



Türkiye 
SAĞLIK
FORUMU 5 MART 2022
ANKARA



Türkiye  
SAĞLIK
FORUMU **5 MART 2022**
ANKARA

**TÜRKİYE'DE SAĞLIK SİSTEMİNE İLİŞKİN SORUNLAR
VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ**

Türkiye Sağlık Forumu '22

DÜZENLEYEN

GAMZE AKKUŞ İLGEZDİ

CHP GENEL BAŞKAN YARDIMCISI - İSTANBUL MİLLETVEKİLİ

Cumhuriyet Halk Partisi Yayınları

1. Baskı, Ankara, Haziran 2022

BASKI VE CİLT: MİKİ MATBAACILIK SAN. VE TİC. LTD. ŞTİ

Matbaacılar Sitesi 1516/1 Caddesi / Ankara

Telefon : 0 (312) 395 21 28

Bu kitabın tüm hakları saklıdır.

Tanıtım amacıyla, kaynak göstermek şartıyla yapılacak kısa alıntılar dışında gerek metin, gerek görsel malzeme Cumhuriyet Halk Partisi'nden izin alınmadan hiçbir yolla çoğaltılamaz, yayımlanamaz ve dağıtılamaz.

Cumhuriyet Halk Partisi Yayınları

Adres:

Cumhuriyet Halk Partisi Genel Merkezi, Anadolu Bulvarı No:12 Söğütözü, Ankara

Telefon : +90 (312) 207 40 00

Faks : +90 (312) 207 40 39

Açılış Konuşmaları

Kemal Kılıçdaroğlu - CHP Genel Başkanı	9
Gamze Akkuş İlgezdi - CHP Genel Başkan Yardımcısı	17

Birinci Oturum: Türkiye'nin Sağlık Sistemi Oturumu21

• Türkiye'de Sağlık Sisteminin Performansı	23
• Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri	53
• 2. ve 3. Basamak Hastanelerde Mevcut Durum	67
• Sağlık Emek Gücü Çerçeve Sunum	75
• Şehir Hastaneleri	97
• Türkiye'de Biyoteknolojik İlaç ve Aşı Üretmenin Yolları Üzerine	107
• Sağlık Politikaları Temel Sorunlar	111

İkinci Oturum: Grup Raporları131

• Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesi ve Yönetimi	133
• Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri	147
• İkinci ve Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri	153
• Çalışan Sağlığı ve Güvenliği ve Okul Sağlığı	165
• Tıbbi Etik, Sağlık Hukuku, Sağlıkta Şiddet ve Tıbbi Araştırmalar	175
• Sağlık Emek Gücü Süreci	187
• Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı	221
• Şehir Hastaneleri	231
• Sağlık Bilgi Sistemi	241
• İlaç, Aşılar ve Biyoteknoloji	249
• Tıbbi Cihaz	255

Üçüncü Oturum:**Grup Çalışmalarının Bütünsel Olarak Değerlendirilmesi267****CHP Ne Yapacak?295**

Katılımcı Listesi	328
-------------------------	-----



“

Sağlık ve sosyal yardım konusunda izlediğimiz amaç şudur:

Ulusumuzun sağlığının korunması ve kuvvetlendirilmesi, ölüm oranının azaltılması, nüfusun artırılması, sosyal hastalıkların ve bulaşıcı hastalıkların etkisiz bir duruma sokulması, böylece ulus fertlerinin din ve çalışmaya yetenekli kusursuz vücut yapılarına sahip olarak yetiştirilmesi.

K. Atatürk



ÖNSÖZ

Ben sevgili dostlarım diyerek başlayayım söze. Bunu samimi olarak ifade ettiğimi de bilmenizi isterim. Çünkü bugün Türkiye'nin en temel sorunlarından birisini çözmek için bir araya geldik. Sağlık nasıl çözülür ya da çözüm yolları nasıl bulunur? Bunun dünyada bilinen temel bir kuralı vardır. Sorunu yaşayan insanlarla oturup konuşmaktır. Sorunu yaşayan insanlar bilirler, sorunu görürler, her gün karşılaşırlar, kafalarında mutlaka bir çözüm oluşur ve neden bu çözüm yolunun hayata geçirilmediğini de merak eder, dillendirir.

CHP olarak sağlık sisteminin bütün sorunlarını dile getiriyoruz. Sağlık alanındaki uzmanları olarak çok daha fazla sorunu dile getirebilirsiniz. Sorunu çözme konusunda iddialı olduğumu ifade ederim. Çünkü iddiamın kaynağı sorunu yaşayanı dinlemekten geçiyor. Eğer sorunu yaşayanı dinlerseniz o sorunun çözümünü de çok rahat bulur ve çözüme ulaşırsınız.

Bizim Güçlendirilmiş Parlamenter Sistem dediğimiz modelin içinde bir şey daha var; yasalar Plan Bütçe Komisyonunda veya herhangi Sağlık Komisyonunda veya Kültür Komisyonunda herhangi bir komisyonda görüşülürse veya görüşülmeden önceden başlayarak hazırlanan tasarılar, teklifler; ilgili meslek kuruluşlarıyla, Sivil Toplum Kuruluşlarıyla görüşülür. Sonra olay komisyonlara geldiğinde komisyonlara yine meslek kuruluşları, Sivil Toplum Kuruluşları davet edilir. Hazırlanan teklif veya tasarı görüşülmeye başlanmadan önce o kuruluşların yetkililerine söz hakkı verilir ve onlar kendi görüşlerini anlatırlar. Ya tasarı teklifin doğru olduğunu veya eksikliklerini söylerler. Dolayısıyla yasalastırılacak organ ile sorunu çözülecek organın bir arada olmasını sağlayacağız. Bu olduğu takdirde çıkan yasalardan benim haberim yoktu demeyeceksiniz. Çünkü o yasalar parlamentoda görüşülürken, hatta görüşülmeden önce sizin görüşlerinize başvurulmuş olacak. Dolayısıyla sorunu çözme konu-

sunda böyle kararlı bir adım atarsanız, akılcı bir adım atarsanız sorunu çözersiniz.

Sağlık sorunu, sağlık hizmetlerinden yararlanan birisi olarak sadece benim sorunum değil. Sağlık hizmetini sunanlar açısından da sorun. Doktor açısından da, hemşire açısından da laborant açısından da, hatta hastanenin iletişim sisteminden sorumlu olan kişiler açısından da pek çok sorun olabilir. Aslında bir sorunlar yumağıyla karşı karşıyayız doğru bir sorunlar yumağı var. Ama sorunları çözme konusunda kararlı bir irade ortaya koyarsak sorunları çözeriz.

Bir başka soru: Sorunları çözme konusunda kararlı iradeyi kim ortaya koyacak? Sorunu yaşayan zaten sorunun çözülmesini istiyor. Sorunun çözülmesi eğer bir genelge, bir yönetmelikle olacaksa o konuda sorumlu olan kurumun başındaki bakan-dır. Yani onun iradesiyle yayınlanacak olan bir yönetmelik, bir genelgeyle o sorun aşılabilir. Ama sorunun kaynağı parlamentodan çıkacak olan bir yasaysa veya sorunu çözmemiz için bir yasanın çıkması gerekiyorsa o zaman bakanlık ve parlamento olmaktadır. Dolayısıyla sorunu çözecek organı da bulmamız ve o organ üzerinde yoğunlaşmamız gerekiyor. Sorunu çözmek isteyen kişilerin stratejilerinin de böyle oluşması gerekiyor.

Sağlık Forumumuzda çalışma masaları kurulacak. Çok fazla çalışma masası var. Her bir sorun o masalarda tartışılacak ve bir şekilde çözümler bulunacak.

Şimdi bizim bu salonda sorunun çözümü konusunda çaba harcarken büyük bir avantajımız var, çünkü sorunu yaşayanlar dilendirecekler ve sorunu yaşayanlar sorunun nasıl çözülmesi gerektiği konusunda görüşlerini beyan edecekler. Bu bağlamda sizin görüşleriniz çok önemli. Sağlık sorunu Cumhuriyetin kuruluşundan beri var, bundan sonra da olacaktır. Bir sorunu çözersiniz başka bir sorun çıkar. Teknolojide bir gelişme olur başka bir sorun çıkar, bilemiyoruz, ama insanın hayatı zaten sorun

çözmekle geçer. Yöneticinin de temel görevi zaten sorunları çözmektir.

Sağlık sorunları nedir diye akşam Google'a gireyim bakayım dedim bir bakayım. 26 milyondan fazla içerik var. Sağlık sorunları diye girin 26 milyondan fazla içerik. 26 milyondan fazla bir içerikle karşılaşıyorsak demek ki gerçekten de ciddi bir sorunla karşı karşıyayız ve gerçekten de çözmemiz gereken bir sorunla karşı karşıyayız.

Hekim değilim ama bu alanlarda kısmen de olsa ilgilenen birisi olarak 6 temel sorun alanı belirledim. 6 temel sorun alanına da çözüm üretmemiz gerekiyor. Birincisi sağlık çalışanları, yani sizler. Sizlerin sorunları var. Birinci sorun neden bu? Çünkü sizin sorununuz çözülmeden diğer sorunlar çözülemez. Sağlık çalışanlarının sorunlarını çözmemiz lazım. Yani herhangi bir alanda görev yaparken kendisinin bir sorunla karşılaşması lazım, kendisiyle ilgili var olan sorunun çözülmesi lazım. O zaman daha sağlıklı bir yapı içinde-ister psikolojik deyin, ister başka bir şey deyin, nasıl tanımlarsanız-daha sağlıklı bir anlayışla var olan soruna kilitlenir ve o sorunu çözmeye çalışır. Örneğin hastayı daha iyi tedavi etmeye çalışır, daha sempatik olur, hastaya daha güler yüzlü olur. Pek çok sorunla karşılaşarsa hastanın beklediği ilgiyi gösteremeyebilir. Örneğin görev yapıyorsunuz, sınırlı sayıda elemanla görev yapıyorsunuz, kadro boşlukları var, kadro boşlukları doldurulmuyor. Eğer o boş kadrolar doldurulabilirse çok daha rahat, çok daha hızlı görev yapabileceksiniz. Demek ki sorun var, o sorun sadece bireysel olarak sizin çalıştığınız alanla ilgili değil, sizinle aynı görevi yapmaya hazır olanların da sorunları var, onların da bir şekilde çözülmesi lazım.

İki, sağlık hizmeti alanlar yani hastalar. Bizler hastaneye gittiğimizde güler yüzlü bir hekim görmek isteriz, güler yüzlü bir hemşire görmek isteriz, sevgiyle bizimle ilgilenen kişileri gör-

mek isteriz. Dolayısıyla bizim de sorunlarımız var. Hasta olarak geldiğimizde bizim de sorunlarımız var. Dolayısıyla bizim sorunlarımızın da bir şekliyle çözülmesi gerekiyor.

İlaç, tıbbi alan. Bu da önemli bir alan, sağlığın dışında düşünülemez. Hızla gelişen bilim, bilgi de hızla gelişen bir alan. Yeni ürünler çıkıyor, yeni ürünlerin hekimler tarafından hastalara ulaştırılması lazım. Bazı ürünler çok pahalı, onlar bir şekliyle ilgili sosyal güvenlik kurumları tarafından bile finanse edilmiyor. Dolayısıyla orada da bir sorunumuz var. O sorun üzerinde de hep birlikte durmamız ve düşünmemiz gerekiyor.

Dördüncüsü tıbbi donanım. Bunlar daha çok oligopol piyasaların, monopol piyasaların ürettiği ürünlerdir ve giderek gelişen teknolojiyle beraber yeni ürünler çıkar. Tabii her hekim yeni ürünleri alıp hastaya daha sağlıklı tanı koymak için o ürünlerden yararlanmak ister. IM cihazından tutun pek çok şey var burada. Dolayısıyla bu alan sizin sorun alanınız olmaktan çok devletin bunları alıp hastanelere koyma alanı yani finansman alanıyla ilgili bir sorun olarak karşımıza çıkar.

Sağlık hizmetlerinin finansmanı... Bu da çok önemli bir alan. Hala bugün milyonlarca kişinin sağlık sigortası yok. Dolayısıyla 84 milyonluk bir kitlenin karşılaştığı sorun ve bu sorunun bir şekliyle çözülmesi ve bunun hazine tarafından veya bireyler tarafından finanse edilmesi, finansmanının bir kısmının katkı paylarıyla sağlanması, bunun dışında bizim beklemediğimiz olağanüstü harcamalar kamu açısından da üzerinde durulması gereken temel sorun alanlarından birisi sağlığın finansmanı. Sağlığı finanse etmenin yollarını bulmalıyız.

Ve sağlık hizmetlerinin sunulduğu alan. Genelde bunlar devlet hastaneleriydi, üniversite hastaneleriydi, özel hastanelerdi bunlar. Sonra aile hekimleri geldi. Aile hekimleri diye bir birim daha oluşturuldu. Onlar da Türkiye genelinde görev yapıyorlar. Şehir hastaneleri çıktı bir de. Bugün herkesin beklediği aslında

özellikle Silahlı Kuvvetlerin de beklediği askeri hastanelerin de olması lazım. Ama maalesef askeri hastaneler kapatıldı, açılmadı. Askeri hastanesi olmayan dünyadaki tek ordu bizim ordumuz. Bunun da mutlaka önüne geçilmesi lazım. Ordunun mutlaka sağlık sisteminin yeniden ele alınıp oluşturulması gerekir.

Şehir hastaneleriyle ilgili belki tartışacaksınız, konuşacaksınız. Devlet hastanelerinde çalışanlar devlet memurları dolayısıyla onlar görevi yapıyor. Adı üstünde devlet hastanesi. Üniversite hastaneleri malum belli hocalar çalışıyor. Yine onlar da kamu görevlisi olarak görev yapıyor herhangi bir sorun yok. Aile hekimleri, onlar zaten yine birer kamu görevlisi olarak çalışıyorlar. Özel hastanelerde özel hekimler çalışıyor zaten adı üstünde özel. Şehir hastaneleri ise devletle özel sektörün karma bir araya geldiği hastaneler. Kim tarafından yönetiliyor, nasıl yönetiliyor, sorun alanları nedir, ne değildir çalışılıyor üzerinde. Çok sayıda yazı var, çok sayıda makale var bu konuda işleyen. Ama burada sağlık hizmetlerinin finansmanından eğer finansmanı tartışılıyorsa bu alanda Türkiye Cumhuriyeti devletinin verdiği taahhütlerin ne olduğunun bilinmesi lazım. Taahhütler yani garantiler. Ne olduğunun bilinmesi lazım. Artı bunların topluma getirdiği yükün bilinmesi lazım. Sağlık sisteminin finansmanı görüşülürken bu konuya da değinilirse son derece mutlu olacağımı ifade etmek isterim.

Efendim çok şey bekliyoruz bu toplantıdan. Sorun alanlarını sağlıklı belirlerseniz ve çözümleri de üretirseniz biz son derece mutlu oluruz. Sorun alanını sizler biliyorsunuz. Bize çözümler lazım. Nasıl yapacağız, nasıl çözeceğiz ve sağlıklı sonuçları nasıl elde edebileceğiz. Çözümleri üretirseniz emin olun beklediğinizden de hızlı bütün sorunlarına alanlarına girip tamamını çözmekte kararlıyız. Bunu bilmenizi isterim.

Hekimin mutlu olduğu, hemşirenin mutlu olduğu, sağlık çalışanının mutlu olduğu bir dünyadan başlayarak sorunları çözece-

ğiz. Sizin mutlu olduğunuz bir dünyadan başlayarak sorunları çözersek en sonunda hastaya ulaşırız o da hastaneye gelirken güler yüzlü hekimlerle, hemşirelerle, sağlık çalışanlarıyla karşılaşacağını bilecektir. Sizi sorunların yaşandığı alandan çıkarıp sorunsuz bir alanda hizmet verebileceğiniz bir ortama ulaştırmak istiyoruz. Umarım bu toplantı güzel bir toplantı olur, bizler de bu toplantıdan büyük ölçüde yararlanmış oluruz.

Hepinize en içten sevgilerimi, saygılarımı sunuyorum. Sağ olun, var olun diyorum.

kemal
kılıçdaroğlu

CHP Genel Başkanı

Türkiye  
SAĞLIK
FORUMU **5 MART 2022**
ANKARA



GİRİŞ

Sağlık hizmetlerinin üretimini, finansmanını, sunumunu ve ulaşılabilirliği katılımcı bir anlayışla değerlendirmek, mevcut sistemi sosyal adalet ve temel hak boyutlarıyla yeniden şekillendirmek adına, CHP olarak Türkiye Sağlık Forumunu düzenliyoruz.

İnsan sağlığının değersiz olduğu bu coğrafyada hem toplumumuzun sağlığına hem de sağlıkçılarımıza sahip çıkmak bizim temel görevimizdir.

Bir nefes soluğun, en kıymetli hazineden daha da değerli olduğunu net bir şekilde anladığımız pandemi döneminde, tek bir maskeye bile muhtaç olduğumuzu, yaşadığımız kayıplara verilen farklı ölüm raporlarını, yoğun bakım ünitelerinden hastane koridorlarına taşan canlarımızı unutmamak.

Şiddete maruz kalarak kaybettiğimiz sağlıkçılarımızı, emeklerinin yalnızca alkışlarla ödenilebileceği düşünülen emekçileri de unutmamak.

Bir toplumun kendi şifacılarına dönük saldırı eğilimi, normal görülemez. Bu iklimden hekimleri ve sağlık emekçilerini ucuz iş gücü olarak görüp, sömüren, emeği değersizleştiren, hor gören iktidar zihniyeti sorumludur.

Gelinen noktada görüyoruz ki; cezasızlığın sonucu, doktor “Şiddete uğrayacak mıyım” diye hasta bakmaya, hasta ise “Acaba ilaç alabilecek miyim” diye hasta olmaya korkar oldu.

Evet, sağlık alanında yaşanan zorluklar her geçen gün artıyor. Sağlık hizmetlerinden hem hizmet alan hastalar, hem hizmet veren hekimler memnun değil.

Sağlığı ticarileştirenler, iç barışı zedeleyenlerdir. Şiddeti besleyenlerdir. Hastayı mağdur eden, hekimleri ve sağlık emekçilerini değersizleştirenlerdir.

Tüm sağlık meslek grupları adına sağlık çalışanlarını ayıran, ötekileştiren, değersizleştiren anlayışı kabul etmiyoruz.

Sağlık bir bütündür.

20 yılda, sağlık alanında iğneden ipliğe her şeyi özelleştiren, devlet kurumlarını şirkete çeviren, kamunun adını yok eden zihniyete karşı mücadele veriyoruz.

Dönüşüm diyerek, makyajlı reformlarla, sağlık hizmetini piyasanın eline devredenlere karşı mücadele veriyoruz.

“Her şeyin başı sağlık” derdik, bugün ödediğimiz katkı, katılım paylarıyla ne yazık ki bu teselli bile ücretli bir hale geldi.

Performans, kalite, konfor denildi ama bu süslü sözlerle sağlık sadece pahalı bir hizmete çevrildi.

Sağlık, özel sigortaların teminat paketleri ile lüks tüketim kategorisine sokuldu. Koruyucu tedavi yerine de tamamlayıcı sigorta getirildi. Peki, muayene kuyrukları bitti mi? Elbette bitmedi. İş tedavi aşamasına geldiğinde, hastalara aylar sonrasına gün verildi, sağlık sistemi kilitlendi.

Yetti mi? Yetmedi.

Memleket hastanelerinden hasta teminatlı Şehir Hastanelerine geçildi. Vatandaşın cebindeki para ile inşaat şirketlerinin kasası beslendi. Böylece hastayı müşteri, hastaneyi ticarethane gören yeni bir sistem üretildi.

Sosyal devlet, kalıcı olarak tasfiye edilirken atamalar yapılmadı, doktorlar yıpratıldı, sağlık çalışanlarının hakları budandı. Yetmedi, meslek birlikleri dışlandı, hiçbir önlem alınmadı, sağlıkta şiddet tırmandıkça tırmandı ve yurt dışına hekim göçleri başladı.

Bu tamamen çürümüş bir sistemin resmidir, değerli arkadaşlar. Türkiye bugün yönetilemiyor. Dümeni kitlenmiş bir gemi misali hızla savruluyor. Görüyoruz ki, kaptan çaresiz.

Refahın azaldığını, ekonominin daraldığını görüyoruz, çünkü devlet bir anonim şirket gibi yönetiliyor.

Aslında karşımızda duran tam da sağlığın Osmangazi köprüsüdür. Hasta olandan 5 lira alınır, olmayandan 10 lira.

Belirtmeliyim ki, Türkiye’de sosyal devlet 20 yıldır can çekişiyor. Ama bir nefes vereni yok. İnsandan değil, piyasadan yana olan sistem hiçbir çözüm sunmuyor. Çaresiz bırakılan yurttışa yardım eli uzatılmıyor. Çünkü sosyal devlet olmayınca sağlık da olmuyor. Ne yazık ki, kamusal bir hizmet olmaktan çıkan sağlık alanı artık bu yükü taşıyamıyor.

Bugün gelinen noktada, sağlıkta dönüşüm programı sağlıkta çöküş programına dönüşmüştür. Bu, tamamen çökmüş bir sistemin resmidir.

Bıçağın kemiğe dayandığı hastalıktan kıvranan, sağlık sistemimizi bir an evvel demokratik ve kapsayıcı yöntemlerle ayağa kaldırmamız gerekiyor.

İşte bu yüzden yeni bir sağlık sistemi için bilimin odağında, beraberce politikalar geliştirmenin tam zamanı.

Birazdan çalışma masalarında yapılacak tespitlerde konuşacağımız birçok çözüm bekleyen sorunumuz var.

Demokratik ve kapsayıcı yeni bir sağlık politikasını inşa etmemize rehber olacağına inandığım bu çalışmada varlığınız bize güç veriyor. Sizlere Partim ve şahsım adına sonsuz teşekkürlerimi iletiyorum.

Atalarımızın dediği gibi “**insanı yaşat ki devlet yaşasın**” diyerek, hem yaşamak hem yaşatmak üzere hoşça kalın.

Gamze Akkus İlgezdi

CHP Genel Başkan Yardımcısı
İstanbul Milletvekili

Türkiye 
**SAĞLIK
FORUMU**

BİRİNCİ OTURUM
Türkiye'nin Sağlık Sistemi Oturumu

Kayıhan Pala

Türkiye'de Sağlık Sisteminin Performansı

Alpaslan Türkkan

Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Özlem Kurt Azap

2. ve 3. Basamak Hastanelerde Mevcut Durum

Bülent Kılıç

Sağlık Emek Gücü Çerçeve Sunum

Uğur Emek

Şehir Hastaneleri

Urartu Özgür Şafak Şeker

Türkiye'de Biyoteknolojik İlaç ve Aşı Üretmenin Yolları Üzerine

Zafer Öztek

Sağlık Politikaları Temel Sorunlar



TÜRKİYE'DE SAĞLIK SİSTEMİNİN PERFORMANSI

*Kayıhan Pala*¹

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlık sistemlerinin yapı taşlarını altı ana bileşenle açıklamaktadır(1):

1. Sağlık hizmeti sunumu,
2. Sağlık emek gücü,
3. Sağlık bilgi sistemi,
4. Tıbbi ürünler, aşılar ve teknolojiler,
5. Finansman,
6. Liderlik / yönetim.

DSÖ bu yapı taşlarının erişim, kapsam, kalite ve hasta güvenliği bağlamında ele alınması gerektiğini vurgulamaktadır.

Sağlık sistemlerinin genel olarak hedefleri ise;

- sağlık düzeyinin geliştirilmesi,
- kamunun ve bireyin sorumluluğu,
- sosyal ve finansal risk koruması ve
- verimlilik olarak tanımlanmaktadır.

Sağlık sisteminin performansını değerlendirmenin beş boyutu söz konusudur(2):

- Erişim
- Kalite
- Verimlilik
- Sağlıklı yaşamlar
- Eşitlik / hakkaniyet

¹ Prof.Dr., Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı, Anabilim Dalı Öğretim Üyesi.

SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI

Ülkemizde sağlık sisteminin performansı değerlendirirken söz konusu olan sistem Sağlıkta Dönüşüm Programı adıyla 2003 yılında AKP tarafından uygulamaya konulan neoliberal sağlık reformlarıdır.

Türkiye’de hükümetlerin 1983 yılından sonra neoliberal ekonomi politikalarının bir uzantısı olarak “Sağlık Reformları” adıyla dile getirdikleri yapısal değişiklikler, omurgası aynı kalmak koşuluyla 2003 yılında AKP Hükümeti tarafından adı “Sağlıkta Dönüşüm Programı” olarak değiştirilerek toplumun karşısına çıkartılmıştır(3).

Sağlık politikasının oluşturulmasında 1980’lerden sonra Dünya Bankası belirleyici bir rol oynamaya başlamış ve son yıllarda bu rol giderek artmıştır. Dünya Bankası 2002 genel seçiminden beş ay önce Haziran 2002’de “Türkiye: Yaygınlığı ve Verimliliği İyileştirmek Amacıyla Sağlık Sektöründe Yapılan Reformlar” adıyla Türkçe bir rapor yayınlamış ve söz konusu raporda reformlarla ilgili önerilerini açıklamıştır(4). İngilizcesi Mart 2003’te yayınlanan Raporun ana başlıkları şöyledir:

1. Genel Sigorta: Sosyal sağlık sigortasına dair
2. Temel hizmetler paketinin geliştirilmesi ve kamu harcamalarının hedeflenmesi
3. Devlet hastanelerinin yeniden organize edilmesi ve özerkliğin arttırılması
4. Kurumsal sorumlulukların konsolide edilmesi ve yeniden tanımlanması
 - Sağlık Bakanlığı: “Politika hazırlamak ve düzeni denetlemek”
 - Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı: “Evrensel sağlık sigortası sisteminin yönetimine ve işlevlerine denetim ve rehberlik sağlamak”

5. Temel sağlık hizmetleri sunumunu güçlendirme

- Aile hekimliği

Dünya Bankası raporda, sağlık hizmetlerinin finansmanı için ek ve tamamlayıcı özel sağlık sigortasını da içerecek biçimde sosyal sağlık sigortasına geçilmesini, sigorta kapsamında sunulacak hizmetler için bir temel hizmetler paketinin belirlenmesini, devlet hastanelerinin özertleştirilmesi amacıyla yeniden organize edilmesini, Sağlık Bakanlığı ile Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı'nın hizmet sunumundan çekilmesini ve birinci basamakta aile hekimliği modeline geçilmesini önermiştir.

Dünya Bankası'nın raporunun yayınlanmasından bir yıl sonra, Sağlık Bakanlığı Haziran 2003'te Sağlıkta Dönüşüm Programını (SDP) sekiz bileşen üzerinden açıklamıştır(5):

1. Planlayıcı ve Denetleyici Bir Sağlık Bakanlığı
2. Herkesi Tek Çatı Altında Toplayan Genel Sağlık Sigortası
3. Yaygın, Erişimi Kolay ve Güler Yüzlü Sağlık Hizmeti Sistemi
 - Güçlendirilmiş Temel Sağlık Hizmetleri
 - Etkili, Kademeli Sevk Zinciri
 - İdari ve Mali Özerkliğe Sahip Sağlık İşletmeleri
4. Bilgi ve Beceri ile Donanmış, Yüksek Motivasyonla Çalışan Sağlık İnsan Gücü
5. Sistemi Destekleyecek Eğitim ve Bilim Kurumları
6. Nitelikli ve Etkili Sağlık Hizmetleri İçin Kalite ve Akreditasyon
7. Akılcı İlaç ve Malzeme Yönetiminde Kurumsal Yapılanma
 - Ulusal İlaç Kurumu
 - Tıbbi Cihaz Kurumu

8. Karar Sürecinde Etkili Bilgiye Erişim: Sağlık Bilgi Sistemi.

Hükümet aslında SDP ile niyetini daha ilk maddede açıkça ortaya koymaktadır. Sağlık Bakanlığı artık yalnızca “Planlayıcı ve denetleyici” bir işlev yüklenecek, sağlık hizmeti sunumundan çekilecektir! Sağlıkta Dönüşüm Programı incelendiğinde, Dünya Bankası tarafından önerilen reform stratejisinin tümüyle uygulandığı bir program olduğu görülmektedir.

SAĞLIK BAKANLIĞI VERİLERİNİN GEÇERLİLİĞİ VE GÜVENİLİRLİĞİ

Türkiye’de sağlıkla ilgili verilere ulaşmanın zorluğu yanında, erişilebilen verinin güvenilirliği de ayrı bir sorundur. Örneğin Sağlık Bakanlığı’nın bebek ölüm hızı bildirimleri gerek TÜİK tarafından açıklanan hızlardan gerekse de saha araştırmalarının sonuçlarından çok daha düşüktür(6).

Sağlık Bakanlığı tarafından açıklanan bebek ölüm hızı değerlerinin gerçek değerlerden daha düşük olduğu; Bakanlığın gerçekleşen bebek ölümlerinin 2009’da yüzde 36’sını, 2011’de yüzde 50’sini, 2010 ve 2012 yıllarında yüzde 56’sını, 2013’te yüzde 38’ini, 2014’te yüzde 48’ini, 2015’te yüzde 35’ini ve 2016’da yüzde 36’sını gizlediği gösterilmiştir(7).

CHP tarafından yönetilen 21 ilde belediyelerin kayıtlarına göre Türkiye’nin geri kalan 60 ilindeki COVID-19 ölüm eğiliminin 21 ilin ölüm hızıyla eşdeğer olabileceği varsayılırsa; 31 Ocak 2022 tarihi itibarıyla Türkiye’de COVID-19 ölümlerinin Sağlık Bakanlığı’nın bildiriminden (87.341) yaklaşık 2,1 kat daha fazla olarak 184.636 kişi olabileceği tahmin edilmektedir(8).

2018 yılında gerçekleştirilen Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmasının bulguları da Sağlık Bakanlığı tarafından açıklanan verileri desteklememektedir. Örneğin Sağlık Bakanlığı tarafından 2017’de %96 olarak açıklanan Hepatit B 3.doz aşılama oranı, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmasında aynı yıl için %81 olarak bulunmuştur.

