayanışma azalmıştır. Söz konusu araştırmanın en çarpıcı sonucu ise katılımcıların yüzde 96'sının performansa dayalı ücretlendirmenin dürüst çalışmayı azalttığını belirtmesidir. Aynı zamanda bu uygulamalar, hastane yöneticilerini de hastanenin kârını artırmaya ve maliyetleri minimuma düşürmeye odaklanan işletmecilere dönüştürmektedir. (16)

Rıza mekanizmalarının yanı sıra yönetsel düzenlemeler de devreye sokularak bürokratik baskı mekanizmalarıyla hasta muayene süreleri kısaltılmaya çalışılmaktadır. Sağlık Bakanlığı'nın 31 Kasım 2016'da yayımladığı genelge ile hastanelerden randevu aralıklarının 10 dakikadan 5 dakikaya düşürülmesi ve randevusuz gelen

hastaların da muayene edilerek mağdur edilmemesi istenmiştir. (18) Yalın üretimin kurum performansı ve kalitesini belirleme yöntemleri olarak kullandığı hasta memnuniyet anketleri ve müşteri memnuniyetine odaklanarak hayata geçirdiği SABİM şikâyet hattı ile hasta hakları birimleri, sağlıkçılar için birer baskı aracı olarak kullanılmaktadır. Bir gün içerisinde yüze yakın hastaya poliklinik hizmeti vermek durumunda bırakılan hekimler, en ufak bir aksaklıkta her an hasta veya yakınları ile karşı karşıya gelmekte ve şikâyet edilme baskısı altında nefes almadan çalışmaya yönlendirilmektedir.

Tıbbi teknolojiadaki gelişmelerin katkısı ile tedavi ve tanı işlemleri çok daha kısa sürede tamamlanmaktadır. Yine otomasyonla ilgili düzenlemelerin de işin hızını artırdığını söyleyebiliriz. Çalışma günü içerisinde yapılan tetkik ve tedavi sayısının artmasına yol açan bu durum, **teknolojik** denetim mekanizması olarak işlev görmektedir. (19) Performans yoluyla sağlanan hegemonik denetim ile teknolojik denetim mekanizmaları birbirini destekleyerek sağlıkçıları makinelerin hızına uyum sağlar hale getirmektedir.

İşgücünün parçalanması

İşgücünün parçalanması Taylorizm ve Fordizm'de olduğu kadar, yalın üretimde de önemli emek denetim politikalarından birisidir. *Yalın üretimin uygulandığı işyerlerinde işçiler **çekirdek** ve **çeper** olarak katmanlaşırlar. Çekirdek katman, kadrolu, istihdam güvencesi görelî olarak yüksek, ekonomik durumu görelî olarak daha iyi işçilerden oluşur. Buna karşılık çeper, güvenceden yoksun, part-ti-me, geçici, süreli sözleşmeyle çalışan ya da taşeron işçisi konumunda olan, ekonomik durumu çok daha kötü işçilerden oluşur. Çekirdek katmanın işletmeye bağlılığı, iş disiplini, çalışma süreleri*

vb. bakımından ne denli fedakârca çalıştığı yalın üretim üzerine yapılan çalışmalarda sürekli vurgulanan bir noktadır. (11) Poliklinik hizmetleri özelinde hastanelerdeki duruma bu açıdan bakıldığında çekirdek işçiler katmanında yer alanların hekimler olduğunu görürüz. Tıp kültürünün bilgi hiyerarşisi zemininde öne çıkardığı hekim otoritesi, yalın üretim açısından da kullanılmaktadır. Hekimler yalın üretim tekniklerinin uygulanmasında karar verici konumlarıyla yalın üretim kültürünün en fazla benimsetilmesi gereken çalışanlar olarak görüldüğü için kritik konumdadır.

Sağlık emekçilerinin tümü değerlendirildiğinde ortalama olarak sağlıklılara ödenen ücretler giderek düşmekte ve mutlak artık değer artmaktadır. Sağlık hizmet sunumunun en kritik çalışanlarından olan hemşireler neredeyse hiç performans geliri ödenmeyecek ücret açısından dezavantajlı konuma itilmektedir. Hemşireler sadece ücret politikası ile değil, hastaya yönelik tıbbi takip karar verme mekanizmalarının tamamen dışarısında bırakılarak ciddi bir mesleki değersizleştirme dayatmasıyla karşılaşmaktadırlar. Performansla ücretlendirme politikasının yalın tekniklerin uygulanmasında kritik konumda olan hekimlere yoğunlaşmış olması, yalın üretimin işletmenin kâr maksimizasyonu için işgücünü nasıl parçalara böldüğünün açık kanıtıdır. Nitelikli sağlık hizmet sunumunun tüm sağlıkçılarla ekip olarak verilebileceği gerçeği, yalın üretim tekniklerinin etkin uygulanabilmesi için yok sayılmaktadır. Nitelikli sağlık hizmet sunumunun engellenmesinde hekimleri yalın politikalar çerçevesinde kullanarak hekimlik mesleği bir başka değersizleştirme ile karşı karşıyadır. Yalın üretimde çalışanların iş sürecine daha fazla katıldıkları tek nokta işletme verimliliğini artıracak mekanizmalardır. Gerçek ise sağlık çalışanlarının emeğinin ciddi bir değersizleştirmeye maruz kaldığıdır.

Poliklinik hizmetleri ve daha çok hekim emeği üzerinden yalın hastane uygulamalarına yönelik somut örneklerle bir değerlendirme yapılmaya çalışıldı. Ameliyathaneler, yataklı servisler, laboratuvarlar gibi hastanelerin birçok alanı sağlık emek süreci üzerindeki emek yoğunluğunu ve emek üretkenliğini artırmaya yönelik uygulamalarla doludur.

Sağlıkta Emek Mücadelesinin Öznesi ve Stratejisi

Sağlık hizmet sürecinin ‘yalın sağlık’ uygulamaları ekseninde incelenmeye çalışıldığı bu metinde esas olarak sağlığın meta karakteri, sağlık emek sürecinin dönüşümü ve emek denetim mekanizmaları vurgulanmaya çalışıldı. Bu vurgular iki temel unsur açısından kritik değere sahip; sömürünün kaynağının tespiti ve mücadelenin yöntemi. Sağlıkçıların kamu veya özel fark etmeksizin çalıştıkları tüm kurumlarda sömürü ilişkisi içinde olduklarının tespiti, mücadele yöntemi açısından doğrudan belirleyicidir.

Çalışırken sağlıklı kalabilmenin yolu işçi denetiminden geçiyor!

Sağlık çalışanlarının sağlığı (SÇS), emek sürecindeki denetimi işçi lehine arttırmak ve sömürü ilişkilerini ortaya dökerek mücadele alanını güçlendirmenin önemli bir gündemidir. Sağlıkçıların çalışma koşullarının taşıdığı yüksek riskler, sağlıkta şiddet ve intihar gibi nedenlerle yaşanan sağlıkçı ölümleri ve meslek hastalıkları değerlendirildiğinde sağlık hizmet sunumunun yönteminin sağlıkçıları için sağlıksızlık kaynağı haline geldiğini söyleyebiliriz. Bunun en çarpıcı kanıtını maalesef sağlıkçı intiharları oluşturmaktadır. Türkiye’de son 3 yılda 431 sağlık çalışanı intihar etmiştir. (20)

Yalın sağlık uygulamalarıyla emek yoğunluğundaki bu denli artış sağlıkçıları çalışırken tüketmektedir. Sağlıkta şiddet ise sağlıkçıların gündelik pratiğinin parçasına dönüşmüştür. Sadece Sağlık Bakanlığı'nın 'Beyaz Kod' verileri dahi her gün yüzlerce sözlü ve fiziksel şiddet vakasının yaşandığının kanıtıdır. Çalışırken katledilen hekimler bu durumun çarpıcı sonuçları arasındadır. Sağlıkta şiddetin bu denli sistematik bir hal almasının en önemli sebepleri yukarıda detaylandırılmaya çalışılan yalın sağlık uygulamalarında gizlidir. Sağlıkta metalama sonucu ortaya çıkan bu sağlık ortamı sağlıkçıların hasta ve yakınları ile olan ilişkisini doğrudan tehdit eder niteliktedir.

Hasta-sağlıkçı ilişkisi 'kalite' uygulamalarıyla suni hale getirilmiş, toplum gözünde sağlık emeği alabildiğine değersizleştirilmiştir. Toplumun sağlıkçılara yönelen öfkesi aslında sağlık sistemine olan tepkisidir. Ancak sağlıkta metalama ve sömürü ilişkileri görünmez kılındıkça bu tepki sağlıkçılara şiddet olarak kendini göstermektedir. Bu nedenle sağlıkta şiddetle mücadelede güvenlikçi politikalar her ne kadar hayati önemde de olsa sadece bu çerçevede sınırlı kalınmamalıdır. Bunu aşan ve sağlıkta şiddetin kök nedenleri olan yalın sağlık uygulamalarının deşifre edildiği, işçi denetimini arttırmayı hedefleyen bir mücadele perspektifi geliştirilmelidir.

Peki, SÇS konusunu böylesine bir mücadele sürecine nasıl dönüştürebiliriz? Sağlıkta şiddet üzerinden ilerleyecek olursak; örneğin, sırada onlarca hastanın olduğu bir poliklinikte öfkeli bir hasta yakını tarafından bir tıbbi sekreterin maruz kaldığı şiddet olgusu 'iş kazası' kapsamında ele alındığında SÇS alanının mücadele dinamikleri görünür hale gelir. 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu gereği iş kazalarının önlenmesi için her işyerinde bir dizi mekanizma tanımlanmıştır. İlgili yönetmelik uyarınca iş kazaları

nı ve meslek hastalıklarını önlemek için ‘risk değerlendirmeleri’ yapılmış olması gerekir. O işyerindeki sendikaların risk değerlendirmelerinin oluşturulma sürecine müdahil olma hakları vardır. Bu durumda SÇS konusunu işçi denetiminin ve emek sürecine müdahalenin aracı olarak gören bir sendika, riskin doğru değerlendirilmesinde etkin rol alabilir. Yani şiddet olayının meydana geldiği alanın fiziki şartları ve güvenliği yanı sıra poliklinik yoğunluğunun (emek yoğunluğunun), hastaya ayrılan sürenin (nitelikli sağlık hizmeti sunabilme olanağının), sağlıkçıları yoğun çalışmaya iten ücretlendirme politikalarının (performansla ücretlendirme) vb. şiddetin ortaya çıkmasında birer risk faktörü olduğu sendika tarafından ortaya koyulabilir. Bu süreç risk değerlendirmelerinde sağlık politikalarının yer almasını ve tartışmaya açılmasını sağlayabilir. Yine 6331 sayılı yasaya göre hastanelerde iş sağlığı ve güvenliği kurullarının oluşturulması gerekmektedir. Bu kurullarda sendika temsilcileri ve çalışan temsilcileri kurul üyesi olarak yer almaktadır. Şiddet olgularının risk faktörleri olarak sağlık sisteminin yalın üretim uygulamaları kurul gündemlerine taşınabilir. İşverenin temsil edildiği bu kurullar sağlık emek sürecinde işçi denetimini arttırmanın önemli bir zeminine dönüştürülebilir. Bu kurul denetiminde düzenlenen ve tüm çalışanlara verilmesi gereken iş sağlığı ve güvenliği eğitimlerinde yalın sağlık politikalarının tartışmaya açılması sağlanarak tüm sağlıkçılara ulaşmanın zemini yaratılabilir. Bu kapsamda iş kazalarının bildirimini, hukuki süreçlerin takibi, çalışan temsilcisi seçim süreçleri gibi birçok başlık sayılabilir.

Fiziksel, kimyasal, biyolojik, ergonomik, psikososyal tehlike ve risk faktörleri düşünüldüğünde çalışma hayatının her anı ve her uygulaması çalışan sağlığını doğrudan veya dolaylı olarak etkileyen çok sayıda etmenle doludur. Bu nedenle SÇS konusu bir müca-

dele gündemi olarak alındığında, çalışma hayatının her anı aynı zamanda bir mücadele sürecine dönüşmektedir. SÇS gündemi teknik ve hukuki bir konu olarak algılanmaktan çıkartılarak sendika ve meslek örgütlerinin işyeri örgütlenmelerinin emek sürecine doğrudan müdahale aracına dönüştürülebilir. Çalışan sağlığı meselesini yalnızca iş cinayetleri ve meslek hastalıkları çerçevesinde değerlendirmek sadece sonuçlarla ilgilenmemize sebep olup emekçileri konuya dışsallaştırdığı gibi, mücadeleyi de hukuk çerçevesinde sınırlar. Riskleri belirlemek, tehlikeyi kaynağında engellemek için örgütlenmek ve çalışma hayatını sağlıklılaştıran kapitalizme özgü sömürü ilişkilerini esas almak, işçi denetimini arttırarak sınıf mücadelesini güçlendirmenin zeminini yaratacaktır.

Ücret varsa, sömürü vardır!

Ücret mücadelesi işçi sınıfı tarihinde her dönem önde gelen gündemler arasında yerini almıştır. Sınıf mücadelesi içerisinde ücret gündemi sadece niceliksel olarak arttırılması talep edilen bir unsur olarak yer alırsa bu süreç sınıf ilişkilerini gizleyen, emek-sermaye çelişkisinin üzerini kapatan ve kapitalist üretim ilişkilerini yeniden üreten sistem içi bir özellik kazanır. Oysaki ücretli emek, sermayenin toplumsal emek üzerinde tahakküm kurma halidir. Kapitalist üretim ilişkilerinde işçinin emek gücü kapitaliste ücret karşılığı satılır. Bu metnin ana vurgusu olduğu üzere üretim sürecinde artık değer yani sermaye birikiminin kaynağı emekçilerin karşılığı ödenmemiş emeğidir. Sermayenin varoluş koşulu da artık değer var olmasına yani toplumsal emeğin bir kısmına (artık emek) el koyulmasına bağlıdır. Ücreti niceliksel olarak arttırmaya yönelik tüm mücadeleler kuşkusuz artık değeri azaltarak sermayeyi doğrudan hedef alır. Ancak bu mücadele 'adil ücret' yaklaşımına daraltılırsa, emek-sermaye çelişkisini reddederek işçi sınıfını zihinsel olarak

da kapitalizme hapseder. Bu nedenle 'ücret' özü itibariyle sömürü ilişkilerinin ispatıdır. Ücreti bu özden farklı ele almak sömürü ilişkilerinin de üstünü örtmeye hizmet eder.

Ücret aynı zamanda emek süreci üzerinde bir denetim aracıdır. Zamana göre ücretlendirme, parça başı ücretlendirme yöntemleriyle emek süreci kapitalist tarafından belirlenmiş olur. Sağlık emekçilerinin mücadelesinde ücret gündemi sömürü ilişkilerini deşifre etme unsuru olarak ele alınmalıdır. *İşçi ile işgücü ya da somut emek-soyut emek ayrımı yapmadan sadece somut emek üzerinden yapılacak mücadelenin temel referansı üretim gibi görünse de do-laşım alanı olacaktır. Daha fazla tüketme ya da yaşam düzeyinin artırılması ya da 'insan gibi yaşamak' vurguları, doğrudan sorunu fiyat mekanizmasına ve ücret pazarlığına taşır. Emeğin kapitalist toplumdaki soyut ve sosyal boyutunu işaret etmeyen her analiz-mücadele, nihai olarak emeğin metalaşması/nesneleştirilmesini meşrulaştırıcı, kabul edici bir rol oynar.*(21)

Nitekim hastane önlerindeki eylemlerimizde dile gelen 'Hakkımız olanı istiyoruz' 'İnsanca yaşamak istiyoruz' gibi sloganlar böylesine bir eksikliğin tezahürüdür. Sağlıkçıların performansına göre aldıkları ek ücretlerin artırılması, kazanım elde etme ve örgütlenme zeminini genişletmek açısından taktik olarak talep edilebilir ancak performans uygulamalarının emek yoğunluğunu nasıl arttırdığı ve bunun sonuçları olarak sağlıkçıların çalışma şartlarındaki olumsuzlukları oldukça net ifşa eden bir zemin üzerinde olmak kaydıyla. Performansa göre ücretlendirmenin sağlık hizmetinin niteliğinde ortaya çıkardığı tüm olumsuzluklar bizzat sağlıkçılar tarafından ortaya dökülmelidir. Bu, sağlıkçıların kendi emeği üzerindeki sermaye denetimini hedef almanın ve işçi denetimini arttırmanın etkili bir aracına dönüştürülebilir.

Ücret, SÇS haricinde aynı tespitler sendikal mücadelenin diğer başlıkları için de çoğaltılabilir. Burada vurgu yapılmak istenen emek sürecine müdahale eden, emek denetimini işçi sınıfı lehine çevirmeye odaklı bir mücadele sürecinin gerekliliğidir. Görüldüğü üzere, kapitalizmin sağlık politikalarına karşı kullanılan kavramları seçerken veya ücret, işçi sağlığı gibi mücadele gündemlerini kurgularken sömürü ilişkileri ve emek-sermaye çelişkisi esas alındığında mücadele pratikleri de bu doğrultuda şekillenmektedir.

Sağlıkçı pratiklerinden somutlaştırarak bitirmek gerekirse; yalın sağlık uygulamalarının boyunduruğunda çalışan bir hekimin daha nitelikli bir hizmet verebilmek için hastasının fizik muayenesine ayırdığı fazladan her saniye, laboratuvarında çalışan bir hemşirenin günde yüzlerce insandan kan alırken eline iğne batmaması için göstermeye çalıştığı dikkat ve özen, her gün binlerce hastanın girdiği hastane koridorlarında, aile hekimliği polikliniklerinde hasta veya yakınlarından şiddet görme tehlikesi altındaki sağlıkçıların anlayışlı ya da öfkeli tavrı, asgari yaşam koşullarını sağlayabilmek için ikinci bir işte çalışan hasta bakıcı veya temizlik işçisinin azmi ve yorgunluğu gibi daha yüzlercesini sayabileceğimiz kapitalizmin sağlıkçılık halleri aslında kendiliğinden sınıf olmanın, içimizde barındırdığımız direniş ve mücadele potansiyelinin tezahürleridir. Bu potansiyeli, örgütlülüğe ve mücadeleye çevirmek sağlık emekçileri olarak bizim elimizdedir.

Sağlık hizmetlerinin sermayeye artı-değer üretmek için değil toplum sağlığını geliştirmek için sunulduğu, sömürü ilişkilerinin sona erdiği, kapitalist uygarlığın tarihte kaldığı bir gelecek mücadelesi ve umuduyla...

Kaynakça:

- 1-) <https://www.dunya.com/ekonomi/dunya-saglik-harcamalari-127-trilyon-dolara-cikacak-haberi-274523>
- 2-) <http://sendika62.org/2004/11/iste-lobilerin-ssk-ilac-fabrikasini-kapattirmak-istemelerinin-nedeni-petrol-is-2064/>
- 3-) Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016, T.C. Sağlık Bakanlığı
- 4-) Genel Sağlık Sigortası; Ne Dediler Ne Oldu, TTB Tıp Dünyası Dergisi Eki Mart 2018
- 5-) http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1084
- 6-) Braverman H. Emek ve Tekelci Sermaye
- 7-) Akpınar T. Akpınar Ş. 'Emek Sürecinde Yeni Arayışlar'
- 8-) Yalın Enstitü. 'Neden Yalın Düşünce?', <https://lean.org.tr/neden-yalın-dusunce/>
- 9-) Gökçe İ. 'Mevcut Üretim Sürecinin Yalın Üretim Yaklaşımıyla Yeniden Yapılandırılması ve Bir Uygulama' Tez çalışması
- 10-) Derin N. 'Toplam Kalite Yönetiminin Radikal Unsurlarından Birisi Olarak Yalın Yönetim'
- 11-) Savran S. 'Yalın Üretim ve Esneklik: Taylorizmin En Yüksek Aşaması'
- 12-) Aydoğanoglu E.- Kamuda Performans Tuzağı ve İş Güvencesi
- 13-) Özkan O., Bayın G., Yeşilaydn G., Sağlık sektöründe Yalın Tedarik Zinciri Yönetimi (http://www.ajit-e.org/?menu=pages&p=details_of_article&id=128)
- 14-) Yüksel H. Yalın Sağlık, Nobel Yay. (2012)
- 15-) Barnas K., Beyond Heroes – Sağlık Sektörü için Yalın Yönetim Sistemi, Optimist Yay (2014).
- 16-) Ulutaş Ç.Ü. - Türkiye'de Sağlık Emek Sürecinin Dönüşümü, Notabene Yay. (2011)
- 17-) Zencir M. (2011) "Esnek Üretim ve Hegemonya, Emegın Gönüllü Boyunduruğu", İşçi Sağlığı ve Güvenliği Kongresi, Ankara, 2-4 Aralık

18-) <https://www.birgun.net/haber-detay/hastalarin-muayene-suresi-5-dakikaya-indirildi-137021.html>

19-) Zencir, M. 'Sağlık Reformlarının Arka Planı: Sağlık Hizmetlerinin Sermaye Birikim Sürecine Doğrudan Katkısı' Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi Sayı: 45-46

20-) SES-Sağlık Çalışanları İntihar Raporu Nisan 2018, <https://ses.org.tr/2018/04/calisma-duzeni-saglikta-intiharlari-artiriyor/>

21-) Ercan F. Oğuz Ş. 'Anti-Kapitalist Hareketlere Bakışta Değer Teorisinin Sunduğu Olanaklar ve Türkiye Örneği'- Kapitalizm Küreselleşme Azgelişmişlik, Dipnot Yay.

Soru ve Katkılar

Soru: Fordis üretim nereden gelişti niye böyle bir şeye dönüştü, nerden ihtiyaç duyuldu? İkincisi Toyotist üretim niye doğdu?

Fortis üretim 1905-1910 larda Amerika'da ki otomotiv fabrikasında başlıyor. Feodal yönetim tarzından kapitalizme geçiş dönemi. Evlerden, atölyelerden, tek tek üretimden insanların büyük fabrikalarda üretim yapmasına dönüştüğü bir evre ile doğrudan ilişkili. 2 temel dinamiği var iş bölümü sağlanması ve insanları bir araya toplayarak büyük üretim sağlanması, birçok insanın bant sistemi ile çok daha vasıfsız, çok daha ucuz bir emek gücü elde ediliyor. Çok hızlı üretim. Endüstri ile makinenin gelişimi kritik fortis üretim sermayenin sürekli olarak biriktirme yeniden biriktirme arzusu. Sermayenin kendine özgü bir dinamiği var. Toyotist için de cevap aynı. Fortisde ve Toyotistde başka dinamiği var. Yani stok yapmanız gerekiyor. Toyotist de esnek üretim yani atölyelerde yapılan üretim organizasyonu tekrar tekrar emeğin bölünmesi. İki de birbiriyle çelişkili gibi ama birleşik bir şekilde. Stok üretim yapmak gerekiyor, bunların dağıtılması gerekiyor. Emeğin ucuzlatıldığı süreç sermayeyi sürekli artırmak. Emeğin tekrar denetim altına aldığı tekrar bölündüğü bir süreç.

Soru: Sunum için teşekkürler. Bir tespit yaptık çözüm aramız lazım. İşçi sınıfı mücadelesi, emek sömürülme durumu ve bunun farkında olamayan bir işçi sınıfı var. Bu tespitimiz, bunu aşmanın yöntemini arıyoruz. Bu tür toplantılar da bunu aşmamız lazım. Baskı zorba yöntemler-

den ideolojik yöntemler yeni bir şeyler üretmemiz, kişi olarak hekim olarak karşımızda duruyor. Diğer meslek alt çalışanlarına karşı ekip ruhunu kaybettiğimiz iç tartışma var. Bir çözüm bulmakta eksiklikler taşıyoruz, işçi sınıfının bu hale düştüğü durumda çıkış yollarını nasıl bulacağız? En büyük eksikliği nerde görüyorsunuz? Çözümüne yönelik nasıl bir eksiklik var? Bugün toplumun çoğu işsiz niye işsiz tanımı yok neden bu çalışmada yok? Bu önümüzde duran kocaman sorun, bunu yanıtlamamız gerektiğine inanıyorum.

1. Tespit için eskiye dair daha zayıf örnekler verebiliyoruz diyebiliriz. Daha zayıf işçi hareketinin yükseldiği 1830'lu dönem İngiltere merkezli 1850 de Fransa da işçi hareketinin artan dönem var. Bu araları konuşmuyoruz işçi sınıfı hareketinde bir dalgalı seyir var, yoksa tarihi açıklayamayız. Sovyetler kurulması ve sonrası 1917-1920 en çok devrimci hareketler, 1945-50 sendikalaşmanın en çok olduğu dönemi, uzlaşının olduğu dönem. Son 25-30 sene sınıf mücadelesinin geri çekildiği, karşı tarafın saldırının yoğunlaştığı dönem. Rıza mekanizmalarında son 10-15 yıl despotik denetim mekanizmalarını ileriye çıkarmış durumda. Hegomonik ve despotik denetim mekanizmalarına, aşıları ücrete bağlayıp yapılmadığı zaman ücret kesme despotik denetime örnek olarak verilebilir. Biz ne yapacağız meselesi, bu sunum açısından emek denetim mekanizmasında yapılacak derinleşmeler yol açıcı olabilir. Çıkış yolu ne? Bunun cevabı zor. Son gün çıkaracağımız başlıklarla çıkarabiliriz. Bu tarihsel süreçte işçi hareketleri yükselir. Fransa Metal hareketi vs.

Soru: Şurada çelişkili bir durum söz konusu olabilir mi? Daha spesifik alanda çalıştırma ve daha hızlı çalıştırma işini kapitalist sistem yapıda olduğu söylendi. Şu dönem içerisinde, bu teknolojik gelişimde bir zorunluluk değil mi?

Önemli bir soru. Üretici güçler ile ilgili. Teknolojik kullanımla ilgili MR, BT kullanılmayacak mı? Gerek bilimsel bir üretim süreci gerekse üretim üretici güçler arasında teknoloji, gerek toplumla yarar ilişkisi mevcut kapitalist sistemde bunların kullanımında bunların üretim aşamasında sermaye birikim aracı olarak kullanıyor. Marx'ın genel zeka kavramı var bütün o toplumlar toplumun ürettiği bilginin ilerlemede, temel dinamiği, bilgiler sermayeye hizmet etse de toplumsal yarar da sağlıyor. Kapitalist sistemde toplumsal yarar ön plana çıkmayacağı için eleştiri yapıyoruz. Örn: bizde tartışma BT ile AC kanseri taraması meselesi. 5 sene öncesine kadar biz bu taramanın klinik olarak anlamı yoktur diye düşünüyorduk. Şimdi yapılan bir çalışma var, Amerika 'da yapılan bu çalışmada düşük doz BT ile tarama sağ kalımı artırıyor diyen bir çalışma var. Bu çalışmaların güvenilirliği var mı? Kim yaptı? Bilimsel değeri ayırma şansız, güvenliği en genel anlamda kullanım değeri olanları, anlamı olanlarını benimsemek, değişim revaçlı olanları dışlamak.

Kışkırtılmış sağlık talebi önemli toplumsal bir ilişki üretiyor. Ayakkabı ürettiğimiz gibi sağlık hizmeti de üretiyoruz. Hız olayını o emek süreci içinde bu talebi nasıl yarattığı üzerine durmak gerekiyor.

ATÖLYE ÇALIŞMALARI

Ön sunumların, katkı ve tartışmaların tamamlanması sonrasında Dr. Özgür Akbaba atölye çalışmaları ile ilgili kısa bilgi sunmasının ardından önceden belirlenen ve elektronik ortamda 1 yılı aşan bir süre ön hazırlık yapan dört atölye grubunun katılımcıları kendi aralarında bir araya gelerek çalışmaya başladı.

Atölye grupları:

- 1.Atölye: BBSH Sağlık Çalışanlarının Emek Süreci
- 2.Atölye: BBSH'de Tıbbi Hizmet Sunumu
- 3.Atölye: BBSH Örgütlenme ve Finansman
- 4.Atölye: Mesleki, Mezuniyet Sonrası ve Hizmet İçi Eğitim/Gelişim

I. ATÖLYE ÇALIŞMASI

BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK ÇALIŞANLARININ EMEK SÜRECİ

2. Aile Hekimleri Buluşmasının 4 atölyesinden, **'Sağlık çalışanlarının emek sürecini'** İstanbul Tabip Odası Aile Hekimleri Komisyonu kolaylaştırıcılığında, İstanbul, Urfa ve Trabzon tabip odaları aile hekimleri komisyon üyeleri ile birlikte gerçekleştirdik. Buluşma için gerçekleştirilen atölyeye hazırlanırken tartışmalarımızı iki ana eksen üzerinde gerçekleştirdik.

Günelik çalışma yükümüz ve bize dayatılan çalışma yükünü genel çerçevesi, sebebi neydi?

Aile hekimliği pratiğinde çalışan atölye çalışanları ve buluşmada yer alacak kol üyeleri için ilk adımı tanımlamak ve takip etmek kolaydı ve günelik pratiğin tekrarını içeriyordu. İçinde olduğumuz genel fotoğrafı yalın bir biçimde ortaya koymak için bu tekrarı detaylı olarak yapmak istedik. Ancak asıl tartışmayı, sağlıkta dönüşüm programının bu fotoğrafın oluşmasındaki tarihsel çerçevesi içinde yaptık. Bu ana tartışma bize aile hekimliği uygulamasının geldiği yer ve gidiş istikametini netleştirme imkânı verdi.

İş yükü analizi değil emek süreci.

Öncelikle aile hekimliği örgütleri tarafından sıkça iş yükü analizi altında değerlendirilen günelik pratiğimizi emek süreci başlığı altında inceledik. Bu isimlendirme ile yaşadığımız sorunları daha doğru olarak tarif etme, daha net sorular sorma ve çözüme daha

yalın şekilde ulaşabileceğimizi tartışma sürecimizde de gördük. Bu nedenle iş yükü analizi gibi mühendislik isimlendirmesi yerine neyi sahiplenmemiz gerektiğini anlaşılır kılan emek süreci teriminin alanda konuyla ilgili herkesçe kullanılmasının faydalı olacağını düşünüyoruz. Şubat 2019'da yapılacak buluşma atölye çalışmalarına 1 yıl öncesinden başladık ve emek sürecimizi aşağıdaki alt başlıklarda sorumlularının ön hazırlığı ile tüm katılımcılar birlikte tartıştık.

- Güvencesiz çalışma (Dr. Fethi Bozçalı)
- Esnek çalışma (Dr. Bilge Atlas Kaplan)
- Performansa dayalı çalışma (Dr. Özgür Akbaba)
- İş yükü – Angarya (Dr. Egemen Emre – Dr. Ayten Saral)
- Mesleki değersizleştirme/itibarsızlaştırma - Mesleğe yabancılaşma (Dr. Ayhan Büyükbayrak)
- Tükenmişlik – Stres – Depresyon – Hastalık (Dr. Emrah Kırımlı)
- Ücretler ve Emeğin ucuzlaması/ Özlük Hakları (Dr. Recep Yılmaz Koç)
- Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet ve riskler İntiharlar (Dr. Hakan Hekimoğlu)
- Hasta/ Vatandaşın sağlık sorumluluğu (Dr. Hatıra Topaklı)
- Sağlığın metalaşması (Dr. Turan Set – Dr. Saffet Ercan)
- ASM yönetimi için harcanan emek (Dr. Ahmet Tapduk Mehlepçi)

Bireysel çalışmalar sürerken 2. Aile Hekimliği Buluşması programında yalın sağlık sunumunu yapacak olan Dr. Coşkun Canıvar ile önce kaynak okumaları ve mail tartışması ardından da yüz yüze

sunum ve tartışma ile sağlıkta dönüşümün geldiği noktada yalın üretim modelinin sağlık politikalarına uygulaması olan yalın sağlık üzerine çalıştık.

Yalın Sağlık: Emek Denetimi (Baskı ya da Rıza Üretimi) İşçi Denetimi – Sömürü İlişkileri İçindeki Konumumuz:

Kapitalist üretim biçiminin sağlık özelinde uygulamalarını ve çalışma ortamımızın artık Bakanlıkça sağlık sektörü olarak tanımlandığını ortaya koyduk. Sektörleşen sağlık ortamı içinde aile hekimliğinin yeri, biz çalışanları bekleyenler ve Bakanlığın Dünya Bankası teorik ve fiili desteği ile sürdürdüğü yalın sağlık uygulamaları okumalarımız ve tartışmalarımız bizi gündelik pratiğimizi bu 3 başlık çerçevesinde değerlendirme noktasına getirdi. Örneğin kanser taramaları için **ceza tehdidi ile kaba işçi denetimi** mekanizmaları uygulandığını görebiliyoruz. Ama süreç burada durmuyor aynı zamanda kanser hastalarının erken tespiti ile hekimlik ve hastalarımız için ne kadar önemli hatta “kutsal” bir görev yaptığımız dillendirilerek **rıza üretimi** mekanizmaları da yaratılıyor. Benzer şekilde ASM yönetimi için harcanan emek için cari gider ile rıza üretimi sağlanıyor ve kamu hizmeti için üretilmiş, bu amaçla kullanılan bir kamu binasına neden kira verdiğimiz sorgulanmaz hale getiriliyor.

Kapitalist üretim modelinin geliştirdiği en son tekniklerden biri olan yalın üretim modelinin sağlık uygulamalarında ve bakanlığın tanımı ile “sağlık sektörü” içindeki yeri nedir? Sağlık sektör haline geldiğine göre bu sektörden kar üretilmesi beklentisi de kaçınılmaz olacaktır. İçinde olduğumuz dönemde yaratılan kar ve artı değer farklılaşmıştır. Artık sosyal devlet uygulamasında gördüğümüz emek gücü olan işçinin sağlığının korunması ve emeği ile artı de-

ğer/kar üretmesinin sürdürülmesi gibi dolaylı bir gelir üretim modelinden bahsedemiyoruz. İşçinin sosyal geliri kapsamındaki refah devleti, sosyal devlet kamusal sağlık uygulamaları giderek geride kalıyor. Sağlık artık tüketilebilen, arz ve talebi olan bir sektör. Bizler de bu sektör içindeki çalışanlara dönüştürülüyoruz. Emek sürecimizi bu çerçeve içinde değerlendirdik. Sağlık hizmeti sunmanın ötesinde işimiz ve bize dayatılan işler emek denetimi, işçi denetimi ve sömürü ilişkileri içindeki konumu bakışı ile sorgulandı. Aile hekimliği alanında çalışan, bu alana kafa yoran, emek koyan herkesin de bu sorgulamayı eksik bırakmamasının faydalı olduğunu düşünüyoruz.

Ne kuş ne deve. İç müşteri.

Yalın sağlık uygulamalarında biz hekimlerin ayrıksı bir konumu var. Hekimler iç müşteri olarak tarif edilmekteyiz. Birinci basamakta kamusal sağlık hizmeti sunduğumuzu, bunu Bakanlık ile birlikte yaptığımızı düşünebiliriz ama yalın sağlık uygulamalarında tam yerimiz iç müşteri olarak geçmekte. Sahada dönem dönem ortaya çıkan “kuş muyuz, deve miyiz?” metaforunun da kökeni burası. Bir yandan çalışanız, bir yandan işletmeci ve işveren, bir yandan kamu sağlığı hizmeti sunuyoruz, bir yandan şehir hastanelerine yeni hasta/müşteri oluşturuyoruz. Sadece yalın sağlık uygulamalarının etkisi değil, diğer yandan emeğin esnekleştirilmesi ve güvencesizleşmesi de pek çoğu memuriyetten gelen birinci basamak sağlık çalışanlarının kendilerini nerede konumlandıracağı konusunda tartışmalara yol açıyor. Eğer çerçeveye “sağlık sektörü” tanımı ve yalın üretim modelinden bakarsak gri alanda bırakılmış olan konumumuzun iç müşteri olduğunu ve aslında bizden talep edilen üretimin sektörün kar etmesini amaçladığını da net olarak görebiliriz.

EMEK SÜRECİMİZ VE BİLEŞENLERİ:

ASM YÖNETİMİ İÇİN HARCANAN EMEK

Dr. Ahmet Tapduk Mehlepçi

1. ASM'NİN FİZİKSEL İHTİYAÇLARI

- a. ASM binası
- b. Elektrik, su, telefon, internet temini/ arızaları
- c. Bilgisayar, tv, numaramatik, kiosk, monitör, modem temini/ arızaları
- d. Bekleme salonu koltuk takımı, oturma grupları, hemşire ve doktorların kullandığı masa sandalye vs edinilmesi
- e. ASM'nin rutin boyanması tamirat tadilat vs kapı pencere duvar kırılması –tamirata, wc arızaları (+panik butonu)
- f. Kırmızı beyaz bayrak takibi,
- g. ASM dışına engelli otopark çizimi
- h. Kombi ve klima bakımı
- i. Bina içi kamera takibi ve kayıt

2. ASM'NİN EKONOMİK İHTİYAÇLARI (BİR TİCARİ İŞLETME OLARAK ASM)

- a. Sarf malzemeleri
temizlik ürünleri (yüzey temizleme deterjanları, çamaşır suyu, sıvı sabun, el dezenfektanları)
kağıt ürünleri (havlu peçete tuvalet kâğıdı)

kırtasiye malzemeleri (a4, a5 kağıt, zarf, bebek izlem kartları, gebe izlem kartları, aşı kartları)

demirbaş malzeme alımı (masa, sandalye, koltuk, laptop, yazıcı, kan alım koltuğu, bekleme salonu koltukları, kadın doğum masası, seyyar lamba, klima, kombi ,dvr ,kamera vs)

tıbbi sarf malzeme (non steril eldiven, enjektör, kanül, spanç, abeslang, batikon, alkol alımı, tıbbi atık torba ve kovaları, sedye örtüleri)

ilaçlar (adrenalin atropin serumlar nebüller, im/iv ilaçlar –dekort prednol- kapril, coraspin, diltizem, uterjin vs)

b. Şirket üzerinden personel çalıştırma, muhasebeci çalıştırma.

vergi (stopaj) ve SGK primleri denetimi takibi,

kira takibi

personel kıdem tazminat problemi (bir işveren olarak yükümlülükler)

çalıştırdığımız sağlık personeli ile alakalı tıbbi hata (hemşire, att)

iş kazası kapsamında yerimiz (risk analizi/kaza önlemleri/acil durum hazırlığı)

3- ASM'DE KURULU OLAN SİSTEMLERİN DEVAMLILIĞI

a. Aşı dolabı ve soğuk zincir takibi (7/24 elektrik kesintisi, UPS kontrolü-jeneratör bakımı, benzin takibi)

b. Sağlık kayıtlarının tutulması, güncellenmesi ve saklanması
sağlık bilgi sistemlerinin devamlılığı (askerlik muayene sistemi-mernis – e reçete- USS)

- c. Tıbbi cihazların kontrolü ve kalibrasyonu, defibrilatör pil seviyesi-pedlerinin tarihi, aspiratör, nebulazör, glikometre pili, tartı pili, oksijen tüplerinin kontrolü ve dolumu, tüm aletlerin yıllık kalibrasyonu
- d. Yeşil ve kırmızı reçete ile yeşil ve kırmızı reçeteli ilaçların güvenli saklanması
- e. ASM ve TSM'ye evrak taşınması (TSM veya İSM den gelen yazıların takibi okunması –tebliğ tebellüğ edilmesi cevaplanması vs)
- f. Mevzuat takibi
- g. ASM deki diğer meslektaşlarımızla iletişim

Tek birimli ASM de yer alan 2 kişilik kadroya karşılık yaklaşık 5000 nüfusa sahip bir ilçe standart toplum sağlığı merkezi kadrosu 18 kişi bulunmaktadır.

Eksiği olup fazlası olmayan kent merkezindeki bir ASM'nin tıbbi hizmetler dışında yapması gereken rutin işler yukarıda sıralanmıştır. Buna karşın 5000 nüfusa hizmet veren bir TSM'nin gündelik işlerini sürdürmek için; 1 Diş hekimi, 2 Ebe, 2 Hemşire, 2 Hizmetli, 1 Memur, 1 Çevre Sağlığı Memuru, 2 Laboratuvar memuru, 2 Röntgen memuru, 2 Şoför, 2 Tabip, 1 Veri İşletmeni olmak üzere 18 kişilik kadrosu mevcuttur. Sonuç itibariyle 18 kişinin birlikte yapması gereken işi tek birimli ASM de 2 kişiyle yapmaya **rıza gösteriyoruz.**

İŞ YÜKÜ – ANGARYA

Dr. Egemen Emre- Dr. Ayten Saral

Angarya “*mükellef olmadığı halde zorla iradesi harici bir iş yaptırılması*” yunanca “aggareia” sözcüğünden türemiştir. Ücreti ödenen ve / veya zorunlu çalıştırma kavramından ayırıştırılan ücretsiz olmasdır.

İş yükümüzü ve angaryayı tartışırken Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) tarafından belirlenmiş ve ülkemizin de imzalayarak yasalaştırdığı hukuki terimleri kullandık. Ülkemizin kabul ettiği mevzuata göre “*herhangi bir kişinin ceza tehdidi altında ve bu kişinin tam isteği olmadan mecbur edildiği tüm iş veya hizmetler* (ILO 29 sayılı sözleşme)” angarya olarak tanımlanmaktadır. İş yükü ve angaryayı bu şekilde tanımladıktan sonra tanım gereği iş yükü ve angarya kapsamına giren alt başlıkları aşağıdaki gibi belirledik:

1. Esnek çalışma
2. Sözleşmeli çalışma
3. Rol ve görev tanımları belirsiz çalışmaya zorlama
4. Korumucu ve tedavi edici hekimlik hizmetlerinin aynı anda vermeye zorlama
5. İş desteği yoksunluğu
6. ASM demirbaş ve sarfının sevk ve idaresi
7. ASM tıbbi olmayan işleri, ASM çalışanlarıyla ilgili finansman, sigorta, tazminat işleri, diğer yükümlülükler ve hekimlik meslek pratiği dışı görevler

8. Askerlik, sürücü belgesi, evlilik, sporcu sağlığı lisansı, işe giriş gibi raporlandırılan her belgede alınan sorumluluklar
9. İzin ve rapor almada yaşanan güçlükler ve yerine vekillikle engellenen tüm çalışma yaşamı hak ihlalleri, zorunlu dayatılan fazla çalışma
10. Hastanelerden ilaç tekrarı ve tetkik istem dayatmaları
11. Usulsuz, uygunsuz istirahat raporu gibi bir çok talep dayatmaları
12. İşyerinde mobbing ve hekime yönelik şiddet
13. Performansa dayalı çalışma
14. Hizmet verilen nüfusun fazlalığı

Sadece Bir Hukuk Sorunu Mudur?

Angarya ve zorla çalıştırma genel olarak sadece bir hukuk sorunu olarak tanımlansa da sosyal politika ve insan hakları temelinde “angarya ve zorla çalıştırma yasağı” tarihsel süreçte toplum hareketlerinde önemli bir mücadele alanı olmuştur.

Angarya

- Fazla çalışma ve ücretsiz fazla çalışma
- Fazla çalışma ücretlerinin geri iade istemi
- Zorunlu hizmet yükümlülükleri özellikle hekim ücretliler
- Ev içi ücretsiz emek
- Tarımda ücretsiz aile işçiliği
- Toplumsal cinsiyet eşitliği bağlamında görülebilir.

Zorla Çalıştırma

- Çalışma kampları
- Kölelik
- Kolonyalizm
- Düzensiz göç ve göçmen zorla çalıştırma
- İnsan ticaretindeki artışlar
- Çalışmaya zorlanmış çocuk
- Seks işçiliği

İle sosyal sorun alanı olarak tanımlanmış

ILO'nun 8 temel sözleşmesinden biri olan 29 sayılı "zorla çalıştırma sözleşmesi" Türkiye tarafından 1998 yılında kabul edilmiştir. 1957 yılında 105 sayılı "zorla çalıştırmanın kaldırılması" kabul edilir. Avrupa insan hakları sözleşmesi madde 4 angarya ve zorla çalıştırma yasağı getirmektedir.

İş Yükü Tanımları

- Belli bir zaman diliminde, özellikle bir kişinin çalıştığı süre ve tanımlanan iş veya bireyin zihinsel ve fiziksel yapısına bağlı olarak sınırları belirlenmiş bir görevin yerine getirilebilecek miktarı,
- Bir çalışanın emeğine, ürettiği artı değere yönelik tepkilerine etki eden çeşitli baskılar (Weiner,1982)
- Bir görevin gereği ile beceri, davranış bilgi ve çalışanın algılama koşulları arasında oluşan etkileşim (Hart ve Staveland,1988)

- Bir çalışanın tanımlanmış bir görevi yaparken katlandığı “*malîyet*”
- Bireyin kendine yüklenen iş in normalin üzerinde olduğuna dair algı (Çelik ve Çıra, 2013)

İş Yükü Belirleyicileri

- Esnek ve fazla çalışma
- İşin sonuç ve bitim süre dayatmaları
- Zaman baskısı
- Bilgi yükü
- İlgilenilen insan sayısı ve nüfusu (Wallace, 1999:801)

İş Yükünün Olası Sonuçları

- Ucuz işçilik
- Emek-ücret kayıpları
- İş ve işçi sağlığı sorunları
- Özel ihtiyaçlı gruplar(kadın, zihinsel ve bedensel özel ihtiyaçlı emekçi, LGBTİ emekçi)
- Beden ve ruh sağlığı sorunları.
- Çalışma güdüsünde azalma ve iş yükünün ağırlaşmasının ve görev çokluğunun yarattığı tükenme
- Hiyerarşi, karar alma esnekliği, kurumsal otoriter kültürün yarattığı olumsuzluklar
- İş tatmininde azalma

- Gelecek kaygısı ve işten soğuma ve mesleğin kendinde var olan özelliklere yönelik tutumlar
- İş yükü ölççeği (Duxbury & Higgins, 1994, Aycan & Eskin 2005)

İş Yükü Artırıcılar

- Nicel azlık (hekim)
- Hizmet edilen insan sayısında fazlalık
- “performans “
- Maaş, mesleki gelişim, yönetsel yapı
- Mesleki ödev ve sorumluluk karmaşası ve mevzuat çelişkileri
- Mesleğin tanımı ve kapsamı-rol belirsizliği
- İş gerilimi ve iş stresi
- Çalışma ortamı ekip çalışması güçlüğü ve yasal çerçeve
- İşyeri değer ve normlarıyla çatışma, ayrımcılık ve hak ihlallerine maruziyet
- İşyeri ve yapılan iş uyumu
- Çalışma koşulları ve iş yeri fiziksel yetersizlikleri (gürültülü ve havasız ortam, araç gereç eksikliği ,)
- Rol belirsizliği
- Aşırı iş yükü
- Ücret yetersizliği
- Sosyal destek eksikliği
- Eşit işe eşit ücret = iş değerlendirme

Sonuç Olarak

1. Sağlığın insanın kendi bütünlüğü içinde ve yaşamı boyunca korunup geliştirebileceği
2. Toplum sağlığının ruh, beden, çevre, siyaset politikalarının iyileşmesi sonucu var olabileceği
3. Bilen ve tedavi eden hekim değil aktaran ve toplumla sağlığı birlikte yaratan sağlık emeği hedefi
4. İnsanı özne yapan ve toplumunun içinde kendi sağlığı ve toplum sağlığı kararlarına katılımını sağlayan katılımcı, eşitleyici ve özel ihtiyaçları gözetici sağlık emek üretimi.

TÜKENMİŞLİK – STRES – DEPRESYON – HASTALIK

Dr. Emrah Kırımlı

Sağlık çalışanı denildiğinde tükenmişlik, stres, depresyon, hastalık ve intihar terimleri arka arkaya geliyor. Tükenmişlik ile başlayan süreç intihar ile sonuçlanan ağır bir tabloya dönebiliyor. Bu alanda TTB tarafından hazırlanmış çok sayıda rapor, sunum, meclis soru önermeleri ve kongreler konuyu detaylı olarak inceliyor. Ancak emek sürecimizde ve yalın sağlık içinde tükenmişlik nerede? Tükenmişlik “**iş ile alakalı stresin ardından gelişen zihinsel ve fiziksel enerji tükenmesi**. Duygusal tükenme/duyarsızlaşma/**kişisel başarıda düşme.**” olarak tanımlanıyor. Tanımda olduğu gibi tükenmişlik ile ilgili hemen tüm terimler bireysel. Sorunun suçu tükenmişliğe maruz kalan sağlık çalışanına atılıyor. İyi hekimlik de dahil olmak üzere mesleği sahiplenmek için rıza üretimi mekanizması olarak kullanılan kavramların hekimin üzerinde yarattığı duygusal yük bir yandan performans uygulamaları gibi baskı mekanizmaları diğer yandan, hekimin mesleği ve hastasının ticari bir sömürü aracına dönüştüğünün farkında olmasının yarattığı çelişki ve çatışma ile birleşince insani olan tepki olarak tükenmişlik karşımıza çıkıyor. Ancak sorunu sadece bireysel açıklamak çözümlü imkânsızlaştırıyor. Sorun bireysel olsa idi TTB'nin 2005'de yaptığı tükenmişlik çalışması sonuçları ile sonraki yıllarda yapılan çalışmalarda benzer oranlar çıkabilirdi. Oysa 2012 yılında yapılan bir çalışmada duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma boyutlarında iki misline yakın (Sırasıyla ortalama puanlarda 15.48'den 23.96'ya ve 5.51'den 9.51'e) artış, kişisel başarısızlık alt boyutunda ise sadece %30 (22.06'dan 28.90'a) artış görülmezdi.

Tükenmişlik o denli yaygın bir sorun haline gelmiş durumdaki buluşma öncesi 363 aile hekiminin katılımı ile yapılan çalışmamızda hiç tükenmişlik belirtim yok diyen hekim oranı %3 bile değil. Kendini tükenmiş hisseden hekim oranı %40 iken, yaşadığım tükenmişlik belirtilerinden kurtulamıyorum ve tamamen tükenmiş hissediyorum bununla nasıl başa çıkacağımı bilemiyorum diyen hekimlerin oranı sırası ile %11 ve %16 olarak karşımıza çıkıyor.

Hekim İntiharları. Konunun gelip dayandığı önemli noktalardan birisi de Sağlık Bakanlığı verilerine göre her yıl 150'den fazla sağlık çalışanı intihar ediyor. Buluşma öncesi yaptığımız çalışmada da hekimlerin %6.4'ü, “Ölmüş olsanız daha iyi olacağınız veya bir şekilde kendinize zarar verme düşünceleriniz var mı? ” sorusuna **hemen hemen her gün** yanıtı veriyor.

Uluslararası Çalışma Örgütü (İLO, 2016) işle ilgili özellikler ve intihar ölümlerini inceleyen birkaç çalışmadan yararlanarak iş kaynaklı psikososyal riskleri aşağıdaki şekilde özetlemiştir:

- Mali sorunlar (işsizlik dâhil)
- Çatışmalar (mobbing, zorbalık ve taciz dâhil),
- Düşük kontrol veya düşük karar serbestliği,
- Düşük sosyal destek, yüksek psikolojik talepler,
- Uzun çalışma saatleri

2017 yılında intihar ederek hayatına son veren asistan Doktor Ece Ceyda Güdemek'in intihar mektubu tüm bu riskleri içeriyor; “Annemden özür diliyorum. Hayat benim için çok zor. Bunaldım bu hayattan. Umarım ölümüm bazı güzel değişikliklere yol açar. Kimse kimsenin dedikodusunu yapmasın. **Lanet hastaneler**

doktorlara yüklenip durmasın. Kredi kartı borcum var ama 10 binden fazla para var. Dert etmesin Erbil ağabeyim, borç yık-mıyorum. Annemi zmesin kimse tek isteğim budur. Ha birde ola ki anında lmezsem seğimim ölmekten yana kimse beni yaŐatmaya çalıŐmasın. Ece.”

Bu sorunlar bireysel olarak tarif edildikçe kaçınılmaz olarak daha fazla karşımıza çıkacak.

MESLEKİ DEĞERSİZLEŞTİRME/ İTİBARSIZLAŞTIRMA/ MESLEĞE YABANCILAŞMA

Dr. Ayhan Büyükbayrak

1. Mesleki eğitiminin göz ardı edilmesi/ertelenmesi.
2. Hizmet içi eğitimlerin yetersiz, hatta göstermelik olması. Bunun yerine ulusal bir sertifikasyon standardı getirilmemesi.
3. ASM'lerin teknik donanımlarının yetersiz olması, geliştirilmemesi.
4. Sevk zincirinin uygulanmaması: Hastalar istediği kuruma/uzmana direk müracaat.
5. Sevk zincirinin uygulanmamasına bağlı olarak, diğer kurumlarla aile hekiminin bir bağı-diyaloğu yok (E-nabız sadece bilgi edinmek açısından faydalı oldu son dönemde). Diğer kurumlarla koordinasyon eksikliği, hastaları takip etmemizi ya da yıllardır takip ettiğimiz hastaların akıbeti-sonuçları hakkında bilgi eksikliğine neden oluyor. Bu da yaptığımız işi değersizleştiriyor.
6. Randevu sisteminin keyfiyete bırakılması, hastanın istediği zaman, istediği defa çat-kapı gelip talepleri olması da işimizin basit görülmesine neden oluyor.
7. Onlarca raporun belli bir standart olmadan tarafımızdan verilebileceği dayatmaları, hastalarla aramızda çatışmalara neden olmaktadır.
8. Evrak/Bilgisayar işlemlerinin fazla olması nedeniyle hastayı dinlemeye-muayene etmeye yeterince zaman kalmıyor- Mesleğe yabancılaşma...

9. Misafir hasta ve yabancı uyruklu hastanın belli bir standardı ve karşılığı olmaması.
10. Ücretlerimizin özellikle son 2 yılda erimesi.
11. Diğer hekimlerin tutum ve davranışları: Git aile hekimi antibiyotiğini yazsın, dikişlerini 10 gün sonra aile hekimliğinde aldırırısın, onlar sadece ilaç yazıyor vb.
12. Politika yapıcıların olumsuz söylemleri
13. Halk sağlığı müdürlüğünün ilçe sağlık müdürlüğüne baskı yaparak, istatistik verilerinin elde edilmesi-yükseltilmesi için tarafımıza baskı yapılması.
14. Ceza puanı uygulamasının mevcut olması bile tek başına değersizleştirmeye yeterli.
15. Soruşturmaların hekim dışı (uzman) personel tarafından yapılması ve üslubu
16. Sabim şikâyetlerinin bir ön elemeden geçirilmeden tarafımıza yansıtılması
17. Hakkaniyetli ve akılcı-bilimsel bir ölçme değerlendirme sisteminin uygulanmaması.
18. Çalışma barışının kalmaması

HASTA/VATANDAŞIN SAĞLIK SORUMLULUĞU

Dr. Hatıra Topaklı

Sağlık sorumluluğu, fiziksel, ruhsal, sosyal iyilik halinin korunması için bireyin üzerine düşen görevleri yerine getirmesidir. Bireylerin kendi sağlığını geliştirici, koruyucu ve önleyici davranışlarını yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, gelir düzeyi, sigara ve alkol kullanmak, beslenme alışkanlığı, kültür ve etnik köken etkilemektedir. Yanı sıra, kişisel sağlık sorumluluğu ile ilişkili faktörler arasında; devlet politikaları, sosyokültürel faktörler, sağlık okuryazarlığı, öz bakımı, öz yönetimi, sağlık arama davranışı ve sivil toplum örgütleri yer almaktadır. Kişisel sağlık sorumluluğu artırılarak sağlığın korunması ve kronik hastalık öz yönetimi artırılabilir. Kanser dahil bir çok hastalığın maliyeti azaltılabilir. Bireylerin kişisel özelliklerinden etkilenen sağlık arama davranışı ve sağlık okuryazarlık ile ilgili farkındalığın gelişmesi için bireylere, sivil toplum örgütlerine ve politika yapıcılara birçok görev düşmektedir. Bu derlemenin amacı, sağlık davranışının gelişiminde kişisel sağlık sorumluluğunun önemine dikkati çekmek ve bireylerde bu sorumluluğunun nasıl geliştirileceğini tartışmaktır.

Hasta/ vatandaş'ın sağlık sorumluluğu tanımı nedir?

Sağlık sorumluluğu, fiziksel, ruhsal, sosyal iyilik halinin korunması için bireyin üzerine düşen görevleri yerine getirmesidir. Bireylerin kendi sağlığını geliştirici, koruyucu ve önleyici davranışlarını yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, gelir düzeyi, sigara ve alkol kullanmak, beslenme alışkanlığı, kültür ve etnik köken etkilemektedir. Yanı sıra, kişisel sağlık sorumluluğu ile ilişkili faktörler ara-

sında; devlet politikaları, sosyokültürel faktörler, sağlık okuryazarlığı, öz bakımı, öz yönetimi, sağlık arama davranışı ve sivil toplum örgütleri yer almaktadır.

Sağlık sorumluluğu sadece hizmet sunan üzerinde midir?

Vatandaşın sağlık sorumluluğu sadece hizmet sunan üzerinde olmamalıdır. Sadece hizmet sunan üzerinde olduğunda özellikle koruyucu sağlık hizmetlerinde aksamalar yaşanmaktadır. Saha pratiğinden yola çıkarak kişinin koruyucu ve sağlığını geliştirici uygulamalara, önlemlere uyumu azalmaktadır. Hizmet sunana ise aşırı iş yükü olarak yansımaktadır. Sağlık okuryazarlığının devlet politikası olarak halka sunulmaması sonucunda tedavi edici hizmetlere başvuruyu da arttırdığını düşünmekteyiz.

Sağlık sorumluluğu bilinci vatandaşa nasıl oluşturulabilir?

Sağlık sorumluluğu bilinci ve sağlık okuryazarlığı, en başta devlet politikası olarak halka kazandırılmalıdır. Bu süreçte okullarda eğitimler planlanmalıdır. Sivil toplum örgütleri ile işbirliği yapılmalıdır. Medya daha etkin biçimde kullanılmalıdır. Farklı ülkelerdeki uygulamalardan faydalanılmalıdır. Toplumun cinsiyet, etnik, kültürel, sınıfsal özellikleri göz önünde bulundurularak gerekirse farklı gruplara farklı eğitimler düzenlenmelidir.

Sağlık sorumluluğu bilinci oluşturulurken yanıltma haber nasıl engellenir?

Günümüzde medyada sıkça karşılaştığımız sağlık programları, programlarda yer alan sağlık profesyonelleri koruyucu ve sağlığı geliştirici söylemleri amaçlıyor gibi görünse de özünde sağlık okur-

yazarlığını geliştirmedeği gibi gereksiz tetkik ve hastane başvurusu yaratmaktadır. Bu ön bilgilerle gelen kişiye de doğru bilgileri aktarmak sağlık çalışanını daha fazla zorlamaktadır. Bu durum sağlık politikalarını yapanlar tarafından kontrol altına alınmalıdır. Medya kullanılacaksa bu devletin, meslek örgütlerinin ve sivil toplum örgütlerinin ortaklığında planlı ve programlı bir biçimde olmalıdır.

Sağlık sorumluluğu bilinci oluşturulurken sağlık talebini kışkırtma riski var mıdır?

Hâlihazırda sağlık sorumluluğu bilinci devlet politikası olarak programlanmadığı için bu boşluğu tv programları, sosyal medya vs. uygunsuz biçimde doldurmaktadır. Vatandaşa bu yolla yüklenen eksik ve hatta yanlış bilgi vatandaşı sağlık kurumlarına daha sık yöneltmekte ve sağlık çalışanını daha fazla tetkik yapmaya zorlamaktadır. Koruyucu sağlık hizmeti veren 1. basamak kurumlarına başvurunun artması iyi bir sonuç gibi görünürken başvuruların tüm toplumu kapsamadığı ancak bazı hasta gruplarının kışkırtılmış taleple daha sık başvuru yaptığı görülmektedir.

Sağlık okur-yazarlığı/ sorumluluğu çerçevesi nedir?

“Sağlık okuryazarlığı sağlık hizmetlerine ulaşım, öz-bakım ile sağlık hizmeti sunan ekip ve birey arasındaki etkileşim olmak üzere üç temel noktada sağlık sonuçlarını etkilemektedir. Sağlık okuryazarlığı okuma-yazma becerilerinin ötesinde sağlıklı davranışlar, ilaçların doğru kullanımı, sağlık hizmetlerinden nasıl yararlanacağını bilmek, aydınlatılmış onam formlarını anlamak ve imzalamak, öz bakım ve hastalık yönetimi hakkında kararlar verebilmek, evdeki tıbbi cihazları doğru kullanabilmek, bakım veren rolünü üstlenebilmek gibi sağlık bilgilerini kavrama ve değerlendirme yetisini

kapsamaktadır. Bireylerin sağlık durumu, sağlıkta eşitsizlik, maliyet artışları, sağlık bilgilerine ulaşabilme gibi etkenler göz önüne alındığında sağlık okuryazarlığını artırmaya yönelik girişimlerin planlanması ve uygulanması önem kazanmaktadır. “

Burada kişinin davranışı sağlık profesyonelinin alanına girdiğinde ya da yanlış tıbbi bilgiye sahip kişi sağlık çalışanını kendi bilgisi yönünde zorladığında çatışmalar çıkmaktadır. Bunu önlemek için sağlık okuryazarlığı kapsamında kişi doğru bilgi ile donatılmalıdır.

Sağlık Sorumluluğu Kavramı Toplum Yönelimli Sağlık Bakışı İçinde Konumlandırılmalıdır.

Yerleşmiş toplumsal sağlık perspektifinden bakıldığında “**sağlık sorumluluğu**” dediğimiz şey, fiziksel, ruhsal ve sosyal iyiliğin korunmasında bireyin katılımını sağlamak. Bireylerin kendi sağlığını geliştiren, koruyan ve hastalıkları önleyen davranışlarını etkileyen faktörleri şöyle sıralamak mümkün: yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim ve gelir düzeyi, beslenme alışkanlıkları, kültürel ve etnik köken, devlet politikaları, sosyokültürel faktörler, sağlık okur-yazarlığı, sağlık arama davranışı ve sivil toplum örgütleri, vb.

Gelin görün ki, sağlık sorumluluğu sadece hizmet sunan üzerinde olduğu zaman, özellikle koruyucu sağlık hizmetlerinde, aksamalar yaşanıyor. Saha pratiğinden yola çıkarsak, kişinin koruyucu ve sağlığını geliştirici uygulamalara ve önlemlere uyumu azalıyor; tedavi edici hizmetlere başvuruları artıyor. Bu da hizmet sunana aşırı iş yükü olarak yansıyor.

Çözüm önerilerimizden biri şu: vatandaşta sağlık sorumluluğu bilinci oluşturabilmek için okullarda yerel ihtiyaçlara göre yapılandı-

rlmış sağlık eğitimi dersleri olmalı. Sağlık eğitimi, okuma-yazma becerilerinin ötesinde kazanımların öğretildiği bir mecra olmalı: ilaçların doğru kullanımı, sağlık hizmetlerinden nasıl yararlanacağını bilmek gibi...

Bu eğitimler yapılandırılırken, koruyucu hizmetler ve bu hizmetlerden hangi şartlarda nasıl faydalanacağı daha geniş yer tutmalı. Bireyde temel bir sağlık bilgisi olmalı ki, birey, sunulan koruyucu sağlık hizmetlerinin kendisindeki karşılığını anlayabilsin.

Sağlık sorumluluğu bilinci oluşturmada medya da önemli bir araç olabilir. Medya kullanılacaksa, devletin, meslek örgütlerinin ve sivil toplum örgütlerinin ortaklığında planlı ve programlı bir biçimde olmalı.

Günümüzde medyada ve sosyal medyada sıkça karşılaştığımız sağlık programları ve bu programlarda yer alan sağlık profesyonelleri koruyucu ve sağlığı geliştirici söylemleri amaçlıyor gibi görünse de, aslında bunların doğru olmadığını biliyoruz. Bu tür yayınların sağlık eğitimine katkısı olmadığı gibi; bu yayınlar yüzünden vatandaş koruyucu sağlık hizmetine başvurmaktan vazgeçip, gereksiz tetkik ve hastane başvurusu yaratıyor.

Bu temel sağlık sorumluluğu bilinci olmadığına, özellikle aile hekimliğinin konusu olan koruyucu sağlık hizmetleri, vatandaşın sağlık arama davranışı kapsamına ancak çok sınırlı olarak girebiliyor. Burada koruyucu sağlık hizmetlerinin kapsamı tam olarak da toplum olduğu için, sınırlı sayıdaki sağlık çalışanının bireylere tek tek ulaşıp bu hizmetleri sunmaya çalışması, çalışan açısından aşırı iş yükü anlamına geliyor. Ayrıca, çoğunlukla yanlış bilgiyle donanmış vatandaşın davranışını değiştirmek de zorlaşıyor.

Örneğin günlük pratiğimizde en çok emek verdiğimiz başlık olan çocuklarda bağışıklama hizmetleri, sağlık eğitimine ek olarak, çocuğun üstün yararı gözetilerek ebeveynlerin rızasına bakılmaksızın zorunlu olmalı.

Vatandaş, verilen sağlık eğitimi ile birlikte, toplum sağlığını etkileyen aşı yasası, temiz hava, güvenli ulaşım, bireysel silahsızlanma, yeşil alan, sağlıklı gıda, daha çok aile hekimliği merkezi vb. gibi hakları talep eder hale gelmeli. Sağlık okuryazarlığı ya da sorumluluğu adı altında bireysel sağlık tüketim yaklaşımını destekleyecek tuzaklara düŐülmemelidir.