TNSA 2018 SAĞLIK BAKANLIĞI İSTATİSTİKLERİNİ DOĞRULAMIYOR...

Hepatit B

5 yaş altı çocuklarda hepatit B hastalığı insidansını en az yüz binde 1'in altına düşürmek hedeflenmektedir. Bu hedefe ulaşmak için gerçekleştirilen aşılamaların hızları aşağıda yer almaktadır.

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI 2018 FAALİYET RAPORU

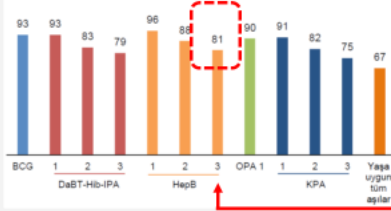
Tablo 16: Hepatit B 3. Doz Aşılamaya Hızı, 2003-2018

Hepatit B 3. Doz Aşılamaya Hızı	2003	2005	2008	2010	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
	%68	%85	%93	%96	%97	%97	%95	%97	%98	%96	%96



Şekil 10.1 Çocukluk dönemi aşıları

Araştırma tarihinden önceki herhangi bir zamanda aşılanmış olan 12-23 aylık çocukların yüzdesi



SAĞLIK HİZMETLERİNE ERİŞİM

Ülkemizde sağlık hizmetlerine erişimle ilgili büyük sorunlar söz konusudur. Örneğin Sayıştay raporlarına göre 2017'de Türkiye nüfusunun %10,2'si Genel Sağlık Sigortası (GSS) kapsamına alınamamıştır. Oysa GSS'nin geliri giderinden daha fazladır.

GSS gelirlerinin tamamı sağlık harcamaları için kullanılacak olsa kapsam dışında kalan yurttaşların kapsam içine alınması, sigortalılardan katkı payı alınmaması ve temel teminat paketinin genişletilmesi mümkün olabilirdi!

2017'de Türkiye nüfusunun %10,2'si GSS kapsamı içerisine alınamamıştır...



Tablo 4: Yeniden Yapılandırma Kapsamındaki Prim Aşılı Alacakları

Kurum Alacakları	Borçlu İşyeri/ Sigortalı Sayısı	Toplam Alacak Tutarı (TL)	Yeniden Yapılandırma Kapsamındaki Alacak Tutarı (TL)
4/1-A Alacağı	2.368.843	46.182.042.702,69	8.012.534.964,00
4/1-B Alacağı Aktif	1.798.235	20.380.768.213,55	501.445.106,55
4/1-B Alacağı Terk	1.328.325	5.345.125.831,11	305.247.847,61
4/1-C Alacağı	18.026	2.608.227.925,93	1.300.896.249,95
GSS Alacağı	6.933.334	5.604.461.147,25	4.753.021.676,46
Primini Kendileri Odeyen Sigortalılardan GSS Alacağı	260.315	1.595.557.498,77	113.835.160,49
SGDP	296.988	1.339.627.176,56	1.339.627.176,56
TOPLAM		83.055.810.495,86	16.326.608.181,62



Şeker hastalığı olan çocukların (Tip I) kan şekeri ölçüm sensörleri Temel Teminat Paketi kapsamında değilken, HPV aşısı rutin aşı takviminde değilken, GSS için toplanan primlerin tamamı sağlık hizmetlerine harcanmamakta, toplanan paranın %19,7'si (32,5 milyar TL) sosyal sigorta fonuna aktarılmaktadır. Sağlıkta Dönüşüm Programı GSS'yi sağlık harcamalarının kaynağı olarak kullanmanın yanı sıra, sosyal güvenlik harcamaları için bir fon kaynağı olarak da kullanılmaktadır.

GSS gelirleri giderlerinden fazla!

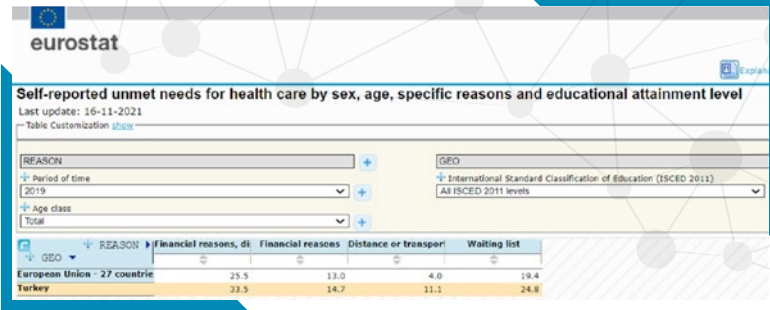
Genel sağlık sigortası fonuna ilişkin gelir ve giderlere baktığımızda 2020 yılında toplam 164.900.297.046,02 TL tutarında gelir elde edilirken; toplam 132.450.245.639,16TL tutarında gider gerçekleşmiştir. 2020 yılı dikkate alındığında **genel sağlık sigortası gelirleri, giderlerinden toplam 32.450.051.406,86 TL tutarında fazla** gerçekleşmiştir. Söz konusu tutarın genel sağlık sigortası fonunda kalması gerekirken sosyal sigorta fonu giderleri için kullanıldığı görülmüştür.

Bu itibarla, **sosyal sigorta fonu ile genel sağlık sigortası fonunun hiçbir şekilde birleştirilemeyeceği ve fonlar arasında kaynak aktarılamayacağı** değerlendirilmektedir.

**Şeker hastalığı olan çocukların (Tip I) kan şekeri ölçüm sensörleri Temel Teminat Paketi kapsamında değil!
HPV aşısı rutin aşı takviminde değil!**



Kişilerin kendi bildirimlerine göre Türkiye’de 2019 yılında yurttaşların %14,7’si finansal sorunlar nedeniyle; %33,5’i ise finansal sorunlar, fiziksel uzaklık, ulaşım ve bekleme listesi nedeniyle tıbbi gereksinimlerini karşılayamamaktadır(9).



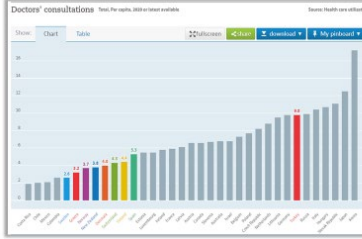
The screenshot shows the Eurostat interface for the table 'Self-reported unmet needs for health care by sex, age, specific reasons and educational attainment level'. The table is filtered for the year 2019 and the 'Total' age class. The data is presented for the European Union (27 countries) and Turkey. The table has four columns: Financial reasons, di; Financial reasons; Distance or transport; and Waiting list. The values for Turkey are 23.5, 14.7, 11.1, and 24.8 respectively.

	Financial reasons, di	Financial reasons	Distance or transport	Waiting list
European Union - 27 countries	25.5	13.0	4.0	19.4
Turkey	23.5	14.7	11.1	24.8

Sağlıkta Dönüşüm Programıyla birlikte sağlık hizmetlerinde kısırlanmış bir talep yaratıldı, nüfusu Türkiye’den daha yaşlı olduğu için yıllık hekime başvuru sayısının daha yüksek olması beklenen (Örneğin İsveç) ülkelerle karşılaştırıldığında ülkemizde hekime başvuru sayısı hızla yükseldi. Bu kadar yüksek başvuruya sağlık kuruluşlarının ve hekimlerin yanıt vermesi mümkün olmayınca da kamu hastanelerinde hasta muayenesi için süre 5 dakika ile sınırlandırılarak randevu verilmeye başlandı. En az 20 dakika ayrılması gereken hastaya 5 dakikada bakmak zorunda bırakılan hekimler, mesleklerini uygulamak sırasında zor duruma düşmenin yanı sıra hem hastalara hem de hekimliğe yabancılaşmaya başladılar.



«Kışkırtılmış talep»
yaratılarak hekime başvuru
sayısı giderek artış gösterdi!



Sağlıkla ilgili sosyal güvence kapsamı dışarısında kalan nüfusu bekleyen en önemli sorun, sağlık hizmetlerine erişimin sağlanamamasıdır. Sağlıkta Dönüşüm Programı bu konuda çok başarısız bir sınav vermiş ve ülkemizde rutin sağlık hizmetlerine erişim sorunu yaşayan hastalar nedeniyle acil servislere başvurunun büyük oranda artmasına yol açmıştır. Sağlık Bakanlığı hastanelerine 2017 yılında 101 milyondan fazla acil hasta başvurusu gerçekleşmiş; acil muayenelerin toplam muayeneler içerisindeki oranı yüzde 28,4'e ulaşmıştır(10). Sağlıkta Dönüşüm Programı ile Türkiye, tüm dünyada, nüfusundan fazla acil servis başvurusu yapılan tek ülke konumundadır.

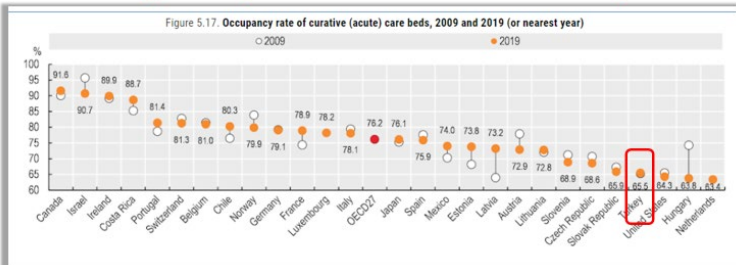
Acil servislere yığılma sağlık alanında şiddetin artmasına da maalesef uygun bir zemin hazırlamıştır(11).



VERİMLİLİK

Sağlık hizmetlerinin verimliliğiyle ilgili kullanılan önemli göstergelerden birisi yatak doluluk oranıdır. Verimli çalışan hastanelerde genel olarak yatak doluluk oranının %75'in üzerinde olması beklenir. Ancak Türkiye'de yatak doluluk oranı (%65,5) OECD ortalamasına göre (%76,2) düşüktür.

Türkiye'de yatak doluluk oranı düşük!

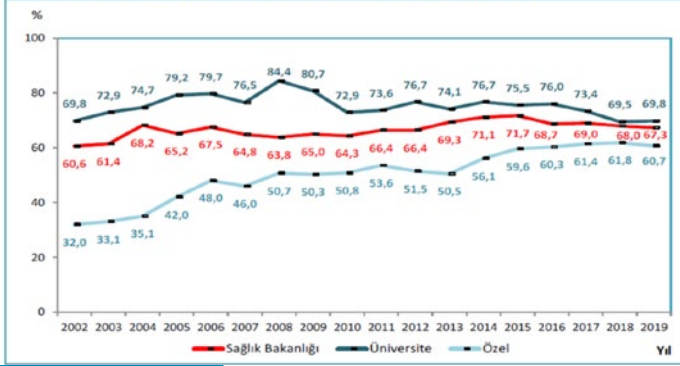


OECD Health Statistics 2021. <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/e5a80353-en/index.html?itemId=/content/component/e5a80353-en>

Üstelik yatak doluluk oranı özel hastanelerde çok daha düşüktür. 2016 yılına kadar görece daha verimli olduğu gözlenen üniversite hastanelerinde de yatak doluluk oranı 2017'den başlayarak azalma eğilimi içerisine girmiştir.

Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2019 | Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı

Şekil 8.13. Yıllara ve Sektörlere Göre Hastanelerde Yatak Doluluk Oranı, (%)



Yatak doluluk oranının düşüklüğünün yanı sıra özel hastanelerdeki 2007 yılından sonra sürekli yükselen kaba ölüm hızı artışı da dikkat çekicidir.

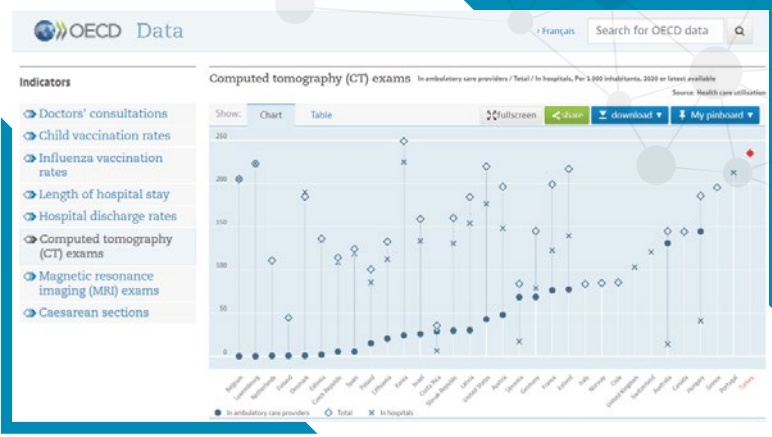
Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2019 | Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı

Şekil 8.27. Yıllara ve Sektörlere Göre Hastanelerde Kaba Ölüm Hızı, (%)



Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sağlık hizmetlerindeki verimsizlik yatak doluluk oranındaki düşüklükle sınırlı değildir. Tıbbi teknolojinin aşırı kullanımıyla ilgili de sorunlar mevcuttur. Örneğin Türkiye OECD ülkeleri içerisinde kişi başına en çok Bilgisayarlı Tomografi çekilen ülkelerden biridir. Demografik olarak görece daha genç bir nüfusumuzun olması nedeniyle kişi başına daha az tomografi çekilmesi beklenirken, çok yüksek sayıdaki tomografi çekimi sağlık alanını ticarileştiren Sağlıkta Dönüşüm Programıyla doğrudan bağlantılıdır.



Türk Radyoloji Derneği tetkik yoğunluğunun nedenlerini şöyle açıklamaktadır(12):

1. Hasta başına düşen hekim sayısının az olması nedeniyle, klinik branşların hastayı muayene etmeye yeterince zaman ayıramaması,
2. Hastaların memnuniyetinin sağlanması ve sağlık hizmetine yönelik beklentilerinin karşılanmasının gerekliliği.
3. Hasta başına düşen radyoloji uzmanı sayısının az olması.
4. Hastaların tıbbi gereklilik olmasa da görüntüleme tetkiklerine yönelik kontrol edilemeyen ve reddedilemeyen aşırı talepleri.

5. Defansif tıp: Tetkik isteyen hekimlerin muayene-ye yeterince zaman ayıramamaları nedeniyle hızlı ve güvenli tanı konulduğuna inanılan görüntüleme yöntemlerine başvurulması. Diğer yandan hastaların beklentilerinin karşılanmamasının ortaya çıkarabileceği hekime şiddet riski.

Türk Radyoloji Derneği Tetkik Yoğunluğunun Getirdiği Riskleri ise şöyle dile getirmektedir(12):

1. Sağlık hizmetinin kalitesinin düşmesi: Hastalarımızın yetersiz ve yanlış sağlık hizmeti almaları riski.
2. Radyoloji uzmanlarının mesleki risk almaları: Radyoloji uzmanlarından, görüntüleme sistemlerinden elde edilen görüntülerin, yerleşik standartlarda öngörülen sürelerin altında bir zamanda raporlanmalarının ısrarla talep edilmesi Bakanlığın, Hastane İdarelerinin ve radyoloji uzmanlarının ciddi hukuksal risklerle karşı karşıya kalmalarına neden oluyor.
3. Radyasyon: Özellikle BT gibi iyonizan radyasyon içeren tetkiklerde kontrol edilemeyen bir toplum ışınlanması riski ortaya çıkıyor.
4. Kontrast kullanımı ve Anestezi uygulamalarından doğan riskler: Gereksiz radyolojik tetkiklerde ortaya çıkan kontrast reaksiyonları ve anestezinin ortaya çıkardığı riskler.
5. Radyologların başlıca girişimsel radyoloji gibi komplike işlemlere ve radyografi gibi temel yöntemlere ayırmak için zamanlarının kalmaması: Hastalarımızın son derece önemli girişimsel müdahalelerden mahrum kalmaları.

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin verimsizliğine bir başka örnek de sezaryen doğumların oranıdır. Dünya Sağlık Örgütü sezaryen doğumların tüm doğumlar içerisindeki oranının en çok %15 olması gerektiğini açıklamaktadır(13). Ülkemizde Sağlıkta Dö-

nüşüm Programından önce 1998'te bu orana uyum sağlanmış-ken (%14), Sağlıkta Dönüşüm Programının uygulanmaya başlanmasının ardından sezaryen doğumların oranı giderek artış göstermiş 2008'de %37'ye, 2015'te %53'e ve 2019'da %54'e yükselmiştir.



Sağlıkta Dönüşüm Programının bir başka verimsizlik örneği özel sektörden hizmet satın almakla ilgilidir. Bilindiği gibi, Genel Sağlık Sigortası sağlık hizmetini kamu ve özel sektörden satın almaktadır. GSS satın aldığı hizmetler için bir yandan özel sektöre müracaat başına daha yüksek bedel öderken, diğer yandan da özel sektöre yıllar içerisinde kamu sektöründen daha yüksek artış yapmıştır. GSS 2021 yılı için 2.basamak devlet hastanelerine müracaat başına 80,81 TL öderken, 2.basamak özel sağlık kuruluşlarına %154,84 fazlasıyla müracaat başına 205,94 TL ödemiştir(14). Özel sağlık kuruluşlarına hastalar tarafından %200'e varan katkı payı vb. adlarla ödenen ek ücretler bu tutarın dışındadır.

2.Basamakta özel sektörden hizmet satın almanın maliyeti çok yüksek!

(GSS, müracaat başına ortalama maliyet, TL)

TESİS	2010	2015	2020	2021	DEĞİŞİM ORANI (2010-2021)
Devlet 2. Basamak Sağlık Tesisi	43,33	50,02	71,79	80,81	86,50
Devlet 3. Basamak Sağlık Tesisi	80,93	94,78	167,41	199,72	146,78
Özel 2. Basamak Sağlık Tesisi	70,79	90,17	181,42	205,94	190,92
Üniversite Sağlık Tesisi	170,63	183,78	358,54	391,34	129,35
Genel Toplam	66,44	77,53	140,95	164,75	147,97

SGK. (2022). *Aylık İstatistik Bilgileri*. Aylık İstatistik Bültenleri.

http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/istatistik/aylik_istatistik_bilgileri

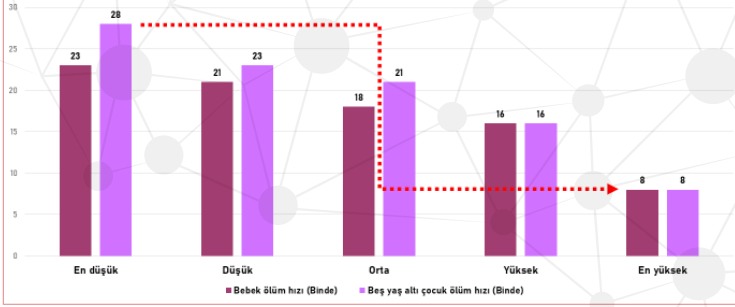
EŞİTLİK / HAKKANIYET

Türkiye’de bebek ölüm hızı Avrupa Birliği (EU27) ile kıyaslandığında halen çok yüksektir; 2019’da Avrupa Birliği ülkelerinde binde 3,4 olan bebek ölüm hızı ülkemizde binde 9,1’dir(15).



Ülkemizde hane halkı refah düzeyine göre bebek ve çocuk ölümlerinde büyük bir eşitsizlik söz konusudur. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013 yılı verilerine göre hane halkı refah düzeyi en yüksek yüzde yirmilik dilimde doğan her bin bebekten 8’i bir yıl içinde yaşamını yitirirken, hane halkı refah düzeyi en düşük yüzde yirmilik dilimde dünyaya gözlerini açan her bin bebekten 23’ü yaşamını yitirmektedir.

Hane Halkı Refah Düzeyine Göre Türkiye'de Bebek ve Beş Yaş Altı Çocuk Ölüm Hızı



Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA), 2013

Ülkemizdeki Suriyeli göçmen nüfusta da bebek ölüm hızı ve 5 yaş altı çocuk ölüm hızı çok yüksektir! Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2018 yılı verilerine göre Suriyeli hanelerde bebek ölüm hızı binde 22'dir.

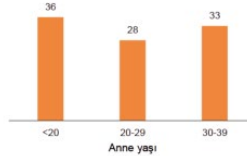
BEBEK VE ÇOCUK ÖLÜMLÜLÜĞÜ

Düzeyler

Suriyeli göçmen nüfusta, araştırmadan önceki 5 yıllık dönem için bebek ve 5 yaş altı ölüm hızları sırasıyla 1000 canlı doğum için **22** ve **27**'dir. Bebek ölüm hızı ve 5 yaş altı ölüm hızı 20 yaşından daha genç ve 30-39 yaş grubundaki annelerden olan bebeklerde daha yüksektir. Beş yaş altı ölüm hızı ilk doğumda daha yüksektir (32).

Son beş yıllık dönem için Suriyeli göçmen nüfusta neonatal ölüm hızı her 1,000 canlı doğumda 12'dir.

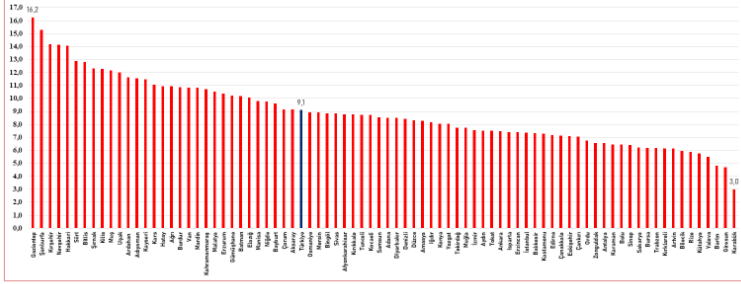
Annenin Yaşına Göre 5-yaş Altı Ölüm Hızı
Suriyeli göçmen annenin yaşına göre araştırmadan önceki 10 yıllık dönemde 1,000 canlı doğumdaki ölümler



Türkiye'de iller arasında bebek ölüm hızı açısından büyük bir eşitsizlik söz konusudur. 2019'da Karabük'te her bir bebekten 3'ü yaşamını yitirmişken, Gaziantep'te 16,2'si ölmüştür.

TÜRKİYE'DE İLLERE GÖRE BEBEK ÖLÜM HIZI (2019)

Karabük : 3,0 (Binde)
Gaziantep : 16,2 (Binde)

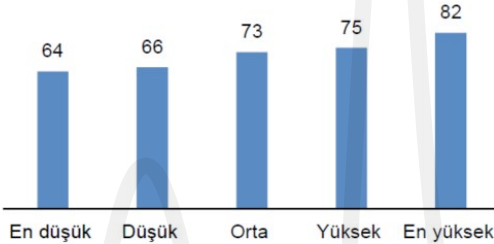


Kaynak: TÜİK

Hane halkı refah düzeyi, çocukluk çağı aşılama oranlarındaki eşitsizlikleri göstermesi bakımından önemlidir. Hane halkı refah düzeyi en yüksek yüzde yirmilik dilimde 24-35 aylık çocukların yaklaşık beşte biri aşısızken, hane halkı refah düzeyi en düşük yüzde yirmilik dilimde çocukların üçte biri aşılanamamıştır.

Şekil 10.3 Hanehalkı refah düzeyine göre tüm temel aşılar

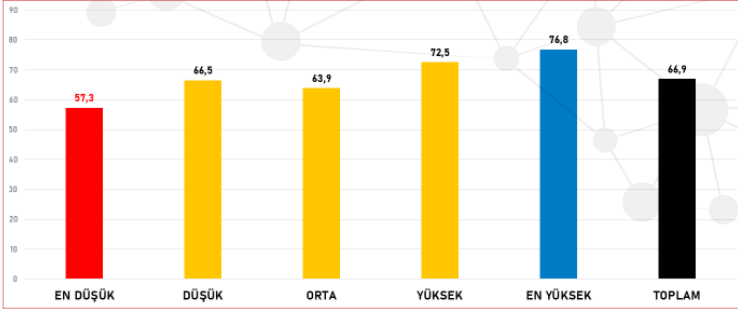
Araştırma tarihinden önceki herhangi bir zamanda aşılanmış olan 24-35 aylık çocukların yüzdesi



TÜRKİYE'NİN SAĞLIK SİSTEMİ OTURUMU

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2018 yılı verilerine göre hane halkı refah düzeyi en yüksek yüzde yirmilik dilimde tam aşıli çocukların oranı %76,8 iken bu oran hane halkı refah düzeyi en düşük yüzde yirmilik dilimde yaklaşık %20 daha düşüktür (%57,3).

HANE HALKI REFAH DÜZEYLERİNE GÖRE TAM AŞILI ÇOCUKLARIN ORANI (2018)



TÜRKİYE NÜFUS VE SAĞLIK ARAŞTIRMASI 2018

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2018 yılı verilerine göre hane halkı refah düzeyi en yüksek yüzde yirmilik dilimde tam aşıli çocukların oranı %76,8 iken bu oran hane halkı refah düzeyi en düşük yüzde yirmilik dilimde yaklaşık %20 daha düşüktür (%57,3).

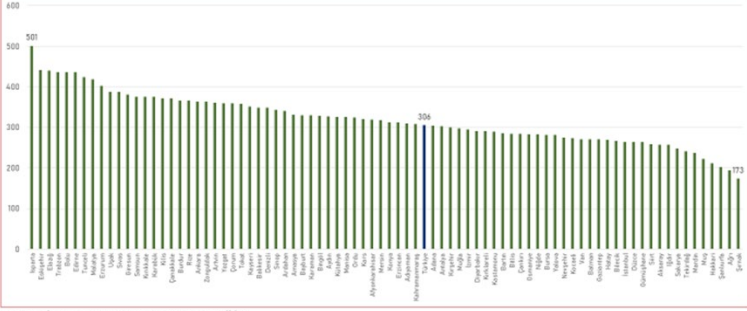
İLLERE GÖRE YÜZ BİN KİŞİYE DÜŞEN TOPLAM HEKİM SAYISI

Ağrı : 104
Ankara : 311



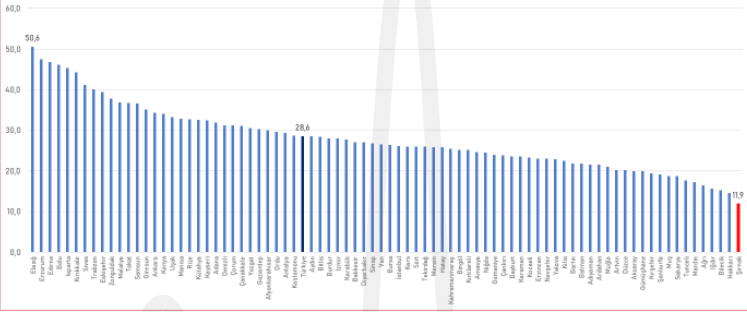
Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2019 ve TÜİK.

İLLERE GÖRE YÜZ BİN KİŞİYE DÜŞEN TOPLAM HEMŞİRE VE EBE SAYISI
Şırnak : 173
İsparta : 501



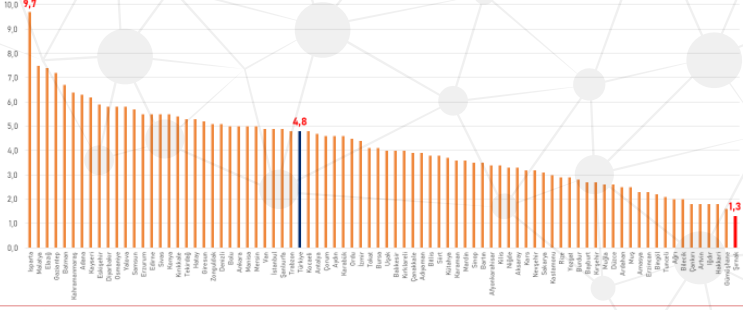
Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2019 ve TÜİK.

İLLERE GÖRE 10 BİN KİŞİYE DÜŞEN HASTA YATAĞI SAYISI
Şırnak : 11,9
Elazığ : 50,6



Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2019

İLLERE GÖRE 10 BİN KİŞİYE DÜŞEN YOĞUN BAKIM YATAĞI SAYISI
Şırnak : 1,3
Isparta : 9,7



Sağlık İstatistikleri Yılığ 2019

KALİTE

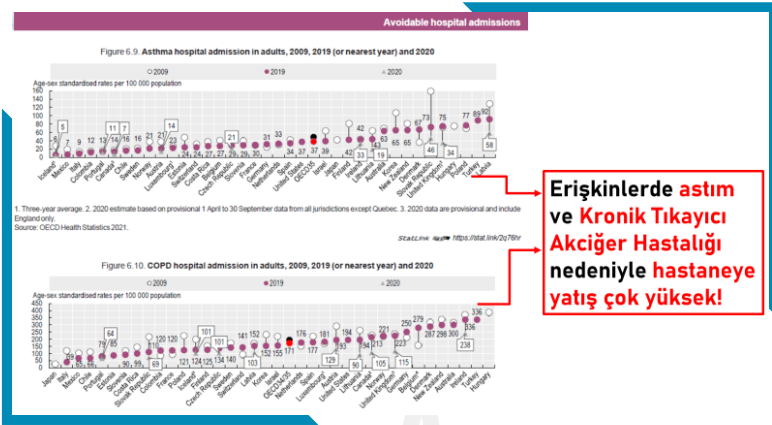
Sağlık hizmetlerinde 'kalite' aşağıdaki özellikler üzerinden değerlendirilir(16):

- etkili (effective),
- verimli (efficient),
- erişilebilir (accessible),
- kabul edilebilir / hasta merkezli (acceptable / patient-centred),
- eşitlikçi (equitable) ve
- güvenli (safe).