ÜCRETLER VE EMEĞİN UCUZLATILMASI/ÖZLÜK HAKLARI

Dr. Recep Yılmaz Koç

- 1- 2005 Düzce, Aile Hekimliğine Geçiş
Performans YOK, Negatif Performans kesintisi YOK
Gruplandırma YOK,
Cari Giderler en üst gruptan ödenmekte
Katsayılar, kişi başı 1 üzerinden hesaplanmakta,
Ücret geliri ve cari gider yeterli
- 2- 2010 Ülkenin tamamının Aile Hekimliğine Geçiş
Aşılar, Gebe izlem ve Çocuk İzlem kademe kademe negatif performansla kondu
Gruplandırma getirildi,
Cari giderler gruplara göre azaltıldı,
Katsayı çarpanları ile oynanmış, bebek, yaşlı ve gebe ile diğer nüfusun katsayıları farklı yapılarak aylık ücretler düşürüldü.
Ücret artışında azalma ve cari giderde artış
- 3- Adli, defin, acil ve Cumartesi nöbetleri ile ucuz emek ve işgücünden yararlanılmak istendi.
- 4- Askerlik, doğum, servis şoförleri, işe giriş, spor, sürücü, evlilik, defin, adli, yatalak seçmen vb. gibi her türlü mevzuatı olan ve olmayan rapor işlemleri ücretsiz olarak aile hekimlerinin üzerine yıkıldı.
- 5- Yıllık olarak Okul çocuklarının periyodik muayenelerinin aile hekimleri tarafından yapılması öngörüldü. Belirli yaş gruplarında smear alınması ve GGK taramalarına devam edilmektedir.

- 6- Kronik hastalık takiplerinin aile hekimleri tarafından yapılması- na verilecek pozitif performansın, nüfus azaltılmasından oluşa- cak kaybı karşılaması planlandı.
- 7- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), 2018 enflasyon oranını yüz- de 20,3 olarak açıklamış olmasına rağmen, son bir yıldaki her türlü ürün ve hizmetteki artışın resmi enflasyon rakamlarının çok üstünde olduğu açıktır. Aile Sağlığı Merkezlerine yeni yıl- da uygulanacak kira artışının %30-46 olacağı, elektrikte % 60 ve doğalgazda %30 üzerindeki zamların yapıldığı, çalıştırı- lan personelin asgari ücretleri, vergileri ve SGK primlerindeki artış dikkate alındığında, aile hekimlerinin giderlerinin açıkla- nan yüzde 10.7 ücret ve cari gider zammı ile giderilemeyeceği aşıkârdır.
- 8- Aile hekimliğine başlanıldığı günden, bugüne kadar giderler üç misli artmasına rağmen ücretlerimizde artış iki kat ve döviz ku- runa göre yaklaşık yarı yarıya azalan maddi kayıplarımız vardır.
- 9- Aile Hekimliği çalışanlarının sözleşmeleri tek taraflı değil, TTB ve Sendikalar ile Bakanlık arasında toplu sözleşme şeklinde ya- pılmalıdır.
- 10- Yıllık izinlerde vekâlet istenmemeli ve ücret kesintisi yapılmamalıdır. Rapor ve ücretsiz izin süreleri ile disiplin cezaları 657' ye göre ayarlanmalıdır.
- 11- Yıpranma payı geçmiş yılları da kapsamalı ve emeklilik ücret- leri ele geçen ücret üzerinden hesaplanmalıdır. Verilen ek fark ücretleri bütün emekliler için eşit uygulanmalıdır.
- 12- Aile Hekimliği Çalışanlarının ve ASM'lerin statüsü net olarak belirlenmelidir.

GÜVENCESİZ ÇALIŞMA

Dr. Fethi Bozçalı

Kavram:

Güvencesiz çalışmayı; keyfi, kuralsız, dayatmacı, tek taraflı, sürekli olmayan, uzun süreli, yoğun, emek sömürsünün etkin olduğu, dayanışmanın yerine rekabetin hâkim olduğu, insanın anlık ve gelecek kaygısının en fazla olduğu ve mutsuz/huzursuz olduğu, işverenin ise en karlı olduğu, artı değer kazancıyla sermaye birikiminin en fazla arttığı, en eşitsiz, adaletsiz çalışma biçimi olarak tanımlayabiliriz.

ASM'lerde güvencesiz çalışma:

5258 sayılı aile hekimliği kanunu (24.11.2015) 3.maddeye göre, aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanları şayet 657 tabii kamu personeli ise, kadrosu ile bağı devam edip, geri dönme hakkına sahip, kısmi bir güvenceli çalışma, kamu personeli değilse hiçbir güvence olmadan sözleşmeli çalışma dayatması getiriyor.

Sözleşme koşulları, başta madde 8 de yer alan, sürekli değişen, kuralsız, çerçevesi esnek, çalışanları zapturapt altına almaya dayalı ceza puanları gibi dayatmacı uygulama ve ödeme yönetmelik maddelerinden oluşuyor.

Sözleşme koşulları, çalışanların aleyhine işleyen güvencesiz çalışma koşullarının birçok özelliğini içeriyor. Ücretler, kayıtlı hasta sayısı ve niteliğine, yapılan işin başarı oranına göre her çalışanın aynı işi yapsa da farklı ücret alma esasına dayalı belirlenirken, hiz-

metli sekreter ya da diğer sağlık çalışanlarının güvencesiz çalıştırılmasının katmerli hali, çalışanın statüsü, geleceği, mesleki eğitim süreçleri belirsizlikler içeriyor.

Yasanın 5.maddesinde yer aldığı gibi, görev ve sorumlukların çerçevesi muğlak bırakılarak, her türlü yeni ek görev ve sorumluluk dayatmaları, ek çalışma süreleri getirilerek, güvencesiz çalışmanın tüm karakteristik özellikleri açıkça görünüyor.

Sözleşme koşullarına itiraz etme, çalışanların kendi koşullarını belirleme, savunma, bunun için örgütlenme hakkı 5258 sayılı yasa da ve bağlı yönetmelikler de hiç yok.

Bu yasa ve uygulamaların, esas itibarıyla küresel sermayenin kontrolü altında bulunan ‘kamu sermayesinin’, birinci basamak sağlık hizmet alanındaki emeğin denetim sürecine hizmet ettiğini söyleyebiliriz. Bir sonraki adım BBSH kamuyu olan cılız bağıni da karşılarak sermaye için her yönüyle oldukça karlı, yeni, taze bir alan olacak.

Tüm bu olup bitenlerin sebebi nedir?

‘Emek-gücünün yeniden üretimi için gerekli hizmetlerden birisi olan sağlık hizmetleri, kapitalist toplum biçiminde patron için maliyet unsurlarından bir tanesidir. Sağlık hizmetleri, hem karın en üst düzeye çıkartılması hem de kapitalizmin yapısal krizlerinin aşılması hedefi için maliyetin en aza indirilmesi çabalarının ana kaynaklarından birisidir.’ Prof. Dr. Onur Hamzaoğlu/Kapitalizmin krizi ve sağlık 2011 syf.25

Sağlık hizmet alanında, güvencesiz çalışmayla emek üzerinde baskı oluşturma, dolayısıyla maliyet unsurlarını azaltma isteği açıktır.

Küresel sermaye güçlerinin Dünya Bankası, Dünya Ticaret Örgütü gibi organizasyonlar aracılığıyla, ulus devlet otoriteleriyle birlikte, emekçi kesime güvencesiz çalışma dâhil, çalışanların aleyhine, çokuluslu şirketlerin kar oranlarını artıran, yeni pazar olanaklarını geliştiren, lehte programlar dayattığını biliyoruz.

1995 yılında Türkiye'nin de içinde yer aldığı Dünya Ticaret Örgütü (DTÖ), GATS (The General Agreement on Trade in Services)/ (Hizmet Ticareti Genel Anlaşması) adı verilen bir oluşumla sağlık alanı dahil 11 temel kategoride gümrük uygulamalarını kaldırmak ve serbest ticareti yaygınlaştırmak amacıyla bir anlaşma sağlandı.

GATS ile birlikte, kamu hizmetlerinin (sağlık, eğitim gibi birçok hizmet alanı bulunmakta) özelleştirilmesi ve piyasaya açılması yönündeki hükümler, yeni ürünlerin piyasaya sunulması veya eskiden kamu alanı olan alanların piyasalaştırılması ile piyasaların genişletilmesi amaçlandı. Bu hizmet alanlarının sermaye için karlı alanları haline getirmek amacıyla, ilk başta kamu personeli sayısının azaltılması, ücretlerin azaltılması, performans dayalı çalışma, iş güvencesinin kaldırılması, sözleşmeli çalışma, taşeron çalışma, alanın tamamen özelleştirilmesi gibi birçok tavsiye ve koşullar oluşturuldu/oluşturulmaya devam ediliyor.

Biz ne istiyoruz? Güvenceli, güvenli çalışma, insani bir haktır.

Çalışma yaşamının da dayanışma, eşitlik, huzurlu ve mutlu olma mümkün olmalıdır.

Aile hekimleri her an işinden olma endişesiyle çalışmak istemiyor.

Tek taraflı sözleşme dayatmasına karşı, aile sağlığı merkezlerin de çalışan herkes için sendikal haklar, örgütlenme hakkı, söz ve yetki hakkı, güvenceli iş, güvenceli ücret istiyoruz.

Bu tartiŐmalar çerçevesinde TTB aile hekimliği kolunun aşağıdaki iki soru çerçevesinde yeni döneme hazırlanmamız gerektiğini dŐnyoruz.

- **Güvenceli alıŐma ve emeiğin hakkı için aile hekimleri ne yapmalı?**
- **Nerden baŐlamalı? Değiştirebilir miyiz? Değiştirmek için nasıl yapmalıyız?**

ESNEK ÇALIŞMA

Dr. Bilge Atlas Kaplan

Aile hekimliğinde esnek çalışma iki anlamlı. İlki güncel kapitalist bir uygulama olarak emeğin değersizleştirilmesi ve güvencesiz çalışma aracı olarak esnek üretim modelleri. Diğeri ise uygulamada sınıflandırma bileşeni olarak mesai saatlerinin esnekleştirilmesi. Bu ikinci başlıkta birden fazla aile hekiminin görev yaptığı aile sağlığı merkezlerinde gruplandırılan her aile hekimliği birimi tarafından haftada asgari 3 saat esnek mesai uygulaması yapılmaktadır. (gruplandırılmış 5 birime kadar aile hekimliği biriminin bulunduğu aile sağlığı merkezlerinde esnek mesai saatleri farklı zamanlarda planlanır ancak gruplandırılmış birim sayısının 5 ve üzerinde olması halinde ise aile sağlığı merkezi haftalık en az 55 saat açık kalacak şekilde planlama yapılır)

ESNEK MESAI ÇALIŞMASINDA SORULAR, SORUNLAR:

1. Esnek mesai gerekli midir?
2. Esnek mesai Aile Hekimi Ve Aile Sağlığı Çalışanına ayrı bir yük getirir mi? Emek sömürüsü var mıdır?
3. Esnek mesai fazla çalışmak mı demektir?
4. Esnek mesainin mali getiri ve götürüsü nedir? Mali getiriler (A-B gruplandırma ile cari de artış) ile gönüllü bir rıza mı yaratılıyor?
5. Esnek mesai saatlerine aile sağlığı çalışanları uymak zorunda mıdır?

6. Esnek mesainin hizmet verilen nüfusa yararı var mıdır?
7. Esnek mesaide olan Aile Hekimi, diğer birimlerin hastalarına da hizmet vermek zorunda mıdır?
8. Esnek mesai çalışma saatleri nasıl ve hangi şartlara göre planlanıyor? Sağlık Müdürlüklerine göre mi? Aile Hekimine göre mi?
9. Hafta sonları da esnek mesai yapılabilir mi? Faydası var mıdır?
10. Esnek mesai denetimleri usule uygun yapılıyor mu?
11. Esnek mesai sırasında yaşanan sorunlar nedir?
12. Esnek mesai de güvenlik nasıl sağlanıyor?

ÇÖZÜM ÖNERİLERİ:

- 1- Aile Hekimliği birimleri arasında gruplandırma kalkmalı
- 2- Sözleşme taleplerimizde belirttiğimiz üzere;

“Haftalık çalışma süresinin en fazla 40 saat olduğu ve bu süreyi aşacak şekilde düzenleme yapılmasından kaçınılması, nöbet adı altında veya başka isimlerle esnek ve fazla mesai uygulamalarının bir daha gündeme getirilmemesini talep ediyoruz.”

PERFORMANSA DAYALI ÇALIŞMA

Dr. Özgür Akbaba

Sağlıkta performansa dayalı ödeme sistemleri ülkemizde hem sağlık çalışanlarının hem de toplumun sağlığı açısından en önemli sorunlardan birisidir. Neyse ki hali hazırda aile hekimliği uygulamasında performansa dayalı ödeme (pozitif performans) sistemi uygulanmamaktadır. Ancak kanser taramaları ya da kronik hastalık tarama programlarında pozitif performans uygulama niyetleri mevcuttur. Bu nedenle atölye çalışmalarımızda sadece mevcut negatif performans uygulamaları değil pozitif performans uygulamaları da tartışmaya açılmıştır.

Negatif performans

Pozitif performans; karşı mıyız?

Kronik hastalık izlemleri

Kanser taramaları

SORUNLAR

Performansa dayalı çalışmanın kendisi, ister pozitif performans ister negatif performans olsun, sorunlu bir durum olup birçok sorunu da beraberinde getirmektedir.

GBP aşıları, gebe, lohusa, bebek, çocuk izlemleri üzerinden negatif performans baskısı sürekli üzerimizde tutulmaktadır.

Negatif performans bir **emek denetimi** mekanizması olarak kullanılmaktadır. Ücret kesintisi tehdidi ve aşılarda %100'e ulaşma-

rak toplum sağlığı için değerli bir iş yapıldığı söylemi de bir “**rıza üretme**” mekanizması olarak çalışmaktadır.

Negatif performansa dâhil olan her başlıkta %100’e ulaşmak aslında gerçekten mümkün olmadığı için pratikte birçok farklı yöntemle %100’e ulaşılmış durumu gösterilmeye çalışılmaktadır.

- Hemşirelerimiz aileleri izlem için çağırmak ve gelemeyen/gelmeyenlerden de dışarda yapılan aşı ve izlem bilgilerini telefonla almaya çalışmak için ailelere ulaşmaya çalışmakta, defalarca aramalar yapmak zorunda kalmakta, bazen telefonda ailelerin olumsuz tepkilerine ve hatta hakaretlerine maruz kalmaktadır. Bu uygulama bazen sözel ve fiziki şiddete maruz kalmaya neden olmaktadır.
- Bazı aile hekimliği çalışanları basit bir izlem bilgisi için ailelere hiç ulaşamadığı durumlarda performans başvurusu yapma işlemlerine maruz kalmamak, ücret kesintisi riskini almamak için, sadece sistemdeki bir kutucuğu dolduracak hastadan gelen bilgi ile tahmini bir değer girilebilmektedir. (Bu tarz bir “çözüm” uygulanmasının sık görülen bir durum olduğunu söylemek doğru olmaz ancak bu ve benzeri çeşitli örtük sorunlara zemin yarattığı apaçık ortadadır.)
- Performans itiraz başvuruları aşırı bürokratik ve zaman ve iş gücü kaybına yol açan uygulamalardır.
- Performans itiraz başvurularının hangi durumlarda kabul edilip edilmeyeceği ilden ile ve hatta ilçeden ilçeye ve dönem dönem de değişmektedir ve bir standartı yoktur.

Performans itiraz komisyonlarına aktif olarak katılmak “**işçi denetimi**” mekanizması sayılabilir mi?

Aile hekimleri olarak negatif ya da pozitif performans uygulamalarını toptan reddetmeliyiz.

Pozitif performans henüz pratikte uygulamada olmasa da özellikle kronik hastalık izlemleri ve kanser taramaları üzerinden önümüzdeki dönemde uygulamaya geçirilecek gibi görünmektedir.

Pozitif performans da bir “**emek denetimi**” mekanizmasıdır

Maaşın üzerine eklenecek ek gelir getireceği ve kronik hastalık izlemleri ve kanser taramaları yapılarak halk sağlığı için önemli bir görev yapılacağı söylemi ile “**rıza yaratma**” mekanizması olarak kullanılacaktır.

Kanser taramaları bir ulusal program dâhilinde değil de pratikte sadece ASM'lere başvuranlara yapılan “fırsatçı tarama” şeklinde gerçekleştiği için halk sağlığına etkisi tartışmalıdır.

Kronik hastalık izlemleri için SB rehberlerine bakıldığında istenen şeyin, Birinci Basamakta kronik hastalık yönetimi değil, “check-up” yaklaşımı ile tarama yapıp laboratuvar değerleri belirli bir sınırdan ya da kan basıncı yüksek her hastayı sevk etmek olduğu görülmektedir. Bu da bizi “şehir hastaneleri” işletmecisi şirketlere ve/veya özel hastanelere, kısaca kapitalist sağlık sektörüne hasta sağlayıcı rolüne indirgemektedir. Bu nokta da bizi kapitalist **sömürü ilişkileri** içindeki yer almak durumunda bırakmaktadır.

Ayrıca halk sağlığı açısından bakıldığında, birinci basamakta dünyada bilinen en büyük pozitif performans sistemi olan İngitere'nin QOF (Quality Outcome Framework) sistemi yaklaşık 10 yıllık bir deneyimden sonra sağlık çıktılarında bir iyileşme sağlamadığı görüldüğü için neredeyse tamamen kaldırılmış durumdadır.

Katkı ve Sorular:

Katılımcı (Dr. Hüseyin - Mardin): 2 gün önce yaşadığım bir olayı paylaşmak istiyorum. İl sağlık müdürlüğünden bir yazı geldi. 2015 yılında 4 birimli ASM de çalışırken, Sağlık meslek lise-lerinden, üniversitelerinden toplam 16 tane stajer öğrenci geldi. Bu öğrencilerin bir tanesinin aleyhimize açtığı bir davada 6575 tl lik para cezasına çarptırıldık. Öğrenci 2015 yılında sağlık müdürlüğünün izniyle staja gelmiş, staj döneminde kendisine ödenmesi gereken asgari ücretin 1/3'ü ödenmediği için dava açıp, kazanmış. Sonra icra süreci başlıyor, Sağlık Müdürlüğü bu cezayı bize rücu ediyor. Bu parayı 7 gün içinde ödemediğimiz takdirde hapis cezası alacağımız mahkeme kararıyla bize bildiriliyor. Bu durumda ne yapmalıyız?

Tartışmalarımıza ışık tutabilecek böylesi sayısız örnek sorun karşısında yapılacaklar, öneriler sıralanırken öne çıkan itiraz edip haklarımızı korumak oldu.

Katılımcı (Dr. Turan - İstanbul): Sunumda görev aldım. Sağlık da yapılaşmada okuduğum metinden anladığım katkı yapacağım. Sağlık sanayi tarihi anlatılıyor sınıf mücadelesi toplumsal hayatı anlatıyor. Son 400 yılda kapitalist dönem geliyor. İşçiler, patronlar. İşçilerin toplu olmasından doğan güç sermaye sahiplerini korkutuyor. Ham üründen son ürüne batırabilir duruma gelebiliyor. Sonunda ne olacak bu işçilerin çalışması değil de, birlikte olması büyük zarar veriyor, bunu bölelim ne yaptıklarını da bilmesinler, son ürünü alalım ama bütün sürecini parçalayalım. Karşı taraf bir şey yaparsa biz az zararla kurtaralım, karşı tarafta sendikalaşıyor, toplumcu anlayış toplumsal mücadelenin evirildiği dönemde sağlıkta da evirilme oluyor. Bölünmüşlük sağlık alanında da var, bir

sürü uzmanlık alanı var onunda bölünmesi oluyor. Sanayi süreci gelişirken bu sağlık alanına da yansıyor. Bu birimler birbirine rakip olsun zihinsel süreçten kurtaralım, çekirdek işçiler insanlara ürettiriyor bu sürecin her aşamasını sağlık alanına uygulanabiliyor. 1970-80 ler de sanayi alanında da gelişmeler oluyor, toplumun bilinci de değişiyor. Toyotist yalın sağlık yalın üretim kaymağı arttırmak için sağlık alanını da keşfediyor. Emeğin yanında duran insanların geriye düşmesi ya da karşı tarafın ideolojik olarak hâkim olması bir yenilmişlik durumu yaşıyor. Rızalı hale getirildik farkında bile olmuyoruz.

Katılımcı (Dr. Ersan - Bursa): Bir doktor arkadaşımızın eskiden kölelik vardı, içinde yaşadığımız dönem de kölelikten kötü. Eskiden köleler için barınak yapılıyordu yiyecek veriliyordu. Kendisine daha uzun hizmet versin diye. Oysa bu gün dışarıda bir sürü işsiz var. İşçilerin değeri yok, sağlık hizmetlerinden de yararlanmıyor yıllık izin bile kullanamıyor. Karşılığı veriliyor ama birinin yaptığı fazla mesai bir diğerini işsiz bırakıyor. Bu dışardaki işsizleri artırıyor. İçerdeki insanların pazarlık yapma, mücadele etme, kendi hakları için direnmesi ortadan kalkıyor. Biz kendimizi zengin hissediyoruz, evim var, arabam var, çocuklarımı özel okullarda okutuyorum. İşsizleşme süreci, dışarı, işsizlik ilgilendirmiyormuş gibi oluyor, arkadan gelen on binlerce mezun olan tıp fakültesi öğrencileri gelecek de ulaşacakları nokta bugünkü işsizlerin yaşadıkları olacak. Genç kuşakları asgari koşulları tutturmaları için kendimiz için değil gelecekteki arkadaşlarımız için de bir şeyler yapmamız gerekiyor diye düşünüyorum.

Katılımcı (Dr. Ayten - İstanbul): bu sunum içinde eksik olduğunu düşündüğüm bir başlık ve kavram üzerine Türkiye'nin tartışması gerektiğini düşünüyorum: işsizleştirme, birinci basamak

özelleşmesiyle gündeme taşınması gerekiyordu, bu tartışmanın bir sonraki çalışmalarımızda etkinleştirme gerektiğini düşünerek bu başlığı ortaya atmış oluyorum. Özelleştirme politikalarının başladığı andan itibaren kamusal mülkiyet alanlarının tamda belli olmayan içinde nereye evirildiğini yerel mi özerk mi yönetim alanlarına düşünmediğimiz siyasal sistemde göz ardı etmek mümkün değil. Kapitalist üretim içinde sağlık emek üretimini güvencesizleştirmeden ayrı tutacak bir tartışma değildir.

Çalıştay raporunda geçirilmesi gerektiğini düşündüğüm bu KHK ihracı hekimler var yani TTB'nin içerisinde çalışma gruplarında yer alıyor ama BB da olup KHK ile ihraç edilen tekrar davalarla dönen arkadaşların meselesinin burası olmasını düşünüyorum. Despotik ve hegemonik kavramları da düşünerek sermaye -patron benim için en büyük patron devlet biz onun işçileriyiz sermaye el değiştirdi.

Katılımcı (Dr. Canan - Samsun): Ben aslında bugünkü başlıkların nereden kaynaklandığı üzerinde söz aldım şimdi biz AH modelinin başladığı süreçten beri yaşadığı sorunları konuşuyoruz Dünya uygulamalarını da biliyoruz. Aile hekimliğinde asıl amaç neydi? Sağlık giderlerini de azaltacağız ücretleri yükseltiyoruz dendi. Sistemin küçük ayrıntıları ile uğraşır hale geldik biz bu modeli benimsiyor muyuz yoksa kamusal AH var mıdır? Bunun konuşmalıyız

Katılımcı (Dr. Ahmet - İstanbul): Ben ASM yönetimi için harcanan emekle ilgili söylemek istiyorum 3-4 hafta önce Marmara üniversitesinde sunum yaptık. Bizler dışında ne yaptığımızı bilen AH asistanlar dahil bir çok meslektaşımız bilmiyor.

Katılımcı (Dr. Melahat- Akdeniz Üniversitesi AH Bölüm Başkanı) Bir sataşma var arkadaş asistanlar bilmiyor diyor benim asistanlarımı sahaya gönderiyorum ziyaret ediyorum ASM'nin sorunlarını öğreniyorum ASM'nin sorunlarının farkındayız.

Katılımcı (Dr. Özgür - İstanbul): İngiltere deneyimim var uzmanlığımı orda aldım. Doktorluk dışında bir sürü şeyle uğraşırız. Türkiye de olamayan orda resepsiyon denilen bir bölüm var, bir sürü insan çalışıyor. O insanların ilk başvurduğu kişi randevu alıyorlar RPT talepleri orda alınıyor, alan bazen hastayı bile görmeden RPT yapıyor. ASM yönetimi ile idare işlemleri ilgilenen practis manager denilen insanlar var. Böyle bir meslek var resmi işlemleri takip eden yazışmaları takip eden kişiler var, maaşları gider olarak gösteriliyor devlet tarafından ödeniyor.

Katılımcı (Dr. Naci - Antalya): Bütün atölye grupları için gerekli olduğunu düşündüğüm bir şey paylaşmak istedim bizde eksik olan AH bir sistem olarak bakıyoruz. Hata olduğunu düşünüyorum. Bir sistemin bir kurgusu olur geleceği planı olur 10-20 yıllık süreçte tahmin edersin bizim ülkemizde belirsiz bir süreç devam ediyor. Taşeron çok sık kullanılıyor. Biz taşeron değiliz, bir hizmet ortaya konur taşeron talep edilir. Biz seçenek sunulmuş gibi zorla bir alana itildik.

Katılımcı (Dr. Fethi- İstanbul): Turan bu konuşmayı İstanbul da yaptı, emek sürecini çok güzel özetledi. Burada kısmen sunabildi. Emek sürecini tartışıyoruz sistem tartışması yapabiliriz AH sistemini BB tartışabiliriz ancak ama biraz konuya odaklanmak için şu soruları heyete sormak istiyorum. Performansa dayalı sözleşmeli çalışma için ne diyoruz? Ne talep ediyoruz? Toplu sözleşme, tek taraflı sözleşme için ne diyoruz? Esnek çalışma için ne

diyoruz? emeğimizin karşılığı olan bir ücret istiyoruz yerine daha somut öneri olarak yoksulluk sınırının en az iki katı ücret talep etmiştik. Benzer konularda somut taleplerimiz olmalı.

Katılımcı: Esnek çalışma diye bir şey yok esnek mesai var. Model denilen şey süreyi esnetme var hekime yönelik bir çalışma yok. Emek hırsızlığı var. Esnek çalışma kavramı açıklanması lazım.

Katılımcı (Ebe Zehra - SES Alanya Temsilcisi): Ocak ayında sendikamızın birinci basamakla çalıştayı olmuştu. KETEM’de çalışıyorum. Birinci basamakta da çalıştım. Aile hekimliği beni resmen depresyona soktu sahaya çıkamıyordum aile planlaması hizmeti yapamıyordum evlere çıkamıyordum. Hekimlerin özlük hakları, örneğin ödenen kiralar mobil hizmetler sorunlar çözülsün biz AH ne evet mi diyeceğiz? Esnek mesai ile ilgili bir şeyler düşünüyorum. Ben hizmet alan tarafından bakıyorum ben de tek gündüz çalışıyorum gecedem gitmem gerekiyor gidemiyorum. Hastane aciline gidip ilaç yazdırıyorum. Başka hekim bakıyor tanımiyor taleplerini bilmiyor.

Katılımcı: Aile hekimliğinde esnek çalışma değil esnek mesai var, bununla ilgili ek ödeme yok çalışma saatine dâhil. Çalışanlar memnunlar itiraz etmiyorlar, acil nöbetine itiraz ettik eylem yaptık. Küçük ilçelerde entegre sağlık hizmeti var dinlenme haklarından feragat edip ücreti alıyorlar. Amerika da direkt acile gidemezsin aile hekimine yüklü ücret ödüyorlar. Hekimin ücreti çok daha farklı olacak hekimin ücreti ne olmalıdır konuşulması gerekiyor. Performans konuşulmalı. Birçok ülke performansı uyguluyor ama negatif değil pozitif performans.

Katılımcı (Dr. Doğan - Gaziantep): Saha ziyaretlerinde gözlemlediğim ve çok üzücü durumlar var. Sıfır nüfuslu birimler hasta

kapma yarışı yüzünden diğer birimlerle kavga halinde, çalışma barışı bozuldu.

Katılımcı (Dr. Can - Muğla): Esnek mesai talebine birazdan geriden bakmak lazım, İşçi haklarının gerilemesi bize esnek çalışma olarak dönüyor. Temelden esnek çalışmaya karşı çıkmak lazım. Esnek çalışmayı doğuran ASM sınıflandırması parayla ödüllendiriliyor. Bu şekilde eşit hizmet verme anlayışı da ortadan kalkıyor. Suriyeliler için TSM lerde özel poliklinik açılıp, TSM de yeterli hekim bulunmadığı sürelerde Aile hekimlerine bu görev dayatılıyor. Sistemin çözemediği her sorunu AH leri üzerinden çözmeye kalıyor.

Katılımcı (Dr. Hatıra - İstanbul): Sağlık hizmetlerini bir fabrika gibi düşünürsek, hasta olanlar haricinde ihtiyacı olmayan her birey için yapılan her gereksiz tetkik sisteme hizmet ediyor. Check-up yapmamızı istemeleri, ASM lerin 24 saat açık kalmasını istemeleri, esnek çalışmayı dayatmalarının amacı açık, hepsine karşı çıkmamız gerekiyor.

Katılımcı (Dr. Pınar - SES Yönetim): Geçen hafta içinde SES olarak Birinci Basamak Sağlık Çalıştayı gerçekleştirdik. Çalıştayın atölye konularını, halk sağlığındaki sorunlar, sağlık emekçilerin sorunları, sağlık hizmetlerinde yaşanan problemler, mevzuat olarak belirledik. Aile hekimleri ve alanda çalışan bütün sağlık emekçileri söz alarak, iş yükü yoğunluğu, görev tanımlarının belirsizliği, az kişi ile çok iş, ASM iş barışının bozulması, TSM-ASM sorunları, karar mekanizmalarında ceza puanına bağlı sözleşme feshi, izin kullanım sorunlar ağırlıklı olarak gündeme geldi.

ATÖLYE 2

Klinik Uygulamada Sorumluluklarımız Başlığında Önümüzdeki Dönemde Performansa Tabi Tutulması Beklenen Uygulamalar İçin Değerlendirme Atölyesi

Dr. Ersan TAŞÇI

GİRİŞ:

Az sayıda personelle ağır iş yükünü buluşturup, bunu performans dayatmasıyla sürdüren sistem, her geçen gün özlük haklarında, fiili ve mevzuat bazında gerilemeler yaratmaktadır. Bakanlık, sözde ‘iş yükünü azaltmak’ niyetiyle yeni boş birimler açarak, fiili olarak hekim başına düşen hasta sayısı hekimin gelirini azaltırken, başlangıçta performansa tabi tutmadığı bazı hizmetleri -pozitif performans aldatmacasıyla- azalan geliri artırma yöntemi (havuç) olarak sunmaktadır. TTB Aile Hekimliği Kolu olarak, 2. Antalya Aile Hekimleri Buluşması’nda, dört atölye konusu belirlenmiş olup, konulardan biri de henüz mevzuata girmemiş yeni sorumluluk ve görevlerin yaratacağı sorunlar olarak belirlendi. Bu atölye sorumluluğu Bursa Tabip Odası tarafından üstlenildi. Ayrıca Batman, Van ve Diyarbakır Tabip Odaları tarafından çalışmaya destek olacakları ifade edildi.

GELİŞME:

- 1) Bursa Tabip Odası Komisyonu'nun yeniden oluşum sürecinde katılım sağlayan Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanı, hocaları ve asistanlarının desteğiyle, yayın taramaları yapıldı. Bulunan kaynaklar birlikte değerlendirilerek atölye çalışmasına etkileri tartışıldı. Aktif aile hekimliği yapan komisyon üyelerinin ekte şablonu görülen nitelikte kendi hekimlik verileri toplanarak iş yüküne ilişkin durum değerlendirmesi yapıldı. Sonrasında Güney Marmara bölge tabip odalarından Balıkesir ve Çanakkale'nin ve –daha önce kol toplantısında destek sözü veren- Batman, Van ve Diyarbakır Tabip Odaları kol temsilcilerinin katılım ve katkılarını almak için bir Whatsapp grubu kurularak çalışmalarla ilişkilendirildiler. Bu illerin verileri de değerlendirilmeye alınarak ekteki tablo oluşturuldu. (Bkz:Tablo 1)
 - a) Kayıtlı hasta sayıları, cinsiyet ve yaş gruplarına göre dağılımları, kronik hastalık tanısı almış olanları ayrıştırarak bir veri seti oluşturuldu. Elde edilen değerler, Sağlık Bakanlığı verileriyle karşılaştırılarak, sahanın performansı değerlendirildi. Bursa Tabip Odası AH Komisyonu üyeleri tarafından hazırlanan bir şablon uyarınca, bir tam gün boyunca başvuran kronik hastalığı olan tüm bireylerin ayrıntılı kayıt ve değerlendirilmeleri için gereken ortalama zaman hesaplanmaya çalışıldı.
 - b) Kanser taramaları konusunda atölye grubundaki illerden kanser tarama hedef nüfusları verileri toplandı. İl ilçe ketem sayılarına ulaşarak, taramalarda sahanın destek alabilme durumu incelendi.

- c) Erişkin aşıları konusunda kaynak taraması yapılarak, erişkin yaş grubunda performans girmesi olası aşılardan yaş grupları endikasyon ve kontrendikasyon durumları irdelendi. Aşı konusundaki handikaplar değerlendirilmedi.
- d) Raporlar ve okul sağlığı taramalarının Antalya’da yapılacak atölye çalışmalarında, daha geniş bir katılımı değerlendirilmesi kararlaştırıldı.
- 2) Birinci basamakta mevcut klinik iş yükü, ağırlıklı olarak poliklinik hizmetlerinden oluşmaktadır. Aşı öncesi izlem, ehliyet raporları, askerlik muayeneleri ve son dönemde eklenen okul çağı izlemleri uzun süren kapsamlı klinik değerlendirme gerektirdiğinden diğer poliklinik hizmetlerine ayrılan süre azalmış ama bekleyen hasta sayısı ve memnuniyetsizliği artmıştır. Tüm bunlara ek olarak yeni dönemde performansa gireceği söylenen Kanseri Taramaları, Erişkin Aşı uygulamaları, Kronik Hastalık Takipleri gibi klinik uygulamalar nedeniyle, hekimleri ciddi bir iş yükü ve tükenmişlik durumu beklemektedir. Ne yazık ki geçtiğimiz yaklaşık 10 yıllık Türkiye Aile Hekimliği pratiğinde klinik uygulamaların içinde yer yer yürütülen bu çalışmaların ülke sağlık verilerine bir katkısı olamamıştır. Çünkü ne bu verileri izleyebilen bir Bakanlık, ne de Bakanlıktaki verilere ulaşabilen bir yerel idareden söz edilememektedir. Koruyucu hekimliğin önemsendiği bir toplumda tüm bu çalışmaların yürütülmesi gerektiği konusunda hekimlerin bir şüphesi yoktu. Ancak Bakanlık ve yerel idareler, reçetesi yazılıp “memnun edilmiş” “hasta popülasyonunu, hasta olmaktan ya da hastalığı ilerlemekten korunmuş topluma tercih ettiğinden tüm enerjinin tedavi hizmetlerine kanallize edilmesini beklemektedirler. Kısırlanmış sağlık talebiyle ve abartılmış ”sağlık hizmetine ulaşma”

olanaklarıyla toplumda ne yazık ki benzer bir biçimde eğitilmiş ve şekillenmiş bulunmaktadır. Koruyucu hekimlik için gösterilen çabayı değil, usulsüz taleplerine gösterilen hoşgörüyü takdir etmektedirler.

3) Mevcut çalışma koşullarında aile hekimlerinin, bu “yeni” klinik uygulamalara zaman ayırması mümkün müdür? Bu soruyu Bursa merkezde görev yapan ortalama 4000 hasta sayısına sahip hekimler olarak şu şekilde ayrıştırarak yanıtlamak gerektiğini düşündük:

a) Kişi başı aile hekimine başvuru oranının ülke genelinde gittikçe düşmekle birlikte 2012 yılı itibarıyla 3,1 olduğunu varsayarak (8,5 olan genel hekime başvuru oranının yarısından bile azı bu rakam) toplam poliklinik sayımızın 12.400 olması gerektiğini söyleyebiliriz. Bir hekimin yılda hiç izin kullanmadan çalışma süresi 52x5x8x60 dakika olduğunu düşünürsek (izinler, hastalık halleri, resmi ve dini bayram tatilleri, gezici hizmet sunumları hariç) 124.800 dakika çalışma süresi olsun. Bu da kişi başına 10 dakika gibi bir süreye karşılık gelmektedir ki Dünya Sağlık Örgütü'nün kişi başına 15 dakika olarak önerdiği sürenin de altındadır. Ayrıca özellikle kent merkezindeki göç alan bölgelerde çalışan birimlerin hem başvuru oranları hem de kayıtlı hasta sayıları çok daha yüksektir. İnfluenza ve benzeri epidemilerin yaşandığı eylül-ocak ayları arası ve izin kullanan hekimlere vekâlet edilen Şubat tatili dönemi ve yaz tatili aylarında da hasta başvuru sayıları 2-3 katına çıkmaktadır. Bu dönemlerde koruyucu hekimlik için zaman ayırmak mümkün olamamaktadır. Yılda bir kez her kronik hastaya EKG çekilmesi, değerlendirilmesi, hastaların kanser taramaları ve

kardiyovasküler komplikasyonlar ve uzman konsültasyonları için eğitilmeleri, laboratuvar incelemeleri, bakanlığın beklentileridir ama karşılanması hali hazırda mümkün görünmemektedir.

- 4) Raporlar -özellikle tanımsız, mevzuatsız ve keyfi durum bildirir raporlar- birinci basamağın en yıldırıcı işidir. Bir faaliyete katılmak için (spor, seçme, yarışma, işe girme vb) sağlıklı olduğuna ilişkin bir belgenin, çalışmanın niteliğini ve engelleyici durumlarını bilmeden verilmesi mümkün olmamaktadır. Bu konuda yargıya intikal etmiş pek çok ceza ve tazminat davaları vardır ve genellikle muhatap sanık “sağlam” raporunu veren hekimler olmaktadır. Bu davaların tazminat yükümlülüğüyle sonuçlananları hekimleri ciddi meblağları ödemek zorunda bırakmaktadır. Her sağlıklı insanın bir efor kapasitesi vardır. Bu nedenle çalışmanın neden olacağı sağlık sonuçlarının neler olacağı ya da hangi bedensel kapasitelere ihtiyaç duyulduğunun tanımlanmış olması gerekmektedir. Oysa pek çok “sağlık raporu” talebinde hekimden beklenen, “sağlamdır” yazan bir kâğıdı imzalayıp vermesidir. Kişinin ”sağlam” sayılmaması için gerekli koşul ve durumlar açıklanmamıştır. Bu konudaki en ayrıntılı mevzuatlar, sürücü belgeleri ve askerliğe elverişlilik raporları için hazırlanmış olmasına karşın, bu iki rapor türünün de birinci basamak donanımı ile tanımlanamayacak sağlık durumları için ayrıntı içermesi aile hekimlerini sevk yoluna zorlamakta, ikinci basamağın ücretli işlem yapması da hasta-aile hekimi ilişkisinde çatışmalara neden olmaktadır.
- 5) Okul periyodik muayeneleri son iki yılda tüm sınıflar düzeyinde yaygınlaştırılarak, MEB ile yapılan bir protokol dâhilinde uygulamaya alınmıştır. Hep yaşana geldiği üzere bu konuda

da hizmeti sunacak olan bizlerin ve meslek örgütlerimizin görüşü alınmadan yapılması nedeniyle, sahadaki uygulamalarda çok ciddi sıkıntı ve mağduriyetler ortaya çıkmıştır. Sağlık ocağı dönemlerinden beri ilkokul birinci sınıf öğrencilerine yapılan tarama muayeneleri ile amaçlanan, o döneme kadar gözden kaçmış; görme, işitme engeli, diş çürükleri ve inmemiş testis gibi ciddi sağlık durumlarının tespitidir. Güncel tarama uygulamasında kapsam genişletilerek çocukların psikososyal durumları ve kan tabloları da incelemeye alınmıştır. Bir öğrencinin Bakanlık beklentilerine uygun olarak değerlendirilmesi –ER-GENSOR sorgulaması da dahil edilirse- bir saati bulmaktadır. Kan testlerinin alınması ve değerlendirilmesi farklı zamanlarda gerçekleştirildiğinden özellikle merkezi sınava hazırlanan yaş grubu öğrencilerinde devamsızlık bir gerginlik nedeni olmaktadır. Hekimlere uygulama konusunda herhangi bir eğitimin verilmediği ERGENSOR sorgulaması -içeriği nedeniyle- ailelerin nezaretinde ya da onlarsız yapıldığında farklı kültürel kökenli sorunlar ortaya çıkarmaktadır. Bu nedenle pek çok merkezde göz ardı edilmek zorunda kalınmaktadır.

SONUÇ:

- 1) Aile hekimlerinin hasta kişileri muayenesi ve ilaç RPT poliklinik yükünün ciddi bir bölümünü oluşturmaktadır. RPT konusunda SGK, Sağlık Bakanlığı tarafından TEB ve TTB'nin de içinde bulunduğu meslek örgütleriyle birlikte acilen bir düzenleme yapılmalıdır.
- 2) Kronik hastalık izlemlerinin, okul çağı periyodik kontrollerin, kanser taramaları ve eğitiminin, erişkin aşlarının sağlıklı biçim-

de yürütülebilmesi için hekimlerin artan iş yükü karşılığı olarak özlük haklarının korunduğu makul hasta sayılarına inilmelidir.

- 3) Durum bildirir sağlık raporları türündeki tüm raporlar, bakanlığın ilgili kurum ve kuruluşlarla ve meslek örgütleriyle birlikte yapacağı düzenlemeler kapsamında değerlendirilmeli ve gereksiz, mevzuatsız, tanımsız sağlık raporu sorunu bitirilmelidir.
- 4) ERGENSOR tarzı pedagojik formasyon gerektiren görüşmelerin okul rehber öğretmenleri eliyle yapılması ve aile hekiminin bilgilendirilmesi; bunun dışında bu taramaların okulun sorumluluğundan çıkarılıp, vatandaşa aile hekimine başvuru sorumluluğu getirilerek direk aile hekimi sorumluluğuna alınması görevin takibi ve icrası için gerek ve yeter koşuldur.
- 5) Erişkin aşlarının lojistik sorunu bitirilip, her vatandaşın GBP kapsamında tam aşılı olması için gereken koşullar ön şart konulmadan sağlanmalı, bu konuda yasal düzenlemeler tamamlanarak “Aşı Reddi” kavramı bitirilmelidir.

Soru ve Katkılar:

Katılımcı: Sorumluluk mu angarya mı? Sadece AH ve ASE anlamında mı sorumluluk AH anlamında bizim sorumluluğumuz değil görev tanımlanması yapılması gerekli angarya bizim bunu yapmamız mümkün değilse bu angaryadır. Adana da ‘Eşeğin yoksa damadın da mı yok’ denir. Sağlık Bakanlığının bize bakış açısı bu. Ne zaman popülist bir iş yapılacaksa, ek iş dayatmaları başlıyor. Kronik Hastalık İzlemleri için yeni sorumluluk ek görevler olacak, Bakanlık bunu karşılamak için yeni çalışanlar vermeli.

Katılımcı (Dr. Serkan - Trabzon): TTB nin Ankara daki sempozyumunda toplum tabanlı kanser taramaları ile ilgili sempozyumda da çok güzel konuştuğumuz gibi, kanser taramaları AH nin işidir, bizim sorumluluğumuzdur. Kronik Hasta İzlemi için performans olmamalı.

Katılımcı (Dr. Özgür - İstanbul): Hizmet sunumunda RPT iş yükünün çözülmesi gerekiyor. SGK ile mi irtibata geçilmesi gerekiyor bilmiyorum. Kurumsal olarak çözümlenmesi gerekiyor. Bu durum hastanın gözünde bizi değersizleştiriyor ve mesleki tatminsizliği giderek artırıyor. RPT lerin 6 ayda bir olması gerekiyor. ASM de sunulan raporlar meselesi için, hangi mevzuata göre yapılması gerektiği Bakanlığa bildirilmeli, dünyada bu iş nasıl yapılıyor sağlık raporu evlilik raporu ehliyet raporu nasıl düzenleniyor bakmak gerekiyor. Spor raporunun bizimle işi yok demeliyiz. Askerlik raporu askeriyenin işi. Rıza üretiyoruz evlilik raporlarıyla talasemi taraması yapıyoruz. Kendi kendimize rıza yaratıyoruz, bu iş yükü üzerimizden alınsa AH koruyucu sağlık hizmetlerini daha rahat sunabilecek.

Katılımcı (Dr. Serkan - İstanbul): Rapor düzenleme diye bir şey olmamalı, ya da ne iş yapılacaksa bunun kriterleri olmalıdır. RPT ile glokom hastasının ilacını yazıyoruz göz tansiyonuna mı

bakıyoruz? Kronik hastalık takibi yapıp kolesterol düşürücü ya da enstülin yazamıyoruz. RPT bir an önce kalkmalı. Kronik hastalıklarda SGK fark almamalı. Performans olmamalı ama SB performans koymazsak siz yapmıyorsunuz diyor. Bakanlığa bizim bunu yapıyoruz dememiz lazım. Ben ücret kazanmıyorum hastaneye sevk ediyorum diyen arkadaşlar var biz istemiyoruz ama şu ya da bu şekilde çözeriz diyebilmeliyiz.

Katılımcı (Dr. Seha - İzmir): Bizim RPT konusunda yapmamız gereken raporları yok saymamız. Kronik hastalıkları izlemeli kontrollerini yapabilmeliyiz müdahale etmemiz lazım. Astım hastaları göz hastaları gerekli ilaçları yazabiliyor olmamız lazım. Kanser taramaları yapmalıyız ama teknik desteğimizi almalıyız. Bir sürü bizden rapor isteniyor. Risklerimiz var mesleğimizi severek yapmayan arkadaşlar var bu da uygulamalarda problem yaratabiliyor.

Katılımcı (Dr. Selçuk - Denizli): Önce aşağıdan başlayıp kademe kademe yukarı çıkmalıyız acil nöbetleri gündemdeydi, bugün kronik hastalıkları uğraşıyoruz. Aile hekimi olarak görev tanımımızı belirlemeliyiz. Öncelikle bizim TTB olarak bir şablonumuz olması gerekiyor. Sonra hedef politikamız olması lazım, sözleşme şartlarını belirlememiz gerekiyor. Sözleşme karşılıklı rıza ile yapılmasını istiyorum.

Katılımcı (Dr. Zafer - Ankara): Birinci basamak hizmeti nasıl yapılacağı konusunda bir fikir birliğine bağlamak gerekir. Parça başı mı? Kamu hizmeti mi? Özel sektörlerle mi yapacağız buna karar vermeliyiz. Kıstaslarını belirleyip raporunu verilmesi gerekir. Kronik hastalıklar tarama kanser tarama iş yükü anlamında sıkıntıları vardır.

Katılımcı (Dr. Pınar - Ankara): Tartışma yoğunlaşılması gereken yer BBSH lerinden ne anlıyoruz, sınırı ne kapsamı ne, tartışılması üzerine olmalı BBSH bölge tabanlı, sağlık harcamalarının ta-

mamının kamusal kaynaklardan karşılandığı, sağlık emekçilerinin kadrolu ve emekliliğe yansiyacak temel ücretli istihdam edildiği BB sistemiyle sorunlarımızın büyük kısmının çözüme ulaşabileceğini düşünüyoruz.

Katılımcı (Dr. Turan - İstanbul): Evlilik raporları vermiyorum diyen var mı? Rapor vermeyelim mi diye tartışıyor.

Katılımcı (Dr. Fethi - İstanbul): Dünya sağlık örgütü, önlenbilir ölümlerin çoğunun kronik hastalıklardan kaynaklandığını bildiriyor. Bu durum ülkemiz için daha kötü. ASM ler mevcut haliyle kronik hasta izlemi için gerekli alt yapıya sahip değil. Bu anlayışla, mevcut koşullarla bu hizmeti sunamayacağımızı yüksek sesle söylememiz gerekiyor. Bunu da gerekçelerini iyi anlatmalıyız. Bu rapor işini TTB, Aile hekimlerinin dernek ve sendikaları olarak görüş ve önerilerimizi yüksek sesle dile getirelim, bu konuda ısrarcı olalım.

Katılımcı (Dr. Abdullah - Bursa): Her 6 dakika da bir 70 hasta bakmamız isteniyor, Kronik hastalıklar için her hasta için en az 30 dk -1 saat ayrılmasını düşünürsek 420 dk ancak 17 hasta bakabiliriz. Bizim yaptığımız atölye çalışmasında bir gün içinde hiçbir şey yapmadan maximum 17 kronik hasta izleyebilirsiniz.

Katılımcı (Dr. Emrah - İstanbul): Epilepsi hastasını ilaç RPT ediyorsunuz ama ehliyetini iptal edemiyorsunuz. Hekimler üzerinden çözmeye çalışıyoruz bu işi ama BB dağıtılabılır ise işimiz azalır.

Katılımcı (Dr. Selahattin - Batman): Koruyucu sağlık hizmetlerinin planlanması ile ilgili konuşmak istiyorum nüfuz piramidinde göre nerde yoğunlaştıysa ona göre planlama yapılması gerekir.

Katılımcı (Dr. Özgür - İstanbul): Kronik hasta takibi için, bütün personelin sürekli ve iyi eğitim alması gerekiyor. Bu da pozitif performansla olmalı. ASM de uzman hemşireler olmalı bu işi yapabilmeli. ASM ye gelemeyenler için evde bakım hemşirelerinin olması gerekir. Kanser taramaları için ayrı bir kurum olması gerekiyor. Okullar izlemler için okul hemşireleri olması gerekiyor. Okul hemşiresi ASM/ TSM bir arada çalışılarak yapılabilir

Katılımcı (Dr. Naci - Antalya): Rapor için öneri öncelikli raporlandırma gerekli midir hangileri gerekli çalışma yapılmalı. Bu durum mutlaka kamuoyuna anlatılmalı.

Katılımcı (Dr. Can): Rapor talebinin en önemli sebebi mevzuatta yeri olmayan talepler. Sağlık Bakanlığı bunu tarif etmemesinden kaynaklanıyor. Bakanlık bunu standardize etmeli

Katılımcı (Dr. Enis - Adana): Burada konuştuklarımız kısa vadeli sorunlar ve kısa vadeli çözümler oluyor. HPV bilgisi vermeyen hasta doktora dava açabilir. Birinci basamak diğer branşlarla beraber çalışmamız lazım.

Katılımcı (Dr. Aslı - Antalya): İşe giriş raporlarını veriyoruz ama bu firmalar neden matbu kağıt göndermiyorlar? Amerika da yaşadım orda ehliyet raporu yok, randevu alınıyor 20-30 soruluk sorular veriliyor, yazılı sınavdan sonra ehliyeti veriyorlar, böyle kurumlar kurulsun.

Katılımcı (Dr. Tuna - Antalya): Uzun vadede de bizi etkileyecek tek şey rapor, şimdi tek sorun şiddet, Ama malpraktis 2005 yılında taksir olayını soktular ve olası kasta göre olayın gerçekleşme oranına göre meslekten men edilebilirsin. Uzmanlara gönderdiğiniz zaman onlar imzalamıyor neden? Diğerleri gibi bu konu önemli ayrıntılı tartışmalıyız, geleceğimizi ilgilendiriyor.

ATÖLYE 3

“BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ ÖRGÜTLENME VE FİNANSMANI“

TTB Aile Hekimliği Kolu olarak, 2. Antalya Aile Hekimleri Buluşması'nda çalışılmak üzere dört atölye konusu belirlenmiş olup, çalışma koşullarımız, iş tanımlarımız görev paylaşımlarımız, basamaklar arası ilişkiler ve emek karşılığında yapılan ücretlendirmeler ya da kesintileri değerlendirdiğimiz; “BBSH ÖRGÜTLENME VE FİNANSMAN “ başlığı altında aşağıda belirtilen konuların tartışmaya açılması planlandı.

- **BBSH ekibi**
- **Toplum yönelimli hizmet/Liste tabanlı hizmet**
- **Entegre Hizmet**
- **Mobil Hizmet**
- **TSM/SYM/İSM**
- **Dikey Örgütler – VSD-AÇSAP**
- **Basamaklar Arası İlişkiler**
- **Primler sigorta sistemi**
- **Cepten ödemeler, Ücretlendirme**

Hazırlık aşamasında; İzmir, İstanbul, Samsun, Gaziantep, Eskişehir, Trabzon Tabip Odalarının temsilciler ile oluşturulan Whatsapp ve mail gruplarıyla litaretür taraması, sahadan gelen görüşlerin paylaşımı ve oda Aile Hekimleri komisyonların görüşleri ile hazırlık dönemi geçirilmiştir.

BBSH EKİBİ VE ÖRGÜTLENME

Dr. Sibel UYAN

1978'de Alma Ata konferansında tanımlanan temel sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde, toplumun yalnızca katkısının değil, hizmetin planlanmasına dek katılımının, etkinliği artıracakları saptanması yapılmış ve az gelişmiş- gelişmiş ülkelerin tümüne hizmetin örgütlenmesinde toplum katılımı mekanizmalarını kurma çağrısı yapılmıştı. Bu çağrıdan 17 yıl önce ülkemizde kabul edilen sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesine dair yasa ile bu mekanizmaların kurulmuş olduğu gerçeğinin altını çizmek gerekir. Ne var ki, Aile Hekimliği uygulaması mevzuatında toplumun sağlıkla ilgili karar alma, planlama ve denetleme süreçlerine katılımı öngörülmemiştir. Sağlık hizmeti gereksiniminin piyasanın kurallarına göre düzenlenemeyeceği, sağlığın meta karakteri taşımadığı, hizmete gereksinim duyanın tüketici davranışı sergileyemeyeceği, profesyonellerin seçimine uymak zorunda kalacağı gerçeğine rağmen, Aile Hekimliği sistemi; katılımı öngörmeyen, katılım mekanizmalarının tahrip edilip piyasanın düzenleyiciliğine güvenmenin esas alındığı siyasi bir tercih olarak uygulanmaktadır. Aile hekimliği uygulamasının ideolojik düşüncesi dayanışmayı değil-bireyi yalnızlaştırmayı hedeflemektedir. Bireyselleşme evrimi tersine çevirmektedir.

Aile Hekimliğinde alt yapı ve insan gücü bakımından içinde bulunduğumuz durumu tartışabilmek için öncelikle yakın geçmişi hatırlamak gerekiyor. Henüz aile hekimliğinin sadece bir kaç pilot il ile sınırlı olduğu son dönemleri yansıtmaması nedeniyle 2006 yılı verileri

üzerinden bir değerlendirme yapabiliriz. Temel Sağlık Hizmetleri Yılığ, Sosyalleştirme Yasası'ndan (Sağlık Bakanlığı, 2007) 45 yıl sonra sağlık ocaklarının sadece % 67'sinin kendi binasında olduğunu göstermektedir. Kalan % 28'in ise sağlık evi binasına, mahallede temin edilen bir binaya, geçici süre ile tahsis edilen ya da bir başka kamu kurumuna ait olan bir binaya sığındığı, hatta % 3'ünün kiralık bir binada olduğu görülmektedir. Birinci basamak kaynaklarının ülke içindeki dağılımını değerlendiren iki çalışma da tartışmamız için zemin oluşturmaktadır. Bu çalışmalardan biri 1998 tarihli (Belek, 1998), diğeri de 2000-2004 dönemini değerlendirmiştir (Öcek, 2007). İki çalışma da aynı sonuca varmıştır; alt yapı ve insan gücü dağılımı bakımından derin bir eşitsizlik vardır ve bu eşitsizlik etkisini hizmet sunumunda da göstermiştir. Bu durumda sağlık ocaklarının gerek alt yapı gerekse insan gücü açısından desteklenmediğini ve bu nedenle sosyalleştirmenin eşitlikçi özünü ortaya çıkarmasının engellediğini söylememiz yanlış olmayacaktır (Belek, 1998, Öcek, 2007).

Aile hekimliğine geçiş sürecinde Eskişehir ve Samsun'da yapılan değerlendirmeler ise insan gücünde sayısal açıdan asıl üzerinde durulması gereken grubun ASÇ'ları olduğuna, ASÇ olarak görevlendirilen ebe /hemşire sayılarında ciddi azalmalar gerçekleştiğine işaret etmektedir (Yılmaz, 2007; Çakır, 2007). Eskişehir'de daha önce 19 sağlık ocağında 564 ebe ve hemşireyle verilen BBSH 163 ayrı birimde 163 ASE tarafından verilir duruma gelmiştir (Yılmaz, 2007).

Aile hekimliğinde bugün mevcut olan durumu değerlendirmeye insan gücü ile başlayabiliriz. SB saha koordinatörleri tarafından AH'lerinin nüfus ortalaması 3650 olarak bildirilmiş (Üstü, 2011), DB'nin (2013) aile hekimliği raporunda da sayıların 4500'i geç-

bildiğinin yazılmıştır.

Sağlık siteminde bütüncül yaklaşım, eşitlikçi bir yapı kazanılmasına ve toplumun sağlık sorunlarına yanıt verebilmesine yönelik tartışmaların merkezinde disiplinler arası işbirliği ve ekip çalışması kavramları yer almaktadır. Aslında birinci basamak sağlık örgütlenmesinde ekip çalışmasını değerlendirirken editörlüğünü Prof Dr. Kayıhan Pala'nın yaptığı "Birinci Basamakta Kamu Sağlık Yönetimi El Kitabı"nda Prof. Dr. Zeliha Öcek in "Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Ekip Çalışması ve Ekip Üyelerinin Görevleri" başlığı altında ele aldığı bölümde yer alan tablolar Sağlık Ocağı/TSM/ASM çalışanlarının görevleri arasındaki karşılaştırma bizlere ışık tutacaktır

Sağlık ocağı ebesi, hemşire ve sağlık memurunun, toplum sağlığı merkezi (TSM) sağlık memurunu-ebe-hemşiresinin ve aile sağlığı çalışanı görevleri*

Sağlık ocağı ebesi	Sağlık ocağı hemşiresi ve sağlık memuru	TSM sağlık memuru- ebe-hemşiresi	Aile sağlığı çalışanı
*Hizmet verilen bölge ve toplumu tanımak	*Hizmet verilen bölge ve toplumu tanımak	*Hizmet verilen bölge ve toplumu tanımak	*Yaşamsal bulgular ölçüp, kaydetmek
*Bölgenin sağlık ölçütlerini değerlendirmek, sorun ve öncelikleri saptamak	*Bölgenin sağlık ölçütlerini değerlendirmek, sorun ve öncelikleri saptamak	*Bölgenin sağlık ölçütlerini değerlendirmek, sorun ve öncelikleri saptamak	*Aile hekimi gözetiminde, talimatı verilen ilaçları uygulamak
*Bağışıklama hizmetinde görev alma	*Bağışıklama hizmeti yürütmek	*Bağışıklama hizmeti planlama ve yürütülmesinde görev almak, aşıların soğuk zincire uygun saklanması ve dağıtımını yürütmek	*Yara bakım hizmeti yürütmek
*AP** danışmanlığı vermek, gerekli uygulamaları yapmak, sertifikası varsa R/A uygulamak	*Sağlık eğitimi yürütmek, birey ve grup eğitimlerine katılmak		*Tıbbi alet, malzeme, cihazların hazır bulunmasını sağlamak *Poliklinik hizmetine yardımcı olmak, tıbbi sekreter olmadığında sevk kurumları ile koordinasyon sağlamak *Tetkikler için numune almak, eğitimini aldığı laboratuvar tetkiklerini yapmak, numunelerin laboratuvara teslimini sağlamak
*15-49 yaş evli kadınları saptayıp izlemelerini yapmak	*Okul sağlığı hizmetinde görev almak	*Toplumun sağlığının korunması, geliştirilmesi ve teşvikî hizmetinde görev almak	*Gezici ve yerinde sağlık hizmetleri, sağlığı geliştirici-koruyucu hizmetler ile ana çocuk sağlığı ve AP** hizmeti vermek, evde bakım hizmetine yardımcı olmak *Bakanlıkça belirlenen hizmet içi eğitimlere katılmak *Görev, yetki ve sorumlulukları kapsamında aile hekiminin verdiği diğer görevleri yerine getirmek
*Ev ziyaretleri yaparak gebe ve bebekleri tespit etmek, düzenli ziyaretlerle izlemek	*Yaşlı sağlığı hizmeti yürütmek, bu hizmette görev almak	*Birey ve grup eğitimlerine katılmak, halkın sağlığı eğitiminin planlama ve uygulanmasında görev almak	

<p>*Gebelik tanısı koymak, doğum öncesi ve sonrası bakım ve izlemi yapmak, riskli gebelikleri erken dönemde tespit ve sevk etmek</p>	<p>*Koruyucu ruh sağlığı hizmeti yürütmek-görev almak *Acil müdahale uygulamaları yapmak *Enjeksiyon, pansuman hizmetini yapmak</p>	<p>*Okul sağlığı hizmetine katılmak *Hastalık kontrolü çalışmalarına katılmak *Üreme sağlığı hizmetinde görev almak</p>	
<p>*Doğum sonrasında gerekli bakım ve izlemi yapmak; doğumu yaptırmak, gerekiyorsa epizyotomi yapmak, riskli durumları sevkine karar vermek</p>	<p>**Tıbbi alet, malzeme, cihazların hazır bulundurulması, uygun kullanım ve korunmasını takip ve kontrol etmek</p>	<p>*Beslenme ile ilgili programlara katılmak, obezite danışmanlığında görev almak *Koruyucu ruh sağlığı hizmetinde görev almak</p>	
<p>*0-6 yaş bakım izlemini yapmak</p>	<p>*Toplum kalkınması hizmetinde görev almak</p>	<p>*İş sağlığı ve güvenliği hizmetinde görev almak</p>	
<p>*Gebe, bebek ve çocuklara ait kayıt ve formları doldurmak</p>	<p>*Nüfus tespit çalışmalarında görev almak</p>	<p>*Bölgedeki sağlık çalışanlarının hizmetlerini izlemek ve değerlendirmek</p>	
<p>*Bulaşıcı hastalık kontrol programlarında görev almak</p>	<p>*Mesai sonrası çalışmalarına katılmak</p>	<p>*Hizmet içi eğitimlerin planlama ve uygulanmasında görev almak</p>	

*İshal/ışhali hastalık risk gruplarını saptamak, gerekenleri yapmak	Hemşireye özel görevler *Ebe sayısı yetersiz ise, ebe bölgelerinin tespit, takip, başışıklama hizmetleri ile kayıt bildirimlerini yapmak	*Kayıt/bilgi işlem çalışmalarında görev almak *Görev alanlarında temizlik ve düzen sağlamak, malzemelerin temiz ve kullanıma hazır tutulmasını sağlamak	
*Beslenme bozukluğuna bağlı hastalıkları ve etkileyen faktörleri bilmek, gerekenleri yapmak	*AP** danışmanlığı vermek, gerekli uygulamaları yapmak, sertifikası varsa R/A uygulamak		
*Yaşlı sağlığı hizmetine katılmak	*İshali hastalık programlarında görev almak		
*Birey ve grup eğitimlerine katılmak	*Beslenme programlarına katılmak		
*Halk eğitimi materyali ihtiyacı belirlemek, temin ve kullanımını sağlamak	*Kronik hastalık kontrol programı kapsamında kayıt, tarama, tedavi hizmetlerine katılmak		
*Enjeksiyon ve pansuman hizmeti yürütmek	*İşçi sağlığı hizmetinde grv almak		

<p>*Tıbbi alet, malzeme, cihazların hazır bulundurulması, uygun kul lanım ve korunmasını takip ve kontrol etmek</p> <p>*Toplum kalkınması hizmetinde görev almak</p> <p>*Nüfus tespiti çalışmaları</p> <p>*Mesai sonrası çalışmaları</p> <p>*Sağlık evi ebesi; Sağlık evi binasının korunmasını, bakımını sağlamak</p>	<p>*Tedavi/ rehabilitasyon hizmetlerinde görev almak</p> <p>*Poliklinik hizmetine yardımcı olmak</p> <p>*Nöbet çalışmalarına katılmak</p> <p>*Halk eğitimi materyali ihtiyacını belirlemek, temin ve kullanımını sağlamak</p> <p>Sağlık memuruna özel</p> <p>*Bulaşıcı hastalık programlarına katılmak</p> <p>*AP* hizmeti yürütmek</p> <p>*Çevre sağlığı hizmeti yürütmek/katılmak</p> <p>*Laboratuvar hizmetlerini yetki ve sorumluluğu düzeyinde yapmak</p>		
--	--	--	--

Sağlık ocağı hekimi, toplum sağlığı merkezi (TSM) hekimi ve aile hekiminin görevleri*