OECD tarafından yayınlanan "Sağlık Hizmetinde Kalite İncelemeleri: Türkiye Standartları Yükseltme" raporuna göre Türkiye'de sağlık hizmetlerinin kalitesi düşüktür(17). Örneğin ani inme sonrasındaki 30 gün içerisindeki ölüm oranı %11,8'dir ve bu oran ile Türkiye bütün OECD ülkeleri içerisinde Meksika ve Slovenya'dan sonra en kötü üçüncü orana sahiptir. Kontrol altına alınamayan diyabet olgularının oranı OECD ortalamasından yaklaşık on kat daha yüksek, astım nedeniyle hastaneye

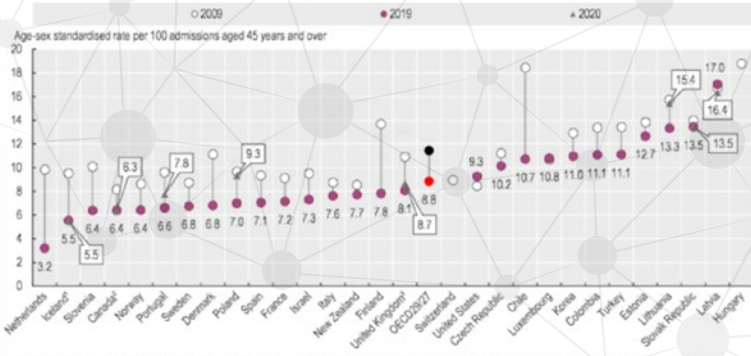
yapılan başvuru hızı OECD ortalamasından dört kattan fazla yüksektir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile kronik hastalıkların hastaneye yatış gerektirmeden ayakta tedavi edilebilmesiyle ilgili başarı oranı düşüktür. Örneğin OECD tarafından yayınlanan sağlık istatistiklerine göre, 2019'da erişkinlerde astım ve kronik tıkaçıcı akciğer hastalığı nedeniyle hastaneye yatış OECD ülkeleri ortalamasının çok üzerindedir.



En önemli sağlıkta kalite göstergelerinden biri, kalp krizi geçirdikten sonra bir ay içerisindeki sağ kalımdır. Erişkinlerde 2019 yılında 45 yaş ve üzeri kalp krizi (Akut miyokard enfarktüsü) nedeniyle hastaneye yatırıldıktan sonra otuz gün içerisinde yaşa göre standardize ölüm hızı Türkiye'de OECD ülkeleri ortalamasından %26,1 daha yüksektir.

Figure 6.16. Thirty-day mortality after admission to hospital for acute myocardial infarction based on linked data, 2009, 2019 (or nearest year) and 2020

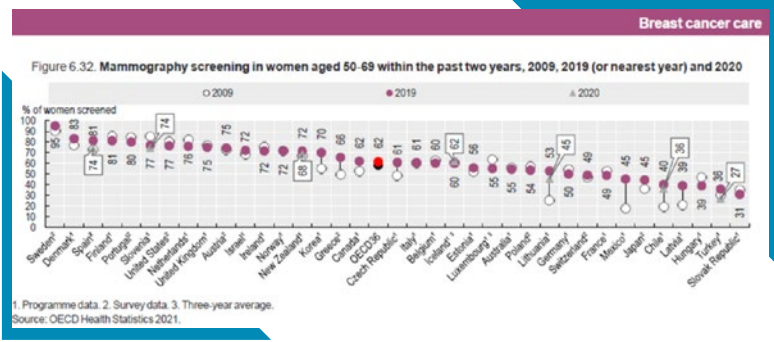


1. Three-year average for all years except 2020. 2. Data do not include deaths outside acute care hospitals. 2020 estimate based on provisional 1 April to 30 September data from all jurisdictions except Quebec. 2020 estimate and include England only.

Source: OECD Health Statistics 2021.

Sağlıkta Dönüşüm Programı kanser tarama programlarında da başarısız kalmıştır. Örneğin 20-69 yaş grubundaki kadınlarda OECD ortalaması %59,6 olan servikal kanser taraması oranı Türkiye’de yalnızca %15,5’tir. OECD ülkeleri ortalaması %61,5 olan 50-69 yaş kadınlarda meme kanseri taraması oranı ülkemizde yalnızca %27,3’tür. AB15 ortalaması %12,7 olan kolorektal kanser taraması ise yok sayılacak (%3,2) düzeydedir(17).

Kanser ülkemizde ölüm nedenleri arasında ikinci sırada yer almaktadır. Kadınlarda meme kanseri en sık görülen kanser türüdür ve mamografi taramalarıyla erken tanı günümüzde büyük bir önem taşımaktadır. OECD tarafından yayınlanan sağlık istatistiklerine göre, 2019’da, İsveç’te %95 olan mamografi ile meme kanseri taraması Türkiye’de halen %36 ile çok düşüktür.



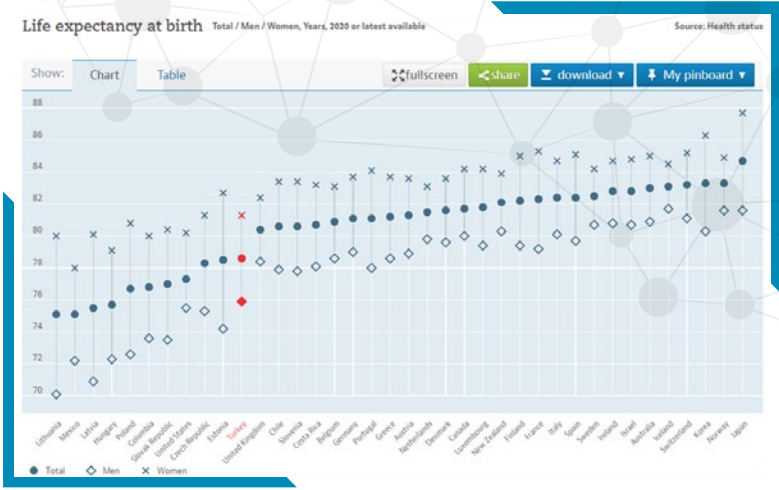
Hasta memnuniyeti, sağlık hizmetlerinin hasta merkezli sunumu ve hastalar tarafından kabul edilebilir olmasıyla yakından ilişkilidir. Türkiye’de 2020 yılında yaşadığı bölgede elde edilebilen kaliteli sağlık hizmetlerinden memnun olan nüfusun oranı %62 ile OECD ülkelerinin ortalamasından (%71) daha düşüktür.



SAĞLIKLI YAŞAMLAR

Sağlıklı yaşamlar ile ilgili öne çıkan iki gösterge doğumda beklenen yaşam ümidi (DBYÜ) ve sağlıklı yaşam yılı beklentisidir. Doğumda beklenen yaşam ümidi, mevcut ölüm oranları değişmezse, yeni doğan bir kişinin ortalama olarak ne kadar yaşamayı bekleyebileceğini ölçer. Sağlıklı yaşam yılı beklentisi (Sağlıklı yaşam yılları) ise kişinin günlük yaşam aktivitelerini sınırlandıran sağlık sorunları olmaksızın belirli bir yaşta yaşam yıllarının sayısı olarak tanımlanmaktadır.

Türkiye'de 2020 yılı için tahmin edilen DBYÜ kadınlarda 81,3 yıl, erkeklerde ise 75,9 yıldır. Türkiye 38 OECD ülkesi arasında DBYÜ sıralamasında erkeklerde 27, kadınlarda ise 28 ülkenin gerisindedir.



2017-2019 yaşam tabloları sonuçlarına göre; Türkiye'de yeni doğan bir kişinin sağlıklı yaşam yılı beklentisi kadınlarda 55,4 ve erkeklerde 59,1 yıl olarak hesaplanmıştır(18). Türkiye'de kadınlar erkeklere göre daha uzun bir yaşam süresi beklentisine sahip olmakla birlikte, erkeklerin sağlıklı geçen yaşam yıllarının kadınlardan 3,7 yıl daha uzun olduğu tahmin edilmektedir. Kadınlar ömürlerinin yaklaşık 26 yılını, erkekler ise 17 yılını günlük yaşam aktivitelerini sınırlayan sağlık sorunları ile birlikte geçirmektedir.

Avrupa Birliği'nde 2018 yılında, yeni doğan bir kişinin sağlıklı bir şekilde yaşamaya devam etmesi beklenen yıl sayısı kadınlar için 64,2 yıl ve erkekler için 63,7 yıl olarak tahmin edilmiştir(19). Bu durumda Türkiye'de Avrupa Birliği ortalamasına göre kadınların 8,8 yıl, erkeklerin ise 4,6 yıl daha kısa sağlıklı yaşam yıllarının olduğu ortaya çıkmaktadır.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması sonuçlarına göre ülkemizde tam aşıli çocukların oranı azalmaktadır. 2008 yılında %80'nin üzerinde olan tam aşıli çocukların oranı, 2018'de maa-
lesef %66,9'a kadar gerilemiş durumdadır. Ülkemizdeki her üç
çocukdan biri yaşına uygun tüm aşıları olmamış ve bu nedenle
bazı bulaşıcı hastalıklara karşı korunmasız durumdadır.

**Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) sonuçlarına göre
tam aşıli çocukların oranı azalıyor...**



TNSA 2008: Tam aşıli çocukların oranı %80,5

TNSA 2013: Tam aşıli çocukların oranı %74,1

TNSA 2018: Tam aşıli çocukların oranı %66,9

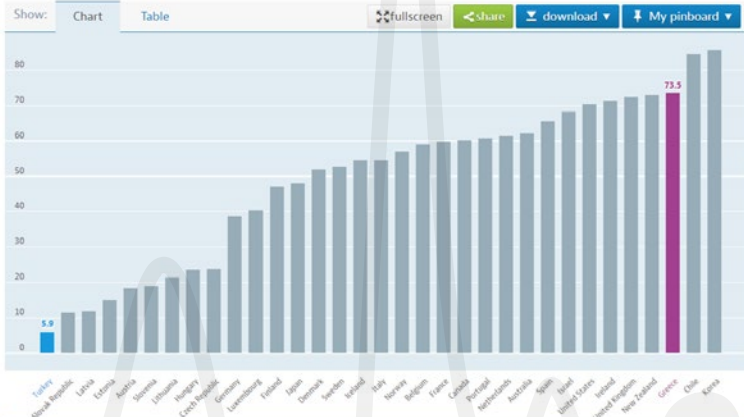
Temel Demografik Göstergeler – 2018 TNSA

Gösterge	Toplam	Yerleşim yeri		Bölge				
		Kent	Kır	Batı	Güney	Orta	Kuzey	Doğu
Aşılar Yaşına uygun tüm aşıları almış 12-23 aylık çocuklar (BCG, üç doz D'TaP-Hib-İPA, üç doz Hepatit B, OPA'nın ilk dozu ve üç doz PCV)	66,9	66,6	68,0	70,2	56,6	66,8	(48,3)	71,3

Türkiye'de 65 yaş üzerinde grip aşısı oranı da çok düşüktür. OECD ülkeleri arasında 65 yaş üzerinde en düşük grip aşılama oranı ülkemizedir.

Influenza vaccination rates Total, % of population aged 65+, 2020 or latest available

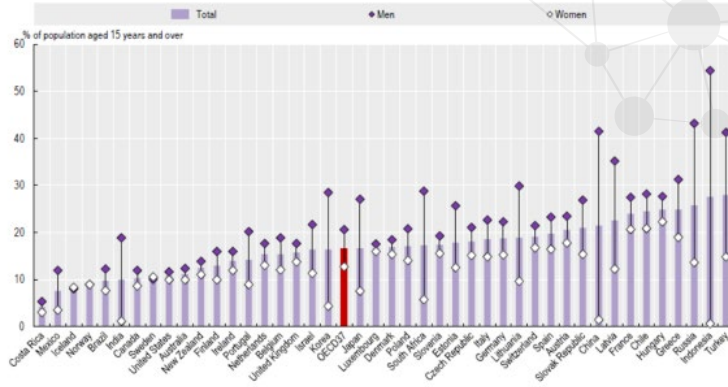
Source: Health care utilisation



Sağlık açısından çok önemli bir risk etmeni olan sigara içme alışkanlığı Türkiye'de çok yüksektir. Ülkemizde 2011 yılına kadar etkili bir eylem planı uygulanmışsa da 2011 yılından sonra tütün endüstrisine karşı etkili uygulamalar askıya alınmıştır.

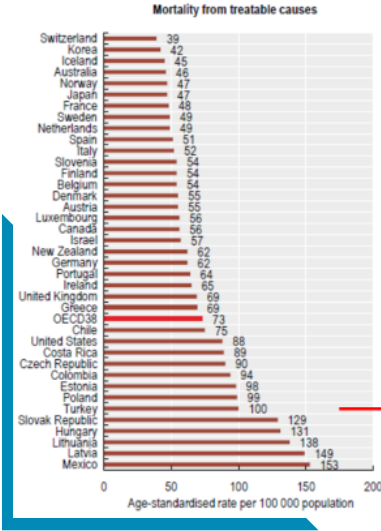
Türkiye'de sigara içme sıklığı çok yüksek!

Figure 4.1. Population aged 15 and over smoking daily, by sex, 2019 (or nearest year)



Source: OECD Health Statistics 2021.

Tedavi edilebilir nedenlere bağlı ölümlerin yüksekliği, sağlıklı yaşamlar açısından sağlık sistemine ilişkin başka önemli bir sorundur. OECD ülkelerinde ortalama yüz binde 73 olan tedavi edilebilir nedenlere bağlı ölüm hızı, Türkiye'de yüz binde 100 ile 38 OECD ülkesi arasında en yüksek 6.hızıdır.



Tedavi edilebilir nedenlere bağlı ölümler Türkiye'de yüksek!

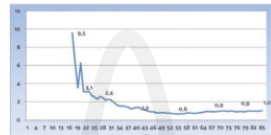
Sağlıkta Dönüşüm Programı COVID-19 pandemisi sırasında yeterli yanıtı veremediği için ülkemizde salgının başlangıcında temel üreme sayısı (RO) dünyadaki en yüksek değerlerden biri olarak (9,6) bilim tarihindeki yerini almıştır. Salgında bulaşın önlenememesi yüzünden ülkemizde COVID-19 pandemisinin yükü beklenenden daha ağır olmuştur. Pandemi sırasında araştırma yapabilmesinin etik kurulların yanı sıra Sağlık Bakanlığının iznine de tabi olacak biçimde bir düzenleme yapılması, bilim insanlarının araştırma yapmasının önüne bir engel olarak çıkartılmıştır.

GENEL BİLGİLER, EPİDEMİYOLOJİ VE TANI

13

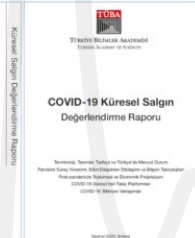
bildirilmiştir. Türkiye için yapılan hesaplamalarda R_0 değeri salgının 10. gününde 9.6 iken, 45. günde 1.30'dur. Hastalığı bulaştırma katsayısı, salgında belirli aralıklarla hesaplanmalı ve salgının takip kriterlerinden biri olarak değerlendirilmelidir.

Türkiye COVID-19 Tahmini R_t Değerleri



Grafik-17: Türkiye için salgının 18. gününden sonraki tahmini R_t değerleri (R_t yer R_0)
 $R_0=7.5$ kabul edilmiştir.

24.04.2020 tarihi itibarı ile Türkiye COVID-19 tahmini R_t değerinin 1'in altına düştüğü görülmektedir. 04.06.2020 tarihinde R_t değerinin 1 olduğu görülmektedir. Salgının 04.06.2020 tarihine kadar hesaplanan tahmini R_t değerlerinin ortalaması 1,11'dir.



Sağlık sistemi yeterli yanıtı veremediği için temel üreme sayısı çok yüksekti!



Genel olarak Sağlıkta Dönüşüm Programının performansı değerlendirildiğinde; mevcut sağlık sisteminin eşitlikçi olmayan ve hakkaniyete dayanmayan yapısının özellikle yoksul ve dar gelirlili yurttaşlarımızı olumsuz etkilediği görülmektedir. Sağlıkta ticarileştirilmesine odaklanmış bu programın sağlık alanında yaşanan eşitsizlikleri azaltması beklenmemelidir.

Sağlıkta Dönüşüm Programının günümüzün gereksinimlerine yanıt veremediği ortadadır. Sağlık sisteminde reform yapılması planlanırken Prof.Dr.Nusret Fişek'in sözleri akıldan çıkartılmamalıdır: *"Ülkemizde politikacılar ve hükümetler sağlık hizmetlerinin genel bütçeden finansmanını, birinci basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesine öncelik verilmesini ve nitelikli sağlık yöneticileri kadrosu oluşturulmasını kabul etmeden ve inançla uygulamadan sağlık hizmetlerinde beklenen ve gereken gelişme sağlanamaz".*

Kaynaklar

1. World Health Organization. Everybody's Business -- Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes: WHO's Framework for Action.; 2007. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43918>
2. Gulliford M. Access to healthcare and population health. In: Detels R, Gulliford M, Abdool Karim Q, Tan CC, eds. Oxford Textbook of Global Public Health. Sixth edit. Oxford University Press; 2015:234-249.
3. Pala K. Türkiye'de sağlık reformu /sağlıkta dönüşüm programı süreci. In: Yaşar GY, Göksel A, Birlir Ö, eds. İnsana Karşı Piyasa Türkiye'de Sağlık ve Sosyal Güvenlik. 1.Baskı. Notabene Yayınları; 2017.
4. Dünya Bankası. Türkiye: Yayınlığı ve Verimliliği İyileştirmek Amacıyla Sağlık Sektöründe Yapılan Reformlar Rapor No: 24358-TU.; 2002.
5. T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlıkta Dönüşüm.; 2003.
6. Pala K, Türkkan A, Gerçek H. How correct are the infant mortality rate calculations in the provinces of Turkey? A study from Bursa. Turk Pediatr Ars. 2010;45(3). doi:10.4274/tpa.45.264
7. Hamzaoglu O. Concealed Infant Deaths in Turkey and Regional Inequality. Int J Heal Serv. 2020;50(2):209-217.
8. CHP Covid-19 Danışma Kurulu. 21 İlde Bulaşıcı Hastalık Ölümleri, CHP COVID-19 Danışma Kurulu Raporu.; 2022.
9. Eurostat. Self-reported unmet needs for health care by sex, age, specific reasons and educational attainment level. Published 2021. http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_ehis_un1e&lang=en
10. T.C. Sağlık Bakanlığı. Kamu Hastaneleri İstatistik Raporu 2017.; 2018.
11. Pala K. Health-care reform in Turkey: Far from perfect. Lancet. 2014;383(9911):28. doi:10.1016/S0140-6736(13)62731-2
12. Türk Radyoloji Derneği. RADYOLOJİK TETKİK YOĞUNLUĞU, TETKİK YOĞUNLUĞUNDAN KAYNAKLANAN PROBLEMLERİN ANALİZİ ve ÇÖZÜM ÖNERİLERİ.; 2018.
13. World Health Organization. WHO Statement on Caesarean Section Rates.; 2015. https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/en/

14. SGK. Aylık İstatistik Bilgileri. Aylık İstatistik Bültenleri. Published 2022. http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/istatistik/aylik_istatistik_bilgileri
15. Eurostat. Infant mortality rates. Published 2021. Accessed May 19, 2021. https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=demo_minfind&lang=en
16. World Health Organization. Quality of care : a process for making strategic choices in health systems. Published online 2006. https://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare_B.Def.pdf
17. OECD. OECD Reviews of Health Care Quality: Turkey 2014: Raising Standards. OECD Publishing; 2014.
18. TÜİK. Women in Statistics, 2020. Published 2021. Accessed March 5, 2021. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=37221&dil=2#:~:text=According to the life tables,at birth is 5.4 years.>
19. Eurostat. Number of healthy years of life: countries compared. Published 2020. Accessed April 7, 2020. [https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/edn-20200407-1#:~:text=In 2018%2C the number of,men \(78.2\) in 2018.](https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/edn-20200407-1#:~:text=In 2018%2C the number of,men (78.2) in 2018.)



BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ

Alpaslan Türkkân²

Basamaklandırılmış sağlık hizmeti sunumunda birinci basamağın önemini farklı boyutları ile değerlendiren çalışmaların zenginliği dikkat çekici düzeydedir. Sağlık hizmetlerini birinci basamak sağlık hizmetlerine odaklanarak yeniden yapılandırmanın avantajları ve dezavantajları kanıta dayalı biçimde gösterilmiştir. Bulgular; uzman ağırlıklı sunulan 2. ve 3. basamak sağlık hizmetinden, birinci basamak odaklı sağlık hizmetine yönelen sağlık politikalarını destekler niteliktedir. Nitelikli birinci basamak sağlık hizmetlerine erişimin artması, daha yüksek hasta memnuniyeti, sağlıktaki eşitsizliklerde düzelme ve toplam sağlık hizmeti harcamalarının azalmasıyla ilişkilidir(1).

Birinci basamak sağlık hizmeti sunumunun düşük maliyet ile daha etkili ve eşitlikçi yapısıyla toplum sağlığına olan müthiş katkısı, toplumda yüksek memnuniyet düzeyine erişimdeki başarısı literatürde ayrıntılı biçimde yer almaktadır. Uluslararası düzeyde birinci basamak sağlık hizmetlerinin sistemin temel taşı niteliğinde olduğu, değişen koşullara daha hızlı ve etkili yanıt verdiği, ulusal ve uluslararası düzeyde belirlenmiş sağlık hedeflerine erişimde önemli rol oynadığı kabul edilmektedir(2).

Tüm bu kanıtlanmış özellikleri nedeniyle birinci basamağa odaklanmış sağlık sistemi oluşturmak rasyoneldir. Bu nedenle; her bakımdan toplumun sağlığını olumlu etkilediği gösterilmiş olan birinci basamak sağlık hizmetlerini incelemek ve nitelikli biçimde uygulamak aynı zamanda etiktir.

Sağlık hizmetleri; koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetler olmak üzere üçe ayrılarak değerlendirilir (Kutu 1). Koruyucu sağlık hizmetleri kişiye ve çevreye yönelik hizmetler olmak üzere ikiye ayrılır.

² Doç. Dr., Halk Sağlığı Doktoru.

Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri; temiz su sağlanmasından, hava kirliliğine; gıda güvenliğinden ulaşıma kadar çok geniş bir hizmet alanını kapsar. Bu nedenle çok sayıda kamu kurum ve kuruluşunun görev alanına girer, yerel yönetimleri de kapsar.

Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri de bağışıklamadan eğitime ve hijyene kadar geniş bir hizmet alanını tanımlar. Sağlık eğitimi, sağlık okuryazarlığı bu alanda en çok gündeme getirilen alt başlıklar olarak dikkat çekmektedir.

Tedavi edici sağlık hizmetleri genelde basamaklandırılarak; 1., 2. ve 3. Basamak Sağlık Hizmetleri olarak sınıflandırılmaktadır (Kutu 1). 1.Basamak Sağlık Hizmeti; akut hastalıklar, yaralanmalar, taramalar gibi sağlık hizmetlerini kapsayan, yatarak tedavi gerektirmeyen hizmetler grubu olup vatandaşın ilk başvuru yeridir.

2. Basamak Sağlık Hizmeti; Birinci basamaktaki hekimin sevk etmesi halinde başvuru, hastanın sağlık sorununun bir uzman hekime yöneltildiği ve yatması gereken hastalar için yatışı olanağı sağlayabilen yataklı ve uzman ağırlıklı sağlık kuruluşlarında sunulan hizmeti tanımlar.

3. Basamak Sağlık Hizmeti; İkinci basamakta çözülemeyen, tanı ve tedavi amacıyla ileri tıbbi teknolojinin kullanıldığı uzman ve yan dal uzmanı ağırlıklı yataklı tedavi kuruluşlarında sunulan hizmettir.

Sağlık Hizmetleri

KORUYUCU

- I. Çevreye
 - I. Temiz su sağlanması,
 - II. Katı ve sıvı atıklar,
 - III. Gıda sağlığı,
 - IV. Konut sağlığı,
 - V. Hava kirliliği,
 - VI. Gürültü, ulaşım...

II. Kişiyeye

- I. Sağlık eğitimi,
- II. Bağışıklama,
- III. Eren tanı ve tedavi,
- IV. Hijyen,
- V. Beslenme...

TEDAVİ EDİCİ

- I. Birinci Basamak Sağlık Hizmeti
- II. İkinci Basamak Sağlık Hizmeti
- III. Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri

REHABILITASYON HİZMETLERİ

- I. Tıbbi
- II. Sosyal

Kutu 1. Sağlık Hizmetleri

Rehabilitasyon hizmetleri tıbbi ve sosyal olmak üzere ikiye ayrılır. Tıbbi rehabilitasyon, hastalık ya da yaralanma sonucu oluşan sakatlık, organ kaybı ya da yitirilen çalışma gücünün kazandırılmasına yönelik olarak sunulan sağlık hizmetleridir. Sosyal Rehabilitasyon ise; daha çok sosyal çalışmacılar, psikologlar ve diğer personelce yürütülen, sosyal yaşama uyumun sağlanması için yürütülen hizmetleri tanımlar.

Konu başlığım olan birinci basamak sağlık hizmetleri; bireye yönelik koruyucu hizmetler ile evde ve ayaktan tedavi hizmetini kapsar. Birinci basamak sağlık hizmeti, toplumda birey ve ailelerin geneli tarafından kabul edilen yolla, onların tam katılımlarıyla, ülke ve toplumca karşılanabilir bir harcama karşılığında, kolay erişilebilen, düşük maliyetle etkin ve yaygın olan hizmettir.

İnsanlık 70'li yıllara ulaştığında sağlıkta önemi ilerlemeler sağlanmış ve deneyimler elde edilmişti. Ülkelerin sağlık riskleri, hastalıkları ve ölümleri ve tüm bunlara bağlı olarak öncelikleri farklı olmakla birlikte başarıya ulaşmak için hedefler konması ve buna yönelik çalışılması gerekiyordu. Ödeme gücü ve / veya kültürel yapı sağlık hizmetine ulaşmayı etkiliyordu, geliştirilmiş olan sağlık modelleri yoksul ve dezavantajlılarda etkisiz kalmıştı. Önemli bir saptamaya ulaşılmıştı: sağlık, ekonomik ve sosyal kalkınmanın temelini oluşturuyordu. Ancak toplumların sağlık düzeyi sosyoekonomik ve kültürel gelişmenin de gerisinde seyrediyordu.

1970'li yılların başında yapılan tüm değerlendirmelerde, dünya nüfusunun yarıdan fazlasının iyi ve uygun bir sağlık hizmetinden yoksun olduğu, kalkınmış ülkelerin «olanakları» ile kalkınmakta olan ülkelerin «sahip olmadıkları» arasındaki boşluğun gittikçe genişlediği konuşulmaya başlanmıştı. Tüm dünyada sağlık hizmetlerinden hoşnutsuzluk artmış, sıradan sağlık bakımı bile karmaşıklaşmış ve hizmet alanları yoksullaştıracak kadar pahalılaşmıştı. Eldeki teknik bulgular ise toplumların daha sağlıklı olabileceklerini gösteriyordu. Toplumların ulaşabilecekleri sağlık düzeyine, hak ettikleri sağlık hizmetlerine erişmelerini sağlayacak yeni bir yol bulunması çağrıları dillenmeye başlamıştı. Bu çağrılara yönelik olarak Dünya Sağlık Örgütü ve UNICEF ortaklığında Alma Ata'da düzenlenen konferans ile "Temel Sağlık Hizmetleri" yaklaşımı benimsendi(3).

Son 40 yılda sağlıkta dikkat çekici gelişmeler yaşanmış olmasına karşın, sağlıkta eşitsizliklerin artarak sürmesi etik, politik, sosyal ve ekonomik olarak kabul edilemez.

Sağlık Hizmeti Anlayışı

Geleneksel

Hastaya hizmet
Tedavi
Hekim ağırlıklı hizmet
Uzman ağırlıklı hizmet
Belli sorunlara ağırlık
Pasif toplum
Sağlık sektörü

Çağdaş

Herkese
Koruma, geliştirme
Ekip
Pratisyen
Geniş boyutlu sağlık
Toplum katılımı
Sektörler arası işbirliği

Kutu 2. Sağlık Hizmeti Anlayışındaki Değişim

Dünya Sağlık Örgütü Anayasasında ve çok sayıdaki Uluslararası belgede sağlık, "hak" olarak kabul edilmektedir. Sağlığı belirleyen sosyal etmenler ve etkileri tanımlanmıştır. Günümüzde; hastalıkları tedavi etmekten çok hastalıktan korunmaya önem vermek zorunda olduğumuzu, toplumda hekime başvurandan çok daha fazlasının sağlık sorunlarının farkında bile olmadan yaşadığını, sağlık eğitiminin önemli etkisini biliyoruz. Sağlık sistemlerinin insan merkezli ve toplumsal cinsiyete duyarlı olmak zorunda olduğunu, şeffaf, katılımcı, bilimsel yöntemlerin kullanıldığı liyakate dayalı yöneticiler eliyle yürütülmesi gerektiğini kavramış durumdayız. Günümüzde sağlık sorunlarına güçlü yanıt vermenin sadece ulusal düzeyde yeterli olmadığını, uluslararası yanıtın değerini görmüş durumdayız.

Sağlık hizmeti sunumunda elde edilen deneyim ve bilimsel birikim önemli bir algı değişimine neden olmuştur. Geleneksel sağlık anlayışı çağdaş sağlık anlayışına dönüşmüştür (Kutu 2).

Birinci basamak hizmetlerinin vazgeçilemez temel ilkeleri vardır:

Birinci basamak sağlık hizmetleri toplumsal eşitlik ilkesine dayalı olarak sunulan ve vatandaşın ilk başvurduğu yerdir. Her vatandaşın, sakınmadığı sürece, hiçbir ayrıma uğramadan eşit biçimde bu hizmete erişmesi ve hizmetin topluma aralıksız sunulması zorunludur. Hizmet tüm toplumu kapsamalı, diğer basamaklarla eşgüdüm içinde ve entegre biçimde ancak korunma öncelikli verilmelidir. Hastalıklardan korunmanın tedavi etmekten daha etkili, kolay ve insancıl olduğunu biliyoruz. Birinci basamak sağlık hizmeti değişik alanlarda eğitim görmüş, farklı bilgi ve becerileri olan meslek üyelerince, bir ekip tarafından verilmelidir.

Birey çevresinden soyutlanamaz, fizik, biyolojik ve toplumsal çevresi ile etkileşim halindedir. Bu nedenle sağlık hizmeti de çevre ile bütünlüklü biçimde sunulmalıdır. İnsan yaşamı da bütün olarak değerlendirilmeli ve birey yalnız hasta iken değil, sağlıklı dönemlerinde de sağlık hizmeti alabilmelidir.