Sağlık ocağı hekimi	TSM Hekimi	Aile hekimi
<p>*Sağlık ocağı hizmetlerini planlamak, uygulamak, denetlemek, personele yönelik hizmet içi eğitim programları yürütmek</p> <p>*Hizmet verilen bölge ve toplumu tanımak, sağlık ölçütlerini değerlendirmek, sorun ve öncelikleri saptamak</p> <p>*Bulaşıcı hastalık savaş programları yürütmek, ishal ve ishali hastalıkların tanı, tedavi ve takibini yürütmek</p> <p>*Bağışıklama hizmetleri için aylık, yıllık plan/programa hazırlamak, uygulamak</p> <p>*Üreme sağlığı ve aile planlaması hizmeti ile ilgili uygulamaları yürütmek</p> <p>*Yenidoğan ve bebeklik dönemi bakım hizmeti, 1-6 yaş çocuk izlemi yürütmek</p>	<p>*TSM hizmetlerini yürütmek, personelin hizmetlerini izlemek, değerlendirmek, hizmet içi eğitim programlarını yürütmek, bölgesindeki ASM personeline hizmet içi eğitim vermek</p> <p>*Hizmet verilen bölge ve toplumu tanımak</p> <p>*Bölgesindeki saha ve salgın araştırmalarını, bulaşıcı hastalık fiyasyonu çalışmalarını yürütmek, sürveyans çalışması yapmak, bulaşıcı ve salgın hastalıklarla mücadele ederek, çalışmalarını izlemek ve değerlendirmek</p> <p>*Bulaşıcı hastalıklarla ve bağışıklama ile ilgili programları yürütmek</p> <p>*Ana-çocuk sağlığı ve üreme sağlığı hizmeti yürütülmesini sağlamak</p>	<p>*ASM'yi yönetmek, ekibini denetlemek, hizmet içi eğitimlerini sağlamak</p> <p>*Çalıştığı bölgenin sağlık hizmetinin planlamasında TSM ile işbirliği yapmak, toplumu ve çevre sağlığı ile ilgili durumları TSM'ye bildirmek</p> <p>* Kendisine kayıtlı kişilere, kişiye yönelik koruyucu, tedavi ve rehabilitatif edici hizmetleri ekip anlayışı ile sunmak</p> <p>* Kayıtlı kişilerin ilk değerlendirmesi için altı ay içinde ev ziyaretleri yapmak veya kişiler ile iletişime geçmek, bu kişileri yılda en az bir kez değerlendirip sağlık kayıtlarını güncellemek</p> <p>* Periyodik sağlık muayenesi yapmak</p>

<p>*Kronik hastalıkları ve risk gruplarını bilmek, tanı, tedavi hizmeti yürütmek Tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri ile ilgili uygulamaları yapmak</p> <p>*Sevkiyetlerini yapmak ve izleme</p> <p>* Laboratuvar hizmetlerini yürütmek</p> <p>* Acil sağlık hizmetlerini yürütmek</p> <p>* Okul sağlığı hizmeti üretmek</p> <p>* Çevre sağlığı ve gıda kontrol hizmeti yürütmek</p> <p>* Halka sağlık eğitimi vermek, eğitim materyali ihtiyacını belirlemek, kullanmasını sağlamak</p> <p>* Toplum kalkınması hizmetinde görev almak</p> <p>* Bulundurulması zorunlu ilaç ihtiyacını saptamak, tüketimini kontrol etmek, tıbbi alet/malzeme/cihazların hazır bulunmasını, uygun kullanım ve korunmasını takip ve kontrol etmek</p>	<p>*Bulaşıcı olmayan hastalıkların ve risk faktörlerinin erken teşhis ve takibinde çalışmak, koruyucu hizmet yürütmek</p> <p>*Koruyucu ruh sağlığı hizmeti yürütmek ya da yürütülmesini sağlamak</p> <p>*Laboratuvar hizmeti yürütülmesini sağlamak</p> <p>*Okul sağlığı hizmeti yürütmek</p> <p>*Çevre sağlığı hizmeti yürütmek</p> <p>*Gerektiğinde çalışan sağlığı hizmeti yürütmek</p> <p>*Halka sağlık eğitimi vermek, eğitim materyali ihtiyacının belirlenmesini, hazırlanmasını ve kullanılmasını sağlamak</p> <p>*Toplum sağlığının korunması, geliştirilmesi ve teşviki hizmetlerinde görev almak</p> <p>*Aile hekimliği birimlerinin ihtiyaçlarını belirlemek, lojistik destek sağlaması</p>	<p>* Kişilere sağlıkla ilgili rehberlik yapmak, sağlığı, gelişimini ve koruyucu hizmetler, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmeti vermek</p> <p>* Yaş, cinsiyet ve hastalık gruplarına yönelik izlem ve taramaları (hastalık, gebe, loğusa, bebek sağlığı vb.) yapmak</p> <p>*Kişive yönelik koruyucu hizmetler ile birinci basamak tanı, tedavi, rehabilitasyon/danışmanlık hizmeti vermek</p> <p>*Evde takibi zorunlu kişilere evde veya gezi/yerinde sağlık hizmeti yürütülmesi sırasında kişiye yönelik koruyucu hizmetler ile birinci basamak tanı, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmeti vermek</p>
---	---	--

<ul style="list-style-type: none"> * Sağlık ocağı ve sağlık kurulu ile ilgili işlemleri yürütmek * Adli tabiplik hizmeti yürütmek * Gerekliğinde belediye hekiminin görevlerini yapmak *Sağlık ocağı ve sağlık kurulu ile ilgili işlemleri yürütmek * Nüfus tespit çalışmasında görev almak * Mesai sonrası çalışmalara katılmak 		<ul style="list-style-type: none"> *Gerekliğinde hastalarını sevk etmek, bildirimini yapılan muayene, tetkik, tani, tedavi bilgilerini değerlendirmek, 2. ve 3. basamak hizmetler ile evde bakım hizmetlerini koordine etmek *Tetkik hizmeti sunmak/verilmesini sağlamak *Gerekliğinde hastayı gözlem altına alarak ya da entegre sağlık hizmeti sunulan merkezlerde gözlem amaçlı yatırarak tetkik ve tedavisini yapmak *Bakanlık programlarının gerektirdiği kişiye yönelik hizmetleri yürütmek *Sağlık raporu, sevk evrakı, reçete ve sair belgeleri düzenlemek *Bakanlıkça belirlenen hiz. İçi eğitimlere katılmak
--	--	--

1. Aile Hekimleri Buluşması Raporunda ayrıntılı olarak açıklanan ve önceki oturumlarda sıkça değinilen(http://www.ttb.org.tr/kutuphane/ahek_bulusma.pdf);
1. Ücretsiz sağlık sistemi (daha çok sosyalist bloğun finansman sistemi)
2. Vergiye dayalı sistemi (İngiltere örnek verilebilir)
3. Sosyal Sigorta Sistemi

Dr. Canan ÇAKIR'ın yaptığı sunumda, temel hatları ile ifade edilirken Aile Hekimliği sistemindeki güncel uygulamanın sıkıntılı ve sakıncalı yönleri ortaya kondu.

TARTIŞMA

Atölye çalışmasında öne çıkan konular;

- * İlgili Mevzuat Aile Sağlığı Merkezini en az bir AH ve ASÇ den oluşan sağlık kuruluşu diye tanımlasa da; 25198 Aile Hekimliği Biriminde, 22813 Aile Hekimi 20269 Aile Sağlığı Çalışanı bulunmaktadır.(Sağlık Bakanlığı 2017 yılı sağlık istatistiği yıllığı).Aile Sağlığı Çalışanı olarak tanımlanmasından duyulan rahatsızlık dile getirilirken Ebe ve Hemşire açığının hızla çözümlenmesi beklentisi ifade edildi.
- * ASM ler kesinlikle kamu binası ya da kamu tarafından kiralanmış mekanlar olmalıdır.
- * Aile hekimliği, sağlık ocaklarından miras aldığı alt yapı ve donanım üzerine kurulmuştur. ASM olmak üzere devralınan sağlık ocağı binalarının birbirlerinden çok farklı koşullarda olduğunu açıktır. Bina ve donanım standardı bir yana tamamen AH'ler tarafından kurulan birimler de olduğu görülmektedir. İk-

tidarın getirdiği formülle AH'leri hastanın gereksinimlerini değil, maliyet kısıma yollarını önceleyen birer yatırımcıya dönüştürdüğü, hekimler arasında gelir ve çalışma koşulları açısından önemli bir eşitsizlik yarattığı, vatandaşların eşitliğinin ise ilkesel olarak bile reddedildiği görülmektedir.

- * ASM'lerin sınıflandırılmasında dikkate alınan kriterlerin sağlık hizmeti sunumuna bir katkı sağlamadığı açıktır. İnsan gücü ve alt yapı ile ilgili sonuçlarımızı özetlersek; geçmişte desteklenmeyen, denetlenmeyen ve başarıları görmezden gelinen birinci basamak ekibinin ve sağlık ocaklarının yerini artık elemanı ile birlikte tek başına bir ekibin yükünü sırtlanmak zorunda kalan AH'ler ve standartları hekimlerin maddi güçlerine ve niyetlerine göre değişen ASM'ler almıştır.
- * ASM de çalışan diğer personelin sosyal güvenceleri Aile Hekimleri üzerinde olmamalı Sağlık müdürlüklerince bu işlemler yapılmalı takibi ve kıdem tazminatları bu kapsamda planlanmalıdır
- * Uygulamada; Hekimler bina ve donanım maliyetinin tamamen kendilerince karşılanmak zorunda olduğu sanal ASM olarak adlandırılan birimleri özellikle de çok sayıda hasta güvencesi yoksa tercih etmemektedir. Bu da bazı bölgelerde halkın sağlık hizmeti alabilmesi noktasında büyük bir sorundur.
- * Ekip çalışmasının kaybının yarattığı sorun sadece sayısal bir azalmadan kaynaklanmamaktadır, asıl üzerinde durulması gereken farklı becerileri, deneyimleri ve görevleri olan ve bu farklılıklara karşılıklı olarak saygı duyan çalışanların ortak bir amaca ulaşmak için birlikte hareket ettiği yaklaşımın ortadan kalkmış olmasıdır. Sağlık ocağında hekimler arasında laboratuvar, acil, AP (aile planlaması) gibi hizmetlerde yapılan iş bö-

lümü artık söz konusu değildir, çünkü liste temelli örgütlenme iş bölümünü tamamen ret etmektedir, zaten hekimlerin artık birbirlerinin rakibi haline geldikleri bir ortamda iş bölümünün de yeri yoktur.

- * Entegre hastanelerde nöbetin bir standardı yoktur. Yasa koyucu ne derse desin her hastane kendi şartlarına göre uygun bulunduğu şekilde nöbet uygulamaktadır. Mahkeme kararları ile de sabit olduğu halde hafta içi 8 saatten fazla ve 24 den sonra ve hafta sonu en fazla 16 saat nöbet yazılarak haftada maksimum 30 saat nöbet yazılabilecek iken; günlük 8 saat mesai üstüne 16 saat nöbet yazarak ertesi gün aile hekimliğine devam etmesi istenen yerler olduğu gibi yasada açık hüküm olmasına rağmen ertesi gün izin kullanılarak birimin hastalarına diğer aile hekimlerinin bakması istenmektedir ki bu durum aile hekimliğinin özüne aykırıdır.
- * Her ne kadar TSM ve bağlı birimleri işleyiş olarak birbirlerini tamamlıyor gibi gözükse de TSM ye bağlı birimlerde yetişmiş eleman (fizyoterapist, diyetisyen, psikolog vb.) eksiklikleri çok fazla olması ve olanın da dağılımının dengeli olmaması nedeni ile yapılan işin halkın sağlığının iyileştirilmesi nezdinde bir karşılığı yoktur. Bunun sonucu Aile Hekimliklerinden hasta akışı sağlıklı bir şekilde sağlanamamaktadır. Sevk zinciri oluşturulamamakta ve SYM ile Aile Hekimlikleri arasında ortak bir veri tabanı kullanılmadığından, bilgi akışı yapılamamaktadır. Aile Hekimi tarafından yönlendirilen hastanın sürecinin takibi yapılamamaktadır. Tedavisi ve izlemi ile ilgili hastanın yasal zeminde sorumluluğunun olmayışı bu kesikliği pekiştirmekte, bu da Aile Hekiminin işini zorlaştırmaktadır

- * Defansif Tıp davranışlarının artması da sağlık harcamalarının artmasına sebep olarak “sağlıksız” sisteme dolaylı olarak hizmet etmektedir.
- * SYM gibi düzenlemelerde Sivil Toplum Örgütleri ile işbirliği çok önemlidir ve bu süreçlere mutlaka dahil edilmelidir. Aksi takdirde SYM de tıpkı öncesinde kurulan HSM ler gibi sıkıntıya düşecek, halkın sağlığına katkı sağlamaktan uzak olacaktır. Başta Türk Tabipleri Birliği olmak üzere ülkemizin sağlık sorunlarının çözümü için gerekli, yeterli insan gücü ve deneyimi vardır.
- * Sağlık sistemindeki dikey yapılanma ve örgütlenme modellerinin sağlık harcamalarının artmasına neden olduğu ve toplumun sağlık hizmetlerinde etkin ve yararlı olmadığı pek çok çalışmada ortaya konmuştur. Hastalık ve hastalık maliyetlerinin azaltılmasında yatay yapılanma modellerinin daha etkili olacağı düşünülmüştür.
- * Toplum Sağlığı Merkezlerinin hizmeti de toplumu içermemektedir. (Aile Hekimliğinin aileyi kapsamaması gibi) Birimlerinde yetişmiş personel yokluğunun yanında malzeme ve bina yokluğu kağıt üzerinde birimlerin varlığından başka bir anlama gelmemektedir. Toplum Sağlığı Merkezi ve İl Sağlık Müdürlükleri ile ASM ler arasında denetleme dışında bir bağlantı ve işbirliği olmaması, sağlığın birey bazında ele alınması, sağlık hizmetinin toplumun geneline yansımaya engel olmaktadır.
- * Mobil hizmet veren Aile hekimleri özellikle bazı bölgelerde ulaşım olmak üzere, hastaya sağlık hizmeti verilecek mekanların olmayışı ciddi bir sorun olarak ortaya çıkmaktadır. Olması gereken idarenin mobil uygulamalar için araç tahsis etmesi ve fiziki mekanları hazırlamasıdır. Okullarda, muhtarlıklar ve

ibadethanelerde verilmeye çalışılan sağlık hizmeti yetersizdir. Ayrıca bu mekanları kullanımı sırasında pek çok tartışmada yaşanmaktadır. Mobil hizmet sırasında ASM ye başvurmuş olan hastalarla yaşanan sorunlarda konun başka bir boyutudur. Şikayet mekanizmasının bu kadar kolay kullanıldığı günümüzde başvuruları özensizce değerlendiren idarelerin haksız savunma istekleri ve ASM de kalan diğer hekimin karşılaştığı sözlü ve fiziksel şiddet de apayrı bir sorundur. Bunların hızla çözüme kavuşturulması gerekmektedir.

- * Bölgeyi temel alan toplumsal hekimlik yerine parçalı görev tanımlayan işleyiş hizmeti aksatmakta bütüncül olmaya engel olmaktadır.
- * Sağlık ve sağlık hizmetleri sosyo-ekonomik-kültürel çevre ile birlikte değerlendirilmelidir, sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi tek başına ele alındığında bulunacak her çözüm, başarısız kalmaya mahkûmdur.
- * Meslek örgütünün, bilimsel derneklerin, alanda çalışan hekimlerin görüşleri alınmaksızın, aile hekimliği uygulamaları yaygınlaştırılmak istenmektedir. Meslek örgütümüzün ve meslektaşlarımızın getirilmek istenen sisteme karşı duruşu, her zaman olduğu gibi, onurlu, iyi hekimlik değerleri üzerine kurulu, toplum sağlığını önceleyen bir anlayış ekseninde sürmektedir. Aile hekimliği için yaratılmak istenen balayı dönemi kısa sürede sona ermiş ve aile hekimliği sisteminin yaratacağı olumsuzluklar açığa çıkmaya başlamıştır. Yapılması gereken bu yanlış derhal terk ederek, birey temelli yerine bölge temelli bir sistemi acilen inşa edilip, birinci basamak sağlık hizmetlerini bütünlük içinde ele alan, ekip anlayışına dayalı sağlık yaklaşımı daha da güçlendirilmelidir.

Soru, Katkı ve Öneriler:

Dr. Recep - İstanbul: Bölge tabanlı, nüfus tabanlı diye hep bu tartışmada takıldık ama aslında hem bölgeye hem nüfusa bakıyoruz. ASM ekip işi, her birimiz belli bölgeye bütünleştirici kamu hizmetleri kurmamız gerek. Mobil hizmetleri tartışıyoruz devletin aracı ile gidilip hizmet verilmeli .

Dr. Pınar - Ankara: Alt yapı sorunları ve mevzuattan kaynaklı sorunlar var. Özel mülkler için kiralar yüksek, elverişsiz yerler kiralanabiliyor. Özellikle kırsal da sağlık evleri yok. Olan yerler çok az sağlık emekçisi atanmaları yapılmıyor. Ya boşlar ya da yapılmış olsa bile gençler kalmak istemiyor. Mevzuatta her gün değişiyor. Bölge tabanlı hizmet olmalı, genel bütçeden karşılanmalı kamu tarafından mekanlar ve araçlarla sunulmalı. İş güvenceli tahsis edilsin, bölgenin ihtiyaçlarına göre toplu sözleşme yapılıns denetleme izleme cezalandırma değil amaç hizmet içi eğitim olsun.

Dr. Alper Bağcı: Sağlık Bakanlığı Dünya Bankası ile bir çalıştay yaptı. Sağlıklı yaşam merkezleri geliyor. Biz AH leri ne olacağız, kooperatif konusunu konuşmak istiyorum.

Dr. Aslıhan Can: İlçe sağlığı ve toplum sağlığına atanan hekimler yeni mezun oluyor. Bunların hemen AH geçmesini istemiyorum. Bizim yaptığımız işlerden bahsediyor ama ücretsiz olması beni rencide ediyor. 7 /24 saat telefonla aranıyorum, mesai dışında muayene ettiğimde bunun karşılığında ücret almak istiyorum.

Dr. Özgür - İstanbul: Bölge tabanlı hizmet sunumunu açmak istiyorum. İdeal hizmet sunumu anlayışı bölge tabanlı içeriğinde talebe dayalı olmayan hizmet sunumu biz sağlık çalışanları ola-

rak sağlığı halkın ayağına götürerek ideal hizmet sunumu anlayışı çıplak ayaklı hekimler gibi sosyalist devlette olması gibi. Sahaya çıkmak demek ebe hemşire ile ASM de oturmak beklemek değil sahaya çıkmak demek ekiple çıkmak sokağa çıkmak demek. Bölge tabanlı hizmet sunumunu savunmalıyız. Liste tabanlı olsun ama bölge tabanlı da olmalı.

Dr. Naci - Antalya: Örgütlenme ve finansı tartışırken, bizim ne olacağımızı da tartışmalıyız. Torba yasasında AHleri için işveren tanımlanması yapılıyor. Ne istiyoruz tespit edelim tanımlamayı yaparken de finansman ve örgütlenme modelini ortaya koyalım. Biz işveren olamayız, hekimlik mesleği ilkelerinin üzerinden bir uygulamada işveren olamayız, çünkü işveren demek kar amacı güden bir anlayıştır diye düşünüyorum.

Dr. Aydın - Urfa: Örgütlenme kısmını açmak istiyorum yerel yönetimleri sağlık katamazsak eksik kalacak. Belediyelerin olması halkın kendisini katabileceği örgütlenmeye katkı sağlayacak.

Dr. Sinan - Diyarbakır: Hizmet, ulaşılabilir, eşit, anadilde de olması gerekir. Geçici yasak bölgeler oluyor halk sağlığı açısından sorun yaşanıyor, mesela aşı yapamıyoruz.

Dr. Tuna: Kooperatif kar amacı gütmeyen güç birliği açısından önemli.

Dr. Doğan - Gaziantep: Bakanlığın anlayışı, parasını verdiğimizde her türlü angaryayı yaptırabiliriz biçiminde. Çözüm insani şartlarda daha az iş yükü ve emeğimizin karşılığını almak olmalı. Göçmen kaydının bulunduğu yerlerde bir yeminli tercüman buldurmalı

Dr. Enis - Adana: Birinci basamak tamamen kamusal hale getirilmeli, kooperatif gibi bir şey yaparsak biz özelleşmeye ön ayak olmuş oluruz.

Dr. Coşkun Canıvar: Eşit nitelikli ulaşılabilir sağlık hizmeti tanımıyoruz, emek sürecimiz var. Ayrı gibi gözüküyor Kooperatif ve sermayenin ucundan tutmak deyince söyleme ihtiyacı hissettim sermaye ile iç içeyiz sermaye bizim elimizden tutmuş durumda dendi. Ya sosyalizm ya barbarlık diyorsak, sermayenin elinden tutmak barbarın elinden tutmak demek.

IV. ATÖLYE

AİLE HEKİMLİĞİNDE EĞİTİM

Dr. Yaşar Ulutaş

*“Nasıl eğiteceğin konusunda düşünmeden önce,
ne sonuç elde edeceğini ortaya koymalısın”*

Bertrand Russell

Adana Tabip Odası Aile Hekimliği Komisyonu olarak görev aldığımız ve diğer illerden hekim arkadaşlarımızın da katkı sunduğu 4. Atölyede “Aile Hekimliğinde eğitim” konusunu;

Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi,

Sözleşmeli Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi,

Geçiş Dönemi Eğitimleri,

Sürekli Mesleki Eğitim (Aile Hekimliği İkinci Aşama Eğitimi/Aile Hekimliği Sürekli Mesleki Gelişim Eğitimi (AHU-ZEM) – Hizmet içi eğitim)

olmak üzere 4 ana başlık altında inceleyeceğiz. Bu başlıkları inceledikçe değişik konularda slaytlar da göreceksiniz. Bu konuların tamamını bir araya geldiğinde değerlendirme yapmak daha kolay bir hal alacaktır. Affınıza sığınarak 4. Atölyenin konu başlığını “**Aile**

Hekimliğinde Eğitim Sorunsalı” olarak değiştirdiğimizi belirtmek isterim. Sunum ilerledikçe bunun ne kadar isabetli bir karar olduğunu daha iyi anlayacaksınız.

Atölye çalışmamıza katkı sunan arkadaşlarımızın isimlerini aşağıda bulabilirsiniz.

Yaşar Ulutaş

Şüheda Gül

Erhan Özeren

Ahmet Suntur

Cüneyt Genç

Enis Akyüz

Ümit Selman Payaslı

Ümit Yaşar Öztoprak

Fikret Kurt

Ömer Sezer

Enes Altın

Hakan Şen

Vedat Özyünlü

Canan Mutlu Kükürt

Katılımcılarımız arasında Aile Hekimliği Uzmanlık eğitimi asistanları, Sözleşmeli Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi asistanları, pratisyen hekimler, aile hekimi uzmanları bulunmaktadır. Sözlerime

bir İngiliz hekim olan Doktor Dr. Julian Tudor Hart'ın sözleriyle başlamak istiyorum.

Dr. Hart, **“Tıp eğitiminim üç kez başladı. Okulda öğrendiklerim hastanede işime yaramadı, hastanede öğrendiklerim de aile hekimliğinde işe yaramadı”** diyerek bir taraftan öğretilen gereksiz bilgilere ve teorik bilgiyle pratiğin uyuşmadığına, diğer taraftan tıp eğitiminin sürekliliğine vurgu yapıyor.

Türkiye’de Aile Hekimliği’ne geçişin kısa bir kronolojisine göz atmakta bir fayda var. 1985 yılında aile hekimliği uzmanlık programı başlatılıyor, 1993 yılında tıp fakültelerinde ilgili ana bilim dalları oluşturuluyor, 1992 ile 1996 arasındaki dönemde yasa tasarıları hazırlanarak TBMM’ye gönderiliyor, 2003 yılı Kasım ayı içinde, Bakanlık pratisyen hekimlere tercih için bir, en fazla birkaç günlük bir süre tanıyarak psikolojik baskı oluşturuyor,

2005 yılında Düzce’de pilot uygulama başlıyor. Ve 2010 yılında tüm Türkiye’de AH uygulamasına geçiliyor.

1978 yılında Alma Ata Konferansı Sonuç Bildirgesinde, Aile Hekimliği bir uzmanlık dalı olarak tanınmış, her ülkede mezuniyet sonrası Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi verilmesi kararlaştırılmıştır.

Sağlık Bakanlığı ve TAHUD’un tanımlarına göre Aile hekimliği birinci basamak sağlık hizmetlerine odaklanan uzmanlık alanıdır. Bireye ve ailesine kişi merkezli yaklaşım sergiler.

Aile hekiminin görevi bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile ayaktan tedavi edici sağlık hizmetleri olarak belirtilmiştir. Mevzuata göre aile hekimleri; isteyen pratisyen hekimlerin daha kısa süreli bir eğitimle sertifikalandırılması ile yetiştirilecektir. Görevleri aile hekimleri uzmanlarınıninkine aynı olacaktır. Aile hekimliği uz-

manlarının sayıları yeterli düzeye ulaştığında aile doktoru istihdamından vazgeçilecektir.

WONCA, Dünya Aile Hekimliği Birliği, Aile Hekimliğinde 6 tane çekirdek yetkinliği tanımlıyor.

WONCA: Aile Hekimliğinde 6 çekirdek yetkinlik

Birinci basamak yönetimi

Birey merkezli bakım

Özgün sorun çözüme becerileri

Kapsamlı yaklaşım

Toplumsal yönelim

Bütüncül yaklaşım

Türkiye’de aile hekimliği sistemine geçiş için sertifika eğitimleri başlatılmıştır. 2008 ve 2010 yıllarında sertifika alan hekim sayılarında bir yükseliş görülmekte.

Eğitimin Yapıldığı Yıl	Eğitime Katılan Hekim Sayısı
2003	6
2004	91
2005	334
2006	4.825
2007	4.322
2008	11.950
2009	8.198
2010	11.500
2011	1.203
2012	826
2013	797
2014	855
2015	366
Toplam	45.302

Birinci aşama uyum eğitimi alan hekim sayıları Kaynak: THSGM

AİLE HEKİMLİĞİ İLE DEĞİŞEN NE?

Aile hekimliği ile değişen nedir diye baktığımızda, bir defa sözleşmeliliğin geldiği, iş güvencesinin olmadığı, sözleşme yenilenmesinde keyfiyetin olduğu bir durum görüyoruz. Hekimlerin hem işveren hem işçi pozisyonlarına düşürüldüğü 2018'in Aralık ayında çıkan Sağlıkla İlgili Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararname-lerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun ile iyice perçinlendi. Başta ücretlerde geçici bir iyilik hali mevcut iken bu iyilik halinin gün geçtikçe çalışan ücretlerinde %26'larda artış kiralarda %46'lara varan kira artışları %20 olarak açıklanan fakat %70'leri bulduğu söylenen enflasyon artışları ile birlikte bu iyileşmenin kaybolduğunu görüyoruz. Esnek çalışma ile mesai dışı çalışmanın geldiği, eve iş götürmenin başladığı, ekip çalışmasının kaybolduğu (sağlık ocağı döneminde çevre sağlığı teknisyeni, halk sağlığı hemşireleri vardı), yeterince çalışanın olmadığı, iş yükünün arttığı görülmektedir. İzinlerde bir değişiklik olduğunu görüyoruz, ücretli izin yok artık izne ayrıldığınızda ücretinizi alamayacaksınız ya da az alacaksınız ya da yerinize bir rehin bırakacaksınız. O sizin işlerinizi de yapacak.

Mevcut Durum

13.12.2010 tarihinde tüm Türkiye'de Aile Hekimliği Uygulamasına geçilmiştir. 2017 verilerine göre;

- Toplam aile hekimi sayısı 23.213 (21.555'i pratisyen hekim, 1.658'i uzman hekim - aile hekimi uzmanı ve diğer uzmanlar).
- Aile hekimine kayıtlı kişi sayısı 76.724.427.
- Aile hekimi başına düşen ortalama hasta sayısı 3586.

- Aile Hekimlerinin yaş ortalaması 45.
- Aile Hekimliğinde çalışan ebe sayısı 13.527, hemşire sayısı 6.692.
- Diğer çalışan sayısı 1.827 dir.

Türkiye'nin toplam nüfusunun 82 milyon olduğu düşünüldüğünde 5 milyon civarında kişinin aile hekimliği sistemine kayıtlı olmadığı anlaşılmaktadır.

Bir de muayene edilen hasta sayıları ile ilgili tabloyu paylaşmak isterim 2002 yılı sağlık ocaklarının hala olduğu bir yıl, 69 milyon kişi birinci basamağa başvurmuş 2017'ye gelindiğinde bu sayı 218 milyona kadar çıkmıştır. Bu sayıların önemi şurada; bazı yerlerde birinci basamağa müracaat eden hasta sayısının %34 den %31 e düştüğünü söylenmekte. Aynı yıllar arasındaki uzman hekimlerle pratisyen hekimler arasındaki sayılara baktığımızda uzman hekimlerde iki katı kadar artış varken pratisyen hekimlerin sayısı sadece %30 artış göstermiştir. Bu da aile hekimi başına düşen muayene edilen hasta sayısının aslında azalmadığını çoğaldığını gösteriyor.

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (daha sonra adı Türkiye Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü olarak değiştirildi) 2016 verilerine göre aile sağlığı merkezi (ASM) sayısı 7636, toplum sağlığı merkezi (TSM) sayısı 970 (şimdi ilçe sağlık müdürlüklerine dönüştü), kanser erken teşhis tarama ve eğitim (KETEM) sayısı 159, entegre hastane sayısı 184, göçmen sağlığı merkezi sayısı 127.

Yine, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2016 verilerine göre sahada çalışan aile hekimlerinin %48'i 16 yıldan, % 53'ü 11 yıldan fazla, % 61'i ise 7 yıldan fazla hekimlik yapmaktadır.

AVRUPA BİRLİĞİ ÖLÇÜTLERİ

Avrupa Birliği ölçütlerine bakmakta fayda var. AB Direktifi 93/16/EEC: Tüm Avrupa Birliği ülkelerinde, iki yıllık zorunlu genel pratisyenlik mesleki eğitimi uygulamasını getirmiş ve 1 Ocak 1995'te uygulamayı başlatmıştır. Buna göre sahada çalışacak hekimlerin en az 2 yıl ve en az 6 ayı birinci basamakta olmak üzere eğitim alma zorunluluğu getirilmiştir. 2001 yılında AB Direktif 'inde değişiklik ile 2006 başından başlayarak Aile Hekimliği(Genel Pratisyenlikle eş anlamlı olarak kullanılmaktadır) mesleki eğitimi en az yarısı sahada olacak şekilde üç yıl olarak değiştirilmiştir.

European Union of General Practitioners (UEMO) ise 1994'de Genel pratisyenlik eğitimlerinin en az yarısı 1. Basamakta olmak üzere 3 yıl olmasını öneriyor.

TIPTA UZMANLIK KURULU (TUK)

2007 yılında 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San'atları Tarzı İcrasına Dair Kanununun 9. Maddesi değiştirilerek Sağlık Bakanlığının sürekli kurulu niteliğinde Tıpta Uzmanlık Kurulu (TUK) teşkil olunmuştur. Kurulun birçok görevi olmakla birlikte konumuzla ilgili temel görevleri 7. Madde ile belirlenmiştir. Buna göre; ***“İlgili uzmanlık dalının çekirdek eğitim müfredatı ve bu müfredata göre uzmanlık dalının temel uygulama alanları ile görev ve yetkilerinin çerçevesini belirlemek ve ilan etmek,”*** ***“Uzmanlık dallarının rotasyonları ve bu rotasyonların süreleri hakkında karar vermek”*** TUK'un görevleri arasında tanımlanmıştır.

Yine, “Sözleşmeli aile hekimi olarak çalışanların uzmanlık eğitimi” geçici 5. Maddede tanımlanmıştır. *“11/4/1928 tarihli ve 1219*

sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanunun geçici 9 uncu maddesi hükümlerine göre icra edilen aile hekimliği uzmanlık eğitimine giriş, eğitimin şekli, müfredat ve rotasyonların uygulama esasları Kurulca belirlenir” denilmektedir.

Kurul 2-3 Ocak 2014 de toplanarak 1219 sayılı Kanunun Geçici 9. Maddesi çerçevesinde yapılabileceği belirtilen, sözleşmeli aile hekimlerine verilecek aile hekimliği uzmanlık eğitimine ait esasları belirlemiştir.

Buna göre,

Madde 1. Bu eğitiminin müfredatı; Amaç, Öğrenim hedefleri, Rotasyon dal ve süreleri, Ölçme-değerlendirme Yöntemleri, Tez süreci 1219 sayılı Kanuna ekli çizelgede 3 yıllık eğitim süresi olduğu belirtilen aile hekimliği uzmanlık eğitimininki ile aynı olmalıdır.

Madde 2. Sözleşmeli aile hekimleri için; ÖSYM tarafından TUS klinik tıp bilimleri testinden, 1 ağırlık katsayısı kullanılarak KTBT standart puanından hesaplanacak bir puandan alınacak 40'tır. ? Yabancı dil yeterliliği şartı aranmaz. ?

Madde 3. TUS, bu eğitime girmek isteyen adayları sıralamak için puan alacakları bir sınav olarak kullanılmalıdır; Kanun gereği merkezi yerleştirmeye tabi olmayacak adayların yerleştirilmesinde, Ölçme, Seçme ve Yerleştirme Merkezi görev almaz; yerleştirme işlemi Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (THSK) tarafından yapılır.

Madde 4. Bu eğitim için “yıllık global ülke kontenjanı” TUK tarafından belirlenip ilan edildikten sonra THSK, eğitim kurumlarından bu eğitime ait kontenjan taleplerini alır; bu taleplere göre global ülke kontenjanını eğitim kurumlarına dağıtır.