Hastalıkların nedenleri sadece fiziksel, biyolojik nedenlerden olmayıp çeşitlidir ve sağlığı belirleyen sosyal etmenler tanımlanmıştır. Toplumun tamamına sağlık hizmeti götürülemediği zorlu durumlarda risk gruplarına yönelik hizmet sunumuna odaklanılabilir.

Toplumda sık görülen, çok sayıda ölüme, sakatlığa ve ekonomik kayıplara neden olan hastalıklar önemli hastalıklardır. Birinci basamakta önemli hastalıklara öncelik verilmesi kaynakların etkin kullanılmasını sağlayacaktır.

Sağlık örgütü, toplumun ve sektörlerin katkı ve katılımlarına uygun biçimde yapılmalı, toplumun benimsediği ve katıldığı bir hizmet biçimi benimsenmelidir.

Sağlık örgütü ve hizmetleri ülkeler ve bölgeler arasındaki sosyal, kültürel ve kaynaklar açısından değerlendirilmeli ve yerel koşullara uygun modeller ve teknolojiyi seçip uygulamalıdır. Bir

ülkede denenmiş ve başarılı olmuş model ya da uygulamaların diğer ülkeler için uygun olmayabileceğini akılda tutmak gerekir.

Dünya Sağlık Örgütü'nün kuruluşunun 60. Yılında, 2008 yılı sağlık raporunda Genel Direktör Dr. Margaret Chan:

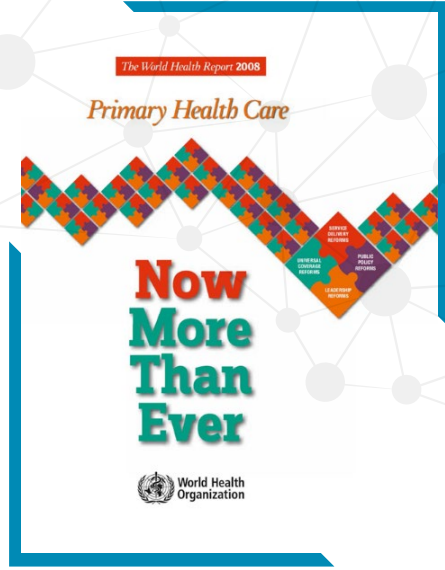
“Küresel sağlık anlayışımız son 60 yılda oldukça değişime uğramış olmakla birlikte DSÖ anayasasında yer alan ve aynı zamanda Alma Ata bildirgesinde bulunan değerler test edilmiş ve doğru olduğu görülmüştür. Küresel olarak sağlıktaki ilerle-

melere karşın hedeflere ulaşmadaki üzücü kolektif başarısızlığımız aşıkardır.” demektedir.

Kolektif başarısızlığı; topluma, temel sağlık hizmetlerinin ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin yeterince güçlü biçimde sunulmamış olmasında aramak yanlış olmaz.

Raporda ülkelerde sunulan sağlık hizmetlerinin temel beş sorununu tanımlanmıştır(4). Bunlar:

- tersine,
- fakirleştiren,
- parçalı,
- güvensiz ve
- yanlış yönlendirilmiş sağlık hizmeti olarak adlandırılmıştır.



Tersine sağlık hizmeti, aslında en fazla sağlık hizmetine ihtiyaç duyan toplum kesimlerinin diğerlerine göre daha az sağlık hizmetine eriştiğini anlatır. Fakirleştiren sağlık hizmeti ile hizmetin cepten harcamaları ile hizmet alanları yoksullaştırabilirdiği anlatılmaktadır. Sağlık hizmet sonumu aşırı uzmanlaşma ile parçalanmış ve bütüncül değerlendirmeyi yapamaz hale dönüşmüştür. İhtiyaç ile örtüşmeyen ve bilimsel bilgiden uzak yapılandırılmış, kışkırtılmış sağlık talebi ile de iyice yoğunlaştırılmış sağlık hizmet sunumunda gerçekleşen siteme dayalı hatalar toplumda güveni sarsmıştır. Sağlık hizmeti yönünü tedavi edici hizmetlere dönmüş ve koruyucu hizmetleri görmezden gelmiş, yanlış yönlendirilmiş durumdadır.



Şekil 1. Sağlık hizmetlerinin şimdiki eğilimi

Raporda sağlık hizmetlerinin hedefi olan hakkaniyet, hizmete adil erişim ve sonuçta sağlıklı topluma ulaşmak için günümüzdeki parçalı, ticarileşmiş tedavi edici hizmet odaklı sağlık hizmetlerinin yeniden düzeltilmesi gerektiği anlatılmaktadır (Şekil 1). Rapor yol gösterici olarak hükümetlere önerilerde bulunmaktadır. Üç başlıkta toplanan önerilerden ilki sağlıkta eşitsizliklere dikkat çeker. İkinci olarak yaşlanma, kentleşme, küreselleşme nedenleriyle kronik hastalıkların artan yükü, iklim krizi vb nedenlerle değişen/artan risklerin sağlık sorunlarındaki değişime neden olduğu belirtilmektedir. Son olarak sağlık hizmetlerinde finansman, insan gücü ve alt yapı sorunlarına işaret edilmektedir(4).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde temel sorunları dört başlıkta toplayabiliriz (Kutu 3).

Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Temel Sorunlar

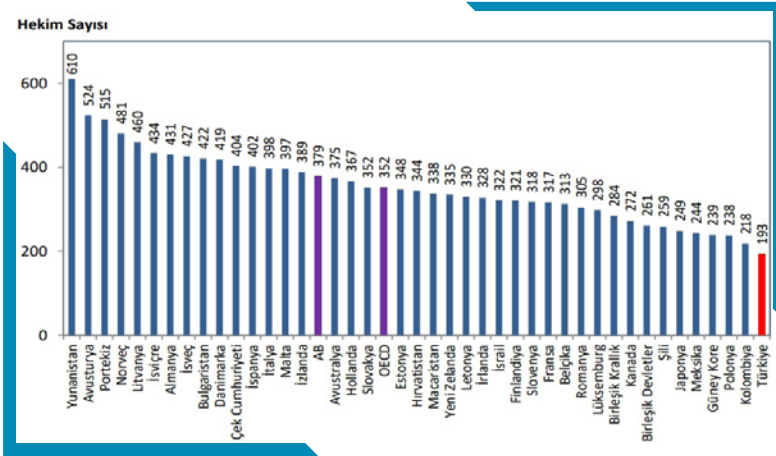
1. Bina/altyapı
2. İş yükü
3. Sağlık İnsan gücü
4. Yönetim



Kutu 3

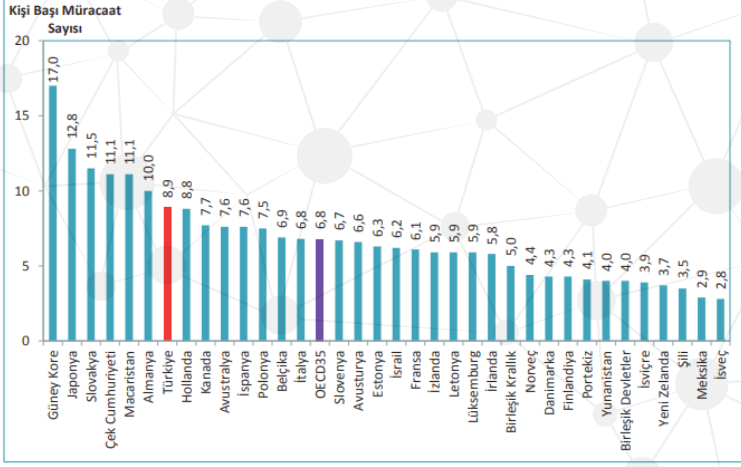
Günümüzde 1. Basamak sağlık hizmetlerinin büyük bir çoğunluğu kamu binaları dışında, kiralanmış binalarda sunulmaktadır. Kamu sağlık hizmeti sunumuna uygun olmayan Aile Sağlığı Merkezlerinde topluma hizmet sunulmaya çalışılmaktadır. COVİD-19 pandemisi bina sorununun zaman yitirmeden çözülmesi gereken büyük bir sorun olduğunu göstermiştir. Benzer sorun demirbaş, yazılım, donanım ve sarf malzemeleri içinde geçerlidir. Aile hekimleri tarafından satın alınan farklı yazılımlar veri toplanmasında sorun oluşturmaktadır. Üstelik bu yazılımlar hastane yazılımları ile entegre değildir. Bu nedenle DSÖ'nün hassasiyetle üstünde durduğu hasta takibi ve entegre hizmet sunumu gerçekleştirilememektedir.

Aile hekimi başına düşen nüfusun fazla olmasının yanı sıra kıskırtılmış talep ile başvuru sayısı çok artmış durumdadır (Grafik 1 ve 2). Bu durumda aile hekimleri muayenehane hekimliğine dönüşmüş ve koruyucu sağlık hizmeti vermez hale gelmiştir.



Grafik 1. 100 bin kişiye düşen toplam hekim sayısının uluslararası karşılaştırması (2018)

Sağlık insan gücü bakımından çok sayıda olumsuzluk bulunmakla birlikte özveri ile yoğun biçimde çalışan sağlık personeli, başta hekimler olmak üzere, şiddete uğramaktadır. Artmış iş yükü ve uğradıkları şiddete, özlük haklarındaki ciddi erime eklenmiştir. Sağlık çalışanlarının hak etmedikleri davranış ve söylemlerle karşılaşmaları, toplum gözünde mesleğin değersizleşmesi, mesleki iş doyumunu düşürmektedir. Bu olumsuzluklar, sağlık çalışanlarını başka arayışlara yönlentmektedir.



Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, OECD Health Data 2018

Not: Türkiye verisi 2017 yılına aittir. Ülke verileri 2016 yılına veya en yakın yıla aittir.

Grafik 2. Kişi başı hekime müracaat sayısının uluslararası karşılaştırması (2016)

Birinci basamakta hizmetin temel özelliği olan “ekip” oluşturulmamış durumdadır. Kadro yetersizdir, sağlık yönetimine yönelik eğitim alan halk sağlığı uzmanları ile birinci basamağın gerektirdiği diğer meslek grupları hizmete katılmamış, sınırlı meslek grubu ile hizmet sunulur hale dönülmüştür. Hekim diğer sağlık personelinin patronu durumuna getirildiğinden iş barışı ve ekip anlayışı zarar görmüştür.

Sağlık hizmeti sunumu ulusal sağlık politikaları doğrultusunda gerçekleştirilmelidir. Sağlık hizmetinin gündelik politikalarla, “Kervan yolda düzülür” yaklaşımı ile sürekli değişen mevzuat ile yürütülmesi toplum sağlığı için zararlıdır.

Şeffaf, hesap verebilir yapıda bilimsel bilgiden yararlanan ve görev-yetkinin tanımlandığı yapılar oluşturulmalıdır.

Alma Ata'da yapılan Temel Sağlık Hizmetleri Konferansının ikincisi 2018 yılında kentin yeni adı ile Astana'da yapıldı. Uluslararası konferansta başarının sırları sıralanmıştır(5). Dört başlıkta sınırlandırılan başarı sırlarından ilki bilgi ve kapasitenin geliştirilmesidir. İkinci olarak; sağlık işgücünün eğitimi, işe alınması, geliştirilmesi, motivasyonunun yüksek tutulması gösterilmiştir. Burada dikkat çekilen önemli bir konu; sağlık personelinin uluslararası göçünün, özellikle gelişmekte olan ülkelerin, sağlık ihtiyaçlarını karşılama becerilerini zayıflatabileceğidir. Günümüz Türkiye'sinin sorunu 2018 yılında tanımlanmış ve ülkeler uyarılmıştır. Üçüncü başlık uygun teknoloji kullanımı ile sağlık hizmetinin yaygınlaştırılmasıdır. Son olarak finans başlığında sağlık sonuçlarının iyileştirilmesi için birinci basamak sağlık hizmetlerine yatırım çağırısı yapılmıştır.

Sonuç yerine şunlar söylenebilir:

COVID-19 pandemisinde de yaşayarak gördüğümüz gibi günümüzde temel ve birinci basamak sağlık hizmetlerine her zamankinden daha çok ihtiyacımız bulunmaktadır. Sağlık hizmetlerine yönelik evrensel ilkelerimiz, bilgi ve geniş bir deneyimimiz vardır. Bunlar bize ne yapmamız ve hatta nasıl yapmamız gerektiği konusunda yol göstermektedir. Ne yapacağımızı biliyoruz. Hiç kimseyi geride bırakmadan, herkes için sağlık ve esenliği hep birlikte çalışarak sağlayabiliriz.

Kaynaklar

1. WHO. What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services?. WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN). January 2004.
2. TTB. Türkiye'de Birinci Basmak Sağlık Hizmetleri Birikimimiz: 2000-2004 Türkiye Fotoğrafı. Türk Tabipleri Birliği. Birinci Baskı, Aralık 2007, Ankara.
3. WHO. 6-12 September 1978. Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care. https://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf
4. WHO. 2008. The world health report 2008 : primary health care now more than ever.
5. WHO&UNICEF. 2018. Global Conference on Primary Health Care <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf>



2. ve 3. BASAMAK HASTANELERDE MEVCUT DURUM

Özlem Kurt Azap³

Sağlık alanında yaşanan genel sorunların ve sıkıntılarının yanı sıra belirli alanlara özgü sorunlar da mevcuttur. Bu bölümde hastanelerdeki mevcut durum ele alınacaktır. Türkiye'de sağlık kuruluşları, birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşları olarak gruplandırılmaktadır. 10 Şubat 2022 tarih ve 31746 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Sağlık Hizmet Sunucularının Basamaklandırılmasına Dair Yönetmeliğe göre (1);

İkinci basamak sağlık hizmeti sunucuları;

- Eğitim ve araştırma hastanesi olmayan devlet hastaneleri ve dal hastaneleri ile bu hastanelere bağlı semt poliklinikleri,
- Entegre ilçe hastanesi (E1),
- Bakanlığa bağlı ağız ve diş sağlığı merkezleri,
- Kamu kurumlarına ait olup Bakanlıkça ruhsatlandırılmış olan hastaneler, tıp merkezleri ve dal merkezleri,
- Özel hastaneler,
- Özel tıp merkezleri ve dal merkezleri,
- Ağız ve diş sağlığı hastaneleri,
- Diyaliz merkezleri, üremeye yardımcı tedavi merkezleri, hiperbarik oksijen tedavi merkezleri, tıbbi laboratuvarlar gibi müstakil olarak ruhsatlandırılan tanı ve tedavi merkezleri olarak sıralanmaktadır.

³ Prof.Dr., Enfeksiyon Hastalıkları uzmanı.

Üçüncü basamak sağlık hizmet sunucuları, ileri tetkik ve özel tedavi gerektiren hastalıklar için yüksek teknoloji içeren ve/veya eğitim ve araştırma hizmetlerinin verilebileceği altyapıya sahip üst düzey hastanelerdir. Bakanlığa bağlı eğitim ve araştırma hastaneleri ile devlet ve vakıf üniversitelerine ait hastaneler doğrudan üçüncü basamak olarak gruplandırılmıştır.

İkinci ve üçüncü basamak hastanelerde nitelikli sağlık hizmeti sunulmasının önünde birçok engel bulunmaktadır. Sevk zincirinin olmaması nedeniyle yoğun iş yükünün yanısıra hasta muayene sürelerinin kısa olması, hizmet başı ödeme uygulamaları, sağlıkçıların eğitiminin yeterli olmaması gibi birçok nedenle hastanelerde nitelikli sağlık hizmeti sunulmamaktadır. Ayrıca hastaların katkı/katılım paylarını ödemede zorlanmaları ve randevu almadaki güçlükler nedeniyle poliklinikler yerine acil servislere başvuranların sayısı giderek artmakta dünyada benzeri olmayan sayılara ulaşılmaktadır.

Aşağıda ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerine ilişkin mevcut durum aktarılmaya çalışılacaktır.

Hastanelerdeki işleyiş: Yoğun çalışma, aşırı tetkik istenmesi, randevu alamama, özel sektörün giderek artan ağırlığı

Sağlık Bakanlığı'nın Sağlık İstatistikleri Yıllığı'na göre hekime müracaat sayısı 2019 yılında 9.8; 2020 yılında 7.2'dir (2, 3). Bu başvuruların %65'inin 2. ve 3. basamak sağlık kuruluşlarına yapıldığı görülmektedir (2). Sevk zinciri işletilmediğinden ikinci ve üçüncü basamak hastanelerde yığılma olmaktadır. Bu durum, sunulan sağlık hizmetinin nitelikli olmasını olanaksız hale getirmekte ayrıca sağlıkçıların "tükenme" noktasına gelmesine yol açmaktadır. Türk Tabipleri Birliği (TTB) tarafından 2010 yılında yapılan Hekimlerin Çalışma Koşulları, İş Yükü ve İş Gücüne İlişkin Ortak Görüş Anketi verilerinde hekimlerin çalışma saatlerinin yoğunluğu açıkça görülmektedir (4). Son yıllarda bu du-

rumun daha da olumsuz yöne gittiği bilinmektedir. Tedavi edici sağlık hizmetinin kesintisiz olmasını sağlayabilmek için nöbetlerin ve icap nöbetlerinin olması kaçınılmazdır. Ancak mesai saatleri içinde ve nöbette yoğun çalışmanın yanısıra “icapçılık” da sağlıkçılar için önemli bir iş yükü oluşturmaktadır. TTB tarafından 2016 yılında yürütülen çalışmada “İcapçılık Yükümlülüğü” başlıklı dökümanda icapçılığın uzman hekimlerin yanısıra asistan hekim ve pratisyen hekimler tarafından da yürütüldüğü belirtilmektedir (5). İcapçılık yükümlülüğü pratisyen hekimlerin %11.3’ünü, uzman hekimlerin %36.8’ini ve asistan hekimlerin ise %3’ünü kapsamaktadır. İcap nöbeti tutanların %26’sı her gün icapçıdır. İcap nöbetlerinin yaklaşık yarısının ağır veya çok ağır koşullarda geçtiği belirtilmiştir (4, 5).

Sağlık Bakanlığının hasta muayenelerinin üç-beş dakika ile sınırlandırılması ve başvuran tüm hastalara bakılması yönündeki direktifleri nedeniyle bir hekimin günlük olarak baktığı hasta sayısı olması gerekenin çok üstüne çıkmaktadır. Hastanın yakınmalarını dinleyip anlamaya zamanı olmayan hekimler de çokça tetkik istemektedir. Bu durumu yansıtan çarpıcı veriler mevcuttur. Sağlık Bakanlığı verilerine göre Türkiye’de bin kişiye düşen Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRI) sayısı 195 olup en çok MR tetkiki yapılan ülkelerin başında gelmektedir. Avrupa’daki ülkeler için ortalama 26; OECD ülkeleri için ortalama 72’dir (2). Bilgisayarlı Tomografi (BT) için de benzer bir durum söz konusu olup Türkiye’de 1000 kişiye düşen BT sayısı 233 iken Avrupa ortalaması 133; OECD ortalaması 152’dir (2).

Türkiye, görüntüleme cihazlarının sayısının da en yüksek olduğu ülkelerden ikincisidir. Bu cihazların yaklaşık yarısı özel hastanelerde bulunmaktadır (2). Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı verilerine göre; 2002 yılında 1156 hastane, 2019 yılında 1538 hastane mevcuttur. 2002 yılında 271 adet özel hastane var iken 2019 yılında 575 adet özel hastane mevcuttur (2). Sağlık alanında özel sektörün ağırlığının arttığı açık bir şekilde görülmektedir. Yatak sayılarının yüzde 21’i, yoğun bakım yataklarının yüzde 42’si özel hastanelerde bulunmaktadır.

ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ

Türkiye’de acil sağlık hizmetleri çok önemli bir sorun haline gelmiştir. Yıllık 600 milyon poliklinik başvurusunun dörtte biri yani 150 milyonu acil servis başvurusu olup %80’inden fazlası tıbbi olarak acil değildir. Acil servislere başvurunun iki önemli nedeni katkı/katılım payı ödeme ve polikliniklerden randevu almaktaki zorluklardır. Acil servislere olan bu yoğun başvuru, çalışma koşullarını ve sağlık hizmetini çok zorlaştırmaktadır. Sağlık çalışanına şiddet tüm sağlık sistemi için önemli bir sorun haline gelmiştir. Acil servisllerdeki durum ise gerçekten inanılmaz boyutlardadır; Türkiye Acil Tıp Derneğinin verilerine göre; acil servis uzmanlarının % 98’i meslek yaşantıları boyunca en az bir kez şiddete maruz kalmış; %7’si hayatı tehdit eden (silah, kesici alet vs.) saldırıya uğramıştır(6).

Sağlık Bakanlığının 2014 yılında düzenlediği Acil Servis Sorunları Çalıştayının sonuç raporunda; hastaların acil servislere başvurma nedenleri; birinci basamak sağlık hizmetlerinin yetersizliği, kronik hasta bakım olanaklarının yokluğu, diğer polikliniklerden randevu almaktaki zorluk, acil servis hizmetlerinin diğer birimlere göre daha ucuz olması şeklinde sıralanmıştır(7).

GÖREV TANIMLARINA İLİŞKİN SORUNLAR VE SAĞLIK ÖĞRENCİLERİNİN EĞİTİMİNE İLİŞKİN DURUM

Resmi Gazete’de 22 Mayıs 2014 tarihinde yayımlanan, 29007 sayılı Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmeliğe göre 48 görev ve unvan tanımı mevcuttur(8). Eğitimdeki yetersizliklerin yanısıra rutin işleyişte de görev tanımları düzgün yapılamadığından önemli sorunlar yaşanmaktadır. Örneğin hemşirelik alanında farklı okul mezuniyetleri (lise, lisans vb.) olmasına rağmen “benzer” görevler yürütülmektedir. Henüz 18 yaşına girmiş ve kişisel gelişimini tamamlayamamış genç insanlar, yoğun bakım ünitelerinde ve servislere hastalara sağlık hizmeti vermeye çalışmaktadır.

Mezuniyet öncesi ve sonrası tıp eğitimine ilişkin önemli sıkıntılar mevcuttur. “Devlet Yükseköğretim Kurumlarında Tıp ve Sağlık Eğitimi Bağlamında Üniversite Hastaneleri Çalıştayı”nda Yüksek Öğretim Kurulu (YÖK) başkanı tarafından 2021 yılı sonu itibariyle 91 devlet üniversitesi tıp fakültesi olduğu belirtilmiştir. Devlete ait tıp fakültelerinde 92 bin 159, vakıf üniversitelerine bağlı tıp fakültelerinde 18 bin 152 öğrenci olmak üzere toplam 110 bin 331 tıp öğrencisinin eğitim gördüğü aktarılmıştır. Üniversitelerin yaklaşık yarısının (44 üniversite) kendisine ait hastanesi bulunurken diğer üniversitelerin “afiliye” hastanelerde eğitim ve öğretim hizmetlerini sürdürdüğü belirtilmiştir (9). Sağlık Bilimleri Üniversitesi’nin bünyesinde 10 adet tıp fakültesi bulunmaktadır. Sağlık Bilimleri Üniversitesi’nin Sağlık Bakanlığı’na bağlı 58 Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile birlikte kullanımı mevcuttur(10). Afiliye hastanelerde sağlık hizmetinin yanısıra mezuniyet öncesi ve sonrası eğitimde de önemli aksaklıklar yaşanmaktadır. Bu durum YÖK tarafından düzenlenen Çalıştay’da da ortaya konmuştur(9). Üniversite hastanelerinde yaşanan sorunları ele almak üzere Türkiye Sağlık Platformu (TÜSAP) tarafından düzenlenen toplantıda Türkiye’deki yatak sayılarının yüzde 18’inin, yoğun bakım yataklarının yüzde 17’sinin üniversite hastanelerinde olduğu belirtilmiş; özellikle “döner sermaye” nedeniyle yaşanan sorunlara vurgu yapılmış ve üniversitelerin uzun zamandır içinde bulunduğu sıkıntıların, sorunların “radikal bir şekilde çözülmesinin beklenemeyeceği” gibi çarpıcı bir değerlendirme yapılmıştır!(11).

Mezuniyet öncesi ve sonrası tıp eğitiminin niteliğinin azalması, yoğun iş yükü ..vb nedenlerle ortaya çıkan aksaklıklar malpraktis sorununu ortaya çıkarmıştır. Malpraktis riski nedeniyle birçok cerrahi bölümün araştırma görevlisi kadroları boş kalmaktadır. Ayrıca zor, komplike olgulara müdahale etmesi beklenen 3. basamak hastanelerde -çekinik (defansif) tıp refleksleri nedeniyle- kimi durumlarda gereken tanı ve tedavi uygulanamamaktadır.

PERFORMANS (HİZMET BAŞINA ÖDEME)

Sağlık alanında uygulanmakta olan hizmet başı ödeme sistemi, yaygın kullanılan haliyle “performans”, gerek hekim-hekim, hekim-sağlık çalışanı ilişkilerini gerekse hasta-hekim ilişkisini olumsuz yönde etkilemektedir. TTB tarafından 2019 yılında düzenlenen “Hizmet Başı (Performansa Dayalı) Ödeme Çalışması”nda bu sistemin, kamu-özel tüm sağlık kuruluşlarında ekip anlayışını bozduğu ve iş barışını olumsuz etkilediği vurgulanmıştır. Ayrıca mesleki etik değerlerde kayba neden olmakta, meslektaşların dayanışmasını ortadan kaldırarak birbirini rakip olarak görmesine yol açmaktadır. Performans puanı elde etme kaygısı nedeniyle gerek mezuniyet öncesi ve gerekse mezuniyet sonrası eğitime ayrılan zamanın belirgin azaldığı gözlemlenmektedir; yine performans ödemesinin azalacağı kaygısıyla yıllık izin kullanmadan çalışmak söz konusu olmaktadır. Bu durum, sağlık çalışanlarının kendi emeğine yabancılaştırılmasına çalışanların birbiriyle yabancılaştırılmasına ve sosyal ortamlardan uzaklaşmalarına neden olmaktadır. Performans sistemi, hasta-hekim arasındaki güvenin azalmasına yol açarak; şiddetin artması ile sonuçlanmıştır(12).

İkinci ve üçüncü basamak hastanelerde yaşanan sıkıntıların burada aktarılanlarla sınırlı olmadığı, eklenebilecek birçok başlık olduğu çok açıktır.

Kaynaklar

1. Resmi Gazete. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2022/02/20220210-1.htm> (Erişim tarihi: 15 Mart 2022)
2. Sağlık Bakanlığı. <https://sbsgm.saglik.gov.tr/Eklenti/40564/0/saglik-istatistikleri-yilligi-2019pdf.pdf> (Erişim tarihi: 15 Mart 2022)
3. Sağlık Bakanlığı. <https://sbsgm.saglik.gov.tr/Eklenti/41611/0/haber-bulteni-2020pdf.pdf> (Erişim tarihi: 15 Mart 2022)
4. Türk Tabipleri Birliği. <https://www.ttb.org.tr/kutuphane/OG2010.pdf> (Erişim tarihi: 17 Mart 2022)
5. Türk Tabipleri Birliği. https://www.ttb.org.tr/kutuphane/icapcilik_rapor.pdf (Erişim tarihi: 18 Mart 2022)
6. Diken haber sitesi. <https://www.diken.com.tr/nufusun-iki-kati-sayida-hasta-acillere-yigiliyor-yuzde-80i-acil-degil/> (Erişim tarihi: 17 Mart 2022)
7. Çalıştay Sonuç Raporu. <https://tatd.org.tr/uzmanlik/wp-content/uploads/sites/26/2021/10/C%CC%A7alis%CC%A7tay-Raporu-v21.pdf> (Erişim tarihi: 16 Mart 2022)
8. Resmi gazete. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/05/20140522-14.htm> (Erişim tarihi: 18 Mart 2022)
9. Yüksek Öğretim Kurulu. <https://www.yok.gov.tr/Sayfalar/Haberler/2021/devlet-yuksekogretim-kurumlarinda-tip-ve-saglik-egitimi-baglaminda-universite-hastaneleri-calistayi.aspx> (Erişim tarihi: 18 Mart 2022)
10. Sağlık Bilimleri Üniversitesi. <https://tip.sbu.edu.tr/GenelBilgiler/DekaninMesaji> (Erişim tarihi: 16 Mart 2022)
11. Türkiye Sağlık Platformu. https://tusap.org/wp-content/uploads/2019/08/2019_10TOPLANTI_WEB.pdf (Erişim tarihi: 16 Mart 2022)
12. Türk Tabipleri Birliği. https://www.ttb.org.tr/kutuphane/odeme_calistayi.pdf (Erişim tarihi: 18 Mart 2022)

stratejik bir
a ilgili
urumlarının
le, sağlık

macıyl



SAĞLIK EMEK GÜCÜ ÇERÇEVE SUNUM

Bülent Kılıç ⁴

GİRİŞ

Bir sağlık sisteminin en önemli bileşeni sağlık emek gücüdür. Çünkü bir sistemde finansman, örgütlenme, teknoloji, yasal düzenlemeler ve benzeri diğer bileşenler ne kadar iyi olursa olsun eğer yeterli ve nitelikli bir sağlık emek gücü yoksa o sağlık sistemi başarısız olur. Bu bağlamda bir ülkenin sağlık alanında yapabileceği en büyük yatırım sağlık emek gücüne yapacağı yatırımdır.

Sağlık emek gücü, kamu ya da özel sektörde her türlü sağlık hizmetini üreten çalışanların tamamını niteleyen genel bir isimdir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) resmi dokümanlarında sağlık emek gücü 5 ana grup altında 100 kadar meslek olarak sınıflandırılmaktadır (1):

- a. Sağlık profesyonelleri (Doktor, hemşire, ebe, eczacı, fizyoterapist vb 14 meslek)
- b. Sağlıkla ilişkili diğer profesyonel meslekler (radyoloji teknisyeni, laboratuvar teknisyeni, yardımcı hemşire vb 16 meslek)
- c. Kişiye yönelik sağlık bakım hizmeti sunan meslekler (Hasta bakıcı, evde bakım, psikiyatrik hasta bakıcısı vb 15 meslek)
- ç. Sağlık yönetimi ve sağlık alanındaki diğer destek hizmetleri (sağlık yöneticisi, sosyal hizmet çalışanı, tıbbi sekreter vb 13 meslek)

⁴ Prof. Dr., Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İzmir.

- d. Diğer ya da sınıflandırılmayan gruplar (ekolog, mühendis, fizikçi vb 35-40 kadar sağlık alanında çalışan diğer meslek grupları)

Sağlık emek gücü kavramı planlama, yetiştirme ve yönetim olmak üzere üç temel bileşenden oluşur. Sağlık emek gücü alanında ilk yapılması gereken planlamadır. Daha sonra yetiştirme (eğitim, niteliksel ve niceliksel yeterlilik) ve yönetim (istihdam, performans, ücret vb) uygulamaları devreye girer (2-6). Bu sunumda sırasıyla bu üç bileşen ele alınacaktır.

I-SAĞLIK EMEK GÜCÜ PLANLAMASI

Sağlık emek gücü planlaması, stratejik bir yaklaşımla toplumun sağlıkla ilgili gereksinimleri ve başvuruları göz önüne alınarak, sağlık kurumlarının amaçları, hedefleri, kadroları ve olanakları çerçevesinde, yeterli nicelik, yüksek nitelik, düzgün bir dağılım, doğru bir zamanlama ve tam olarak istihdamı amacıyla yapılan planlamadır (7). Sağlık emek gücü planlamasının öncelikle hizmet verilen nüfusun demografik-coğrafi-kültürel özellikleri ve sağlık hizmeti sunan kurumların yapısı ve kadroları dikkate alınarak yapılması gerekir. Ayrıca planlamayı yapan devlet kurumlarının eğitim ve istihdam koşullarını da sağlaması gerekir.

Sağlık emek gücü planlamasında çoğunlukla altı değişik yöntem kullanılmaktadır. İş yükü analizi, nüfusa göre planlama, kadro sayısına göre planlama, gereksinimlere göre planlama, kurumların hedeflerine ve halkın taleplerine göre planlama (8). Aşağıda kısaca bu yöntemler açıklanmaktadır:

- a. İş Yüküne Göre Planlama: Sağlık emek gücü planlaması alanında en sık kullanılan yöntemlerden birisi iş yüküne göre hesaplama yapmaktır. DSÖ tarafından geliştirilen bu yöntemde sağlık emekçilerinin sunduğu hizmetlere ayrılması gereken süreler belirlenerek, bir çalışanın mesai saati ve iş yükü üzerinden gereken minimum sağlık çalışanı sayısı hesaplanır (9). Bu

planlama kurumlar için pratik olmakla birlikte, toplumun gereksinimlerini daha az dikkate aldığı için eleştirilmektedir. Ayrıca hesaplamasının başarılı olabilmesi için her işin standart olarak ve doğru bir şekilde, ayrıntılı olarak tanımlanması gerekmektedir.

- b. Kadrolara Göre Planlama: Planlamada kullanılan bir başka yöntemse kurumlara ve kadro dağılımlarına göre planlama yapmaktır. Bu planlamaya ülkemiz için Sağlık Bakanlığının Personel Dağılım Cetvelleri (PDC) ve üniversitelerin akademik norm kadroları örnek olarak verilebilir (7). Ancak bu planlamanın da en büyük sorunu kurumların PDC ve norm kadrolarını iyi belirlememiş olmasıdır.
- c. Nüfusa Göre Planlama: Sağlık emek gücü planlamasında sık kullanılan bir başka yöntem de nüfusa göre planlamadır. Bu yaklaşımda öncelikle nüfus başına düşmesi istenen sağlık emek gücü sayısı belirlenir. Bu hesaplamada daha çok başka ülkelerin hesapladığı sayılar (nüfusa düşmesi gereken sağlık çalışanı sayısı vb) ilgili ülkenin, kurumun nüfusuna göre dikkate alınarak emek gücü hesabı yapılır (10). Bu planlamanın da eksiği yerel özellikleri daha az dikkate almasıdır.
- ç. Gereksinime Göre Planlama: Gereksinime göre planlamada ise amaç toplumun gerçekte hangi sağlık hizmetlerine gereksinimi olduğunu (örneğin kalp ve damar hastalıkları, bulaşıcı hastalıklar veya kanserler vb) belirlemeye dayanır. Gereksinimi olmasına rağmen, kişiler çeşitli nedenlerle sağlık hizmetlerine başvurmaz. Bu nedenle halk sağlığı yaklaşımı ile bireyleri değerlendirerek risk altındaki belli grupların alması gereken sağlık hizmetini hesaplama zorunluluğu vardır. Bu yaklaşıma yönelik olarak örneğin bebekler, çocuklar, gebeler, kadınlar, yaşlılar ve çalışan nüfus için minimum hizmet gereksinimlerine göre gereken emek gücü belirlenir.

- d. Hedeflere Göre Planlama: Bu yöntemde öncelikle sağlık yöneticileri tarafından belirlenen hedefler üzerinden (örneğin bebek ölüm hızını düşürmek, aile planlaması hizmetlerini artırmak veya hipertansiyonu azaltmak vb) planlama yapılır. Özellikle kamu sektörünün dominant olduğu ülkelerde ve kolay olması nedeniyle sağlık yöneticilerine genellikle hedefler üzerinden bir planlama önerilir (11). Ancak bu yöntemin dezavantajı da yöneticiler tarafından potansiyel olarak gerçekçi hedeflerin konmamış olmasıdır.
- e. Taleplere Göre Planlama: Planlamada hizmeti kullananların talepleri de önemlidir. Örneğin evde sağlık hizmetleri, beslenme danışmanlığı, ağız-dışsağlığı hizmetleri vb talepler dikkate alınarak planlama yapılmalıdır.

Sağlık emek gücü planlamasında mutlaka tüm bu yöntemlerin bir arada olduğu karma bir yöntem uygulanmalıdır. Tüm hesaplamalar mutlaka personel değişkenliği (emeklilik, ölüm, tayin vb) ve nüfus hareketlilikleri (göç, doğum, ölüm vb) dikkate alınarak gelecek yıllara yansıtılmalıdır (7,8).

II-SAĞLIK EMEK GÜCÜNÜN YETİŞTİRİLMESİ

Sağlık emek gücünün yetiştirilmesi nicelik ve nitelik olmak üzere iki başlık altında incelenecektir:

1.Nicelik

Türkiye’de Sağlık Bakanlığı istatistiklerine göre 2019 yıl sonu itibarıyla toplam bir milyon kadar sağlık çalışanı bulunmaktadır. (bakınız Tablo-1). Sağlık çalışanlarının yaklaşık %65’i Sağlık Bakanlığı kadrolarında, %25’i ise özel sektörde çalışmaktadır. Sağlık emek gücünün tüm meslek gruplarına göre ayrıntılı bir dağılımına ne yazık ki Sağlık Bakanlığı istatistiklerinden ulaşılamamaktadır. Tablo-1’de sunulan verilere göre Türkiye’de yaklaşık 200.000 hemşire, 160.000 hekim, 55.000 ebe, 35.000 eczacı ve 33.000 diş hekimi bulunmaktadır.

Tablo-1: Türkiye'de Kurumlara Göre Sağlık Emek Gücü Dağılımı (2019)

Meslek	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Toplam
Uzman Hekim	44.698	14.822	25.679	85.199
Pratisyen Hekim	42.300	307	4.236	46.843
Asistan Hekim	10.147	18.621	-	28.768
Toplam Hekim	97.145	33.750	29.915	160.810
Uzman Dış Hekimi	1.051	1.976	2.368	5.395
Dış Hekimi	10.281	206	14.745	25.232
Asistan Dış Hekimi	55	2.243	-	2.298
Toplam Dış Hekimi	11.387	4.425	17.113	32.925
Eczacı	3.404	840	29.597	33.841
Hemşire	132.333	31.324	34.446	198.103
Ebe	52.076	809	3.087	55.972
Diğer Sağlık Personeli	124.758	17.050	40.648	182.456
Diğer Personel ve Hizmet Alımı	229.335	48.331	91.994	369.660
TOPLAM	650.438	136.529	246.800	1.033.767

Kaynak:

T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2019 (12 nolu kaynak)

Sağlık çalışanı sayısının yıllara göre değişimine bakıldığında ise AKP döneminde (2002-2019 arası) toplam sağlık çalışanı sayısının 256.000'den yaklaşık 1 milyona çıktığını ve dört kat arttığını görmekteyiz. En çok artış görülen meslek grubu yaklaşık 80.000'den 200.000'e çıkan hemşirelerde ve en az artış ise 41.000'den 56.000'e çıkan ebe meslek grubunda olmuştur (bakınız Tablo-2).

Tablo-2:**Türkiye'de 2002 - 2019 yılları Arasında Sağlık Emek Gücü Sayıları**

Meslek	2002	2010	2016	2019
Uzman Dr.	43.660 (%46)	63.563 (%51)	78.620 (%54)	85.199 (%53)
Pratisyen Dr.	38.076 (%40)	38.818 (%31)	43.058 (%30)	46.843 (%29)
Asistan Dr.	13.454 (%14)	21.066 (%18)	23.149 (%16)	28.768 (%18)
Toplam Hekim	95.190	123.447	144.827	160.810
Diş Hekimi	16.371	21.432	26.674	32.925
Eczacı	22.289	26.506	27.864	33.841
Hemşire	79.059	114.772	152.952	198.103
Ebe	41.513	50.343	52.456	55.972
TOPLAM	256.000	478.000	570.000	1.033.767

Kaynak:

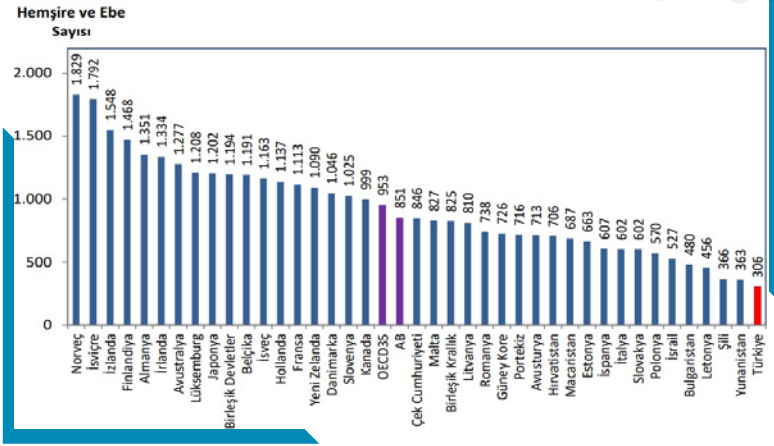
T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2002, 2010, 2016 ve 2019 (12-15 nolu kaynaklar)

Tablo-2'de ilk dikkati çeken bulgu son 20 yıllık dönemde pratisyen hekim oranının azalmış olmasıdır. 2002-2019 yılları arasında pratisyen hekim sayısının %40'dan %29'a indiğini ve bu dönemde pratisyen hekim sayısının ancak 8000 kişi civarında arttığını görmekteyiz. Tablodaki aşırı uzman hekim artışı ise diğer bir önemli bulgudur (aynı dönemde uzman hekim sayısı 42.000 kişi artmıştır). Asistan kontenjanlarının 2012 yılına kadar her yıl düzenli olarak artırılarak yılda yaklaşık önce 6000'e, 2020'den itibaren ise yılda yaklaşık 12.000 civarına çıkartılmasıyla uzman/pratisyen hekim dengesi son 20 yılda uzmanlar lehine bozulmuştur. Son artışlarla bu denge daha da bozulacaktır.

Sağlık hizmet sunumunda ilk başvuru yeri olan birinci basamak, pratisyen hekimlerin ağırlıklı olarak çalışması gereken basamaktır. Aile hekimliği olarak isimlendirilen bu basamağın yeterli sayıda hekim ile donatılması hem hizmet alanların

memnuniyeti, hem de hastanelerde yığılma olmaması için şarttır. Ancak Tablo-2'de de görüldüğü üzere 2003 yılından beri yürütülen emek gücü politikası, bu dengeyi bozmuş ve pratisyen hekim yerine uzman hekim yetiştirilmesine ağırlık vermiştir. Sağlık Bakanlığı verilerine göre Türkiye'de diş hekimi ve eczacı sayılarının da oldukça az olduğu dikkati çekmektedir. Özellikle ağız-diş sağlığı sorunları yoğun olan ülkemizde diş hekimi sayısının da artırılması gerekmektedir. Aşağıda Grafik 1 ve 2'de AB ve OECD ülkelerinde sırasıyla hekim ve hemşire, diş hekimi sayıları yüzbin nüfusa düşecek şekilde verilmektedir.

Grafik-1:
AB ve OECD Ülkelerinde Yüzbin Nüfusa Düşen Hekim Sayıları (2018)

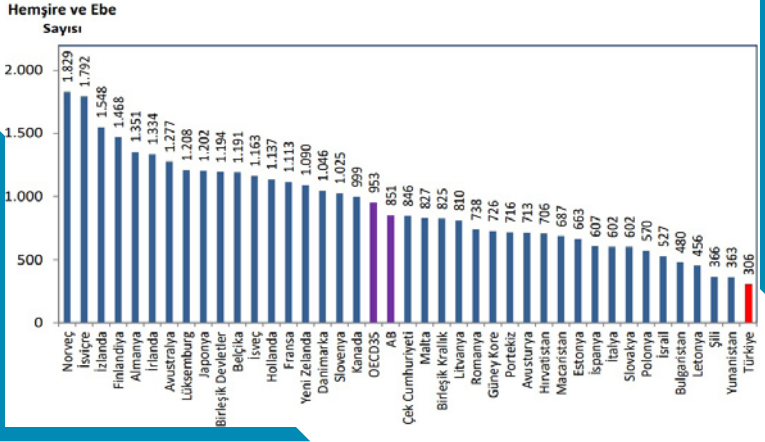


Kaynak:

T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yılığ, 2019 (12 nolu kaynak)

Hemşire ve ebe sayısı açısından Norveç ve İsviçre her bin kişi için 18 hemşire ile ilk sıralarda yer almakta, bunu İzlanda ve Finlandiya 15 hemşire ile takip etmektedir. OECD ortalamasının 9.5, AB ortalamasının 8.5 olduğu görülmektedir. Türkiye ise her 1000 kişiye düşen 3 hemşire ile bu ülkeler arasında da en son sıradadır (bakınız Grafik-2).

Grafik-2:
AB ve OECD Ülkelerinde Yüzbin Nüfusa Düşen Hemşire-Ebe Sayıları (2018)



Kaynak:

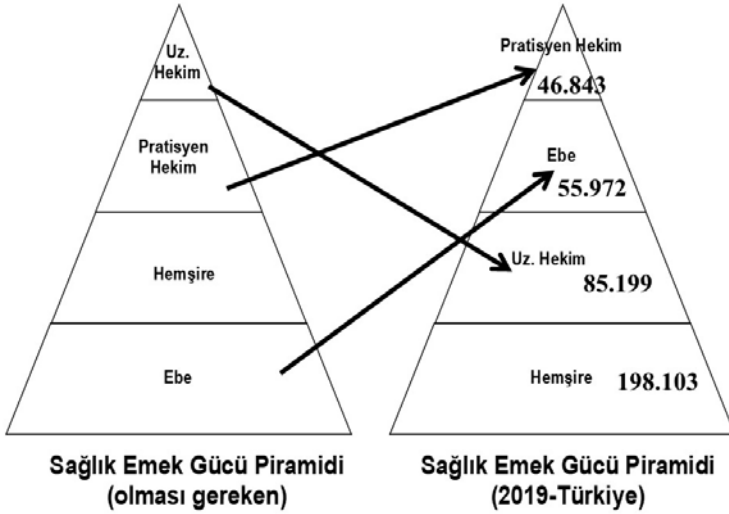
T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2019 (12 nolu kaynak)

Türkiye nüfusa düşen sağlık emek gücü açısından AB ve OECD ülkeleri arasında en yetersiz sayıda olan ülkelerden birisidir. Yüzbin nüfusa düşen hekim ve hemşire sayısı açısından sonuncu, diş hekimi sayısında ise sondan 3. ülkedir. OECD ülkeleri arasında nüfus başına düşen hekim sayısına bakıldığında Yunanistan'ın her yüzbin kişi için 610 hekim sayısı ile birinci olduğu, bunu Avusturya ve Portekiz'in 500 civarında hekim ile takip ettiği, daha sonra Norveç, Litvanya, İsviçre, Almanya ve İsveç'in yaklaşık 400 civarında hekimle geldiği, AB ortalamasının 379, OECD ortalamasının 350 olduğu görülmektedir. Türkiye 193 hekim ile en son sıradadır. Son sıralarda Türkiye'den başka Kolombiya, Polonya, G. Kore, Meksika, Japonya ve Şili gibi ülkeler 200-250 hekim ile gelmektedir (bakınız Grafik-1).

Diş hekimi sayısı açınsansa Şili ve Yunanistan her yüz bin kişi için 125 civarında diş hekimi ile ilk sıralarda yer almaktadır. AB ortalamasının 78, OECD ortalamasının 72 olduğu görülmektedir. Türkiye her yüz bin kişiye düşen 40 diş hekimi ile sondan üçüncü sıradadır (bakınız Grafik-2).

Sağlık emek gücünün sadece az olması değil dağılımı da sorundur. Hekim (uzman, pratisyen) ve hemşire-ebe meslekleri bir arada değerlendirildiğinde bu yapının temelini ebe ve hemşire gibi sağlık personeli oluşturur. Bu meslek grubunun hekimlerden daha fazla olması gerekir. Daha uzun bir eğitim süresine sahip olan uzman hekim sayısı ise sağlık emek gücü piramidinde en üstte yer almalıdır. Ancak verilere bakıldığında Türkiye’de bu dağılımın bozulduğunu pratisyen hekim ve ebe sayısının diğer meslek gruplarına göre yeterince artırılmadığını görmekteyiz (bakınız Şekil-1). Bu durum Türkiye’de sağlık emek gücünün yetersiz olmasının dışında, ebe ve pratisyen hekim sayılarının da olması gerekenden çok daha az olduğunu göstermektedir.

Şekil-1: Türkiye Sağlık Emek Gücü Piramidi (2019)

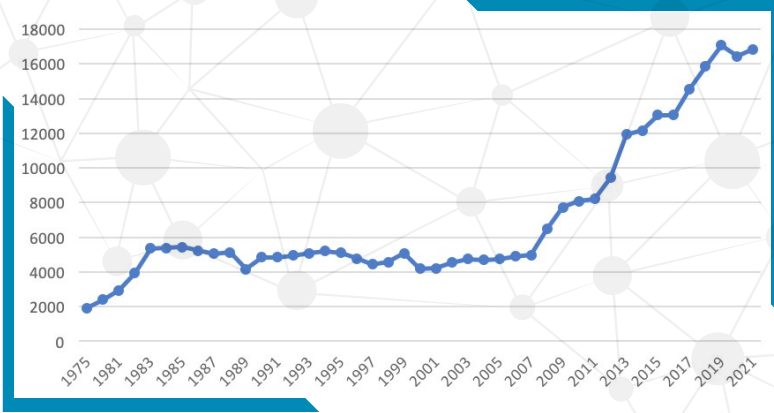


2. Nitelik

Sağlık emek gücü açısından nicelikten daha önemli olan konu emek gücünün niteliğidir. Sağlık hizmetlerinde hangi koşul gerektirirse gerektirsin nitelikli sağlık emek gücü yetiştirme amacından vazgeçilemez. Oysa tıp fakültesi kontenjanlarının hızla artırıldığı dönemler görülmektedir. Örneğin 1983 yılında tıp fakültelerine alınacak hekim adayı sayısı bir anda iki katına çıkarılmış ve yılda 5.000 hekim mezun edilmesi hedeflenmiştir. 2009 yılında ise kontenjanlar aniden %60 artırılarak 8000 kişiye, 2012'de 12.000'e, 2019'da 17.000'e çıkartılmıştır. Tıp fakültesi kontenjanlarının 1983 ve 2009 yılında ani artışlar yaşadığı, 2010'lu yılların başında 10.000 dolayında belirlenen kontenjanın 2018 yılından itibaren tekrar aşırı bir artışla 16.000 dolayına geldiği görülmektedir (bakınız Grafik-3).

Özellikle son 10 yılda tıp fakültesi kontenjanlarında ciddi bir artış vardır. Bu çerçevede 2022 yılından itibaren her yıl yaklaşık 10.000 dolayında hekim mezun olacak, bu sayı önümüzdeki yıllarda 15.000'e çıkacaktır. Eğer TUS kontenjanları yıllık 12.000 civarında sabit kalırsa yeni mezun hekimlerin yaklaşık yarısının uzmanlık eğitimine başlayacağı ve en az 3000-4000 kadarının da aile hekimi olması beklenmektedir. Dolayısıyla tıp fakültesi kontenjanlarının son 10 yılda yaklaşık 3 katı artırılmasının olumlu ve olumsuz pek çok etkileri olacaktır. Örneğin, TTB'nin hazırladığı raporlar bu konuda öncelikle eğitim kalitesi açısından ciddi sorunlar olduğunu ortaya koymaktadır (16, 17).

Grafik-3: Türkiye'de Yıllara Göre Tıp Fakültesi Kontenjanları (1975-2021)



Kaynak:
ÖSYM verileri (18 nolu kaynak)

Tıp fakültesi kontenjanlarının hızla artırılmasının olumlu ve olumsuz sonuçları altta verilmiştir:

Tıp Fakültelerinde Kontenjan Artırımının Olumlu Sonuçları:

- Hekim sayısının artması, hekim başına düşen nüfusun azalmasına yol açacak ve 2022 yılından başlayarak özellikle birinci basamakta aile hekimi başına düşen nüfusun 3200'den 3000'e düşmesi hedefi yerine getirilebilecektir. Ancak bunun için aile hekimliğinin özendirilmesi ve TUS kontenjanlarının yıllık 13.000'in üzerinde artırılmaması gerekmektedir.
- Hekim sayısının artması uzman hekim sayısının da artmasına ve özellikle aile hekimliği, acil hekimliği, anestezi, cerrahi ve halk sağlığı gibi uzman açığı olan alanlarda uzman açığının kapanmasına yol açacaktır. Ancak bunun için ilgili uzmanlık alanlarının çalışma koşullarının düzeltilmesi ve seçiminin özendirilmesi gerekmektedir.

- c. Hekim sayısının artması hastanelerde ve birinci basamakta polikliniklerde olan yığılmaların azalmasına yardımcı olacaktır. Ancak bunun için sevk zinciri zorunlu hale getirilmeli, hastanelerde çalışan uzman doktorların geliri döner sermayeye bağlı olmaktan çıkarılmalıdır. Eğer zorunlu sevk zinciri uygulaması getirilebilirse hastanelerdeki yığılmalar önlenebilir, hastanelerin daha fazla uzmanlık öğrencisi gereksinimi ortadan kalkar ve toplam sağlık harcamaları azaltılabilir.
- ç. Hekim sayısının artması eğer beraberinde poliklinik düzenlemeleri ve birinci basamağın güçlendirilmesi de yapılabilirse hastalara ayrılan sürenin artmasını sağlayacaktır. Ayrıca sağlıkta tedavi edici hekimliği destekleyen değil, koruyucu hekimlik uygulamalarına destek veren politikalara da gereksinim vardır.

Tıp Fakültelerinde Kontenjan Artırımının Olumsuz Sonuçları:

- a. Sağlık emek gücü açısından en önemli nokta emek gücünün niteliğidir. Hangi sağlık sistemi kurgulanmış olursa olsun sistemi çalıştıracak olan esas yapı insandır. Emek gücünün niteliği bir sağlık sisteminin başarısını belirleyen temel unsurdur. Hızlı ve aleracele bir doktor üretimi tıp eğitiminde niteliği bozacaksa asla kabul edilemez. Bu nedenle hızla açılan tıp fakülteleri bağımsız bir kurul tarafından gözden geçirilmeli, yeterli teknik ve fizik donanımı olmayan, yeterli akademik kadrolar oluşturulmadan başlatılan tıp eğitimleri durdurulmalıdır. Tüm fakültelerde kontenjanlar azaltılmalıdır. Çünkü hekim kalitesinin düşmesine yol açmak sağlık sistemindeki sorunları çözmek yerine arttıracaktır.
- b. Niteliksiz eğitim yanlış tanı, tedavi vb nedenlerle toplumun sağlık düzeyinin gerilemesine ve sağlık harcamalarında gereksiz artışa yol açacaktır.

- c. Hızlı doktor üretimine paralel olarak sağlık tesislerinde ve alt yapıda gerekli iyileşme yapılmazsa, özellikle hemşire, teknisyen vb. diğer sağlık çalışanı sayısı da yeterince artırılmazsa sağlık sistemi daha da kötüleşebilir.
- ç. Aşırı doktor üretimi bir müddet sonra işsiz hekim oluşmasına yol açabilir. Kontenjanlar artmaya devam ederse ve devlet doktorlara istihdam garantisi vermezse 10-15 yıl sonra Türkiye'de işsiz hekim dönemi başlayacağı tahmin edilmektedir. Bu nedenle bu yıldan başlayarak kontenjanların düşürülmesi gerekmektedir.

III-SAĞLIK EMEK GÜCÜ YÖNETİMİ

Sağlık emek gücünün yönetimi dağılım, istihdam, çalışma koşulları, mevzuat, örgütlenme, şiddet ve yurt dışına göç başlıkları altında incelenecektir:

1.Dağılım

Bölgesel dağılım açısından bakıldığında da nüfus başına düşen hekim sayısı açısından Güneydoğu Anadolu ve Doğu Anadolu Bölgelerinin ve İç Anadolu'da Aksaray, Nevşehir, Niğde ve Çankırı'nın daha az hekim içerdiği görülmektedir (bakınız Şekil-2).

Şekil-2: Türkiye'de İllere Göre Hekim Sayıları (2019)



Kaynak:

T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2019 (12 nolu kaynak)

Nüfus başına düşen ebe-hemşire sayısı açısından ise Güneydoğu Anadolu, Doğu Anadolu, Marmara Bölgesinin ve büyük kentler arasında da özellikle İstanbul'un daha kötü bir dağılıma sahip olduğu görülmektedir (bakınız Şekil-3). Sağlık emek gücünün düzeltilmesi için Şekil-2 ve 3'te koyu renkle işaretli Güneydoğu Anadolu, Doğu Anadolu, Marmara Bölgeleri'ndeki iller ve hekim dışı personel için İstanbul'a yönelik özendirme politikaları (ek tazminat, lojman verilmesi vb) uygulanmalıdır.

Şekil-3: Türkiye'de İllere Göre Ebe - Hemşire Sayıları (2019)



Kaynak:

T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2019 (12 nolu kaynak)

2. İstihdam

Sağlık emek gücü planlamasında yaşamsal konulardan biri de planlı bir istihdam yapılmasıdır. İstihdam işe alımları ve çalışma hakkını içeren en temel konudur. Anayasamıza göre de herkesin çalışma hakkı vardır. Devletin resmi okullarından mezun olan hekim, hemşire, ebe, acil ambulans teknikerliği, eczacı, diş hekimi, diyetisyen, fizyoterapist, teknisyen vb tüm sağlık meslek gruplarının tam istihdamının düşünülmesi ve buna göre fakülte açılarak sağlık emek gücü yetiştirilmesi gerekmektedir. Oysa 2020 yılı TÜİK verilerine göre sağlık alanında mezunların yaklaşık %70'i istihdam edilmektedir. Çeşitli sağlık meslek dernekleri bu alandaki işsiz sayısını 500.000 civarında vermektedir (19). Bu anlamda genç ve işsiz sağlık emek gücünün bir an önce istihdamının planlanması gerekmektedir. Sosyal devlete düşen en büyük görev sağlık emek gücünün tam olarak istihdamı olmalıdır.

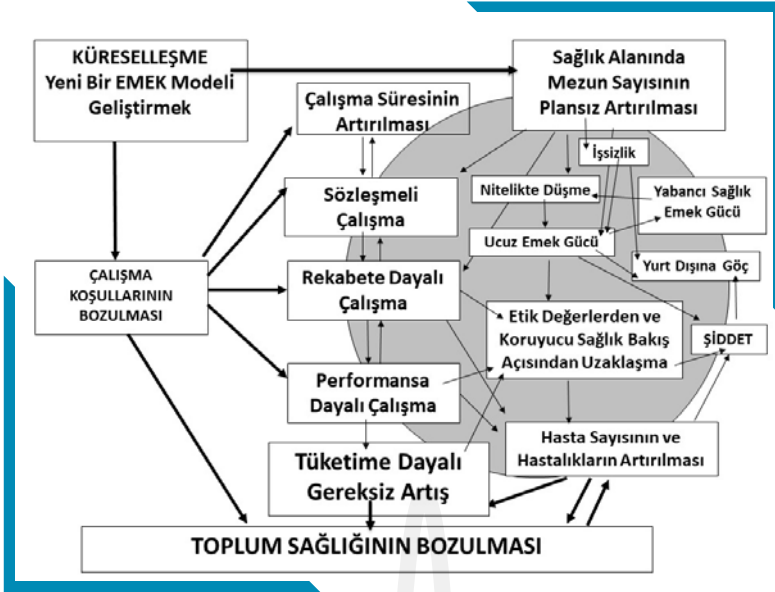
Bir başka önemli konu yeni gelişmelerin ışığı altında yeni meslek gruplarının da (genetik uygulamalar, sağlıkta yapay zeka vb) planlanması gerektiğidir. Bu nedenle istihdam konusu ve kurumsal hedefler vizyoner bir bakış açısıyla belirlenmelidir. Türkiye'de olmayan ancak tüm dünyada bulunan Community Health Workers (koruyucu sağlık hizmetlerinde çalışan Toplum Sağlığı Çalışanları) gibi meslek grupları veya gelecekte önemli olacağı düşünülen biyo-mühendislik alanlarına yatırım yapılmalıdır.