Madde 5. THSK, global kontenjanları hangi eğitim kurumlarına hangi sayılarda dağıttığını resmi bir yolla TUS'a başvuruların başladığı tarihten önce ilan edilir.

Madde 6. Sahadaki sözleşmeli aile hekimleri, THSK'nın ilanındaki kontenjanlara başvurabilmek için TUS'a girip aldıkları puan ile THSK'ya başvururlar.

Madde 7. THSK, başvuran adayları puan kriterine göre yerleştirir.

Madde 8. Bu kapsamda; eğitime başlatılan adayların eğitim süreçleri, eğitim aldıkları aile hekimliği anabilim dalları veya eğitim klinikleri tarafından yürütülür.

Madde 9. Bu eğitimde; rotasyona ayrılan süre yılda 6 ayı geçmeyecek eğitim sorumlusu tarafından düzenlenir

Madde 10. Bu eğitimin ve mevcut 3 yıllık eğitimin kalitesini desteklemek için eğitim kurumlarına "Eğitim-ASM"ler bağlanmalı ve bununla ilgili gerekli mevzuat düzenlemesi yapılmalıdır.

Madde 11. Bu eğitime başlayan hekimler eğitim süresi boyunca eğitim kurumunu değiştiremezler.

Bu süreçte dört olumsuz kanaat notu alırlarsa eğitimleri sonlandırılır.

I- AİLE HEKİMLİĞİ UZMANLIK EĞİTİMLERİ (AHU)

Niye böyle bir uzmanlık alanı ya da disiplini doğduğu diye bakmak gerekirse; uzmanlık alanlarının çıkışının 100 Yıllık geçmişine bakınca şu yollardan biriyle geliştiğini görüyoruz.

- “Eski bir disiplinin bölünmesiyle,
- Yaş grupları temelinde ayrışma gereksiniminin ortaya çıkmasıyla,
- Yeni teknolojilerin yeni bir alan oluşturmasıyla
- Topluma sağlık hizmeti sunumunda boşlukların olmasıyla
- Yeni gereksinimlerin oluşmasıyla”

Tanımlanmışlar ve kabul görmüşlerdir.

<https://www.tahud.org.tr/news/view/aile-hekimli%C4%9Fi-uzmanl%C4%B1k-e%C4%9Fitimi-nas%C4%B1l-olmal%C4%B1>

Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimleri Kaç Çeşitte veriliyor?

Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimlerinin veriliş yerleri ve şekillerine baktığımızda eğitimlerde 5 farklı yöntem uygulandığını görüyoruz. 4. ve 5. Maddelerde belirtilenler Sözleşmeli aile hekimleri (SAHU) içindir.

- 1) Üniversitelerde araştırma görevlisi
- 2) Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastaneleri'nde asistan kadrosu
- 3) Üniversitelerde Sağlık Bakanlığı adına asistan kadrosu

- 4) Üniversitelerde sözleşmeli aile hekimliği asistan kadrosu
- 5) Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastaneleri'nde sözleşmeli aile hekimliği asistan kadrosu

Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Kadroları

Türkiye'de; 55 üniversite ve 17 Eğitim Araştırma Hastanesinde (EAH) uzmanlık eğitimi verilmektedir. Mevcut eğitici kadrosu;

40 Profesör,

85 Doçent,

70 Yardımcı Doçent,

20 Başasistan

10 Eğitim Görevlisi Eğitim ve İdari Sorumlusu

50 Uzman

Türkiye Aile Hekimliği Uzmanlık Derneğinin (TAHUD) 2017 raporuna göre Eğitim ve araştırma hastanesinde 700, Üniversitelerde de yaklaşık 300 asistan hekim bulunmaktadır. 2015 sonu verilerine göre Eğitim ve araştırma hastanesinde bulunan asistanların 341 tanesi SAHU eğitimi alan hekimlerden oluşmaktadır. 2013 yılı itibari ile yaklaşık 2500 aile hekimi uzmanı olduğunu biliyoruz. Tahminen günümüzde 3000 civarında aile hekimi uzmanı bulunmaktadır.

Ülkelere Göre Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitim Süreleri

Avrupa Birliğine bağlı değişik ülkelerde farklı eğitimler verilmekle birlikte AH/GP uzmanlık eğitimleri 3 yılın altında değildir. Ülke örneklerine göre eğitim süreleri ve yerlerini aşağıda görebilirsiniz.

Almanya : 4 yıl, zorunlu, hastanede+2 yıl

Danimarka : 6 yıl, yarısı 1. basamakta

İrlanda : 4-5 yıl, zorunlu, yarısı 1.basamakta

İtalya : 3 yıl, ulusal sistemle sözleşmeli

Hollanda : 3 yıl, 1 yıl hastanede, 2 yıl 1. basamakta

Fransa : 3 yıl, hastanede

Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Türkiye Süreci

Türkiye’de 1985 yılından bu yana Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi 3 yıl olarak verilmektedir. Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitiminin gelişim sürecine kısaca bir göz atarsak;

2004 yılında Türkiye Aile Hekimliği Yeterlik Kurulu kuruldu. 2007 yılında bu kurul “uzmanlık eğitimi müfredatı” hazırladı ve yayımladı. 2010 yılında TUKMOS (tıpta uzmanlık kurulu müfredat oluşturma ve standart belirleme sistemi) Aile Hekimliği Komisyonu ilk toplantısını yaptı. 2010 yılına kadar eğitimin TAMAMI ROTASYONLARDAN oluşmakta iken TUK kararı ile 18 ay rotasyon 18 ay özgün öğretilere süre ayrıldı fakat hala uygulamaya geçilmedi. 2011 yılında Aile Hekimliği Eğitimi Çekirdek Müfredatı oluşturuldu. 2012 yılında müfredat güncellendi. 2013 yılında bir çalıştay ile çekirdek müfredat yenilendi. 2017 yılında taslağa son şekli verildi.

Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Rotasyonları TUK AH Komisyonu Kararı 2010

Tıpta Uzmanlık Kurulu Aile Hekimliği Komisyonunun belirlemiş olduğu Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi rotasyonları TUK tarafından kabul edilerek ilan edilmiştir. Bu karara göre;

36 aylık eğitim süresi içinde rotasyon süresi 18 ay:

6 ay Pediatri,

4 ay İç Hastalıkları,

4 ay Jinekoloji,

3 ay Psikiyatri

1 ay Kardiyoloji,

1 ay Göğüs Hastalıkları olarak belirlemiştir.

Genel Cerrahi

Acil Tıp, Dermatoloji,

Enfeksiyon Hastalıkları,

Radyoloji,

KBB vb

} SEÇMELİ

21 – 23 Haziran 2010 tarihlerinde toplanan TUK bu süreleri açıklanan şekliyle kabul etmiştir. Buna rağmen sahada farklı eğitim kurumları farklı uygulamalar yapabilmektedir.

Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri (EASM)

Aile hekimliği uzmanlık eğitimini güçlendirmek amacıyla Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri kurulması çalışmaları yürütülmüştür. Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri Ödeme ve Sözleşme Yönetmeliği 26.09.2014 tarih ve 29131 sayılı resmi gazetede yayınlanmıştır. Bugünkü bilgilerimize göre İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, İstanbul Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Erzurum Atatürk Üniversitesi ile protokol imzalanmıştır. Bu konuda başka veriye rastlanılmamıştır.

II- SÖZLEŞMELİ AİLE HEKİMLİĞİ UZMANLIK EĞİTİMİ (SAHU)

Biraz da Avrupa Birliği müktesebatının zorlaması ile 02.11.2011 tarihli 663 sayılı KHK'nın geçici 9. Maddesi ile; 2020 yılına kadar sistemde sözleşmeli olarak çalışan aile hekimlerine; Tıpta Uzmanlık Sınavına girmek ve 6 yıla yayılmak suretiyle, şimdi çalışmakta oldukları aile sağlığı merkezlerinde çalışmaya devam ederken ve uzaktan eğitim yöntemleriyle uzmanlık hakkı tanınmıştır.

TAHUD bu düzenlemeyi, Anayasa'ya aykırı olduğu gerekçesiyle Anayasa'ya aykırılık raporu hazırlamış ve 663 sayılı KHK'nin Anayasa Mahkemesi'ne götürülmesi talebiyle ana muhalefet partisine ulaştırmıştır. Anayasa Mahkemesi'nin 2011/150 E 2013/30 K sayılı gerekçeli kararı 25.06.2013 tarih ve 28688 sayılı Resmi Gazetede yayınlanmıştır. İptali talep edilen bu düzenleme ile ilgili olarak Anayasa Mahkemesi TAHUD'un talebinin reddine karar vermiştir. Bu red kararı SAHU eğitiminin yasal dayanağı olmuştur. (<https://www.tahud.org.tr/news/view/yar%C4%B1-zamanl%C4%B1-uzmanl%C4%B1k-e%C4%9Fitimine-kar%C5%9F%C4%B1-hukuki-m%C3%BCadelemiz-devam-ediyor>)

İlk defa 2014 yılı ilkbahar döneminde sözleşmeli çalışan aile hekimlerine (SAHU) verilecek aile hekimliği uzmanlık eğitimi başlatılmıştır. 2014 yılı Tıpta Uzmanlık Eğitimi Giriş Sınavı İlkbahar Döneminde 212 aile hekimi bu kadrolara yerleştirilmiş bunlardan 198'i eğitime başlamıştır. 2014 Sonbahar döneminde ise 67 aile hekimi yerleştirilmiştir.

SAHU YERLEŞTİRME BİLGİLERİ				
Yerleştirme Dönemi	2014 - 1	2014 - 2	2015 - 1	TOPLAM
Açılan Kontenjan	264	318	148	730
Yerleştirme Yapılan AH Sayısı (2014 /1/2)	212	67		279
Boş Kalan Kontenjan (2014 /1/2)	52	251		303
Kayıt Yaptıran AH sayısı (2014 /1/2)	200	51		251
Kayıttan Sonra Boş Kalan Kontenjan (2014 /1/2)	64	16		80
Kontenjan Açılan İl Sayısı	11	14	11	

SAHU kadroları için çok az başvuru olmaktadır, 2015 sonu verilerine göre açılan 786 kadrodan ancak 341'i eğitimlerine devam etmektedir.

(<https://www.tahud.org.tr/file/ac9eef0c-0749-4d7b-9f45-03b79672e991/THSK%20Rapor%20Toplam.pdf>).

Ayrıca başvuru oranları gün geçtikçe azalmaktadır. 2019 Şubat ayı TUS'ında SAHU eğitimi için 550 kadro açılmıştır. Kaç kişinin tercih yaptığı, kaçının tercihlerine kayıt yaptırdığı, kaçının eğitime devam ettiğini önümüzdeki günlerde hep birlikte göreceğiz.

Bir SAHU asistanı 18 ay rotasyona gitmekte ve 54 ay “yarı zamanlı eğitim” almaktadır. 18 aylık rotasyonda SAHU asistanı AH Birimini terk ederek rotasyona gider. SAHU asistanları eğiticinin desteği ile araştırma yapmak ve bildiri hazırlamak zorundadır, mezun olmadan önce tez sunar ve tezini savunarak uzman olur. SAHU asistanları, rotasyon süresinde Birimini bırakır ve maaşından %30 bir düşüş yaşanır, maddi bir kayıp yaşanmadan SAHU asistanlığı bitirilemez.

Aynı zamanda, boş bırakılan birime görevlendirme ile bakıldığından, performans kesintileri yaşamakta, uzun süren rotasyonlar nedeni ile nüfus kaybına uğramaktadır.

AHU-SAHU KARŞILAŞTIRMASI

TAHUD'un Kaygıları

SAHU eğitimlerinin başlaması ile birlikte TAHUD bir açıklama yayınlayarak kaygılarını paylaşmıştır.

Alternatif aile hekimliği uzmanlık eğitimi için Tıpta Uzmanlık Sınavı baraj puanı düşürülmüş, uzmanlık eğitimi için ikinci bir yerleştirme usulü getirilmiştir.

Aile Hekimliği uzmanlık eğitiminin olmazsa olmaz parçası olan ve klinik ortamda eğitici ve uzmanlık öğrencisinin birlikte çalışması üzerinde kurgulanması gereken, 18 aylık rotasyon eğitiminin bu asistanlar ile nasıl uygulanacağı ise belirsizdir. Zorunlu rotasyonların yapılmaması ya da yapıldı gösterilmesi ihtimali endişe vericidir.

Bu şekilde önce; halen aile hekimliği uzmanlık eğitimi yapmakta olan asistanlar, sonra bu uygulamaya girmeleri zorlanan sözleşme-

li aile hekimleri en son olarak da halkımız için, geçerli, etkin ve adil olmayan bir uzmanlık süreci başlatılmış olacaktır.

Tıpta Uzmanlık alanlarının geleceğini tehdit eden ve keyfi uygulamalara yol açabilecek, uzmanlık eğitiminin niteliğini düşürecek bu tür bir alternatif yolu, Aile Hekimliği Akademisyenleri olarak kabul edilemez buluyoruz.

AHU Asistanları Anketi

Üniversite ve EAH'lerinde aile hekimliği uzmanlık eğitimi alan 52 kişinin katıldığı Eğitim süresince yaşanan ve uzmanlıkta karşılaşılabilecek sorunları değerlendiren bir anket yapıldı. Ankete katılımın az olması sebebiyle, bulguların ülke geneline veya tüm aile hekimliği uzmanlık eğitimini kapsayacak şekilde genellemesi yanlış yorumlara yol açabilir. Ancak araştırma en azından aile hekimliği asistanlarının kendi değerlendirmeleri açısından ipuçları vermektedir. Bu nedenle Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi alan asistanların anketini burada paylaşmakta fayda var.

Ankete katılan asistanların %67.7'sini kadın asistanlar %32.3'ünü erkek; %71 üniversitede, %29'u EAH'nde görevliydi. Asistan kadrolarının gün geçtikçe arttırılmasının bir yansıması olarak Ankete katılan asistanların %58.1'i asistanlığının 1. yılında, %22.6'sı 2. yılında, %19.4'ü 3. yılındaydı.

AHU asistanları eğitimde standardizasyon olmamasını ciddi bir problem olarak görüyorlar ve Aile hekimliği uzmanlık eğitiminin bilinen, kabul gören ve standardize tek bir yolu olması gerektiğini ve alternatif yollar icat edilerek aile hekimliği uzmanlık dalının yıpratılmaması gerektiğini düşünüyorlar. AHU asistanlarının %77.4'ü rotasyonlarda alınan eğitimi yeterli bulmuyor.

Ankete katılan asistanların %76.7'si aile hekimliğinin sağlık sistemindeki yerinin tam olarak belirtilmemiş olması nedeniyle ciddi kaygılar yaşıyorlar. Aile hekimliğinin bir uzmanlık dalı olarak kabul edilmesine rağmen Türkiye'de Aile hekimliğinin tanımının bir uzmanlık dalı olarak değil de bir "sistem" olarak yapılması ciddi tartışmalara neden olmaktadır.

%51.6'sı AHU eğitiminin Türkiye'nin toplumsal gereksinimleri doğrultusunda sağlık sorunlarına çözüm bulmak ve kaynakları optimum kullanmak üzere tasarlanmamış olması nedeniyle, AH eğitim programının Türkiye gereksinimleri ile tam örtüşmediğini; yasayla zorunlu hizmet yükümlülüğü kaldırılarak, büyük bir eşitsizliğe, haksızlığa ve adaletsizliğe yol açıldığını düşünüyor.

AHU eğitimi alanların %90.3 asistan maaşlarını düşük buluyor. Diğer branşlara kıyasla 3 yıllık asistanlık süresinde daha düşük maaş alındığını ve SAHU asistanları ile aralarındaki ciddi maaş farkının ve adaletsizliğin düzeltilmesi gerektiğini düşünüyorlar.

Asistanların %90.3'ü uzmanlık eğitim programında birinci basamak sağlık kuruluşlarında rotasyonu gerekli görüyorlar.

Birinci basamak hekimliği uzmanlaşan bir birim olmasına karşın genellikle sistemdeki açıklardan biridir. Üçüncü basamak hastanelerde uzmanlık eğitimi alıp, ikinci basamak hastanelerde mecburi hizmet yapıyor. AH'nin ayrı bir uzmanlık dalı olarak kabul edilmesinde karşılaşılan direnç ve yeterli sayıda aile hekimi uzmanının yetiştirilememesi aile hekimliğinin Türkiye sağlık sistemine entegrasyonunu önemli ölçüde engellemiştir.

Aile Hekimliği Asistanları Bildirisi

“Şu anda özellikle eğitim araştırma hastanelerinde mevcut akademisyen sayısı tam zamanlı asistanların eğitimi için bile yeterli değildir. Akademik kadrolar arttırılıp gerekli alt yapı hazırlanmadan yeni yarı zamanlı asistanlık kadroları açmak mevcut uzmanlık eğitiminin kalitesini bozacaktır.

Tam zamanlı uzmanlık eğitimlerini tamamladığımızda mecburi hizmetten tekrar memleketlerimize atama istediğimizde tüm kadroların mevcut yarı zamanlı aile hekimliği uzmanları tarafından doldurulmuş olacağını ya da uzun süredir pratisyen hekimlik yapmış olan yarı zamanlı uzmanların hizmet puanı açısından gerisinde kalacağımızı şimdiden tahmin edebiliyoruz.

Eğitimini aldığımız ve sonunda içinde çalışmayı amaçladığımız birinci basamak sağlık camiası birbirine düşman edilmeye çalışılmaktadır ve bu ayrılaşmayı körükleyen de ne yazık ki ülke sağlığının emanet edildiği Bakanlığımızın yanlış politikalarıdır.”

(TAHUD web sitesinden alınmıştır)

SAHU Eğitimi Alan Hekimlerin Görüşleri

Uluslararası araştırmalar ve deneyimler, iyi eğitim almış aile hekimlerinin çalıştığı etkili bir birinci basamak temelinde örgütlenmiş sağlık sistemlerinin, birinci basamak eğitimi ve geliştirilmesi pasif olanlardan hem ekonomik hem de klinik başarı olarak daha etkin sağlık bakımı sağladığını göstermektedir.

Batı’da, Aile Hekimi Uzmanlarının tüm (diğer dallar dahil) hekimlere oranı %40’ın altında olan ülke yoktur. En az bir dalda uzmanlık gereklidir. Mevcut uzmanlık eğitimi ile toplam hekim sayısının

%40'ı kadar Aile Hekimi uzmanı yetiştirmek olanaksızdır. Zira mezun sayısından daha az kadro açılmaktadır.

Çoğu ülkede eğitimlerin bir kısmı hastane rotasyonu olarak, kalan kısmı da “sahadaki bir uzmanın yanında çalışılarak” yapılmaktadır. Örneğin Almanya’da, 1994 yılından itibaren, birinci basamakta çalışacak olan hekimler için aile hekimliği uzmanlık eğitimi zorunlu hale getirilmiştir.

AHU ile SAHU asistanının 18 ay rotasyon süresi, uzmanlık süresince alacağı eğitimler ve araştırma faaliyetleri denktir. SAHU ile AHU asistanlarının eğitim farkı, 2010 öncesi uzmanlar ile şimdiki asistanların eğitim farkından çok daha azdır. SAHU eğitimine karşı çıkışlarda “eğitime” değil, “fırsat eşitliğine” vurgu yapılmaktadır.

Amaç birinci basamağın kalitesini artırmak, başvuran hastalara biyopsikososyal yönden yaklaşacak uzmanların hizmet vermesini sağlamak ise SAHU eğitimi sadece küçük bir gruba değil, kabul eden bütün hekimlere verilmelidir.

Çoğu klinikte, sahada hiç eğitim almadan aile hekimi uzmanı olunmaktadır (hastane içindeki polikliniklerle). Ülkede TUS ile değil de sadece İngilizce sınavı ile AHU eğitimine giren uzmanlar da bulunmaktadır.

“Mektupla eğitim, rotasyonun kağıt üstünde olması” gibi iddialar, eğitimin düzgün uygulandığı yerler için haksızlıktır ve eğiticinin inisiyatifindedir. SAHU lar için TUK’a uygun olmayan eğitimi uygulayan eğitici aynı şeyi AHU’lar için de yapabilir.

SAHU ile AHU’ların “uzmanlığa giriş” ve “mecburi hizmet” eşitsizlikleri giderilmeli, hekimler birbirine düşman edilmemelidir.

Mecburi hizmet, hâlihazırda ülkede adaletsiz bir fırsat dağılımının kanıtıdır. Hekimlerin mecburen değil isteyerek her yerde çalışacağı ortamın hazırlanması gerekmektedir.

Uzmanlık eğitimi için 2 ayrı sistem yerine, altyapısı da planlanarak, “SAHU ile AHU’nun karışımı” bir sistem düşünülebilir. Sahada çalışan Aile Hekimlerinin; uygun bir yöntemle uzmanlık eğitimine başlatılması, hastane rotasyonları esnasında ise AHU asistanının o birime gelerek saha eğitimi alması bir seçenek olarak sunulabilir.

Mevcut sahada çalışan Aile Hekimlerinin uzmanlaşması için SAHU benzeri ancak daha kolay bir yöntem uygulanabilir. “Eğitici Aile Hekimi Uzmanı” statüsü, üzerinde düşünülmesi gereken bir konudur, uzmanlık eğitiminin ivme kazanmasını sağlayabilir.

III. GEÇİŞ DÖNEMİ EĞİTİMLERİ

Bütün bu eğitim süreçlerine göz attıktan sonra geçiş dönemleri eğitimi kavramına göz atmakta fayda var.

Geçiş dönemi tanımı: Geçiş dönemi, birinci basamakta halen çalışmakta olan pratisyen hekimlerde içinde olmak üzere, uzmanlaşmanın en kısa sürede sağlanarak, birinci basamakta kalitenin artırılması ve farklı hekimlik uygulamalarının kaldırılmasını gerçekleştirmek üzere, bir bölümü geçici bir dizi uygulamanın yapıldığı, süresi tanımlanmış dönemdir. (* II. Akademik Aile Hekimliği Toplantısı Sonuç Bildirgesi, 11-12 Ocak 2008, Akyaka- Muğla)

Genel Pratisyenlik Enstitüsü (GPE) geçiş dönemi eğitim programının özelliklerini tanımlamıştır. GPE’ye göre geçiş dönemi eğitimleri; 4 ay temel 8 ay klinik modül olmak üzere toplam bir yıl olmalı.

Gönüllülük temelinde 4-8 kişilik gruplar halinde eğitimcilerin Genel Pratisyen olduğu interaktif eğitimler şeklinde planlanmalıdır.

GPE geleceğe ilişkin değerlendirmesinde; Ülkemizde genel pratisyenlik eğitimi çalışmalarının uluslararası programlara koşut biçimde geliştiğini fakat uzun yıllardır pratisyen hekimlik yapan meslektaşlarımıza uygulanacak eğitimle, yeni hekim eğitiminin süre ve kapsam yönünden değişik olmasının doğal olduğunu belirtmektedir. GPE; uygulamanın başarılı olduğu tüm ülke örneklerinde olduğu gibi genel pratisyenlik/aile hekimliği uzmanlık eğitiminin, temel sorumluluğunun meslek örgütünde bulunması, belirli ilke ve ölçütlere uygun biçimde geliştirilmesi gerektiğine dikkat çekmektedir. (Genel pratisyenlik kavramı Aile Hekimliği uzmanlığı ile denk düşen bir kavram ikisi zaman zaman birbirinin yerine kullanılabilir.)

Yan Dal Uzmanlığı Örnekleri

Burada yan dal uzmanlığı ile ilgili birkaç örnek vermekte fayda var. 1219 sayılı Kanun'a eklenen Geçici 8. Madde ile (Yönetmelik düzenlemesine paralel olarak); uzun yıllardır bu branşlarda hizmet veren, deneyimli, nitelikli çok sayıda hekimin bulunduğu dikkate alınarak bu kişilerin, ayrıca ve yeniden yan dal eğitimi almasına gerek olmaksızın, yan dal uzmanı olmasına imkan tanındı.

“GEÇİCİ MADDE 8 - ... Bu maddenin yürürlüğe girdiği tarihten önce;

e) Gelişimsel Pediatri, Cerrahi Onkoloji, Yoğun Bakım, İş ve Meslek Hastalıkları, Çocuk Metabolizma Hastalıkları ve El Cerrahisi yan dallarında, bağlı ana dallarda uzman olduktan sonra, o yan dal alanında yurt içinde veya yurt dışında beş yıl süreyle araştırma,

uygulama ve inceleme yapmış bulunanlar, yaptıkları araştırma, uygulama ve incelemeler ile aldıkları eğitimlere ait belgelerini ve bu alanda yurt içi ve yurt dışında yayımlanmış bilimsel yayınlarını ibraz ederek, bu maddenin yürürlüğe girdiği tarihten itibaren üç ay içerisinde uzmanlık belgesi almak için Sağlık Bakanlığına başvurabilir. Tıpta Uzmanlık Kurulu, başvuru süresinin bitiminden itibaren bir yıl içerisinde başvuruları değerlendirir. Çalışmaları yeterli görülenerin uzmanlık belgeleri, Bakanlıkça düzenlenir ve tescil edilir.” “Enfeksiyon Hastalıkları adıyla uzmanlık belgesi alanların bu maddenin yürürlüğe girdiği tarihten itibaren üç ay içerisinde başvuruları halinde uzmanlık belgeleri Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji olarak değiştirilir.”

Brezilya’da Geçiş Dönemi

Brezilya’da, SOBRAMFA (Meslek örgütü) tarafından 10 yıllık gönüllü hekimlere 1 yıl süre ile haftada 20 saat yarı zamanlı uyum programı uygulanarak geçiş dönemi eğitimleri tamamlanmıştır.

Portekiz’de Geçiş Dönemi

Denetim altında 12 aylık bir klinik uygulama var. 120 saatlik bir hastane eğitimi, iki yüz saat kadar da kurslar, seminerler ve danışmanlarla karşılıklı görüşmeler var. Burada kişiler aynı zamanda normal faaliyetlerini yürütüyorlar, hekimliklerini yapıyorlar ama kendilerinin denetiminden sorumlu olan GP ile birlikte bazı konuları, kursları yapmaktan sorumlular. Ör: Dosya nasıl tutulur, sağlık ocağı yönetimi, pratiğin veya uygulamanın yönetimi, aile ile ilgili klinik sorunlar, karar verme mekanizması, koruyucu hekimlik uygulamaları ve özel bakım isteyen bazı gruplara verilecek sağlık hizmetleri gibi.

Geçiş Dönemi Eğitimlerinde Amaçları Saptamak Önemlidir

Eğitim açısından amaçları belirlemek çok kolay olmasa da kesin belirlenmiş amaçlar eğitim metodu ile karşılaşılan gerçek durumların karşılaştırılabilmesini sağladığı için oldukça önemlidir.

- 1- Öğrenci durumunda olanlar için; eğitimden ne beklemesi gerektiğini netleştirir.
- 2- Eğitimci için; öğrenci durumunda olan kişinin neler öğrenmesi gerektiğini netleştirir.
- 3- Eğitim sürecinin amacını kesin çizgilerle belirtir.
- 4- Kesin amaçlar belirtilmeden bireyin neler öğrendiğinin değerlendirilmesi yapılamaz.

IV- SÜREKLİ MESLEKİ EĞİTİM

Aile Hekimliği Sürekli Mesleki Gelişim Eğitimi (AHUZEM)

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığı tarafından 27 Kasım 2012 tarihinde yayınlanan bir genelge ile; Aile Hekimliği 2. Aşama Uyum Eğitimlerinin 1 Aralık 2012 tarihinde Yıldırım Beyazıt Üniversitesi tarafından başlatılacağı, 12 ay süreyle, sürekli mesleki gelişim eğitimi çerçevesinde, zorunlu uzaktan eğitim şeklinde yürütüleceği bildirilmiştir.

Bu genelgeye göre; sözleşmeli aile hekimleri için zorunlu olan ve başarı şartı aranan bu eğitim en az 12 ay süreli olacak, aile hekim uzmanlarının katılımı zorunlu olup sınav olamayacaklar.

Kayıt yaptırmayan ve devam etmeyenlere sözleşmede belirtilen ihbar puanları var

Kayıtlar 07.02.2013 tarihinde başlamış fakat kayıt yaptıramayanlar için tarih 31.12.2013 tarihine kadar uzatılmıştır. Dersler 45 gün programda kalacak sonra program kapatılacak denilmiş fakat daha sonra zaman zaman programın açıldığı görülmüştür.

Eğitimin başladığı Aralık 2012 tarihinden bu yana toplam 24.545 hekim sisteme kaydolmuştur. Bu 24.545 kişinin içinde aile hekimleri, uzman aile hekimleri, Halk Sağlığı Müdürlüğü ve Toplum Sağlığı Merkezi hekimleri de mevcuttur. (Halk Sağlığı Müdürlükleri ve Toplum Sağlığı Merkezlerinde çalışan hekimlerden gelen talepler doğrultusunda buralarda görev yapan hekimlerin de kaydı yapılmıştır.)

Eğitimi başarıyla tamamlamış olan hekim sayısı	16.286
Eğitimi tamamlamamış olan hekim sayısı	3.458
Kayıtlı aile hekimliği uzmanı sayısı	1.020

Hizmet İçi Eğitimler

Eğitim konusu başlığı adı altında her ilde farklı uygulamalarına şahit olduğumuz hizmet içi eğitimlere de değinmekte fayda var. Hizmet içi eğitim için 2014 tarihinde Türkiye Halk Sağlığı Kurumu bünyesinde Hizmet İçi Eğitim Komisyonu kurulmuş ve Ekim ayında ilk toplantısını yapmıştır. Bu komisyon hizmet içi eğitim

programları oluşturarak yılda 2 kez Sağlık Müdürlüklerine Sağlık Müdürlükleri de THS Genel Müdürlüğüne rapor göndermektedir.

Uygulamalarda 1 günlük eğitimlerin 4 saatte, 4 saatlik eğitimlerin bir saatte bitirildiği görülmektedir. Eğitimlerin yapılmış olmak için yapıldığı aşıkardır.

Hizmet içi eğitimler ile ilgili aile hekimlerinden gelen geri dönüşler aşağıdaki gibidir;

- Eğitim konularının koşulları ve şekli, toplumun ve aile hekimlerinin ihtiyaçlarını, beklentilerini ve taleplerini karşılamıyor,
- Eğitimler için üniversiteler, bilimsel dernekler ve meslek örgütü ile işbirliği sağlanmıyor,
- Eğitim konularının planlanmasında ülke ve dünya koşulları ve değişikliklerine uyum sağlayacak bilgi ve beceri kazandıracak güncel konulara yer verilmiyor,
- Eğitim konuları ve uygulaması açısından bir standart yok, illerde farklı uygulamalar var,
- Hizmet içi eğitimlerinin planlanmasında, aile sağlığı merkezlerinin iş yükü ve çalışma şartları göz önünde bulundurulmuyor,
- Eğitici ile eğitilen arasında işbirliği ve koordinasyon yok,
- Hizmet içi eğitimlerin niteliği düşük ve yetişkin eğitimi normlarına uygun değil,
- Aile hekimlerinin katkı verdiği araştırma ve çalışmaların sonuçları hakkında geri dönüş bilgileri verilmiyor,
- Teorik ve pratik eğitim algoritmaları yok,

- Aile hekimlerinin seminer, panel, sürekli tıp eğitimi gibi eğitim faaliyetlerine katılımını kolaylaştırıcı uygulamalar bulunmuyor,
- Aile hekimlerinin bilimsel araştırmalara katılması ve araştırmacılarla birlikte çalışmasını sağlayacak eğitimler planlanmıyor,



Bu slaytta sizlere 2 fotoğraf göstereceğim bu iki fotoğrafı da buraya gelirken uçakta çektim. Fotoğraflardan biri Adana'ya biri Antalya'ya ait. Hangisi Adana'ya hangisi Antalya ait diye sorsam büyük çoğunluğunuz su kenarındaki kentin Antalya'ya diğerinin Adana'ya ait olduğunu söyleyecektir. Oysaki durum tam tersi. Neyi, nasıl gösterdiğiniz çok önemli. Eğitim konusunda da bu birazcık öyle. Ana fikir olarak Bertrand Russell'in bir sözünü buraya aktardım. "Nasıl eğiteceğin konusunda düşünmeden önce, ne sonuç elde edeceğini ortaya koymalısın"

Soru, katkı ve görüşler:

Dr. Levent Tuna - Antalya: Aile hekimi uzmanı olarak çalışıyorum. Sistemde çalışmayı istemeyip de özelde çalıştığım dediğimde Özel hastanelerde AHU olarak kadro yok ne acilde ne kat hekimliğinde çalışabiliyoruz. SGK reçeteyi ödemiyor Aile Hekimi Uzmanı reçetesi geçersiz pratisyen hekim sen reçetesini ödüyor. AHU olarak merkezde olacağım yüksek maaşım olacak zannettik 8 kişilik ASM de 2500-2800 hastam var saha da pek çok arkadaş benden daha fazla maaş alıyor. A sınıfı ASM'ler havlu atmış durumda. Bu sistemde %10 luk bölüm eriyor. SAHU lar kapanıyor. Açılan davalarda sonuç olarak AHU sistemde kalması gerekiyor deniliyor.

Dr. Emrah - İstanbul: Bir yerde 10 bin nüfuslu bir hastane hekimi çalıştırırsan, bir tıp fakültesi mezunu çalıştırırsan, bir birinci basamak hekimi çalıştırırsan üçünü karşılaştırdığında tıp fakültesi mezunu çalıştırırsan mortalite azalıyor, o alanda eğitimini almış birinci basamak hekimi çalıştırırsan daha da azalıyor, hastane hekimi çalıştırırsan mortalite artıyor. Uzmanlık eğitiminin başı buradan çıkıyor. Benim için AHU SAHU meselesi değil bir adalet duygusu mevzu var adaletin kırıldığı hissi var tartışmalar da buradan çıkıyor. TUS u mu savunuyoruz. Yazı tura ile girsek uzmanlığa TUS dan daha adil bir sistem olur. Adalet duygusunu arıyoruz. 22 bin uzman hekim varmış 29 bin pratisyen varmış. 10 senede 42 bin 38 bin biz bu havuzda dar alanda birbirimizle itişip kakışıp bir şeyin bunu bize dayatan birinci basamağı güçsüz bırakan bizim paramızı elimizden alan kişiye bir şey yapamıyoruz. Uzmanlık eğitimi önemli ölümleri azaltıyor. SAHU larda kırgın. Arkadaşım 6 ay gitti yerine baktık canımız çıktı. Gideninde kalnında örselendiği bir yöntemle yapılmaz. Daha salim kafayla düşünüp çözmeye çalışırsak daha iyi olur.

Dr. Naci - Antalya: Ben konuşmadaki amacımı baştan söylemek istiyorum. Birbirimizi kırmak için konuşmadığımı bir kez daha belirtmeliyim. Değişik isim değişikliği üzerinden bugünkü ismini aldı Avrupa Birliğinin zorlamasıyla ve bugünkü aile hekimliği derneğinin Bakanlıkla olan ilişkisi nedeni ile buralara kadar geldik. Aile hekimliği uzmanı tanımlamasın da sıkıntılar var. Aynı işi yapıyorsunuz fakat yetkiler farklı. Örneğin uzmanlar rapor çıkarıp başka bir takım haklara sahipken pratisyen aile hekimleri bunlardan mahrum oluyor. Bunu bir çarpıklık olarak düşünüyorum. Aynı çarpıklık ücretlendirmede de var aynı işi yapıp farklı ücretler alıyorlar. Eğitim süreci yaşam boyudur bu eğitimi hem uzmanlar hem de pratisyenler yaşam boyu almalıdırlar.

Dr. Ersan - Bursa: Ben aslında belki de tepki çekecek bir şey söyleyeceğim ama anlaşılan o ki Sağlık Bakanlığı uzman olmayan kimsenin sahada çalışmasına izin vermeyecekmiş gibi duruyor. Bazı insanları hiç aile hekimliği uyum eğitimi almadan bile sahada görevlendirdiler. Çoğunuzun emeklilik yaşı geldi sonra açıklar kapatılacaktır ama Bakanlığa koyduğu kuralları uygulaması konusunda çağrıda bulunabilir.

Dr. Özgür - İstanbul: Aile hekimliğinin bir uzmanlık alanı olması gerekiyor. Sorun şu anda aile hekimliği yapıp aile hekimi uzmanlık eğitiminde geçmemiş olanların çalışması için bu ehliyeti nasıl alacağız konusu. Aslında bunu devletin Bakanlığı ciddi bir siyasi karar alması gerekiyor. Bu yıllara yayılan bir süreç içinde yapılacak eğitimlerle mümkün olabilir böylelikle bu ikilik ortadan kaldırılmalıdır. Ben İngiltere'den eğitimi paylaşayım eğitimin yarısı hastanede yarısı birinci basamakta. Orada sadece eğitimler üniversitelerde değil 1 basamakta da eğitim yapılan yerler var. Eğitim ASM olma başvurusu yapabiliyorlar ve eğitim ASM sıfatını aldıktan sonra da eğitim verdikleri içinde ek ücret alıyorlar. Bu ücret hem hekime hem de ASM ye ayrı ayrı veriliyor. Eğitimler çok keyifli, ilk gün yaptığım şey bekleme odasında oturup hastaları

gözlemlene ne yaptıklarını izleme oldu. Sonraki 2 hafta boyunca değişik yerlerinde geçirmeni istediler. 1. Basamakta eczaneler var ayak bakımı yapanlar var Psikologlar var Sonraki 2 hafta boyunca bir doktorun yanında hasta baktım. Onunla konuştuk tartıştık. Neyi neden yaptığını bana anlattı. Ben sorular sordum bir süre sadece izleyerek gitti. Sonra bana dedi ki 3 hasta gör gel konuşalım 3 hasta gör gel konuşalım. Ben de sana doğru yanlış anlatayım dedi. Bir süre de böyle geçti. Sonra sabah Polikliniği yap hastalarla ilgili bana sunum yap dedi. Bu arada eğitici doktor polikliniğe de devam ediyor. Bu arada eğitim için bir zamanı var aldığı bir ücret var. Bana diyor ki gel geri bildirim ver konuşalım. Bir süre sonra artık ihtiyaç duyduğunda bana gel demeye başladı. 6 ay geçtikten sonra dedi ki artık kendi başına sürekli çalışmaya devam et ihtiyaç olduğunda her zaman bana danışmaya gelebilirsin. Oda yanımda çalışıyordu haftada bir bazı konularla ilgili ödevler veriyordu. Belki Türkiye’de geçiş döneminde bu tür eğitimleri ihtiyaç vardır.

Dr. Serkan - Trabzon: Ben de aile hekimi uzmanıyım. Arkadaşımız 240 nöbet tuttuğunu söylemişti. Ben de eğitim süresince 265 nöbet tuttum. Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi sırasında zorlarlar insanı biraz. Rotasyonlara başladığımızda her gittiğimiz yerde çömez muamelesi gördük. Ayda 15 nöbet tuttuk, ertesi gün de nöbetten sonra da mesaiye devam ediyorduk. Arkasından da akşam Asistan vizitene katılıyorduk. Bir ara Bakanlık saha eğitici eğitimi vermeye başlamıştı. Aslında doğrudu sonra bundan vazgeçildi, ya ödenek yokluğundan ya da kafa karışıklığından oldu. Bunun suçlusu aile hekimi de değil bizler de değiliz, aile hekimi uzmanları da değil. Bakanlığın bir şey çıkarması lazım somut elle tutulur bir şeyler olmalı. Arkadaşlarımızın bir kısmı çok uzun yıllardır hekimlik yapıyor deneyimli tecrübeliler bunlar için farklı bir şeyler olmalı. Diğer dal uzmanları pratisyenden farklı olmadığı gibi hatta pratisyenden daha da gerideler. Burada bölünmemeliyiz, ay-

ılmamalıyız. Aile hekimi uzmanları ya da aile hekimi ayrımı doğru değil. Aile hekimi uzmanlarının tek farkı sadece ilaç raporu düzenleme değil ben bulunduğum ASM de diğer arkadaşlarımın bana getirdiği her türlü soruya yanıt veriyorum onlara destek oluyorum. AHU-SAHU gibi farklı eğitim yöntemleri olmaz AHU eğitimi bir tane olmalıdır. Bu sistemdeki iyi çalışmış kimseleri hiç üzmeden kırmadan uygun bir şekilde sertifikalandırma lazım.

Dr. Serkan - İstanbul: Tek tip eğitim olmalı, hizmet içi eğitim dersiniz bana göre Ucube bir hizmet içi eğitime çağrıldım. İçerde 70 tane aile hekimi 70 tane aile sağlığı çalışanı sadece slayt setinden kırmızı reçete anlatılıyor. Ben kırmızı reçete hiç görmedim dokunmadım. Öyle bir eğitim olmaz hizmet içi eğitimlerin yeniden düzenlenmesi lazım. AHU'larla konuşuyoruz AHU'lar haklı SAHU'lar ile konuşuyoruz SAHU'lar haklı. SAHU'lar diyor ki AHU'lar bizi sevmiyor. TAHUD bizi sevmiyor. SAHU'lar TAHUD'a bile üye olamıyor. Ben Almanya'ya gidip aile hekimi uzmanlık asistanı olmaya çalıştığım zaman onlar bana sen ne yaptın, nerede çalıştın diye soruyorlar. Ama siz 10 yıl acil de çalıştıysanız bazı rotasyonları gerek yok. Siz sahada çok çalıştıysanız o eğitimlere de gitmenize gerek kalmıyor. Siz çalıştığınız yerleri çalıştığınız bölümleri gösterdiğiniz zaman onlardan muaf oluyorsunuz. Almanya'da Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi üniversiteler tarafından veriliyor. Sahada yetkin donanımlı sertifikasyonu tamamlamış kişiler tarafından destekler veriliyor. Eğitimler tek tip olmalı. Bu nasıl yapılabilir konusunda kafa yormalı farklı şeyler üretmek gerekiyor böylelikle bu handikaptan çıkmak lazım.

Dr. Selçuk - Denizli: Ben uzmanlık konusuna şöyle bakıyorum arkadaşlar; niye uzmanlık istiyoruz uzmanlığı gerekçesi nedir eski dönemlerde pratisyen deniyordu kötü bir şey miydi? Hayır değildi. Niye uzmanlık? Çünkü birinci basamak klinik bir dal. Bu alanda çalışan hekimlerin de bu dalda yetkinleşmesi gerekiyor. Yetkin olduğu bir ibare ile belirtilmelidir. Yeni başlayacak olan hekim ar-

kadaşlara bakanlık on yılını tamamlamış aile hekimlerine bir eğitim programı yapmalı. Yeni mezun olmuşlara da sen çalışabilmek için uzmanlık eğitimi yapmış olmalısın demeliydi baştan. Ancak Uzman olanların atanması gerekirdi amaç 1000 lira fazla almak değil. 1000 lira benim yaşantımda bir değişiklik yapmaz para yönünden olaya bakmayalım konu para yönünden değil konu birinci basamağın artık bir uzmanlık alanı olduğudur.

Dr. Fethi- İstanbul: Aslında eğitim konusu 4 ana başlıktan oluşuyor bu konuda Bu grubun kendi arasında bir sonuca varmasını isterim. Bu konuda SAHU eğitimi alan arkadaşların da konuşmasını isterim. Bir aile hekimi arkadaşımız Hasan Abi vardı. Hasan Abi genel cerrahtı bir gün beni aradı bana bir çocuk gelmiş ben bu çocuğa bakmak zorunda mıyım ben genel cerrahi uzmanıyım buna ne yaparım diye soruyordu. Böyle bir çelişki içerisinde yaşıyoruz bu geçiş dönemi eğitimi için 2020'den sonra ne olacak 2020'de eğitimleri sona eriyor biliyorsunuz. Bu örgütün TTB nin bir deneyimi var genel pratisyenlik Enstitüsü'nün bir tecrübesi var, eğitimcileri var. Birçok arkadaşımız ailelerinden çocuklarına çaldıkları zamanda bu genel pratisyenlik enstitüsünün geliştirilmesi için harcadılar. Maalesef bu gönüllü çabalar bir tarafa bırakıldı bizim bunu bir daha savunmamız lazım. Çünkü gelmiş olduğumuz nokta geçmişteki dönemden daha kötü durumda çok kötü bir dönemden geçiyoruz bunu sadece ben söylemiyorum Sağlık Bakanlığı da söylüyor. Geçende, Sağlık Bakanı Aile Hekimliği uzmanlığı 24. sırada olduğunu söyledi. Spor hekimliği 9. sıraya çıkmış. Hatta Bakan 1. Basamakta çalışmadan bu arkadaşlarımız neden TUS'a giriyorlar. Asistanlığa gidiyorlar diye soruyordu.

Dr. Hatıra- İstanbul: AHU, SAHU tartışmalarıyla zaman kaybettik. 5-10 yılda bir hekim olarak kendimizi güncellememiz gerekiyor. Aldığım bir eğitim yok, hizmet içi eğitimler yetersiz. Belki sene de 1 ay hastanelerde rotasyon olur, yapılandırılmış nitelikli bir eğitim. Çözüm önerisi olarak talep edilebilir.

Dr. Pınar(SES): Ben de bir aile hekimi uzmanıyım. Gördüğüm kadarıyla arkadaşlarım bulunduğu yerden konuya yaklaşıyorlar. Tecrübesizler fakülteden yeni mezun olmuş arkadaşlarımız ne olacak? Yıllardır çalışan arkadaşlarımız ne olacak? Bunları iyi düşünmek gerekiyor, iyi planlamak gerekiyor. Bir süre rotasyonlara gittim. 3. Basamakta hasta takip ettim geri kalan 18 ayda da hocamın adına bir poliklinik de tek başıma hasta baktım ve hiçbir şeyde Hocama danışmadım. 6 yıllık eğitim alıyoruz 6 yıl üniversitede 3. Basamakta aldığımız eğitimlerin sonucunda mecbur hizmetleri gidiyoruz. Hasta ile karşılaştığımızda ne yapacağımızı bilemiyoruz. Ön kabul gibi gelişti ama uzmanlık elbette olmalıdır konusu tartışılmalıdır. Şu anda tıp fakülteleri TUS'a hazırlık fakülteleri haline gelmiş durumda. Zaten içimizde bütün isteğim aile hekimi uzmanı olmak da o yüzden bunu tercih ettim diyen kimse yoktur. Sanıyorum WONCA'nın tanımlamalarının da tartışmaya açılması gerekli bence.

Dr. Turan-İstanbul: Birinci olarak sorunun Aile Hekimliği geçiş eğitimlerinin yanlış yönetilmesinde kaynaklandığını düşünüyorum. Sonucuyla bizi uğraştırıyorlar. Eğitimin bir parasal karşılığı olmalı. Eğitim eşitlenmeli ve ne kadar eğitim alıyorsa o kadar da para almalı. Dengesizlik bölünme yaratıyor.

Dr. Yaşar -Adana: Aile Hekimliği uzmanlık eğitimleri mevcut ihtiyaca karşılık vermiyor. 3 yıllık eğitim için 24 bin asistana eğitim verecek alt yapıya sahip olunması gerekiyor. Uzun yıllar saha da çalışan hekimlerin entegrasyonu ile ilgili değişime ihtiyaç var.

Sonuç olarak;

Sağlık Bakanlığı tarafından Aile Hekimliği sistemine geçiş iyi yönetilememiştir. Pratiğe dönük sahada nasıl yapılabilir konusu düşünülmeli eğitimin eşitlenmesi, yöntemi ve içeriği iyi planlanmalıdır.

Bu görüşler sonuçta 4. Atölye olan Eğitim Çalışma Grubunun kolektif, üstünde konsensüse vardığı görüşlerdir. Görünen o ki şu andaki aile hekimliği uzmanlık eğitimleri mevcut gerçekle uyuşmuyor ve bütün hekimlere cevap verecek durumdan oldukça uzakta bulunmaktadır.

Tıp Fakülteleri yılda yaklaşık 8000 mezun veriyor bu mezunların hepsinin aile hekimliği uzmanlığı eğitimine başlamasının zorunluğu olduğunu varsayarsak ve aile hekimi uzmanlık eğitiminin de 3 yıl olduğunu düşünürsek 3 yıl süresince AH kürsülerinde 24 000 Asistan Hekim olacağını tahmin etmek güç olmayacaktır.

Yaklaşık 300 kişilik bir AHU eğitimi akademisyen kadrosuyla 24 000 pratisyene eğitim verilebilecek bir aile hekimliği uzmanlık eğitimi sistemimizin olmadığı açıkça ortadadır. Bu olayın bir yönü, bir de diğer yönü var, mezun olup da şu anda sahada çalışmakta olan 40 000 pratisyen hekimin bu sisteme entegrasyonunun nasıl olacağı konusu. Bunlar için bir eğitim programına ihtiyaç var.

Görünen gerçek şu ki mevcut aile hekimliği uzmanlık eğitimi sistemi ihtiyaçlara cevap vermekten çok uzak bu nedenle iki farklı eğitim sistemine ihtiyaç olduğunu söylemek yanlış olmasa gerek.

Tıp Fakültelerinin yıllara göre kontenjan sayıları *	
Yıllar	Kontenjan sayıları
2010	8.090
2011	8.205
2012	8.915
2014	11.548
2015	12.499

<https://www.medikalakademi.com.tr/tip-egitimi-yogun-bakimda-200-bin-doktor-he-defi-kaliteyi-duesuerdue/>

BBSH Sağlık Çalışanlarının Örgütlenme/ Mücadele Süreci

TTB, Dernekler, Sendikalar ve diğer sağlık örgütlerle birlikte mücadele nasıl olmalı? Önümüzdeki dönemin programı nasıl şekillenmeli?

Örgütlenme Modeli

Dr. Fethi Bozçalı

- Odalar da, genel kurullar, yönetim kurulları, delegeler, iş yeri temsilcilik sistemi, komisyonlar...
- TTB genel kurulu, yönetim kurulu, kollar, genişletilmiş yönetim kurulları, bölge toplantıları,
- Aile hekimleri komisyonları, aile hekimliği kolu,
- Aile hekimleri dernekleri/ federasyonu
- Sendikalar
- Ortak platformlar

Mevcut mücadele yöntemleri nelerdir? Yeterli mi?

- Basın açıklamaları
- Kitap, dergi, broşür, bildiri
- Çalıştay, konferans, kongreler
- Yürüyüşler ve Mitingler
- İş bırakmalar
- Sosyal medya eylemleri

- Web sitelerimiz
- Mail, facebook, watsap, instegram
- Yazılı ve görsel medya
- Yeni yöntemler arayışlar
- ASM radyosu?
- Halkın pasif ve aktif desteği
- Birebir anlatım
- Çekilen kısa film ve öyküler youtube kanalında yayınlama vs

Katkı, Soru ve Öneriler

Katılımcı: 184 hattı hakkında ne düşünüyorsunuz?

Mustafa - Trabzon: bu çalışmalar sonunda yazılan sorunlar çözüm önerileri ve somut talepler için üst sahipleri ile pazarlık yapılması düşünüyor. Bakanlık, SGK bizi neden dinlesinler paramparçayız bir de ilgisiz hekimler var öncelikle çatı örgütleri bir araya gelmeli, farklılıklarını törpülemeli, toplum sağlığı ve hekim çıkarları noktasında asgari müştereklerde el sıkışarak sahayı mümkün oldukça bira araya getirmelidir. Hekimlik onuru korunmak için meslek içi disiplinin işletilmesi aşikârdır. Bir araya gelemediğimiz mesleğimize sahip çıkamadığımız sürece bizi dinleyeceklerini zannetmiyorum.

Dr. Filiz Ünal - Ankara: Kol olarak internet üzerinden toplanıyoruz. Daha kısa süre içerisinde ve daha sık toplanabiliyoruz. Yapabileceklerimizi paylaşıp bir eylem planı veya düzeltme yapabiliyoruz. Son dönem TTB de yaptığımız yeniliklerden biri bu. İllerinizde sorun olduğunda yürütmeden herhangi biriyle iletişime geçtiğinizde internet üzerinden hemen toplantı koyabiliriz belirtmek istedim

Dr. Selahattin - Batman: Batman ilinde 2012 Haziran da Batman'da komisyonumuzu kurduk. Birinci basamakta örgütlenmek sağlık ocağı dönemine göre daha zor çünkü ekip parçalandı. Bir hastanede örgütlendiğinizden bir temsilciyle sağlık emekçilerine ulaşım hemen toplanabiliyor, ama Aile hekimliğinde böyle değil, AH toplanmak için iletişim kurmak için emek gerekiyor. ASM ziyareti edelim dedik 1 hafta boyunca ancak merkezi bitirebildik.

Dr. Ahmet - İstanbul: 25-30 yaş AH var mı? 30-35? 35-40 arası? TTB de olduğu gibi her yerde gençlerle iletişim kuramıyoruz. Bence bir çuvaldız kendimize batırıp sorgulamamız gerekiyor. Tüm örgütlerde gençlerimiz az. Bir şeyler yapmamız gerekiyor.

Katılımcı: Birçok il merkezini maalesef ileri yaş grubu hekimler olarak doldurmuşuz. Genç nüfus genelde periferiye yayıldığını görüyoruz. TTB bünyesinde TÖK vardı. Aynı zamanda köprü görevini üstleniyordu. Öğrenim döneminde arkadaşlarımızla iletişime geçebiliyorduk mezun olana kadar bu ilişki sürüyordu. Ondan sonra genç arkadaşımızın gideceği yerin tabip odası olduğunu fikrini kendisine yerleştiriyordu. Belki yeniden üniversitelere dönüşü aramalıyız. Bunun arkasında büyük korku var. Atanamayanlarda bir korku var. Güvenlik soruşturmaları, atanamama, korku oluşturuyor. Oto korku olduğundan bu tür kurumlardan uzak kalabiliyorlar. Derneklerin olduğu yerlerde tabip odalarına çekmek zor. BB ve AH faaliyet oluşturmaya çalışıyoruz ama yeterince hekim katamıyoruz. Faaliyet ve etkinliklerde derneklerle beraber çalıştık. Bu tabii uzun bir süreç.

Dr. Gül - Ankara: Sahaya ulaşmak amacıyla ASM leri gezdik. Yönetimden birinin gelmesi etkili oluyor. Birebir temas iyi oluyor. ANTEHED le temasta bulunmaya çalıştık. Odanın neler yaptığını anlatıyoruz. Oda bizim için ne yaptı diye soruyorlar, derneklerden çok etkileniyorlar gençler. Tabip Odasına biraz uzak duruyorlar.

Dr. Abdullah - Bursa: Bursa da yaptığımız bir uygulama var. Bizim halk sağlığı bölümü stajda olan öğrencileri topluyor Tabip odasına getiriyor bilgilendirme yapıyorlar. Tabip odalarına gelen öğrencilere bir kimlik kartı verilmesini öneriyorum.

Dr. Fethi - İstanbul: Tabip odası seçimlerinde hastanelere gidiyoruz hekimler odalarına hapsolmuş durumdalar. İstanbul da Esenyurt hastanesinde çok şiddete uğruyorlar hapsolmuş durumdalar birbirleriyle görüşmüyorlar bunu kırmamız lazım. Cumartesi nöbetlerinde iyi bir mücadele verdik. Birlikte mücadele edince otorite geri adım atmak zorunda kalıyor. En son cari giderlerin geç ödenmesiyle ilgili arkadaşlar televizyona çıktılar. Bir sürü arkadaş var. Söz alalım. Birlikte bu mücadeleyi nasıl yapabiliriz, bir sonraki adım ne olmalı konuşalım.

Dr. Serkan - İstanbul: Ben İSTAHED başkan yardımcısıyım 4 senedir de örgütlenmeden sorumluyum. Örgütlenme anlamında bence tabip odası daha çok sahada olması lazım. ASM ye gidip arkadaşların elini sıkıştığınız zaman, hekim arkadaşlara onların yanında olduğunuzu gösterdiğiniz zaman, hem size üyede oluyorlar, hem arkanızdan da geliyorlar. Temsilciliklerimiz var İstanbul da bizim 60-70 ilçe başkanımız var. İstanbul 39 ilçe nasıl oluyor diyeceksiniz bazı ilçeler çok kalabalık. İlçe temsilcileri var bazen yönetimde ki arkadaşlarla saha ziyaretleri yapıyor. Genç arkadaşlar aktive edilip hitap ettiğimiz zaman her türlü desteği veriyorlar. Biz daha genç dinamik arkadaşların katılması lazım. Mesela sağlık da şiddet, özlük haklarımız 4-5 madde belirleyeceğiz oturup konuşacağız. Anlaşabileceği maddelerde hedef koyup ve süreli koyup bu hedeflere yürümemiz lazım.

Dr. Recep - İstanbul: Bu dönem gençler çok az. İstanbul Tabip Odası, Acıbadem ve Koç üniversitesinden her hafta Cuma günleri halk sağlığı bölümünden gelen 40-50 tıp öğrencisine sunum yapıyoruz. Yaklaşık 4 saat süren toplantılara, hukuk büromuzdan

avukatlarımız, oda başkanımız ve yönetim kurulundan da bir arkadaşımız katılıyor. Sorunlar hakkında konuşuyoruz ve geri bildirimler % 80 olumlu oluyor. Şimdi bunu Cerrahpaşa ve Çapada da uygulamaya çalışıyoruz. Kamu hastanelerine girmemiz gerçekten zor başhekimler direnç gösteriyorlar. Oda vermiyorlar mekân sağlamıyorlar, doktorların katılımını kısıtlıyorlar. Çapa da döner sermaye ile ilgili basın açıklaması yapacaktık izin vermediler. İstanbul da aile hekimliği komisyonumuz 2012 den beri var. Ben aynı zamanda derneğin kurucusuyum. Dernekte olmak komisyonlarda üye olmamıza engel değil zaten çoğu komisyon üyemiz derneğe üye. Hangi siyasi düşünce de olursa olsun dernekleri dışlamamız lazım. Anadolu dakiler belki İstanbulda ki gibi şanslı değil. Tabip odalarımızı derneklere açmamız lazım AHEF e yeni yönetimimiz geldi. Şimdi ki yönetim iyi niyetli bizim de onlara destek olmamız gerekir.

Dr. Can: Bir sürü örgüte üyeyiz. Örgütlerin temel gerekçelerinden biri kazanmak. Kazanım olmayınca üyenin orda olmasının anlamı yok. Kendi kuruluş BDS aşamamızda bunu yaşadık. Öğrenilmiş rıza vardı biz bugüne kadar hiç aklımıza gelmedi kamu binasına neden kira ödüyoruz. Polis karakolun kirasını kendi mi ödüyor? ya da bir öğretmen okulun kirasını kendi mi ödüyor? Biz neden ödüyoruz. Yasa maddesi var devlet ihale kanunu diyor ki; kiraya verilebilecek taşınmazlar aşağıda belirtilmiştir. 1. Kamu hizmetlerine tahsisli olup tahsis amacıyla kullanılan taşınmazlardan kira alınamaz. Açık net bir hüküm. Biz bunla ilgili hiç bir şey yapmadık. Bundan bir görev çıkarıp TTB olsun AHEF olsun sendikalar olsun bununla ilgili arka arkaya davalar açarsak büyük ihtimalle lehime sonuçlanacağını düşünüyorum. Bu ne getirir sahadan genç arkadaşlarımızın örgütlere katılımını sağlar diye düşünüyorum. Platform işi gerçekten önemli. Zemin daha uygun gibi. Basit ortak asgari müştereklerde bulduğumuz zaman bu platformların yaşamasını sağlarız diye düşünüyorum.

Dr. Yaşar - Adana: Platform konusu çok önemli, 5 yıl önce biz bu platformun temellerini attık. 10 un üzerinde toplantı yaptık. O kadar ilerlettik ki en son bir platform temsilciliğine kadar götürdük. Herhangi bir aile hekimliği ile ilgili konuda hızlı iletişim kurabilecek kişiler belirledik, maalesef o dönem İletişim ağlarını tam kuramayınca bu iş çöktü. Bugün gerçekten de bu bir zorunluluk haline geldi. En azından asgari konularda birlikte hareket edebileceğimiz zeminlerde, şiddet konusunda, kiralarda zammı konusunda ne yapacağımıza hızla karar verme adına bazı önceliklerimizi belki bir kenara bırakmayacağız ama biraz öteleyip biraz geri çekip acil konularda birlikte mücadele edip nöbet grevlerinde olduğu gibi bir arada durabilmenin yolunu bulabilmemiz gerekiyor. Birlikte bunu başarabiliriz.

Dr. Filiz - Ankara: Gerçekten platform değerli. Bir bilgi vereceğim. Buraya gelmeden önce Yeni AHEF yönetimi ile konuştuk. Yönetim birlikte çalışmaya niyetli, biz zaten başından beri birlikte mücadeleyi savunuyoruz. Birlikte sanırım çok şeyler üretebileceğiz. Kiralarla ilgili ben hukuk bürosuna bunu soruyordum. Ama saha henüz buna çok alışık değil. Yani kamu binası kavramına alışık değil. Şu an hukuk büromuz bu konuda çalışıyor. %46 kira zamları ile birlikte bunu hukuk büromuzla kira alınabilir mi? Kira alınmazsa sanallara ne önereceğiz? Sanallar için Kira sözleşmelerini de devlet mi yapsın diyeceğiz? TTB diğer örgütlerle birlikte daha hızlı yürüyecektir diye düşünüyorum.

Dr. Can: Ben özellikle dernek konusunda söz aldım. Genel bir değerlendirme yaptığımızda dernek tanımlamasını yaparken üyelerin yaranna olan faaliyetleri sürdürmek gibi bir ana görevi de olduğunu ifade etmek mümkün. Bu süreçte Eğitim gibi hedefiniz üzerinden bir talep belirtmeniz gerekir. Dernek üyelerinde TTB ile ortaklaştıracak en önemli zincir halkasının hedef olduğunu düşündüğüm için söz aldım.

Katılımcı (SES): Birinci basamakta yaşanan sorunlarımız ortak, ama çok fazla da sahadaki örgütlülük açısından çok parçalıyız. Birden çok dernek sendika var. Asgari müştereklerde hep birlikte mücadele etmemiz gerekiyor. Sendikalarda genç arkadaşlarımızın sayısı gerçekten az. Sendikalar ne işe yarar ne yapar anlatmamız gerekiyor. Toplu iş görüşmeleri bur da bizim haklarımız, maaşlarımız, özlük haklarımız konusunda devletle pazarlığımız olacak 2 se-nede bir yapılan bu toplu sözleşme görüşmelerinin taleplerimizin kamuoyunda görünür olması açısından önemli alanlar olacağını düşünüyorum. Bizim sendikalar olarak da buna dair talep fikir ortaklığımızın olunmasında ön hazırlıkla gitmenin kıymetli olacağını düşünüyorum.

Dr. Fethi - İstanbul: Görüş, anlayış ne olursa olsun, örgütlerin çoğalması, asgari müştereklerde ortak söz söylenmesi önemli. Sendikaların dinamik yapısını tartışmamız lazım. Aile Hekimleri örgütlerinde hem niceliksel hem de niteliksel olarak bir dinamizm var. Komisyonları kolları aktifleştirip çoğaltmamız lazım. Mücadele yöntemlerimizle ilgili konuşmamız gerekiyor. Basın açıklamaları yapıyoruz, kitap, dergi, broşür çıkarıyoruz. Bunlar aslında birer mücadele yöntemleridir. İş bırakıyoruz, yürüyüşler, mitingler, sosyal medyayı kullanıyoruz. Sosyal medya üzerinden de önemli bir mücadele süreci var. Acaba yeni mücadele yöntemler neler olabilir? ASM radyosu olabilir mi? Halkın aktif ve pasif desteğini nasıl sağlayabiliriz? Bir eksikliğimiz, birinci basamak ta halkla ilişkilerimizin avantajını yeterince kullanamıyoruz. Birebir anlatım en etkili yol. Çekilen kısa filmler, öyküler ilgi çekiyor. Toplum öyküleri seviyor. Twiter dönemine girdik. Başlıkları okuyoruz. Bunları düşünerek hangi mücadele yöntemlerini kullanalım? Mesela Emrah anketler yayınlıyor. Anketleri nasıl yapıyor etkisi var mı?

Dr. Emrah - İstanbul: Bu genç arkadaşlar meselesi bize de Acıbademciler geliyor, burs verenler varsa bilirler. Anlık sorular sorabileceği ASM gezmek kolay iş değil uzun mesai gerekiyor. İstanbul

da her yerleştirmede kimlerin yerleştiği belli. Tabip odasının sekreteri bu kişiler tabip odasına üye mi bakabilir, onlar aranabilir, toplantılara davet edilebilirler, yeni başlayanlar için bir tür uyum eğitimi yapılabilir. Yabancı uyruklu doktorlar var. Bizim onların yanında olduklarını bilmelerinde fayda var. Bu arkadaşlar genellikle ASM lerde çalışıyorlar. Onlarla da iletişim içinde olmamız lazım. Sonuçta Bakanlık bir iş güvencesizliği yaratmak için tehdit gibi kullanmaya açık ya da biz öyle görüyoruz.

Dr. Hatıra - İstanbul: Sosyal medyada yaptıklarımızı herkes görüyordur. Belki anket yapılabilir hekimler en çok hangi sosyal medyayı kullanıyor diye. Biz İstanbul da çok örgütlü bir ekibimiz vardı.

Dr. Bahadır - Kırklareli: Tabip odası genel sekreteri: Genç arkadaşlarla temas kurmak açısından insanlara somut bir şeyler sunarsanız daha dikkate değer olursunuz. Genç arkadaşlar yaşadıkları sorunlarla ilgili konuştuğunuz zaman bu raporlar için hazırlanmış kavuzlar gibi daha geniş aile hekimliği uygulama kılavuzu gibi sık karşılaşılabilecekleri sorunlar ile ilgili kılavuzlar hazırlarsak temas edebiliriz.