3. Çalışma Koşulları

Türkiye'de sağlık çalışanlarının çalışma koşullarında hızlı bir değişim süreci yaşanmaktadır. Değişimin temel amacı sağlık hizmetlerinde giderek artan oranda "piyasa" koşullarının ve küreselleşmenin geçerli olduğu bir model oluşturmaktır. Bu yönetime dayalı olarak sağlık emek gücünde uzun süre çalışma, sözleşmeli çalışma, rekabete dayalı çalışma ve performans değerlendirilmesi gibi uygulamalar giderek daha çok kullanılmaktadır. Dolayısıyla çalışanlar arasında dayanışmanın yerini gide-

rek artan oranda rekabet almaktadır. Diğer yandan ucuz emek gücü ve rekabet sağlayabilmek için hızla sağlık çalışanları mezun edilmekte ve bu durum başta nitelik düşmesi olmak üzere, etik değerlerden uzaklaşma, işsizlik, şiddet ve yurt dışına göçe de yol açmaktadır (bakınız Şekil-4).

Şekil-4: Sağlık Emek Gücü Alanında Küreselleşme ve Çalışma Koşulları



4. Mevzuat

Türkiye’de sağlık emek gücü ile ilgili alanda hem ciddi bir mevzuat eksikliği vardır hem de var olan mevzuat tam olarak uygulanmamaktadır. 1219 sayılı Tababet ve Şuabat-ı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun sağlık meslekleri alanında alanda yeterli kalmamaktadır. Daha da önemlisi DSÖ tarafından tanımlanan yüz kadar sağlık mesleğinin birçoğunun ülkemizde çıkartılmış bir kanunu veya görev tanımı yoktur.

Yönetmelik, yönerge, genelge gibi farklı düzenlemelerle bir an önce eksiklerin giderilmesi gereken sağlık emek gücü mevzu-

atı alanında kapitalist sistem ve özelleşme nedeniyle bir alan kapma mücadelesi de vardır. Psikoloji, psikiyatri, beslenme, fizyo-terapi, hemşirelik, geriatri, yönetim, sosyal hizmet, aile danışmanlığı gibi alanlarda meslek gruplarının birbirleri alanına girmesi söz konusu olabilmektedir. Özlük hakları, döner sermaye, ek göstergeler, performans ve Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) düzenlemeleri açısından sorunlar bulunmaktadır. Sağlıkta şiddet konusunda da yasal düzenlemeler yetersiz kalmaktadır.

5. Örgütlenme

Türkiye'de demokratik bir ortamdan giderek uzaklaşmakta, otoriter ve baskıcı bir yönetim tarzına doğru kayılmaktadır. Bu durum sağlık çalışanlarının örgütlenme özgürlüğünü engellemektedir. Merkezi yönetim tarafından atanan yöneticiler (başhekimler, sağlık müdürleri vb) çalışanlar üzerinde baskı kurmaktadır. Özellikle sendikal örgütlenme sağlık sektöründe giderek azalmaktadır. Sağlık çalışanlarında sendikalaşma oranlarının yetersizliğinden öte sarı sendika ve iktidar sendikaları önemli bir sorun haline gelmiştir. Ayrıca meslek örgütleri ve sivil toplum kuruluşlarına, derneklere yönelik baskılar vardır.

6. Şiddet

Çalışma koşullarının giderek ağırlaşması, merkezi randevu sistemlerinin kısa aralıklarla randevu vermesi, sağlık çalışanlarının yöneticiler tarafından gelen her hastaya bakma baskısı altına alınması, yetersiz donanım ve çalışan sayısı sağlıkta şiddet olaylarının olmasına yol açmaktadır. Ayrıca son iki yılda COVID-19 pandemisi nedeniyle yoğun çalışma temposu, ölüm oranlarında artış vb etkenlerle de sağlık çalışanlarına yönelik şiddet son yıllarda daha da artmıştır. Sağlık çalışanlarının %81'i son bir yılda sözlü veya fiziksel şiddetle karşılaştığını bildirmektedir. 2021 yılında sağlık çalışanlarına yönelik olarak 190 saldırı gerçekleşmiş ve 316 sağlık çalışanı mağdur olmuştur. Saldırılardan çoğu acil servis, aile sağlığı merkezleri, yoğun bakımlar ve cerrahi birimlerde meydana gelmektedir. Sağlık çalışanlarına

yönelik şiddetin 2021 yılında %62 oranında arttığı bildirilmiştir. Bu saldırılarda tutuklama oranı ise %11'dir (20). Şiddetle ilgili cezalar yeterli değildir ve caydırıcı olmamaktadır.

7. Yurt Dışına Göç

Üst üste gelen sorunlar, uzun çalışma süreleri, kalabalık poliklinikler ve şiddetin giderek artması sonrasında ülkemizde yaşanan ciddi ekonomik kriz artık bardağı taşıran son damla olmuştur. Yeni mezun sağlık çalışanları başta hekimler olmak üzere en kısa yoldan yurt dışına gitmeye çalışmaktadır. Genç mezunlar çok ciddi bir hayal kırıklığı yaşamaktadır. TTB verilerine göre son on yıl içinde 4000'den fazla, son bir yılda ise 1400'den fazla doktor yurt dışına çalışmaya gitmek için izin almıştır (21). Bu durum sadece hekimler için değil sayıları zaten yetersiz olan hemşireler de dahil bütün sağlık emekçileri için geçerlidir. Türkiye en önemli kaynağı olan yetişmiş sağlık emek gücünü hızla kaybetmektedir.

SONUÇ

Sağlık emek gücü ile ilgili faktörler iş güvencesi, istihdam biçimi, gece çalışması, vardiyalı çalışma, fazla çalışma, iş yükü, iş ritmi-temposu, angarya çalışma, çalışma ortamındaki riskler, göç, sağlık çalışanına yönelik şiddet ve ücretlendirme gibi çok sayıda değişkenden oluşmaktadır. Son yıllarda sağlık emek gücü politikalarına bakıldığında sağlık çalışanlarının istihdam biçiminin güvenceli devlet memuru statüsünden, sözleşmeli çalışan ve taşeron firma çalışanı statüsüne doğru hızla değiştiği görülmektedir. Bu aynı zamanda sağlık sektöründe özelleştirmenin ve kamunun özelden hizmet alımının artmasıyla da doğru orantılı olmuştur. Son olarak performansa dayalı ödemeler başta olmak üzere personel ücretlendirme yöntemlerindeki değişimler de bunu etkilemiştir.

Son 15 yıldaki sağlık politikalarının sağlık emek gücüne olan etkilerinin incelendiği bir çalışmada “sağlık emek gücü” konusu politik dokümanlarda en az yer alan konulardan birisi olarak saptanmıştır (22). Oysa sağlık emek gücü bir ülkenin sağlık sisteminin en önemli bileşenidir. Tüm sağlık politikacılarının en çok önem vermesi gereken konu sağlık emek gücüdür. Son yıllarda iktidar tarafından yayınlanan sağlıkla ilgili dokümanlarda sağlık emek gücü daha çok sayısal artırma politikaları, esnek istihdam, performansa dayalı ücretlendirme, sözleşmeli çalışma, toplam kalite yönetimi, merkezi hastane randevu sistemi gibi önerilerle birlikte yer almıştır. Bu öneriler daha çok ticarileşmiş sağlık hizmetlerine sağlık emek gücünü entegre etme ve sömürü oranlarını daha da artırma yöntemlerini içermektedir. Daha da önemlisi Türkiye’de sağlık emek gücü planlaması yeterince önem verilen bir konu olmamıştır. Sağlık alanında yapılan planlamalar bilimsel olmaktan uzaktır ve fakültelerin kontenjanları popülist politikalarla sürekli olarak artırılmaktadır. Türkiye için sağlık emek gücü alanında AKP iktidarının son 20 yılda uyguladığı Sağlıkta Dönüşüm Programının verdiği zararları azaltacak yeni bir reform programına ihtiyaç vardır. Bu program sağlık emek gücünün yetiştirilmesi, yönetilmesi ve tam istihdamı amacıyla bilimsel bir planlama içermelidir.

Kaynaklar

1. WHO. Classifying Health Workers: Mapping Occupations to the International Standard Classification: ILO, International Standard Classification of Occupations: ISCO-08. Geneva, 2020.
2. WHO. The World Health Report 2006, Working Together for Health, Geneva, 2006.
3. Joint Learning Initiative. Human resources for health. Harvard Univ Press, Massachusetts, 2004.
4. WHO. Methodology for planning of human resources for health. WHO Counsultation on Human Resources for Health Report Planning Methodology Report, HRH 92.9, 23-27 March 1992, Bangkok.
5. Hall TL, Mejia A. Health manpower planning, principles, methods, issues. WHO, Geneva, 1978.
6. Hornby P, Ray DK, Shipp PJ, Hall TL. Guidelines for Health Manpower Planning. WHO, Geneva, 1980.
7. Kılıç B, Şahan C, Bahadır H. Türkiye'de Halk Sağlığı Uzmanları İçin İnsan-gücü Planlaması (2013-2023). HASUDER, Ankara, 2014.
8. Kılıç B. Halk Sağlığı Uzmanları İnsan-gücü Planlaması. XXII. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Aralık 2020, Kongre Kitabı, s:54.
9. WHO. Workload Indicators of Staffing Need User's Manual. Geneva, 2010.
10. Hornby P, Ozcan, S. ve Ghimire, R. Strategic Plan For Human Sesources For Health 2003 to 2017. Ministry Of Health Kathmandu, Nepal, 2003.
11. Susanthironanki at al. Models of Health workforce Planning – A Review . IOSR Journal of Dental and Medical Sciences (IOSR-JDMS) Volume 16, Issue 6 Ver. IX (June. 2017), pp:35-42.
12. Başara BB, Çağlar İS, Aygün A ve ark. TC Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2019. Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı yayın no: 1185; Ankara: 2021.
13. Kılıç D, Kaya İ, Kamaş A ve ark. Sağlık İstatistikleri 2002. TC Sağlık Bakanlığı Araştırma Planlama ve Koordinasyon Kurulu Başkanlığı; Sağlık Bakanlığı yayın no: 653; Ankara: 2003.

14. Mollahaliloğlu S, Başara BB, Eryılmaz Z ve ark. TC Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2010. Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Sağlık Bakanlığı yayın no: 832; Ankara: Kalkan Matbaacılık; 2011.
15. Köse MR, Başara BB, Güler C ve ark. TC Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016. Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı yayın no: 1083; Ankara: 2017.
16. Sayek İ, Odabaşı O, Kiper N. Türk Tabipleri Birliği Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Raporu 2010, Ankara:TTB yayınları, 2010.
17. TTB. Tıp Eğitimi Sağlıkta Dönüşüme Feda Ediliyor. Basın Açıklaması, 14 Mart 2015.
18. ÖSYM. ÖSYS Yüksek Öğretim programları ve Kontenjanları Kılavuzu.
<https://www.osym.gov.tr/TR,1476/osys-yuksekokretim-programlari-ve-kontenjanlari-kilavuzu.html> İnternet Erişim Tarihi: 1 Mart 2022
19. Tosun S. Sağlık Hizmetlerinde Genç İşsizliği Sorunu:Fenomenolojik Bir Yaklaşım. Girişimcilik ve Kalkınma Dergisi, Kış 2021, cilt:16, sayı:2, pp:60-75.
20. Sağlık-Sen. 2021 Sağlıkta Şiddet Raporu. 20 Ocak 2022.
<https://www.saglikksen.org.tr/haber/10831/genel-baskan-durmus190-siddet-olayinda-316-saglik-calisani-magdur-oldu>
İnternet Erişim Tarihi: 1 Mart 2022
21. Gall C. Turkey's Doctors Are Leaving, the Latest Casualty of Spiraling Inflation. The NewYork Times, 7 February 2022.
<https://www.nytimes.com/2022/02/07/world/asia/turkey-inflation-doctors.html?smid=tw-nytimes&smtyp=cur>
İnternet Erişim Tarihi: 8 Şubat 2022
22. Özkan Ö. Sağlık emekgücünün AKP ile geçen 15 yılı. Toplum ve Hekim, 2017; 32(5):381-400.

(Milyon TL)

2020	Pay (%)
249 932	100,0
233 062	93,3
123 397	49,4
1	0,0
25 664	10,3
63 053	25,2
13 055	5,2
1 166	0,5
6 726	2,7
16 870	6,7



ŞEHİR HASTANELERİ

*Uğur Emek*⁵

GİRİŞ

Şehir hastaneleri modeli 2003 yılında yayımlanan Sağlıkta Dönüşüm Programının bir çıktısı olarak gündeme geldi. 2005 yılında 3359 sayılı Temel Sağlık Hizmetleri Kanununda yapılan tek maddelik bir düzenleme ile modele yasal altyapı sağlandı. Bu Kanun değişikliğinden sonra Sağlık Bakanlığında kurumsal yapılanmaya gidildi ve bir yönetmelik yayımlandı.

Yönetmelik çerçevesinde 2009 yılından itibaren ihalelere çıkıldı. Başlangıçta 20 hastanenin ve bir sağlık tesisinin (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu) ihalesi yapılmıştı. Mevcut durumda 18 şehir hastanesinin 13'ü hizmete alındı ve diğer 5'inin inşaatı devam etmektedir.

2012 yılında Danıştay Yönetmeliğin bazı maddelerinin ve bazı ihalelerin yürürlüğünü durdurdu. 3359 sayılı Kanunda yapılan değişiklik Anayasa Mahkemesine taşındı. Danıştay Yönetmelikte ve şartnamelerde Kanunda yer almayan hususlara yer verildiğini tespit etti. Anayasaya göre bir kamu hizmetinin özel hukuk sözleşmesiyle gördürülmesi ancak Kanunda öngörülmesi durumunda mümkündür. Ancak 3359 sayılı Kanunda yer almamasına rağmen, Kanuna göre çıkarılan Yönetmelikte sözleşmelerin özel hukuka tabi olacağı belirlendi. Bu da hukuksuz bir işlem olarak kabul edildi.

Hastane politikası çerçevesinde şehir içerisindeki bütün devlet hastanelerinin kapatılması ve şehir dışında yeni bir hastane kampüsü inşa edilmesi öngörülüyor. Başlangıçta yapılan ihalelerde şehir içerisinde kapatılan hastanelerin arazileri yüklenici-

⁵ Prof. Dr., Başkent Üniversitesi İktisat Bölümü Başkanı, DPT-Planlama eski Uzmanı.

lere verildi. Danıştay 3359 sayılı Kanunda bu işleme izin veren bir hükmün bulunmadığını belirterek bu işlemi de hukuka aykırı buldu.

Bu gelişmeler üzerine 2013 yılında 6428 sayılı “Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İş Birliği Modeli ile Tesis Yapıtırılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun” (6428 sayılı Kanun) çıkartıldı. Bu düzenleme çerçevesinde adeta sözleşmeler kanuna değil, kanun sözleşmelere uygun hale getirildi.

Başlangıçta bu hastanelerin resmi ismi Entegre Sağlık Tesiydi. Cumhurbaşkanı çeşitli konuşmalarında Şehir Hastanesi ismini gündeme getirdi. Bunun üzerine resmi söylemde ve yazışmalarda da bu isim kullanılmaya başlandı.

KÖİ MODELİNİN İŞLEYİŞİ

Geleneksel kamu alımlarında idareler projelerin inşaatını ihale etmektedir. Finansman, işletme ve talep risklerini kendileri üstlenmektedir. KÖİ modelinde finansman, inşaat ve işletme riskleri özel sektöre devir edilmektedir. Böylece özel sektörün projenin yaşam döngüsü maliyetlerini göz önünde bulundurarak tasarım ve inşaat aşamalarında maliyet düşürücü önlemler alması beklenmektedir (Hart, 2003). Geleneksel yöntemde işletme sorumluluğu kamu idarelerinde olduğundan, özel sektör yaşam döngüsü maliyetlerini gözetme ihtiyacı duymamaktadır.

KÖİ yönteminin bu olumlu yönünün yanı sıra siyasetçilerin ilgisini çokça çeken bir özelliği daha bulunmaktadır. 7 Şubat 1992 tarihinde imzalanan ve Kasım 1993'te yürürlüğe giren Maastricht Antlaşmasıyla Avrupa Birliği (AB) üyesi ülkelerin makroekonomik yaklaşım kriterleri belirlenmiştir. Bu kriterlerle düşük enflasyon oranı, kamu maliyesinde düşük açık, para politikalarında istikrar ve uzun vadeli faizlere ilişkin ilkeler belirlenmektedir. Kamu maliyesine ilişkin kriterler çerçevesinde kamu borcu/GSYİH oranının üst limiti % 60 olarak belirlenmiştir.

Bu oran hükümetlerin borçlanma kapasitelerini önemli ölçüde sınırlandırmıştır. Bu sınırlamadan kaçınmak amacıyla Birleşik Krallık KÖİ yöntemini uygulamaya başlamıştır. Çünkü çeşitli muhasebe oyunları çerçevesinde KÖİ sözleşmelerinden kaynaklanan borçları saklamak mümkündür. Birleşik Krallığın yanı sıra diğer üye devletler ve AB dışındaki ülkeler de borçlarını saklamak amacıyla agresif biçimde KÖİ yöntemini kullanmaya başladı (Emek, 2014).

AB bu mali aldatmacayı tespit etti ve 2004 yılında KÖİ'lerden kaynaklanan yükümlülüklerin idarelerin bilançolarında gösterilmesine ilişkin düzenlemeler yaptı*. Daha sonra 2012 yılında Uluslararası Kamu Muhasebe Standartları Kurulu KÖİ sözleşmelerinden kaynaklanan hak ve yükümlülüklerin kamu idarelerinin bilançolarında gösterilmesi usullerini belirledi**. Hazine ve Maliye Bakanlığı 2014 yılında Genel Yönetim Muhasebe Yönetmeliğinde yaptığı değişiklikle KÖİ sözleşmelerinden kaynaklanan hak ve yükümlülüklerin idarelerin bilançolarında kayıt alma yöntemini belirledi. 2015 yılında da bu değişikliğin uygulama tebliği yayımlandı***.

Bu düzenlemelere göre KÖİ sözleşmelerinden kaynaklanan yükümlülüklerin kamu idarelerinin bilançolarında şeffaf biçimde gösterilmesi gerekmektedir. Ancak, Sayıştay raporlarına göre bu yasal yükümlülüklerle rağmen Bakanlık şehir hastanelerinden kaynaklanan yükümlülükleri borç olarak bilançolarında göstermiyorlar.

Şehir hastanelerinde iki tür ödeme yapılmaktadır. Birincisi kamuoyunda kira bedeli olarak bilinen kullanım bedelidir. İkinci-

* New decision of Eurostat on deficit and debt Treatment of public-private partnerships, <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/1015035/2041337/Treatment+of+PPPs.pdf/af9e90e2-bf50-4c77-a1a0-e042a617c04e>

** IPSAS 32—Service Concession Arrangements: Grantor, https://www.ifac.org/system/files/publications/files/B8%20IPSAS_32.pdf

*** Muhasebat Genel Müdürlüğü Genel Tebliği (Sıra No: 45) Kamu Özel İş Birliği Uygulamalarının Muhasebe İşlemleri

si ise hizmet bedeli ödemeleridir. Her iki ödeme de Sağlık Bakanlığı Bütçesinden yapılmaktadır. 2022 yılında 14 milyar TL'si kira, 7,5 milyarı da hizmet bedeli olarak şehir hastaneleri bütçe ödeneğinin toplam tutarı 21,5 milyar TL'dir. Bu ödenek Bakanlık bütçesinin % 19'udur. Bakanlık bütçe ödeneği yıl içerisinde artırılmadığı takdirde kur ve enflasyondaki artışlara göre bu oran daha da artacaktır.

KAMU - ÖZEL ORTAKLIĞI MI, İŞBİRLİĞİ Mİ?

Şehir hastaneleri programının başlarında Sağlık Bakanlığı bu yöntemi "kamu özel ortaklığı" olarak isimlendirdi. Ortaklık, amaç fonksiyonu aynı olan paydaşların kaynaklarını ve becerilerini bir araya getirerek ortak kazanımlarını artırmak için oluşturulmaktadır. Oysa KÖİ projelerinde sözleşme taraflarının tarafları olan kamu idareleri ve özel sektörün amaç fonksiyonları aynı değildir. Sözleşmelere konu işler (ulaştırma, enerji, sağlık vb) kamu hizmetidir. İdarelerin amaç fonksiyonu bu hizmetleri en kaliteli biçimde ve en düşük ücretle (mümkünse bedava) sağlamaktır. Özel sektörün önceliği ise hizmeti en düşük maliyetle ve en yüksek ücretle satmaktır. Tarafların amaç fonksiyonları çatışmaktadır. Daha önemlisi hizmetin bedelini sözleşme tarafları değil, vatandaşlar ödemektedir. Bu ödemeleri hizmet kullanıcıları ve vergi mükellefleri yapmaktadır. Bu nedenle bu sözleşmeler ortaklık değil, iş birliğidir.

FİZİBİLİTE ÇALIŞMALARI

6428 sayılı Kanun'a göre şehir hastanelerinin KÖİ yöntemiyle yapılması için bir ön fizibilite raporu hazırlanmalıdır. Bu raporda gerçekleştirilmesi öngörülen projenin teknik, finansal, ekonomik, çevresel, sosyal ve hukuki açıdan yapılabirlikleri analiz edilmelidir. Öngörülen kullanım bedeli, hizmet bedeli ve garantiler de dâhil olmak üzere risk analizleri ve paylaşımları yapılmalıdır. Bu analizlere dayanarak yatırımın geleneksel tedarik yöntemleri yerine KÖİ modeli ile hayata geçirilmesinin gerekçesi karşılaştırmalı olarak ortaya konulmalıdır.

Resmi metinlerden bu fizibilite çalışmalarında gereken özen gösterilmediği anlaşılmaktadır. KÖİ modelinin sadece bütçe kısıtları nedeniyle başvuru bir finansman modeli olarak kullanıldığı görülmektedir. İhtiyaçtan projeye değil, projeden ihtiyaca gidilmektedir (Kalkınma Bakanlığı, 2018). Çünkü projeler siyasi öncelikler çerçevesinde belirlenmektedir. Bu nedenle de fizibilite etüdü, diğer etütler ve sözleşme/mevzuat gibi hususlarda yönetim ilkelerine uyulmamaktadır. Bunun yanı sıra Onuncu Plan Özel İhtisas Komisyonu Raporunun hazırlık toplantılarında üst düzey bir kamu görevlisi fizibilite çalışmalarının yapılış şeklini şu şekilde ifade etti: “Fizibiliter son derece önemli. Oysa ki uygulamaya baktığımızda, kendi kurumum da dahil, zaman zaman fizibiliteri abarttığımız, fizibil olmayan projelere fizibilite katmak adına, taklalar attığımız da bir gerçek.” Bu açıklamalardan KÖİ projelerinde fizibilite çalışmalarının özensiz yapıldığı anlaşılmaktadır.

Resmi metinlerde yapılan açıklamaların yanı sıra şehir hastanelerinin maliyetinin boyutunu nicel olarak tartışan bir başka çalışmada hem fizibilite raporlarındaki özensizlik hem de şehir hastanelerinin göreceli yüksek maliyeti gösterilmektedir. Sağlık Bakanlığının 2017 yılı Bütçesi görüşmelerinde, Bakanlık TBMM’de milletvekillerine “Paranın Değeri Analiz Yaklaşımı” isimli bir çalışma dağıttı. Bu çalışmanın yukarıda açıklanan ön fizibilite hazırlama standartlarına göre yapıldığı belirtildi. Çalışmada Bilkent Şehir Hastanesinin geleneksel yöntem ve KÖİ yöntemine göre yapılması halindeki olası maliyetleri karşılaştırıldı. Çalışmaya göre geleneksel yöntemin maliyeti 5,2 milyar TL ve KÖİ yönteminin maliyeti yaklaşık 4 milyar TL’dir. Buna göre KÖİ yöntemi sayesinde hastane inşaatında % 26 (1,2 milyar TL) tasarruf sağlanmıştır.

Emek (2018) çalışmadaki verileri ve aynı metodolojiyi kullanarak bu hesapları yeniden yapmaktadır. Hesaplama Bakanlık çalışmasındaki maddi hatalar ve varsayım manipülasyonları düzeltilmektedir. Bu düzeltmeler sonucunda klasik modelin yapım maliyeti yaklaşık 4 milyar TL ve KÖİ yönteminin yapım

maliyeti ise 6,8 milyar TL olarak hesaplanmaktadır. Bakanlığın çalışmasının aksine Emek (2018) geleneksel yöntemle göre KÖİ'nin inşaat maliyetinin % 73,4 daha pahalı olduğunu göstermektedir. Bu bulgu da fizibilite çalışmalarındaki özensizliklere ve manipülasyonlara işaret etmektedir.

İHALELER

Sağlık KÖİ sözleşmelerinin ihalesi 4734 sayılı Kamu İhale Kanunundan (KİK) istisnadır. KİK ilan süreçleri, şartnamelerde yer alacak hususlar ve ihale sonuçlarının raporlanması hususlarında açık hükümler içermektedir. Şehir hastaneleri sözleşmelerinin ihaleleri 6428 sayılı Kanun tarafından düzenlenmektedir. Ancak bu Kanunda ihale sonuçlarının duyurulması ve ihale sonuçlarına itiraz süreçleri hususlarında her hangi bir düzenleme bulunmamaktadır. Bu nedenle de ihale süreçleri şeffaf biçimde yönetilmemektedir.

Bilgileri kamuya açık 15 şehir hastanesi ihalesine, ortalamada 3 şirket/grup teklif verdi. İhaleye az sayıda yatırımcının katılması rekabetin yetersizliğinin açık bir göstergesidir. İhalelere az sayıda yatırımcının katılması, fırsatçı (monopolcü) davranış ihtimalini artıracığından, etkinliğe zarar verecektir. Aynı şirket(ler) in sözleşmelerin tamamına veya çoğuna sürekli teklif vermesi bu zararı daha da büyütecektir. Alım tarafında monopsoncunun (Sağlık Bakanlığı), satıcı tarafında oligopolcü firmaların bulunduğu eksik rekabetli bir piyasadan, a priori olarak etkinlik beklenmemelidir. Nitekim şehir hastaneleri ihalelerinde yaklaşık 30.500 yatağın % 67,3'ünü 4 şirket kontrol etmektedir. Toplam yatak sayıları açısından ortaya çıkan yüksek yoğunlaşma oranı sağlık KÖİ sözleşmelerinin ihalelerinde oligopolistik/işbirlikçi davranış göstergesidir (Emek, 2017). Bu da etkinlik açısından endişe nedenidir.

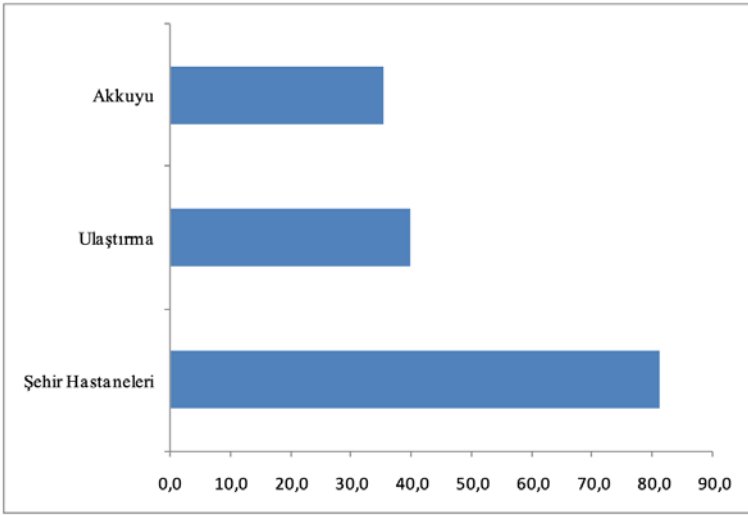
GELİR GARANTİLERİ

Şehir hastanelerinde kullanım ve hizmet bedeli ödemeleri yapılmaktadır. Kamuoyunda kira şeklinde de isimlendirilen kullanım bedeli bina, elektrik, asansör, soğutma, olağanüstü bakım onarım, peyzaj ve ana tıbbi cihazlar için yapılan ödemeleri içermektedir. Hizmet bedeli ilaçlama, otopark, temizlik, bilgi yönetimi, güvenlik, resepsiyon, yardım, taşıma, çamaşır, yemek, laboratuvar, görüntüleme, sterilizasyon, dezenfektasyon, rehabilitasyon ve atık hizmeti gibi faaliyetleri içermektedir. Ödemeler Sağlık Bakanlığı bütçesinden yapılmaktadır. Bedeller ihalede ortaya çıkmaktadır. 25 yıllık sözleşme süreci boyunca Türk lirası üzerinden en düşük bedeli teklif eden istekli ihaleyi kazanmaktadır. Bedel görevli şirketin performansına göre ödenmekte ve ortaya çıkacak gecikmelere, hatalara ve/veya olumsuzluklara uygulanacak cezalara göre indirilmektedir. Sözleşmede, Türk Lirası cinsinden belirlenen bedel, finansman anlaşmalarında geçerli olan döviz cinsi ile Yurt İçi Tüketici (TÜFE) ve Üretici Fiyatları Endekslerinin (ÜFE) ortalamasındaki değişimlere göre güncellenmektedir. Kur artışı (enflasyon) enflasyondan (kur artışından) yüksekse, ağırlıklı olarak yüksek olan artış dikkate alınmaktadır.

Sözleşme süreleri boyunca şehir hastanelerinde (81,2 milyar dolar) gelir garantisi verildi. Bunun yanı sıra ulaştırma projelerinde 39,7 milyar dolar ve Akkuyu Nükleer Santralinde (ANS) 35,2 dolar tutarında garanti verildi. KÖİ sözleşmelerinde verilen garanti toplamı 156,1 milyar dolardır (Şekil 1).

Şehir hastaneleri ve ulaştırma projelerinde faaliyete geçen tesisler için 2018 yılından itibaren ödeme yapılmaktadır. Şehir hastanelerinde 2020 sonu itibarıyla bu tutarın 3 milyar doları ödendi. ANS ise henüz işletmeye alınmadı. Dolar kurundaki her artış Türk lirası cinsinden yükümlülükleri artırmakta ve ilgili bakanlıkların bütçesinde büyük yük oluşturmaktadır. Türk Lirasının dolar karşısında bir TL değer kaybetmesi durumunda, KÖİ yükümlülüklerinin ekonomi üzerindeki yükü toplamda 156 milyar TL artmaktadır.

Şekil 1. KÖİ sözleşmelerinde gelir garantileri (milyar ABD doları)



Kaynak:

Gelir garantileri için şehir hastaneleri ve ulaştırma sözleşmeleri için <https://uemek.blogspot.com/> ve ANS için TMMOB (2019).

GENEL DEĞERLENDİRME

Politika gereği şehir içerisindeki mevcut hastaneler kapatılıp, şehir dışında hastane kampüsleri inşa edilmektedir. Bu yönüyle şehir hastaneleri yatak kapasitesine ilave katkı sağlamamaktadır. Genel kabul görmüş standartlar çerçevesinde optimal hastane yatak kapasitesi 200-600 arasındadır. 200'ün altında ve 600'ün üzerindeki yatak kapasitesine sahip hastanelerde hizmet verimli biçimde sunulamamaktadır (Giancotti ve ark. 2017). Şehir hastanelerinde ortalama yatak kapasitesi 1.605'tir. Yatak sayısı 11 sözleşmede 1.000-2.000 arası, 3 sözleşmede 2.000-3.000 arası ve 2 sözleşmede de (Bilkent ve Etlik Entegre Sağlık Kampüsleri) 3.000'ün üzerindedir. Bu da hastane yönetiminin zorlaştırmasına ve verimliliğin düşmesine neden olmaktadır.

Sağlıkta Dönüşüm Programının temel hedefi evrensel sağlık hizmetinin sunumudur. Evrensel sağlık hizmeti başta yaşlılar ve yoksullar olmak üzere bütün vatandaşların sağlık hizmetine kolayca ulaşmasını gerektirmektedir. Şehir dışındaki hastaneler özellikle de yaşlıların ve yoksulların ulaşımını zorlaştırmaktadır.

Bu yazı kaleme alındığında, 18 şehir hastanesinin 13'ü işletmeye alındı ve bunlar için bütçeden ödeme yapılmaya başlandı. 13 hastane için yapılan ödeme Sağlık Bakanlığının 2022 bütçesinin % 20'si civarındadır. Diğer 5 hastanenin işletmeye alınmasıyla bu oran daha da artacaktır. Bu da Bakanlık bütçesinin donmasına ve diğer faaliyetlere aktarılacak kaynakların sınırlandırılmasına neden olmaktadır.

Kaynaklar

1. Emek U. Kamu-Özel İşbirliklerinin Devlet Muhasebe Sistemindeki Yeri ve Önemi. İktisat, İşletme ve Finans, 2014; 29(337):9-38.
2. Emek U. 2017. Sağlık Sektöründe Kamu-Özel İşbirliği Sözleşmeleri: Beklenti ve Gerçekleşme. Hacettepe Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, 7(1):141-168.
3. Emek U. 2018. Şehir Hastanelerinde Paranın Değeri Yaklaşımı. İçinde, Kayıhan Pala (editör), Türkiye'de Kamu Özel Ortaklığı:Şehir Hastaneleri. İstanbul: İletişim, p.71-98.
4. Giancotti M, Guglielmo A, Mauro M. 2017. Efficiency and optimal size of hospitals: results of a systematic search. PLoS ONE. 12:e0174533. doi: 10.1371/journal.pone.0174533
5. Hart, O. 2003. Incomplete contracts and public ownership: remarks and an application to public-private partnerships. The Economic Journal, Cilt:113, Sayı:486,(s. 69-76).
6. Kalkınma Bakanlığı. 2018. Kamu Özel İşbirliği Uygulamalarında Etkin Yönetim Özel İhtisas Komisyonu Raporu. Kalkınma Bakanlığı Yayınları: Ankara
7. TMMOB (Türk Mühendis ve Mimar Odaları Birliği). 2019. Akkuyu Nükleer Güç Santrali Güncel Durum Raporu. <https://www.tmmob.org.tr>



TÜRKİYE'DE BİYOTEKNOLOJİK İLAÇ VE AŞI ÜRETİMİNİN YOLLARI ÜZERİNE

*Urartu Özgür Şafak Şeker*⁶

Yirminci yüzyılın en büyük gelişmelerinden birisi hiç şüphesiz ki antibiyotiklerin keşfiydi. Antibiyotiklerin keşfi salgın hatalık kaynaklı ya da değil pek çok enfeksiyonun engellenmesinde büyük rol oynadı. Antibiyotikler mikrobiyolog Alexander Fleming tarafından laboratuvarında keşfedilmelerinden sonra hızlı endüstriyel bir ürün haline dönüşerek biyoteknolojik ilaç moleküllerinin ilki olarak tarihteki yerlerini aldılar. Antibiyotiklerin üretimlerini, diğer biyoteknolojik ilaç üretimleri takip ettiyse de bu yeni nesil biyoteknolojik ilaçların geliştirilmesi başka bir bilimsel dönüm noktasının aşılmasını gerektiriyordu: Genetik Mühendisliği devri.

Genetik mühendisliği, en kısa anlatımla, bir organizmada yer alan bir genin başka bir organizmaya aktarılması olarak tanımlanabilir. Bu aktarılan gen düzenleyici bir mekanizmaya ya da işlevsel bir proteinin alıcı hücrede (canlıda) aktif olarak üretilmesini sağlayabilir. Genetik mühendisliği temel olarak, DNA molekülünün yapısal olarak kesilip biçilmesine, sonrasında kodladığı bilginin işlevsel bir ürüne dönüştürülmesine kadar giden yolda farklı biyokimyasal ve biyolojik yöntemler kullanılmaktadır.

Biyoteknolojik ilaç üretimi, gen mühendisliği uygulamalarının en önemli başlangıç ürünü olan insülinin üretimi ile hız kazanmıştır. Sonra, pek çok farklı araştırma merkezi, üniversite, ilaç şirketleri tarafından rekombinant antikordardan, büyüme hormonlarına pek çok protein tabanlı biyoteknolojik ilacın üretimi ve sağlık sistemine kazandırılması başarılmıştır. Yaşama bilim-

⁶ Doç.Dr., Bilkent Üniversitesi UNAM- Yaşam Bilimleri.

leri alanına aşı ve ilaç uygulamalarında rekombinant DNA teknolojisi ve genetik mühendisliği uygulamaları son derece hızlı biçimde devam etmektedir. Bu sayede her gün yeni bir ilacın keşfi ya da yeni bir hastalık için meydana getirilmesi hızla devam etmektedir. Bu konuda en iyi örneklerden birisi, rekombinant DNA teknolojisine bağlı olarak geliştirilen mRNA teknolojisidir. Bu teknoloji, rekombinant DNA teknolojisi ile üretilen ürünlerin üretimi ile ilgili tüm aşamaları hızlandırarak hem daha düşük maliyetli hem de daha hızlı ulaşılabilir aşı ve ilaçların üretimine olanak sağlamaktadır.

Ülkemizde halen rekombinant DNA teknolojisi ile üretilen bir biyoteknolojik ilaç bulunmamaktadır. Türkiye’de konuyla ilgili 2010’lu yılların erken dönemlerinden beri farklı proje çağrılarında farklı firmalara devlet desteği ile tesisler kurulmuş olsa da bunların hiç birisi aktif biçimde üretim yapmamaktadır. Kendi sermayesi ile bu işe başlayan bir firmada üretim başlamış olsa da ürün ruhsatlandırılmasında sorunlar yaşanmaktadır. Memeli hücre kültürü bazında ise herhangi bir üretim yoktur. Bu da immunoterapi için kanser antikoları başta olmak üzere, pek çok antikor ve biyoteknolojik ilacın üretilmemesi anlamına gelmektedir.

Aşı üretimi konusunda ülkemizin uzun bir süre, Osmanlı İmparatorluğu’ndan devralınan ve Refik Saydam Hıfzıssıhha Enstitüsü’nde devam eden bir deneyim ve geleneği vardı. Ancak, 1996 yılında Dizanteri, boğmaca ve Tifüs daha sonra ise BCG aşı üretiminin durdurulması ile Türkiye doğrudan temin yoluyla aşı alır hale gelmiştir. Sonrasında yapılan iyileştirmelerde amaç dolum yapmak ve enjektör doldurmaktan öteye gidememiştir. Bahsi geçen ve daha önce üretimi yapılan aşuların tamamı ise inaktif ve attenüe edilmiş mikroorganizma aşuları olarak üretilmişlerdir. Bu üretim tarzının hem maliyetli olması hem de ciddi güvenlik önlemleri gerektirmesinden dolayı, rekombinant DNA teknolojisi ile aşı üretimi özellikle çok valanlı aşuların rekombinant olarak üretilmesi dünyada hız kazanmıştır. Bugün ülkemizde maalesef bu tarz aşı üretimi yapmak kabiliyetine ve de-

neyimine sahip bir firma bulunmamaktadır. Görüldüğü gibi hem aşı üretiminde hem de biyoteknolojik ilaç üretiminde genetik mühendisliği ve rekombinant DNA teknolojileri hız kazanmış ve domine edici bir hale gelmişlerdir. Ülkemizde devlet eliyle bu teknolojilerin oluşturulması için planlamalar yapılması bir zorunluluk ve milli güvenlik meselesi haline gelmiştir. Türkiye bugün kendi insülinini dahi üretememektedir ki bu da ciddi miktarda bütçe harcaması demektir.

Türkiye biyoteknolojik ilaç ve aşı üretimi için sahip olduğu insan gücü ve altyapıyı verimli biçimde kullanmalı, sektör temsilcileri ile devlet yardımıyla olacak şekilde yerli biyoteknolojik ilaç ve aşı üretimine dair adımlar atılmalıdır. Türkiye her sene yüzlerce yaşam bilimleri alanında yetişmiş öğrencisini ve deneyimli personelini kaybetmektedir. Bu genç beyinler için devlet planlaması ile ve eliyle devlet araştırma kurumları oluşturulması, bu kurumlara aktif araştırma yapan üniversite ve enstitülerin eklenmesi gerekmektedir. Biyoteknolojik ilaç üretiminde ülkenin özel firmalar aracılığı ile kamucu bir anlayışla üretim ve araştırmaları planlaması bir zorunluluktur. Kamu salt düzenleyici ve denetleyici değil, araştırmayı finanse edici, ürüne dönüşme süreçlerini kendi tesislerinde yürütebilen bir anlayışla planlar oluşturmalıdır. Sağlık harcamalarının büyük kalemlerinden birisi olan biyoteknolojik ilaçlar, gen terapiler ve hücrel terapiler salt özel kurum ve kuruluşlara bırakıldığında aşıda olduğu gibi, üretimden ziyade tedarik yoluna gidecekleri açıktır, zira know-how geliştirme uzun, acılı ve adanmışlık isteyen bir süreçtir. Verilmesi gereken emek çoktur, sabırlı bir ilerlemeyi gerektirir.

Biyoteknolojik aşı/ilaç pazarının, hücre ve gen terapileri pazarının hızlı büyümeye girmiş olması, Türkiye'nin bu alanlarda oyuncu olmasını zorunlu kılmaktadır. Bin dokuz yüz doksanların ortasında yapılmış olan temel yatırımlar savunma sanayi teknolojilerine nasıl katkı sunmuş ise benzer katkının oluşması için sağlık biyoteknolojisi alanı da ciddi oranda desteklenmeli ve profesyonel bir planlamaya tabi tutulmalıdır.



SAĞLIK POLİTİKALARI TEMEL SORUNLAR

Zafer Özbek⁷

TIBBİ VE SAĞLIK HİZMETLERİ KAVRAMI

Sağlık hizmetleri ile tıbbi hizmetler genellikle karıştırılmaktadır. Tıbbi hizmetler, doğrudan sağlık personeli tarafından verilen ve ağırlıklı teşhis ve tedavi işlerini kapsayan hizmetlerdir. Tıbbi hizmetlerin odağında hekim, hemşire, eczacı, fizyoterapist, klinik, hastane, ilaç ve tedavi vardır. Tıbbi hizmetler, gelecekte anlaşıla, yitirilmiş sağlığın onarılması ve yeniden kazanılması demektir.

Sağlık hizmetleri ise tıbbi hizmetleri de kapsayan, ama tıbbi hizmetlerden daha geniş bir yelpazeyi tanımlar. Sağlık hizmetleri, toplumun sağlığını koruma ve geliştirme odaklıdır. Bu yaklaşıma göre sağlık hizmetlerinin asıl amacı kişilerin hastalanmaması, dolayısıyla hekime hastaneye muhtaç olmaması demektir.

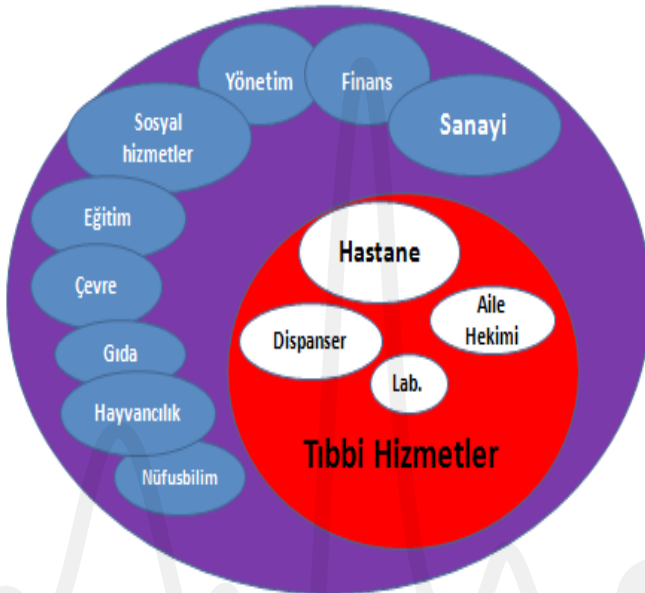
Tıbbi hizmetler tek sektörlüdür. Yani, tıbbi hizmetlerin asıl sorumlusu Sağlık Bakanlığı ve bu Bakanlığın kontrolündeki kamu ve özel tıbbi kuruluşlardır. Oysa sağlığı koruma ve geliştirme konusu yalnızca Sağlık Bakanlığı'nın ve sağlık personelinin değil, birçok meslek grubunun ve sektörün de görevidir. Hatta bu hizmetlerin çoğunun Sağlık Bakanlığı dışındaki sektörlerce yapıldığını söylemek yanlış olmaz. Örneğin, bir öğretmen öğrencilere dış fırçalama konusunda eğitim yaparken aslında bir tür sağlık hizmeti yapmaktadır; bir imam cemaate temizliğin önemini, doğum kontrolünün İslâm dinine uygun olduğunu söylerken sağlık hizmetlerine katkı yapmaktadır; bir veteriner hekim hayvanları kuduz hastalığına karşı aşılar, bir mühendis fabrika bacalarına filtre uygularken dolaylı olarak insan sağlığı-

⁷ Prof. Dr., Halk Sağlığı Uzmanı.

ğına katkı yapmaktadır. Bunun gibi, tarım elemanından çöpçüye, kaymakamdan maliyeciyeye kadar birçok meslek üyesinin ve eğitim, tarım, iç işleri, ulaştırma, çevre, yerel yönetimler, üniversiteler, sanayi, sendikalar, sivil toplum kuruluşları vb birçok sektörün toplum sağlığının korunması ve geliştirilmesi ile ilgili görev ve sorumlulukları vardır. Sağlık hizmetleri, yalnızca herhangi bir bakanlığının değil topyekûn devletin görevidir. Yani, toplum sağlığı, devletin hemen bütün kurum ve kuruluşlarının doğrudan ya da dolaylı olarak katkı sağlayacağı bir sosyal hizmet türüdür.

Sektörler, doğrudan ya da dolaylı olarak sağlık hizmetleri olarak nitelendirilebilecek işler yaparlar. Önemli olan, sektörlerin bu işleri birbirinden ayrı, bağımsız biçimde değil, birbirlerine danışarak, elbirliği içinde planlayarak ve birlikte çalışarak ortak biçimde yapmalarıdır. Böyle olunca, sağlığın geliştirilmesi hedefine ulaşmak daha kolay, ucuz, hızlı ve verimli olacaktır.

Şekil 1: Tıbbi Hizmetler Sağlık Hizmetlerinin Bir Parçasıdır



Bu geniş açıdan bakıldığında toplumun sağlığını etkileyen her olay ve faktörün sağlık hizmetlerinin konusu ve ilgi alanı olduğunu kabul etmek gerekir. Örneğin, aşağıda yer alanlar toplumun sağlığını olumlu ya da olumsuz olarak etkileyebilecek durumlardır ve bu durumlar düzeltilmeden toplumun sağlık düzeyinde istenilen düzeye erişilemez. Söz gelimi, verem hastalığı yoksul, eğitimsiz, işsiz, kötü konut koşullarında yaşayan, yeterli ve dengeli beslenemeyen, çok çocuklu, kalabalık toplum kesimlerinde daha yaygındır. Verem mücadelesinde başarılı olabilmek için tıbbi girişimler yanında gelir dağılımının düzeltilmesi, toplumun eğitim düzeyinin yükseltilmesi, işsizliğin giderilmesi, beslenme durumunun iyileştirilmesi de gerekir. Kuşkusuz bu durumları iyileştirmek doğrudan Sağlık Bakanlığının ve sağlık sektörünün işi olamaz. Toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesi hemen bütün sektörlerin el birliği ile gerçekleştirilecekleri bir konudur.

- Yoksulluk
- İşsizlik
- Eğitimsizlik
- Yanlış inanışlar
- Konut
- Toplu yaşam yerleri
- Çalışma ortamı
- Sanayi atıkları
- Çöplükler
- Kanalizasyon
- Bataklıklar
- İçme ve kullanma suları
- Betonlaşma
- Aşırı doğurganlık
- Nükleer santraller
- Termik santraller
- Akriba evlilikleri
- Hızlı ve çarpık kentleşme
- Hava kirliliği
- Göçer işçiler
- Afetler
- Tarım
- Hayvancılık
- Beslenme alışkanlıkları
- Gıda üreten ve satan yerler
- Okul kantinleri
- Trafik
- Şiddet

SAĞLIK HİZMETLERİNDE SORUNLAR

Sağlık hizmetleriyle ilgili sorunlar dört grupta ele alınabilir:

- Tıbbi sorunlar;
- Sosyal sorunlar;
- Çevresel sorunlar;
- Yönetimsel sorunlar.

Tıbbi Sorunlar:

Tıbbi sorunlarımız uzun bir liste oluşturur. Bu sorunların başlıcaları ve öncelikle ele alınması gerekenler şunlardır:

- 1. Yaşlanma ve sağlık:** Türkiye nüfusunun yaklaşık % 10 kadarı 65 yaş üzerindedir. Ülkemizde doğuştan beklenen ortalama yaşam süresi 79 yıldır, ancak sağlıklı yaşam süresi 57 yıl olarak hesaplanmaktadır. Yani, yaşamın son 20 – 25 yılı kronik hastalıkların tedavileri, hastane bakımları, evde bakım gibi sağlıksız geçen bir dönemdir. Başka bir deyişle, ülkemizin demografik yapısı değiştikçe ve nüfus yaşlandıkça kronik hastalıklar artmaktadır. Bu hastalıklar arasında özellikle kalp ve damar hastalıkları, kanserler, kronik akciğer hastalığı (KOA) ve diyabet sayılabilir. Bunun sonucu olarak ülkemizde evde bakım, organ nakli, hastane bakımı ve üçüncü basamak hastanelere olan gereksinim artmaktadır. Sağlık politikalarının belirlenmesinde bu hususlara önem ve öncelik verilmelidir.
- 2. Şişmanlık ve bağlı sağlık sorunları:** Yapılan araştırmalar ülkemizdeki erkeklerin % 25, kadınların ise % 42 kadarının şişman olduğunu göstermektedir. Şişmanlık (obezite) başta kalp hastalıkları, hipertansiyon, kanser gibi sağlık sorunlarının da hazırlayıcı faktörüdür. O halde, şişmanlık ülkemizde ele alınması gereken bir tıbbi sorundur. Bu konuda daha etkili politikalar oluşturulmalıdır.

- 3. Aile planlamasında hizmet açığı:** Ülkemizde her yıl yaklaşık 160.000 kadın isteyerek düşük yapmaktadır. Aslında bu kadınlar (aileler) doğum kontrolü uygulamaktadır, ama etkili yöntem uygulamadıkları için gebelik oluşmaktadır. Söz konusu kadınlar bu gebeliği o kadar istememektedirler ki, kendi yaşamlarını tehlikeye atma pahasına akıl dışı yöntemlere başvurarak düşük yapmaya kalkışmaktadır. Bu durum ülkemizde yürütülen aile planlaması hizmetlerinde önemli boyutta hizmet açığı olduğunu göstermektedir. Oysa Anayasamızda (Madde 41) aile planlaması hizmetlerinin verilmesini emredici hükümler yer almaktadır. Günümüzde, 1965 yılından buyana yürütülen “antinatalist” politika ve “aralıklı doğum” yaklaşımını geriye döndürme çabaları gözlenmektedir. En az 3 çocuk telkinleri, aile planlaması uygulamaları konusundaki çekingen tutum bunun göstergesidir. Bu yaklaşımın düzeltilmesine ve doğrudan annelerin ve çocukların sağlığını korumaya yönelik aile planlaması uygulamalarına ilişkin politikalar açıklanmalıdır.
- 4. Tütün mücadelesinde gerileme:** Ülkemizde 1996 yılında başlatılan tütünle mücadele başlangıçta çok etkili olmuş ve ülkemiz Dünya Sağlık Örgütü tarafından diğer ülkelere örnek olarak gösterilmişti. Ancak, son yıllarda bu mücadelenin tavsadığı görülmektedir. Oysa tütünle mücadele yurkarda sözü edilen kronik hastalıkların (kalp-damar, kanser, KOAH) kontrolü için temel ve etkili bir stratejidir.
- 5. Bağımlılık sorunu büyüyor:** Ülkemizde madde bağımlılığı giderek daha ciddi boyutlara gelmiştir. Madde bağımlılığı yanında teknoloji bağımlılığı, tütün bağımlılığı gibi sorunlar da artmaktadır. Bu alanlarda çok sektörlü politikalara gerek vardır.
- 6. Ölümlü iş kazaları:** Türkiye iş kazalarının, özellikle ölümlü iş kazalarının en çok görüldüğü ülkelerdendir. Bu konu tıbbi bir sorun olmakla birlikte çözümünde başta Çalışma Bakanlığı, işçi ve işveren örgütlerinin işbirliğinin gereği açıktır.

Sosyal Sorunlar:

Sosyal sorunlar sağlık düzeyin belirleyicilerindendir. Birçok sağlık sorununun nedenleri arasında sosyal faktörler vardır. Bu sorunlar giderilmeden toplumun sağlık düzeyi iyileştirilemez. Bu sorunlarımızın başlıcaları şunlardır:

- 1. Eşitsizlikler:** Giderek azalmakla birlikte ülkemizde gerek bölgesel olarak gerekse sosyal kesimler arasında sağlık göstergeleri yönünden ciddi farklar vardır. Örneğin, Doğu ve Güneydoğu Anadolu yöresi ile diğer bölgeler arasında bebek ölüm hızı, kaba doğum hızı, toplam doğurganlık hızı, hastalık örüntüsü, sağlık insan kaynaklarının dağılımı gibi göstergeler arasında belirgin farklar bulunmaktadır. Sosyal gruplar arasındaki eşitsizlikler sağlık hizmetlerine başvuru, çocukların gelişmesi, yaşam koşulları, sağlık bilgisine erişme ve sağlığa uygun davranışlar gibi alanlarda da gözlenmektedir. Bu durum, "sağlık hakkı" ilkesi ile bağdaşmamaktadır. Sağlık politikalarının ilk sırasında herkesin sağlık hizmetlerini ihtiyacı olduğu zaman, ihtiyacı olduğu yerde ve ihtiyacı olduğu kadar alabilme açısından eşit şansa ve fırsata sahip olmaları gerektiği ilkesi yer almalıdır.
- 2. Gelir dağılımı dengesiz:** Ailelerin gelirleri ile sağlık düzeyleri arasında doğrudan bir ilişki vardır. Söz gelimi, toplumun en yoksul yüzde onluk kesimindeki bebek ölüm hızı toplumun en zengin yüzde onluk kesimine göre en az beş kat daha kötüdür. O halde, yoksulluğun giderilmesi, işsizlik sorununun çözülmesi ve gelir dağılımındaki dengenin kurulmasına ilişkin politikalar dolaylı olarak toplumun sağlık düzeyinin yükselmesine de katkı sağlayacaktır.
- 3. Beslenme alışkanlıkları:** Yukarıda değinilen şişmanlık sorununun temelindeki sosyal faktör ülkemizdeki karbonhidrat ağırlıklı beslenme alışkanlığıdır. Şişmanlıkla ve ona bağlı tıbbi sorunlarla baş edebilmenin yolu beslenme alışkanlıklarımızın değiştirilmesinden geçmektedir. Kuşkusuz bu konu başta sağlık, eğitim, tarım, medya, üniversiteler, yerel

yönetimler, sivil toplum kuruluşları gibi çeşitli sektörlerin birlikte yürütecekleri politikalarla sağlanabilir.

- 4. Akraba evlilikleri:** Ülkemizdeki evli çiftlerin yaklaşık yüzde 21 kadarı akrabadır (kuzenler). Bu durum başta kalıtsal hastalıkların görülmesindeki en temel faktördür. Bu durumun kökleşmiş bir kültürel olgu olduğu bir gerçektir. Değiştirilmesi için uzun vadeli, akılcı ve gerçekçi politikalara gerek vardır.
- 5. Hızlı ve çarpık kentleşme:** Kırsal ve yoksul bölgelerdeki itici ve kentsel yörelerdeki çekici faktörler nedeniyle ülkemizde görülen iç göçler sonucunda başta metropoller olmak üzere kentlerimizde çarpık yapılaşma, kalabalık yaşam, alt yapı yetersizlikleri ve bunlara bağlı olarak ortaya çıkan sağlık sorunları yaşamımızın bir gerçekliği olmuştur. İç göçlerin kontrol altına alınması, hatta kentlerden kırsal bölgelere tersine göç hareketinin olması sağlık düzeyine de katkı yapacaktır.
- 6. Göçmenler ve sığınmacılar:** Özellikle son yıllarda ülkemize komşu ülkelerden olan göçler ve sığınmacıların artması sosyal sorunlarımızın ilk sıralarında yer alır. Sığınmacılarla birlikte ülkemize bazı bulaşıcı hastalıkların (polio, şistozomiyazis, kızamık, vb) görülme riski endişe yaratmaktadır. Dış göçmenlerin ve sığınmacıların bakım, beslenme, eğitim ve sağlık hizmeti gereksinmelerinin karşılanması da ülkemiz için sorun boyutuna erişmiştir. Asıl yaklaşımın göçlere yol açan savaş ortamının yok edilip sığınmacıların kendi ülkelerine dönmeleri ile ilgili politikaların geliştirilmesi olmakla birlikte, bu grupların ülkemizde kaldıkları sürede sağlık hizmetlerinden eşit şekilde yararlanmalarının sağlanması gerekir.
- 7. Göçer tarım işçileri:** Belirli mevsimlerde başta Güneydoğu Anadolu Bölgesi olmak üzere ülkemizin göreceli olarak yoksul kesimlerinden pamuk, fındık, zeytin, üzüm vb tarla ürünlerini toplamak amacıyla aileleri ile birlikte yer de

tiren ve sağlıklı koşullarda aylarca yaşamak durumunda olan binlerce “göçer tarım işçisi” beslenme, barınma, kişisel hijyen gibi sosyal sorunlarla ve bulaşıcı hastalıklar, kazalar gibi sağlık sorunlarıyla karşılaşmaktadır. Göçer işçilerle ilgili oldukça yeterli mevzuat olmakla birlikte bu kuralların uygulanması konusundaki denetimsizlik sorunun temelindeki faktördür. Bu denetimlerin etkili biçimde yapılmasını sağlayıcı politikalara gerek vardır.

- 8. Toplumsal cinsiyet ayrımcılığı:** Bir ülkenin sosyal kalkınmışlığının temel göstergelerinden birisi kadının toplumdaki statüsüdür (diğerleri eğitim ve sağlık düzeyi). Erkek ege-men diğer toplumlarda olduğu gibi ülkemizde de kadının toplum içindeki konumu özlenenin çok gerisindedir. İstanbul Sözleşmesinin yürürlükten kaldırılması ülkemizde kadına karşı tutumun bir göstergesi olmuştur. Oysa kadınlara gereken değeri veren toplumlarda sağlık düzeyi daha üst düzeydedir.
- 9. Şiddet:** Ülkemizde aile içi ve toplumda bireyler arasındaki şiddet olayları toplumun genel huzurunu bozan bir sorun olmanın ötesinde ciddi bir ruh sağlığı sorunudur. Kadınlara ve sağlıklılara yönelik şiddetin boyutları giderek artmış ve bir sosyal yara durumuna gelmiştir. Başta hekimler olmak üzere sağlıklılara uygulanan şiddetin önlenmesine ilişkin politikaların ortaya konulması acil işlerdendir.
- 10. Çocuk istismarı:** Çocuklara karşı cinsel tacizler dahil istismar sorunu toplumumuzun derin bir yarasıdır. Bu konuda etkili yasal ve toplumsal düzenlemeler yapılmaması bir eksikliktir. Çocuk istismarının önlenmesi, aile içi eğitimler, toplumda farkındalık oluşturulması, çocuk koruma evleri, çocuklarla ilgili suçların yargılanması, çocuk ruh sağlığı ve pedagoji gibi konulara ilişkin projeler ve politikaların geliştirilmesi ve ısrarlı biçimde uygulanması gerekir.
- 11. Yaşlı ve engellilerin bakımı:** Giderek yaşlanan toplumumuzda yaşlıların bakımları da artan bir gereksinimdir. Yaş-

lıların aile içinde ve kurumsal bakımları ile ilgili politikaların gözden geçirilmesine gerek vardır. Aynı şekilde engellilerin eğitimleri, istihdamları, topluma adaptasyonları ve bakımları için de gerçekçi, kabul edilebilir, etkili politikalar gereklidir.