Dr. Hüseyin - Antalya: İnsanları toplamak tabii önemli bir güçtür. Tüm sivil toplum kuruluşlarını toplamak zamanı geldiğinde uygun ortamda olduğunda ne kadar güçlü olabileceğimizi gösteriyor. Türkiye de kamuda örgütlenme modeli AH dışında başka meslek grubu yok. Bu kadar örgütlü yaptığımız her eylem ses getiriyor, birçok kez medyaya çıktık. Her alanda mücadele ediyoruz. Farklı yerlerde çalışıyoruz ama hep beraberiz. MHRS ile ilgili kimse girmesin dedik bu bile idareyi rahatsız etti. İstifa dilekçesi eylemi yaptık. Sembolikti ama bir anlam ifade eden önemli eylemlerdi. Çoğaltılabilir. Farklı eylemler yapılabilir. Sayımız az ama bunu arttırmak lazım geçlerde aramıza girecek.

Dr. Ayten - İstanbul: Halkın aktif ve pasif desteği hakkında söz aldım. Toplumun her bireyinin kendi özel ortamında kendi sağlığı ile ilgili kararların alınmasında ve o kararların uygulanmasında farkında olması, müdahale edip, bir unsuru olması gerekir. Nasıl sağlık sisteminde yaşamak istiyoruz politik olarak tercihimiz ne? Bilginin doğallaştığı, toplumun onun içinde yer aldığı kararlara kattığı bir otonomi kazandığı, onu öz denetim biçimine dönüştürme, kendi ana dilinde sağlıkla buluşturma gibi meseleleri de var.

Türkiyenin her köşesine aynı sağlık hizmetini aynı biçimde vermekle değil, her köşesinde olmak orada hizmet edeni o halkla buluşturmak gerekir. Uzun süreler kendi yaşam koşulları nedeniyle sokağa çıkma yasaklarıyla karşılaşmış bir topluma aşı hizmeti götüremediğini görmek gerekir.

Toplumsal katılım ancak bireyle değil toplumla o katılım mekanizmalarına karar mekanizmalarına katılmakla olur. Belki bir sonraki hedefimiz toplum katılımını bir destek mekanizmasından çıkarıp, o yerelin o aile hekimliği biriminin özel yapısı içerisinde hak sahibine o hakkı birlikte nasıl yaratacağına dair bir kapı yolu açmaktır. Hekimin toplumsal sağlığı koruma görevi olduğu hatırlanmalıdır. Ve bunun tamamının politik bir tercih olma durumu söz konusudur. Önümüze bugün yeni bir esnek çalışma getirseler hepimiz yine ortaklaşacağız ve elbette iş çalışma yaşamı için mücadele edeceğiz.

Birinci basamakta sözleşmeli çalışmanın getirdiği dayatmalar bundan sonra da olacak, çünkü sözleşmeli çalışma buna alan açan bir sistem. Sağlıkın toplumla birleştiği ve daha endüstriden uzak daha bağımsız daha özerk yereliyle buluşmuş kendini denetleyebilen otonom sağlanmış belki kaynaklarını bile yerinden elde eden yeni bir ülke yeni bir sağlık toplumsal toplumcu bir sağlık anlayışına tasavvur etmeliyiz. Yerinde ve içinde oldukları her tür koruma başışıklama, kendi ihtiyaçlarını belirleme de dahil olmak üzere

özellikle aile planlaması dahil olmak üzere iyi sonuçlar yaratabilir. Her örgütlenmede olduğu gibi hedeflerimizi ortaya koymalı, TTB açısından Türkiye'nin sağlık göstergelerinde tüm toplumu kapsayıcı ve toplumla birlikte bir arada üretme kararlılığında bir tutum almamız gerektiğini düşünüyorum.

Dr. Serkan - İstanbul: Halkın aktif pasif desteğine ben de değinmek istedim. ASM deki televizyonları aktif kullanmalıyız. Örneğin TTB bize videolar hazırlasın, biz o videoları televizyonlarda döndürelim. Bunla ilgili biz dernek olarak 14 Mart'a yetiştirmeye çalışıyoruz. İSTAHED TV diye bir şey yapacağız. Ama ilk başta 50 ASM ile pilot uygulamaya başlayacağız sonra bütün ASM lere yaymaya çalışacağız. Bana göre TTB olarak halkı bilinçlendirici video çekerek bizim ASM lerdeki televizyonlardan onu halka göstermemiz güzel olabiliyor. Broşürler, posterler ve afişler hazırlanarak kapılara asılarak halk bilgilendirilebilir. Basın çok önemli daha çok yer almamız lazım. Örgütlenme ile ilgili, şu an İstanbul da 280 tane yabancı uyruklu aile hekimi çalışıyor. 25 tanesinin de güvenlik soruşturması devam ediyor. Toplam 305 tane yabancı uyruklu hekim var. İstanbul da aktif çalışan aile hekimi toplam 4230 . Yabancı uyruklularında çok sıkıntıları var. Mesela 4 tane yabancı uyruklu aynı ASM de sıfır ASM ye yerleştiler. Bazılarında dil sıkıntısı var. Halk onlara çok fazla ısınamadı sıkıntılar yaşandı. Sonra bakanlık 3 Türk 1 yabancı doktor şeklinde çalıştırmaya başladılar. O yüzden İstanbulda da yabancı AH bir eğitim verilmesi ve sisteme bütünleşmeleri sağlanmalı.

Dr. Ferhat - Şırnak Tabip Odası Genel Sekreteri: Genç hekimlere nasıl ulaşabiliriz? Şırnak'a gittiğimde Şırnak Tabip Odası yanmıştı, tabip odası yoktu, yönetimdeki arkadaşlarda dağılmışlardı. Kendim gittim sora sora sekreterini, Mardin de gitmişti oradan Tabip Odasına üye oldum. Öğrenciyken TÖK üyeliğim vardı, mezun olduktan sonra üye olmanın gerekliliğini biliyordum. Geçici olarak yönetim kuruldu. Oradan mecburen yönetime girip çalış-

maya başladık. İlk yapılacak olan TÖK ü aktifleştirmek gerekiyor. Her yerde Tıp Fakültesi açılıyor. Yeni açılan fakültelerin bir geleneği yok TTB nin yeni açılan yerlere ulaşması ve TÖK ü aktifleştirmek gerekir. Şırnak da sizin gibi başaramıyoruz, sizin gibi gezemiyoruz. Şırnak ve Hakkari de şartlar farklı işler sıkıntılı 3 tane kimlik kontrolünden geçiyorsun, her yerde zırhlı araçlar sizi farklı bir havaya sokuyor. Genç arkadaşlara gittiğimizde zaten 1 sene burada duracağım bana bir şey olmasın, başım yanmasın, bir şekilde buradan gitmem gerekiyor şeklinde düşünüyorlar. Bunun için aktif çalışmıyoruz. Örgütlenemiyoruz. İlk atandığımızda kimseden yardım alamadık. Haklarımı bilmiyordum. Gide gele gide gele haklarımızı öğrendik. İlk atanmada hakları gösteren bir broşür olsa Tabip Odası benim arkamda diyecek yeni gelene önecek. SES bunu başardı. Yeni başlayan arkadaşlara ulaşıyorlar. Eğitim konusunda küçük illerin Tıp Fakültelerine ulaşabilir. Yurt dışında eğitim almış çok doktor var. Tıp fakültesi okumaya gidiyorlar Bulgaristana Ukrayn ya gidiyorlar. Denklik alıp mesleğe başlıyorlar, atanıyorlar. Eğitimleri çok kötü ve bu arkadaşları örgütleyemiyorsun, hep karşı duruyorlar, uzak duruyorlar. Bu konuda ne yapmak gerekiyor?

Dr. Gökçe - Gaziantep: Gençlerin örgütlenmesi konusunda TÖK ün desteklenmesi gerektiğini düşünüyorum. Ben de Tabip Odasını TTB yi bu şekilde tanıdım. Gaziantep de biz 14 Mart etkinliklerinde ilk dersimizi Tıp Fakültelerinde yapamıyoruz. Tıp Fakültesinde öğrenciler etkinlik yapamıyorlar. Bir panoları var o da zar zor elde ettiler. Ne yapmak gerektiğini konuşmak öğrencileri desteklemek gerektiğini düşünüyorum.

Dr. Mustafa - Trabzon: Trabzon da Aile Hekimliği derneği 2008 de dernek kuruldu. Aile Hekimliği 2010 da geldi. Yani dernek önce kuruldu. 2012-14 yıllarında dernekte yönetimde görev aldık 2014 de Tabip Odasının yönetimine talip olduk, 2 dönem görev aldık. Aile Hekimliği komisyonunu da yeni kurduk. Ben

Tabip Odası kültürünün öğrencilikte başlayacağını düşünüyorum. Öğrenciyken onlara sahip çıkmamız gerektiğini düşünüyorum. Bizim yönetimimizde öğrencilerin katılımına önem verdik. TÖK de için de olmak üzere 6 farklı görüşü toplayıp öğrenci komisyonunda buluşturduk, konuşturduk, ve onları yönetime dahil ettik. Şimdi 14 Mart haftası için kutlamalar hazırlanıyor. Örneğin öğrencilerin katılımı için “ askı da bilet “ uygulaması yaptık. Bilet alanlar bir miktarda da öğrenciler için ödüyor. O öğrenciler ücretsiz dağıtılıyor. Bir araya gelmemiz gerekiyor.

Dr. Seha- İzmir: İzmir de de 9 Eylül Üniversitesi intörnleri Halk Sağlığı stajı başlangıcı bizim odaya ziyaretleri var. Asistanlığa başlayan arkadaşlarımıza odamız adına mektup yolluyoruz.

Dr. Zafer- Ankara: Ankara da 3 üniversitede hemen hemen her dönem öğrencilerin ya Ankara Tabip Odasında ya da odadan bir heyet yerlerinde Tabip Odasını tanıtan bir eğitim oluyor. Başka bir öneri de Halk Sağlığı stajında eğitim ASM ziyaretleri var.

Dr. Fethi: TTB olarak bu yıl 14 Martın 100. yılını kutluyoruz. 17 Mart da İstanbul da büyük bir yürüyüş yapıyoruz. Hepinizi bekliyoruz.

TOPLANTININ DEĞERLENDİRİLMESİ

- Antalya Tabip Odasına teşekkür ediyoruz. TTB Aile Hekimliği yürütme kuruluna teşekkür ediyorum herkes eteğinde ki taşlarını döktü. Mutlaka eksik kalan şeyler vardır. Amacına ulaştığını düşünüyorum. 3 gündür herkes Asgari müştereklerde buluşma vurgusu yapıyor. Ben burada buluştuğumuzu düşünüyorum
- 3 gündür yağmur yağıyor.
- Atölye süreleri kısaydı
- Katkılar az oldu. Daha küçük herkesin fikrini açıklayacağı bir ortam olmalı
- Bir sonraki buluşma daha yakın olabilir
- Program çok iyiydi. Bana program biraz yoğun geldi
- Çözüm önerilerine ağırlık vermek gerekli
- 4 atölye süre kısıtlı olduğu için konuları tam aksettiremedik atölye sayıları az olabilirdi
- Atölyelerin tartıştığı konularda atölyelerin hazırlık aşamasından haberi yoktu. Çoğunlukla çalıştıkları konularda katıldı.
- Atölye önerim var İyi Hekimlik olsun
- Sonuç bildirgesi spot çarpıcı daha kısa olsa.
- Atölyeleri tek tek çalıştay yapsak
- Bu 2-3 günlük yapılan sunumların mail gibi paylaşımını sağlayabilsek
- Bilgi üretme yeri adının çalıştay olması, pratiği üreten arkadaş-

ların rol dağıtımının yapılması ve aile hekimliği bilimsel çalışma yapma meselesini ödevimiz olarak önümüze koyalım. Çalışmaları poster olarak koysak iyi olur.

- Öğrenci arkadaşları çalışmaya davet edilebilir
- İyi hekimlik ve hekim sorumlulukları değerlerin vurgulanması. Atölye çalışmaları sunumları daha kısa madde madde başlıklar halinde olabilir

Dr. Yaşar ULUTAŞ, TTB yönetim adına buluşmaya katkı koyan konuşmacı ve katılımcılara teşekkür konuşması sonrası, TTB AHK ikinci aile hekimleri buluşması sonuç bildirgesinin açıklandığı sonuç bildirisiyle sonlandırıldı.

TTB AİLE HEKİMLİĞİ KOLU

II. AİLE HEKİMLERİ BULUŞMASI 22-24 ŞUBAT 2019/ANTALYA

SONUÇ BİLDİRGESİ

SAĞLIKLI TOPLUM, DOĞA, ÇEVRE, YAŞAM İSTİYORUZ

Sağlıklı olma, doğanın korunmasıyla, havanın, suyun, denizin, dağların, ovaların, ormanların, bitkilerin, hayvanların, insanların zarar görmediği bir ekosistem içinde ortak yaşamla olanaklıdır.

Toplumun ve insanların sağlıklı olma ön koşulu, temiz içme/kullanma suyuna ve havaya, iyi bir kanalizasyon sistemine, yaşanabilir konutlara ve yollara, yeterli ve çeşitli besin ihtiyaçlarının karşılanmasına, çalışıp geçinebileceği, sosyal ve kültürel ihtiyaçlar dahil her türlü gereksinimini emeklilik dönemi dahil yeterince karşılayabileceği iş olanakları gibi birçok temel haklara kavuşmasıyla mümkündür. Bu koşulların sağlanması ya da korunması için toplumun örgütlü mücadeleye eskisinden daha fazla ihtiyacı olacağını düşünüyoruz.

SAĞLIK GİDERLERİNİN TAMAMI GENEL VERGİLERDEN KARŞILANSIN, SAĞLIK HİZMETİ KAMU TARAFINDAN, HERKESİME EŞİT TAMAMEN ÜCRETSİZ VERİLSİN İSTİYORUZ

ABD de çoğunlukla özel sağlık sigortaları ile finanse edilen sağlık

hizmetleri, toplumun tümünü kapsamayan, tedavi hizmetlerinin ön planda olduğu, genel bütçeden % 17 payın ayrıldığı, kişi başı sağlık harcamaların yıllık 9403 dolar (Dünya Sağlık Örgütü/DSO) gibi oldukça yüksek meblağlarla sürdürülmektedir. Küba gibi sağlık hizmetlerini genel vergilerle finanse eden, genel bütçeden sağlığa %11 pay ayırabilen, koruyucu sağlık hizmetlerinin öncelendiği, herkesime, kamu tarafından ücretsiz sağlık hizmeti veren, kişi başına yıllık 2475 dolar(DSO) harcanmasına karşılık, bebek ölümleri, beklenen ortalama ömür gibi birçok önemli sağlık verilerinin ABD e benzeri sağlık sistemi olan ülkelerden daha iyi olduğunu DSO verilerinden görebiliyoruz.

Ülkemizde, sağlık hizmetlerinin ağırlıklı olarak sigorta temelli SGK tarafından finanse edildiğini, sağlık hizmeti bedelinin (çalışanlardan alınan prim ve vergilerle) yaklaşık dörtte üçünün hizmeti kullanan kişiler tarafından ödendiğini biliyoruz.2019 yılı merkezi bütçeden yalnızca %5.04'ünün sağlık hizmetlerine ayrıldığını, buna göre kişi başına sağlık hizmeti harcaması için 259.63 TL, koruyucu sağlık hizmeti için ise 12.53 TL gibi oldukça düşük ödenekler ayrıldığını hatırlatmak isteriz. Ayrıca özel sağlık kuruluşlarına kamudan kaynak aktarımının arttığı, sağlık hizmetlerinin hem genel hem de bölgesel eşitsizliklerin giderek arttığını belirtmek isteriz. (http://www.ttb.org.tr/haber_goster.php?Guid=b3f8d0a6-0433-11e9-afdc-3ccd512ef234)

Hükümetin, sağlık alanında piyasalaşma tercihi, birinci basamak koruyucu sağlık hizmetlerinden uzaklaşarak, tedavi edici hizmetlerin ve buna bağlı tıp endüstrisinin daha da büyümesine, toplumun sağlık hizmetlerinden faydalanmak için cepten daha fazla para ödemek zorunda kalmasına, böylece eşitsizliklerin büyümesine neden olacağını düşünüyoruz.

BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ, TOPLUM YÖNELİMLİ, KAPSAYICI, KORUYUCU HEKİMLİĞİN ÖNCELENDİĞİ, KAMU BİNALARINDA, TÜM İHTİYAÇLARI EKŞİKSİZ KARŞILANMIŞ ŞEKİLDE KAMU TARAFINDAN SUNULSUN İSTİYORUZ.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin parçalı sunulması, kapsayıcılığının yetersizliği, bütünlüklü ve sürekli sağlık hizmetinin olmayışı, basamaklar arası ilişkinin olmazsa olmazı sevk zincirinin hala kurulmamış olması, birinci basamağı adeta rapor verilen birimlere dönüştürülmesi, tampon işlevi gördürme anlayışı, toplumun katılımının sağlanmamış olması ve en önemlisi tedavi edici sağlık hizmeti yönelimli olması, artan kızamık vakalarından (2018 yılı 510 Kızamık vakası/Dünya Sağlık Örgütü(DSO)ikinci basamakta yığılan hastalara, gereksiz ilaç tüketimine, tetkik artışına, buna karşılık bir türlü kontrol edilemeyen ve salgın düzeyine erişen bulaşıcı olmaya kronik hastalıklarda yaşanan ciddi artışa zemin hazırlamıştır.

DSO, bulaşıcı olmayan hastalıklardan dolayı her yıl 41 milyon insanın öldüğünü, bu durumun dünyadaki tüm ölümlerin% 71'ine eşit olduğunu,2030 yılına dek ciddi önlemler alınması çağrısında bulunurken, ülkemizde giderek artan kronik hastalıkların kontrolü ve yönetilmesinde hatırı sayılır bir iyileşme görülmemesi endişe verici durumdadır. (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>)

Aile Sağlığı Merkezleri de ortalama bir hekime düşen nüfusun hala ortalama 3000 üzerinde olmasına rağmen Sağlık Bakanlığının bu sayıları azaltmak amacıyla samimi bir çaba içinde olmadığını düşünüyoruz. Sağlık Bakanlığının tüm uyarılarımıza rağmen, aile hekimliği birimlerinin binası olmayan, donanımı sağlanmayan, plansız bölgelerde, hemşiresiz nüfussuz biçimiyle yeni aile sağlığı

birimler açamaya ısrar ederek, hekimlerin birinci basamak yerine diğer branşlarda uzmanlaşmayı tercih etmek zorunda kaldıklarını görüyoruz.

Kronik hastalık izlemleri, erişkin aşılamaları ve kanser taramalarını birinci basamağın temel görevi olmasına rağmen, mevcut nüfusun fazlalığı, sevk zincirinin kurulmamış olması, iş yükünün her geçen gün artması ve çalışanların performansa dayalı gelecek güvencesi olmayan sözleşmeli çalışmaya biçimiyle bu hizmeti vermek zorlandıkları bilinmelidir. İyi işleyen bir sevk zinciri, azaltılmış hasta sayıları, performansa dayalı olmayan güvenli ve güvenceli iş ortamı gibi temel düzenlemeler biran önce yaşama geçirilmesini istiyoruz.

GÜVENLİ ORTAMLARDA, GÜVENCE İÇEREN, PERFORMANSA DAYALI OLMAYAN, EMEKLİLİĞİMİZE YANSIYAN EMEĞİMİZİ KARŞILAYACAK ÜCRET İSTİYORUZ

Ülkemizde 2005 yılında Düzce de pilot olarak başlatılan Aile Hekimliği 2010 yılında tüm yurttan uygulanmaya başlayınca aşı, gebe ve çocuk izlemlerde negatif performans getirildi. Negatif performans bir emek denetimi mekanizması olarak kullanılarak, ücret kesintisi tehdidi, aşılarla %100'e ulaşarak toplum sağlığı için değerli bir iş yapıldığı söylemi de bir "rıza üretme" mekanizması amacıyla yaşama geçirilmiş oldu.

Risk gruplarına göre değişik katsayılar uygulanarak, ücretlerde düşüşler, esnek uygulamalar ve eşitsizlikler oluşturuldu. ASM gruplandırma kriterleri ile sınıflara ayrıldı böylece sınıflara göre ödenen cari giderlerde kısıtlamalar yapıldı.

Hastane acillerinde yaşanan hasta yığılmaları bahane edilerek önce hastane nöbetleri, sonrasında ASM lerin önce Cumartesi günleri sonra 7X24 esnek ve fazla çalışma uygulamalarına geçildi. Defin ve adli nöbet angaryaları sırayla aile hekimlerinin önüne kondu. Adli, defin, acil ve Cumartesi nöbetleri ile ucuz emek ve işgücünden yararlanılmak istendi.

Performansa dayalı iş güvencesi olmayan tek taraflı sözleşme koşullarına göre çalışan aile hekimleri, her koşul karşısında en azından fazla ve angarya çalışma dayatmalarına karşı birlikte mücadele ederek gücünü ortaya koydu.

Ancak şimdide, askerlik, doğum, servis şoförleri, işe giriş, spor, sürücü, evlilik, defin, adli, yatalak seçmen v.b birçok rapor düzenleme işi aile hekimliği birimlerine yüklenerek adeta ASM ler rapor düzenleyen merkezler haline getirildi.

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), 2018 enflasyon oranını yüzde 20,3 olarak açıklamış olmasına rağmen, son bir yıldaki her türlü ürün ve hizmetteki artışın resmi enflasyon rakamlarının çok üstünde olduğunu biliyoruz. ASM binalarına kira artışının % 30-46 artırılacağı, elektrikte %60 ve doğalgazda %30 üzerinde yapılan zamlar, çalıştırılan personelin asgari ücretleri, vergileri ve SGK primlerindeki artışlar dikkate alındığında, aile hekimlerinin giderlerini karşılamak için ödenen cari gider kalemine yüzde 10.2 artışla bu giderlerin karşılanması olanaksız hale gelmiştir.

Aile hekimliğine tüm ülkede 2010 yılında geçildiğinden bugüne kadar birçok mal ve hizmetin bedeli üç kat artmasına karşılık, aile hekimlerinin ücretleri yeterli düzeyde artmadığı gibi, döviz kuruna göre yaklaşık yarı yarıya azalmış oldu.

Aile hekimlerinin ve diğer birinci basamak sağlık çalışanlarının özlük haklarındaki kısıtlamalar devam etmektedir. Ücretli izin hakkı olmadığı gibi, hastalanınca izin kullanılsa dahi ücret kesintileri yapılmaktadır. Ceza puan sistemi, içeriği, hukuksuzluğu, istismara açık ve birçok keyfi maddeleriyle sağlık çalışanlarının başında Demokles'in kılıcı gibi sallanmaya devam etmektedir. Kişi başı ödeme sistemi nedeniyle hastanın uygunsuz isteklerine boyun eğme, mesleki değersizleşme, hasta ve idare baskısı altında çalışma, hasta ve yakınlarından her türlü şiddet görme tehdidi gibi ağır koşullar altında çalışmaya devam etmektedir.

Aile hekimleri ve diğer sağlık çalışanları, her an işinden olma endişesiyle çalışmak istemiyor. Güvenceli, güvenli çalışma, temel insani bir haktır.

Çalışma yaşamında dayanışma, eşitlik, huzurlu ve mutlu olma mümkün olmalıdır.

Tek taraflı sözleşme dayatmasına karşı, statüsü net olan, aile sağlığı merkezlerin de çalışan herkes için sendikal haklar, örgütlenme hakkı, söz ve yetki hakkı, güvenceli iş, emekliliğine yansıyan güvenceli ve en az aylık olarak 'yoksulluk sınırı' olarak hesaplanan miktarın iki katı ücret istiyoruz.

MESLEKİ EĞİTİMDE YAŞADIĞIMIZ SORUNLARIN GİDERİLMESİNİ TALEPLERİMİZİN DİKKATE ALINMASINI İSTİYORUZ

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde halen çalışmakta olan pratisyen hekimler için, programı, içeriği tanımlanmış, standardize edilmiş, süresi belirlenmiş bir geçiş süreci eğitimlerine ihtiyaç olduğunu düşünüyoruz. Uzun yıllardır birinci basamak sağlık hiz-

metleri sunan pratisyen hekimlik yapan meslektaşlarımıza, birçok ülke örneklerinde olduğu gibi geçiş dönemi genel pratisyenlik/aile hekimliği uzmanlık eğitiminin meslek birliğimiz TTB Genel Pratisyenlik Enstitüsü birikim ve deneyimlerinden faydalanarak programlanıp hayata geçirilmesinde ısrar ediyoruz. Aynı şekilde Aile hekimliği uzmanlık eğitiminde yaşanan sorunları gidermek için birinci basamağın ihtiyacına uygun, temel ilke ve özelliklerini yeniden değerlendirip, ülkemiz koşullarına göre baştan aşağı programlanıp hayata geçirilmesini istiyoruz.

MEZUNİYET SONRASI EĞİTİMLERİN MEVCUT HALİYLE DEVAM ETMESİNE KARŞI GÖRÜŞ VE ÖNERİLERİMİZİN YAŞAMA GEÇİRİLMESİNİ İSTİYORUZ

Birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekimlere yönelik mezuniyet sonrası eğitim süreci, toplumun ve aile hekimlerinin ihtiyaçları, beklentileri ve talepleri göz önünde bulundurularak üniversiteler, bilimsel dernekler ve meslek örgütü ile işbirliği halinde hazırlanmalı, eğitimler ülke ve dünya koşullarına ve değişikliklerine uyum sağlayacak, bilgi ve beceri kazandıracak en güncel konularını içermelidir.

Eğitimlerin amaç, hedef, süre ve niteliği iyi belirlenmeli eğitim süresince karşılaşılabilecek sorunlar için çözüm yöntemleri bulunmalıdır. Eğitimlerin düzenlenmesi aşamasında eğitici ile eğitilen arasında işbirliği ve koordinasyonun sağlanmalıdır.

SONUÇ BİLDİRGESİNİN SON SÖZÜ

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirmesi, koruyucu sağlık hizmetlerinin öneminin artması, sağlık hizmetlerini toplumun gereksinimi düzeyinde herkese eşit, ücretsiz, ayrımsız sunulmasının ne kadar değerli olduğunu ülkelerin farklı uygulamalarında görüyoruz.

Aile hekimleri ve diğer tüm birinci basamak sağlık çalışanlarının performansa dayalı güvencesiz çalışmaya zorlanması, tek taraflı sözleşmeli çalışma dayatmaları ve buna karşı hiçbir sözleşme ve örgütlenme hakkının olmaması kabul etmiyoruz.

Aile hekimleri ve birinci basamak sağlık çalışanları olarak bizlere dayatılan her türlü uygulamaya karşı ‘Cumartesi fazla çalışma’ dayatmalarında gösterdiğimiz karşı duruşu ve mücadeleyi bundan sonra da kararlılıkla sürdüreceğimizi bir kez daha buradan ilan ediyoruz.

Birinci basamak sağlık hizmet alanında mücadele eden tüm dernek ve sendikaları yaşadığımız ekonomik kayıplar ve bitmek bilmeyen hak kayıplarına karşı bir araya gelmeye birlikte değerlendirip birlikte mücadele yol haritamızı oluşturmaya çağırıyoruz.

Birinci basamak sağlık hizmetini bizler veriyoruz toplumun sağlık hakkı ve çalışanların hakları için söz hakkımızı, kararlarda yer alma hakkımızı ve dayatmalara karşı birlikte mücadele etme geleceğini başlattık sürdürmeye devam edeceğiz!

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ

II. AİLE HEKİMLİĞİ BULUŞMASI- ANTALYA 2019

KAYNAKÇA

- Prof. Dr. Onur Hamzaoğlu, *Kapitalizmin krizi ve sağlık 2011*.
- *Temel Sağlık Hizmetleri Yıllığı. Sağlık Bakanlığı, 2007*
- Prof. Dr. Kayıhan Pala, *Birinci Basamakta Kamu Sağlık Yönetimi El Kitabı*.
- Prof. Dr. Zeliha Öcek, *Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Ekip Çalışması ve Ekip Üyelerinin Görevleri*.
- <https://www.tahud.org.tr/news/view/aile-hekimli%C4%9Fi-uzmanl%C4%B1k-e%C4%9Fitimi-nas%C4%B1-olmal%C4%B1>
- <https://www.tahud.org.tr/news/view/yar%C4%B1-zamanl%C4%B1-uzmanl%C4%B1k-e%C4%9Fitimine-kar%C5%9F%C4%B1-hukuki-m%C3%BCadelemiz-devam-ediyor>
- <https://www.tahud.org.tr/file/ac9eef0c-0749-4d7b-9f45-03b79672e991/THSK%20Rapor%20Toplam.pdf>
- *Akademik Aile Hekimliği Toplantısı Sonuç Bildirgesi, 11-12 Ocak 2008, Akyaka- Muğla*
- <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- <http://195.142.135.65/who/ALMAATA.HTM>
- <http://haber.sol.org.tr/turkiye/40-yildonumunde-alma-ata-bildirgesi-sosyalizm-hastaliklarin-yok-edilmesi-demekti-253099>
- Öcek Z, Soyer A. (2007) *Türkiye’de Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Birikimimiz*:
- *2000-2004 Türkiye Fotoğrafı. Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Birinci Baskı, Aralık 2007, Ankara*
- Çiçeklioğlu M, Öcek Z, Yücel U, Özdemir R, Türk M, Taner Ş. (2013) *Aile Hekimliği Birinci Basamak Sağlık Ortamını Nasıl Dönüştürdü? Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Birinci Baskı, Ekim 2013, Ankara*
- *TTB (2015) Türk Tabipleri Birliği Aile Hekimliği Kolu Birinci Aile Hekimleri Buluşması Raporu, Birinci Baskı, Kasım 2015, Ankara*
- Öztekin Z. (1986) *Temel Sağlık Hizmetleri, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Kitap No: 3944*
- *The World Health Report 2008 - primary Health Care (Now More Than Ever)*, <https://www.who.int/whr/2008/en/>
- *Toplum ve Hekim Dergisi, Sağlık Sistemleri özel sayıları*
- <https://www.dunya.com/ekonomi/dunya-saglik-harcamalari-127-trilyon-dolara-cikacak-haberi-274523>

- <http://sendika62.org/2004/11/iste-lobilerin-ssk-ilac-fabrikasini-kapattir-mak-istemelerinin-nedeni-petrol-is-2064/>
- Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016, T.C. Sağlık Bakanlığı
- Genel Sağlık Sigortası; Ne Dediler Ne Oldu, TTB Tıp Dünyası Dergisi Eki Mart 2018
- http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1084
- Braverman H. Emek ve Tekelci Sermaye
- Akpınar T. Akpınar Ş. 'Emek Sürecinde Yeni Arayışlar'
- Yalın Enstitü. 'Neden Yalın Düşünce?', <https://lean.org.tr/neden-yalin-du-sunce/>
- Gökçe İ. 'Mevcut Üretim Sürecinin Yalın Üretim Yaklaşımıyla Yeniden Yapılandırılması ve Bir Uygulama' Tez çalışması
- Derin N. 'Toplam Kalite Yönetiminin Radikal Unsurlarından Birisi Olarak Yalın Yönetim'
- Sauran S. 'Yalın Üretim ve Esneklik: Taylorizmin En Yüksek Aşaması'
- Aydoğanoğlu E. - Kamuda Performans Tuzağı ve İş Güvencesi
- Özkan O., Bayın G., Yeşilaydın G., Sağlık sektöründe Yalın Tedarik Zinciri Yönetimi (http://www.ajit-e.org/?menu=pages&p=details_of_article&id=128)
- Yüksel H. Yalın Sağlık, Nobel Yay. (2012)
- Barnas K., Beyond Heroes – Sağlık Sektörü için Yalın Yönetim Sistemi, Optimist Yay (2014).
- Ulutaş Ç.Ü. - Türkiye'de Sağlık Emek Sürecinin Dönüşümü, Notabene Yay. (2011)
- Zencir M. (2011) "Esnek Üretim ve Hegemonya, Emegin Gönüllü Boyunduruğu", İşçi Sağlığı ve Güvenliği Kongresi, Ankara, 2-4 Aralık
- <https://www.birgun.net/haber-detay/hastalarin-muayene-suresi-5-dakikaya-indirildi-137021.html>
- Zencir, M. 'Sağlık Reformlarının Arka Planı: Sağlık Hizmetlerinin Sermaye Birikim Sürecine Doğrudan Katkısı' Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi Sayı: 45-46
- SES-Sağlık Çalışanları İntihar Raporu Nisan 2018, <https://ses.org.tr/2018/04/calisma-duzeni-saglikta-intiharlari-artiriyor/>
- Ercan F. Oğuz Ş. 'Anti-Kapitalist Hareketlere Bakışta Değer Teorisinin Sunduğu Olanaklar ve Türkiye Örneği'- Kapitalizm Küreselleşme Azgeleşmişlik, Dipnot Yay.