Çevresel Sorunlar:

İnsan ve çevre arasında iki yönlü bir etkileşim vardır. İnsan çevreyi (ekosistemi) etkilediği gibi, bozulan çevre de insanlarda çeşitli sağlık sorunlarına yol açar, yaşam kalitesini olumsuz etkiler. O nedenle çevresel sorunlar toplum sağlığı ve sağlık hizmetlerinin sunumu ile ilgili politikaların ayrılmaz bir parçasıdır. Ülkemizde dikkate alınması gereken başlıca çevresel sorunlar şunlardır:

- 1. Yatırımlarda çevrenin göz ardı edilmesi:** Çevresel Etki Değerlendirilmesi Yönetmeliğinin ek listesinde yer alan yatırımlar için "Çevresel Etki Değerlendirmesi Raporu" (ÇED) düzenlenmesi zorunludur. Bu raporlar yetkili Bakanlık tarafından onaylanan şirketler tarafından hazırlanır. Yakın tarihimiz bu raporların verilmesindeki uygunsuzluklarla doludur. Bu raporlar nedeniyle toplum sağlığına zarar verebilecek onlarca sanayi kuruluşu, maden, termik santral yatırımı gerçekleştirilmiştir. Açıkça görülmektedir ki, ekonomik büyüme ve zenginleşme uğruna çevrenin tahribine göz yumulmakta ve ÇED raporları birer formaliteye dönüşmektedir. Çevreyi / doğayı korumak devletin sorumluluğudur. Doğa kirlenirse, tahrip edilirse, tüketilirse yaşamın bir anlamı kalmayacaktır, daha doğrusu insanların yaşayacağı bir dünya kalmayacaktır. Doğayı kirleten fabrikalar olmasa da olur, ama dünya yaşanamaz bir duruma gelirse o fabrikaların gereği kalmayacaktır. Unutulmaması gerek husus şudur: Gelişme ve kalkınma insan içindir; devletin en değerli varlığı vatandaşlarıdır; insanların en değerli şeyi sağlıklarıdır. ÇED raporlarının düzenlenmesi ve sağlık için sakıncalı yatırımların engellenmesi için etkili bir mekanizmanın kurulması zorunludur.

- 2. Kirlenme:** ÇED raporlarındaki hatalar, fosil yakıt kullanımı, sanayi ve kentsel atıkların arıtılmadan doğaya salınması, tarımda aşırı ensektisit kullanımı, maden aramalarında siyanür kullanımı gibi uygulamalar sonucunda ülkemizde hava, su ve toprak kirlenmesi toplumun sağlığını tehdit eden boyutlardadır. Yukarıda açıklandığı gibi ÇED raporlarının uygun ve bilimsel olarak hazırlanması yanında çevrenin kirlenmesine yol açan her türlü faktör ve eylemin denetlenmesi ve engellenmesi toplum sağlığı için yapılabilecek önemli işlerdendir.
- 3. Betonlaşma, su havzalarının ve ormanların yok olması:** Ülkemizin çok önemli bir sorunu yeşil alanların, sulak arazilerin ve akarsu havzalarının betona teslim olmasıdır. Böyle olunca, yağışlarla yeryüzüne düşen yağmur ve kar yeraltı sularını beslemek yerine selleri oluşturup doğrudan denizlere ulaşmakta, yeraltı suları azalmakta ve zaten su kaynakları açısından zengin olmayan ülkemizde su kaynakları daha da azalmaktadır. Su yoksulluğu hem doğaya hem de insan ve diğer canlılara vurulan darbedir. Betonlaşma felaketi ormanlarımızın da tahribine yol açan bir yanlıştır. Ormanların yok olmasına, kentlerin magaköyler durumuna gelmesine, akarsu debilerinin düşmesine, barajların su kaybına, göllerin kurumasına, obrukların oluşmasına, çöplerin yığılmasına, gürültü kirliliğine, hava kirliliğine, deniz kirliliğine, türlerin yok olmasına ve iklim değişimine yol açan temel faktördür. Son yıllarda hızla artan betonlaşma politikasından bir an önce vaz geçilmeli ve doğa dostu politikalar geliştirilmelidir.
- 4. Plastik gıda ambalajlarında artış:** Gıda maddelerinin ve suların cam ambalaj yerine pet ve pvc ambalajlarına konulabileceğine izin veren 1982 yılında yapılan tüzük değişikliğinden buyana plastik ambalajların yok edilmesi giderek artan bir çevre ve sağlık sorunudur. Türkiye bu evrensel sorunun çözümünde üstüne düşen sorumluluğu yerine getirmelidir.

- 5. Afetler:** Deprem, sel, toprak kayması gibi doğal afetlerde olan can kayıplarının temel nedeni özellikle kasabalarının yanlış yerlerde kurulmaları, yetersiz alt yapı tesisleri ve binaların dayanıksızlığıdır. Bu sorunun çözümü için bir umut olan kentsel dönüşüm uygulamasının bir rant anlayışına dönüşerek yozlaşması bu umutları karartmıştır. Yapı denetimleri, eskilerin güçlendirilmesi ve özellikle kentsel dönüşümle ilgili ısrarcı politikalara şiddetle gerek vardır.
- 6. GDO kullanımında artış:** Genetiği değiştirilmiş organizmalar (GDO) tarım alanında yaygınlaşmıştır. GDO'ların tarımsal üretime verdiği zararlar ve dışa bağımlık konusundaki olumsuzlukları bir yana insan sağlığına olan olumsuz etkilerinin dikkate alınarak bu konunun kontrolü için adımlar atılmasını gerekli kılmaktadır.
- 7. Fosil yakıt kullanımında yoğunlaşma:** Petrol ürünleri ve kömür gibi fosil yakıtların enerji üretimi başta olmak üzere sanayide temel yakıt olarak kullanımı hava kirliliğine yol açarak insan sağlığını tehdit etmektedir. Fosil yakıtlar yerine alternatif enerji kaynaklarının kullanılmasının diğer yararları yanısıra toplum sağlığına da olumlu katkısı olacaktır.
- 8. Kontrolsüz madencilik:** Gerekli önlemler alınmadan ve denetimsiz biçimde yapılan başta altın, bakır, kömür madenciliği çevrenin kirlenmesine ve toplum sağlığının olumsuz etkilenmesine neden olabilir. Nitekim ülkemizde can kayıplarına yol açan maden kazaları, maden aramalarında siyanür kullanımı, ormanların tahribi ve meslek hastalıklarının fazlalığı ciddi birer halk sağlığı sorunudur. İş sağlığı ve güvenliği alanındaki politikalar tavizsiz biçimde uygulanmalıdır.
- 9. Nükleer ve termik santraller:** Termik santraller çevreye en çok zarar veren tesislerin ilk sırasında yer alır. Bu santrallerden havaya salınan zehirli kimyasalların kesinlikle kontrol edilmesi gerekir. Nükleer santrallerin yararları yanında çok ciddi sağlık ve çevresel risklerinin de olduğu bir ger-

çektir. Bu risklerin kontrolü zordur ve verdiği zararlar geri döndürülemez. Çevre Mühendisleri Odası Türkiye'de Sinop ve Akkuyu nükleer santrallerde olası bir kazanın etkileri konusunda yaptığı araştırma, her iki noktada da kaza olması durumunda radyoaktif serpintiler 20 milyondan fazla nüfusun yaşadığı 300 kilometrelik çevrede etkili olacağını ortaya koymuştur. Rapora göre Sinop'ta kaza olması durumunda Ankara ve İstanbul da etkilenme alanına girecektir. Akkuyu santralinde kaza olması durumunda ise bütün Akdeniz Bölgesinin yanında Konya'nın da bundan etkileneceği tahmin ediliyor. Nükleer santrallerin yararları ile olası zararlarının yeniden gözden geçirilmesi ve nükleer enerji yerine alternatif yöntemlerin kullanılmasına ilişkin politikalar zaman geçirilmeden uygulanmaya konulmalıdır.

10. İş ortamındaki sağlıksız koşullar: Ülkemizde yılda yaklaşık 400.000 iş kazası olmakta, 2.000'den fazla kişi çalışırken yaşamını yitirmektedir. Bilimsel veriler en az 12.000 emekçinin meslek hastalığı sonucu yaşamını yitirdiğini göstermektedir. Sakat kalanlar da göz önüne alınırsa, ülkemizde iş sağlığı ve güvenliği sorununun büyüklüğü anlaşılabilir.

11. Atıklar ve arıtılmadan yapılan drenaj: Türkiye'de yıllık atık miktarı 32 milyon tona erişti. Yerleşim yerlerinin çoğunda atık toplama alanları ya yoktur ya da yetersizdir. Atıklarının yalnızca % 20 kadarı geri dönüştürülmektedir. Belediyelerin en az yarısında arıtma tesisi yoktur: nüfusumuzun % 30 kadarının yaşadığı bölgelerde arıtma tesisi bulunmamaktadır. Çok önemli bir sorun sanayi tesislerinin azımsanamayacak miktarının atıklarını hiçbir işlem yapmadan doğrudan akarsulara boşaltmalarıdır. Ergene, Gediz, Yeşilirmak nehirleri, Marmara Denizi, İzmir Körfezi gibi deniz ve akarsuları alarm vermektedir. Bu sularımızdaki kirliliğin geri dönmesi uzun zaman alacaktır. O nedenle önlemlerin bir an önce başlatılması yaşamsal değerdedir.

Yönetsel Sorunlar:

Ülkemizde sağlık hizmetleri konusunda özellikle son 20 yıl içinde “sağlık reformu” adı verilen yaklaşımla başlayıp aile hekimliği, performans sistemi, kamu-özel ortaklığı ve şehir hastanelerinin kuruluşuna kadar uzanan çok ciddi ilkesel ve stratejik politika yanlışları yapılmıştır. Ülkemizde sağlık hizmetleri alanında yapılacak iyileştirici girişimleri planlarken ve politikalara karar verirken çağdaş sağlık hizmetleri anlayışına uymayan bu uygulamaların ve sakıncalarının bilinmesi gerekir. Bu uygulamalar ve sakıncalar şöyle özetlenebilir:

- 1. Plansızlık ve sık mevzuat değişikliği:** Son 20 yılda sağlık politikalarındaki genel yaklaşım “göç yolda düzülür” anlayışıyla işleri tam olarak planlamadan yola çıkmak, gelişmelere göre sık sık kurallar değiştirerek devam etmektir. Çıkarılan kanunlar kısa olmuş, ayrıntılar yönetmeliklerle düzenlenmiştir. Yönetmelik değişikliği göreceli olarak hızlı ve kolay olduğundan kurallar da çok sık değişmiştir. Kaldı ki, yapılan değişikliklerin kanıta dayanan kararlar olduğu ve bilimsel “hizmet araştırmaları” ile desteklendiği de söylemez.
- 2. Yatak doluluğunu hizmet sanan anlayış:** Sağlık hizmetlerinin temel amacı insanları hasta yapmamaktır. Oysa günümüzde şehir hastanelerinin ayakta durabilmeleri ve işleten şirketlerin işe devamlarını sağlayabilmek için, adeta, insanların hastalanması ve hastane yataklarını doldurmaları istenmektedir. Unutulmaması gereken husus, sağlık hizmetlerinin başarısının hastanelerin doluluğu ile değil boşluğu ile ölçülmesi gerektiğidir.
- 3. Aile hekimleri aileden sorumlu değil:** Sağlık ocaklarının yerine kurulan “aile hekimliği” sistemi ailenin bütününe hizmet etmemektedir. Aile bireylerinin her biri başka bir aile hekimine kayıtlı olabilmektedir. Yani, bu sistemde aile bütünlüğü gözetilmemiştir, aile hekimleri aslında “bireysel hekimlik” hizmeti görmektedir.

- 4. Aile hekimliği sisteminde karmaşıklık ve yetersizlik:** Aile hekimleri sözleşmeli hekim statüsündeki özel hekimlerdir. Ama birlikte görev yaptığı aile sağlığı çalışanı (elemanı) ve kendilerine bağlı olan sağlık evlerinde çalışan ebe ya da hemşire memur statüsündedir. Aile hekimleri ile ilçe sağlık müdürlüğü arasında hiyerarşik bağlantıda karmaşıklık vardır. Aile sağlığı merkezlerinde (ASM) çalışması gereken aile hekimliği uzmanlarının çoğu hastanelerde görev yapmaktadır. ASM'lerin teşhis ile ilgili tıbbi donanımları yetersizdir. Halk bu nedenle birinci basamağa değil, hastanelere başvurmayı tercih etmektedir.
- 5. Hizmet basamaklarının parçalanması:** 2013 yılında "hekim seçme özgürlüğü" adı altında yürürlüğe giren anlayış nedeniyle, eskiden ilk başvurularını sağlık ocaklarına yapıp hekim tarafından gerekli görülürse hastaneye sevk edilen hastalar doğrudan ikinci, hatta üçüncü basamaktaki uzman hekimlere başvurmaya başladılar. Böylece, kademeli sağlık sistemi (hasta sevk sistemi; hasta triyajı; hasta filtreleme sistemi) ortadan kaldırılmıştır. Artık ülkemizde basamaklı sağlık hizmetlerinden söz edilemez.
- 6. Ticarileşme ve performans uygulaması:** Günümüzde bütün sağlık kuruluşları birbirinin ticari rakibidir. Sağlık kuruluşları hasta sayılarını arttırabilmek için reklam yapabilmekte, kendilerinin diğer hastanelerden daha iyi olduklarını söyleyebilmektedir. Özel hastaneler hekim sözleşmelerine gelir kotası koymaktadır. Çünkü özellikle hastanelerde ödenen ücretler "performans" sistemine göre ödenir. Yani ne kadar çok hasta bakılırsa, ne kadar çok tetkik ve tıbbi girişim yapılırsa ve hastaneye ne kadar çok gelir sağlanırsa o kadar yüksek ücret alınır. O nedenle, hastane yöneticilerinin başta gelen hedefi hastanenin gelirlerini arttırmaktır. Bu uygulama "hekim seçme serbestliği" ile birlikte ele alındığında şöyle bir durum ortaya çıkmaktadır: Bir yakınması olan kişi kendinde hangi hastalık olabileceğini tahmin eder (kendisine bir tanı koyar) ve tanıya uygun bir uzman hekime

başvurmaya karar verir. Örneğin, başı ağrıyan kişi kendisinde beyin tümörü olduğu kanısına (evhamına) varırsa, beyin cerrahına (tercihen profesör) başvurur. Cerrah yaptığı muayenede hastanın baş ağrısının “hipertansiyon” nedeni olduğunu anlar. Ama hastayı bir kardiyoğa göndermeden önce beyin tümörü açısından tetkikleri de yapmayı ihmal etmez. Bunun bir nedeni hastaneye gelir getirmek, diğeri ileride bu kişide beyin tümörü gelişme olasılığına karşı kendisini “malpraktis” suçlamasından korumak için hastada şu anda tümör bulunmadığına ilişkin kanıt derlemektir. Buna “savunma tıbbi” denir. Artık ülkemizde bacağı ağrıyanlar ortopedi, döküntüsü olanlar dermatoloji, boğazı ağrıyanlar KBB, öksürenler göğüs hastalıkları uzmanına başvuruyor. Oysa bu kişilerin hepsinin önce birinci basamağa başvurması gerekirdi. Çünkü birinci basamağa başvuran hastaların en az yüzde 90 kadarına bu basamaktaki hekimler tanı koyabilir ve tedavi edebilirler. Çağdaş sağlık yönetimi ilkesine göre “birinci basamak kalabalık, hastaneler تنها olmalıdır.” Bütün bu yanlış başvuruların sonucunda,

- a. uzman hekimler gereksiz yere meşgul edilmektedir;
- b. uzmana ihtiyacı olan hastalara haksızlık yapılmaktadır;
- c. muayene süreleri kısalmaktadır;
- d. hekim kesin tanı koyacak zamanı bulamamaktadır;
- e. olası tanıları üzerinden tedavi yapmak zorunda kalmaktadır;
- f. gereksiz tetkikler ve girişimler yapılmaktadır;
- g. sağlık harcamaları artmaktadır;
- h. cepten harcamalar artmaktadır.

7. Kamu – özel ortaklığı felaketi: Kamu-özel ortaklığı çerçevesinde yapılan şehir hastaneleri ülkemizde sağlık hizmetlerinin ticarileşmesinin somut örneğidir. Bu hastaneler aynı

zamanda kuruluş gerekçeleri, yönetilemez biçimde büyük oluşları, erişilmesi güç lokalizasyonları açısından bir planlama hatası örneğidir. Bu hastanelerin işletilmesindeki en ciddi ilkesel sorun, sağlık hizmetlerinin temel ilkelerine ters bir şekilde verilen hizmet garantileridir. Şehir Hastanesi Sözleşmelerindeki “Tarafların Hak ve Yükümlülükleri” başlıklı 7’nci maddenin 7.12’nci fıkrasına göre, “İdare, Şirket İşletme Dönemi boyunca Miktara Bağlı Hizmetler için Miktara Bağlı Hizmetler başlıklı Bölüm B’de liste halinde belirtilen yıllık yüzde 70 doluluk oranına göre hesaplanan aynı miktarların ödenmesini ilgili ayda gerçekleşen hasta yatak doluluk oranına bakılmaksızın garanti etmektedir. İdare, garanti edilen miktarların aşılması halinde aşılan miktarlara ait ödemenin tamamını yapacağını kabul ve taahhüt eder” denilmektedir. (Hizmet garantisi verilen işler arasında görüntüleme, laboratuvar gibi işler vardır.) Bu maddenin anlamı, şirketin zarar etmemesi ya da yeteri kadar kâr elde edebilmesi için idarenin (Sağlık Bakanlığı) şehir hastanelerine poliklinik ve yatan hastalar için yüzde 70 oranında hizmet garantisi verdiğidir. Öyle ki, bu garantinin sağlanması için şehir hastanelerinin kurulduğu kentlerde, kent içindeki hastanelerin bir kısmı kapatılmıştır. Oysa sağlık hizmetlerinin asıl amacı insanları hastalıklardan korumak ve hastanelere başvurmalarına gerek duymamalarını sağlamaktır. Hizmet garantisinin anlamı ise, bunun tam tersine kişilerin hastalanıp hastaneye başvurmalarını ummaktır. Böyle bir hizmet anlayışı kabul edilemez. Ayrıca, şehir hastanelerini işleten şirketlerden kira almak yerine devletin şirketlere ödeme yapması da kabul edilemez. Ülkemizde sağlık alanındaki kamu-özel ortaklığı ve şehir hastaneleri uygulaması ekonomik açıdan birer “kara delik” haline gelmiştir ve ülkemizdeki sağlık harcamalarının artışıındaki en önemli nedendir.

- 8. Personel eğitimi ve istihdamı sorunları:** Ülkemizde uzunca bir süredir sağlık insan gücü planlaması, eğitimi ve istihdamı konularında sorunlar yaşanmaktadır. Bunun sonucunda bazı meslekler (eczacı, diş hekimi, veteriner hekim gibi) için işsizlik derecesine varan fazlalık, buna karşılık bazı mesleklerde (hemşirelik gibi) yetersizlik söz konusudur. Türkiye’de bir hekime karşılık 1,1 hemşire vardır. Hemşire sayısının hekim sayısının en az üç katı olması beklenir. Bununla birlikte hemşire atamalarındaki hantallık ve bir kısım hemşirelerin işsiz kalmaları açıklaması zor bir durumdur. Hekimler için “devlet hizmeti yükümlülüğü” (zorunlu hizmet) uygulaması da ayrı bir sorundur. İstihdamın çağdaş ilkesi özendirerek çalışma olmalıdır. Hekimler ülkemizdeki hizmet koşullarından, gördükleri muameleden, şiddetten ve özlük haklarından memnun değildirler ve ülke dışında çalışmak için başvuran hekimlerin sayısı giderek artmaktadır.
- 9. Meslek birliklerinin dışlanmışlığı:** Sağlık Bakanlığı ile meslek kuruluşları arasında soğukluk olduğu ve işbirliği yapılamadığı açıktır. Meslek birlikleri görüşlerini uygulamaya yansıtamamaktadırlar. Bu kuruluşlarla ilgili yasalarda onların faaliyetlerini sınırlayan hükümler yer almaktadır. Bu birliklerin kurulmasının temelini oluşturan dayanak 1928 ve 1930 yıllarında çıkartılmış yasalardır. O tarihlerde yalnızca üniversite düzeyinde eğitim alan mesleklere (hekim, diş hekimi, eczacı, veteriner hekim) birlik kurma izni verilmişti. Günümüzde bu koşullar değişmiştir. Özellikle kalabalık bir sağlık meslek grubunu oluşturan hemşirelerin meslek birliği olmaması bir eksikliktir. Sağlık meslek birliklerinin kendileri ve toplumun sağlığına ilişkin kararların alınmasına, yasaların çıkartılmasına etkili biçimde katılmaları sağlanmalıdır.
- 10. Teknolojide dışa bağımlılık:** Ülkemizde sağlık hizmetleri ile ilgili politika yanlışlıklarından birisi de aşı, ilaç ve tıbbi araç-gereç sağlama konusunda diğer ülkelere bağımlı olunmasıdır. Özellikle aşı üretiminin ekonomik kaygılar

nedeniyle durdurulması ve ihtiyacımız olan bütün aşuların yurt dışından sağlanması büyük bir yanlışlıktır. İlaç ve tıbbi araç-gereç üretimi konusunda da benzer bir durum vardır. Ülkemizdeki ilaç sanayi ham maddeleri ya da yarı mamul ürünleri yurt dışından getirterek yurt içinde ambalajlamaktadır. Oysa bu maddeler stratejik maddelerdir ve ülkemizin bu maddeler konusunda kendi kendine yeter durumda olması gerekir. Özellikle ilaç üretimi konusundaki patent ve AB mevzuatına aykırı durumların giderilmesi gerekir. Önemli bir sorun da ülkemizdeki bazı tıbbi cihazların plansız biçimde satın alınmış ve verimsiz kullanılıyor olmasıdır. Örneğin, yalnızca İstanbul'da bir yılda yapılan MR tetkiklerinin sayısı Birleşik Krallıkta yapılandan çoktur. Kuşkusuz bu verimsiz kullanıma yol açan faktörlerden birisi basamaklı sistemin yok olması ve performans sistemidir.

- 11. Halk, sağlık hizmetlerine katılmıyor:** Bir hizmetin var olması o hizmetin halk tarafından kullanılması için yetmez. Hizmetler eğer onu kullananlar tarafından beğenilmez ve benimsenmezse verimli biçimde kullanılmaz. O nedenle hizmetler planlanırken ve yürütülürken halkın fikren katılımının sağlanması gerekir. Halkın sağlık hizmetlerine katılımı çağdaş bir yönetim ilkesidir. Halkın katılımına ilişkin mekanizmanın yöntemi her ülkenin idari ve sosyal özelliklerine göre olmalıdır. Ülkemizde geçmişte uygulanan "sağlık ocağı sağlık kurulları" modeli (bir yönetmelik vardı) ne yazık ki tam olarak işletilememiştir. Bu deneyimden yola çıkarak halkın sağlık hizmetlerine katılımı konusunda uygulanabilir politikalar geliştirilmelidir.
- 12. Sektörler arası eşgüdüm ve sorumluluk:** Daha önce de belirtildiği gibi her sektörün toplum sağlığı ile ilgili doğrudan ya da dolaylı sorumluluğu vardır. Ancak ülkemizde sektörlerin bu sorumluluklarını yeterince yerine getirdikleri söylenemez. Zaten böyle bir mekanizma da yoktur. Eğer olsaydı, baca filtresi olmayan termik santraller olmazdı; bütün sanayi kuruluşlarının arıtma tesisi olurdu; depreme

dayanısız binalar yapılmazdı; genetiği değiştirilmiş gıdalar üretilmezdi; orta dereceli okullarda “sağlık bilgisi” dersi zorunlu olurdu; kent içlerine kadar girmiş çimento fabrikaları bulunmazdı; siyanür kullanan ve ormanları tahrip eden altın madenlerine ruhsat verilmezdi; gıda maddeleri plastik değil cam kaplara konulurdu; kurşun boylarla boyanmış oyuncaklar ithal edilmezdi; Ergene nehrinde biyolojik yaşam olurdu. Bu önemli konuyu dikkate alarak Dünya Sağlık Örgütü “Her Sektörde Sağlık” adıyla bir proje başlatmıştır. Bu projeye göre sektörler toplum sağlığına olumsuz etkisi olabilecek kararlar almamalı, yatırımlar yapmamalıdır. Bunu sağlayan bir mekanizma oluşturulmalıdır.

Sorular

Yukarıda özetle açıklanan politika sorunlarının çözümü ülkemizdeki toplum sağlığı düzeyinin iyileştirilmesine katkı sağlayacaktır. Bu çözümleri ararken şu sorulara yanıt verilmesi gerekecektir:

1. Birinci basamak nasıl olmalıdır?
2. Birinci – ikinci - üçüncü basamak ilişkileri nasıl olmalıdır?
3. Performans sistemi devam etmeli midir?
4. Şehir hastaneleri nasıl düzenlenmelidir?
5. Yerel teknoloji nasıl güçlendirilmelidir?
6. Hekim ve diğer sağlık personelinin nicelik ve nitelik planlamaları nasıl olmalıdır?
7. “Her sektörde sağlık” yaklaşımı nasıl sağlanmalıdır?
8. Halkın sağlık hizmetlerine katılımı nasıl sağlanmalıdır?
9. Meslek kuruluşları hizmetlere nasıl entegre edilmelidir?
10. Sağlık hizmetleri nasıl finanse edilmelidir?



Türkiye 
**SAĞLIK
FORUMU**

İKİNCİ OTURUM
Grup Raporları



1. SAĞLIK HİZMETLERİNİN ÖRGÜTLENMESİ VE YÖNETİMİ

Katılımcılar

Ülkü Baykal

Ali Rıza Erbay

Tuğrul Erbaydar

Pınar Okyay

Zafer Öztekin

Kayıhan Pala

Sarp Üner

1.1. DURUM DEĞERLENDİRMESİ

1.1.1. Sağlık hizmetlerinin örgütlenme ve yönetim yapısı halkın sağlığını iyileştirme amacından uzaklaşmış ve ticarileşmiştir.

Birinci basamakta, bireylere yönelik hizmetler ile topluma yönelik hizmetler birbirinden ayrıştırılmış, dezentegre olmuştur. Birinci basamak hizmetlerin özelleştirilmesi suretiyle oluşturulmuş olan sözleşmeli muayenehane statüsündeki aile hekimliği birimleri, aile sağlığı merkezlerinde (ASM) yalnızca bireylere yönelik hizmetleri vermektedir. Bireylerin yaşadıkları çevreye yönelik değerlendirme yapma ve müdahale olanakları bulunmamaktadır. ASM'lerde hekim başına düşen nüfus 3000 – 4000 arasında değişmektedir ve bu sayılar koruyucu hekimlik işlevlerini yerine getirmeyi olanaksız kılacak derecede yüksektir. Diğer yanda, kamuya yönelik hizmetlerin sunulması ve yönetilmesi ile yükümlü kılınan ilçe sağlık müdürlükleri (İSM) ve toplum sağlığı merkezleri (TSM), bu ayrıştırılma ile toplumdan ve hizmet süreçlerinden kopuk yapılar haline dönüşmüş-

tür. İSM ve TSM'ler liyakate dayalı olmayan atamalar ve aşırı merkezîyetçi yönetim yapısı nedeniyle, hizmet sundukları toplumun durumunu ve gereksinimlerini değerlendirme ve ulusal programlar çerçevesinde yerinde karar üretme yeteneğinden yoksun, sadece merkezden gelen emirleri yerine getiren inisiyatifsiz yapılar haline gelmişlerdir.

Özel hastaneler hizmetin maliyetinin çok yüksek olduğu yapılar olarak sağlık sistemi içinde haddinden fazla ağırlık kazanmışlardır. Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastaneler ve kamuya ait üniversite hastaneleri kamusal bir yaklaşımla hizmet üretmekten uzaklaşmış, performans sisteminin cenderesinde mali sorunlarla boğuşan yapılar haline gelmişlerdir. Performans sistemi ile sağlık çalışanları sürekli daha fazla poliklinik ve tıbbi işlem yapmaya zorlanmakta, hizmetin niteliği ile ilgili olarak ortaya çıkan sorunlar nedeniyle vatandaş ile sağlık çalışanları karşı karşıya gelmektedir. Ortaya çıkan sorunları hizmet kalitesini artırarak çözmek yerine sorunların sebebi olarak sağlık çalışanları gösterilmektedir.

1.1.2. Hastanelerin ticarileşmesi ve performansa dayalı yönetim sistemi, sağlık sisteminde sevk zincirinin kurulmasının önünde en önemli engeldir.

Türkiye'de sağlık hizmetlerinde sevk zincirinin kurulamaması evvelden beri çözülememiş bir meseledir. Basamaklandırılmış bir sağlık hizmeti sunumu ile sağlık hizmet gereksiniminin büyük kısmının birinci basamak sağlık hizmetleri ile karşılanması ve bu sayede hastanelerdeki gereksiz yükün önlenmesi suretiyle kalitenin artırılması, böylece sağlık sisteminde maliyetlerin azaltılması, verimin artırılması mümkündür.

Ancak, sağlık sisteminde ticari anlayışın egemen olması, hastanelerin işletmeler olarak görülmesi ve aile hekimlerine kayıtlı nüfusun fazlalığı sağlık hizmetlerinde sevk zincirinin kurulmasını olanaksız hale getirmiştir. Hastanelerin daha kaliteli hizmet sunması için hasta sayısını azaltmaları değil, daha çok kar elde etmesi için hasta sayılarını artırmaları hedeflenmektedir.

Bu anlayışla aşırı kısıktırılmış hizmet talebi yoğunluğuna bağlı olarak, hekimlerin hastalarına ayırdıkları süre giderek kısalmaktadır. Hizmetin niteliği azalırken maliyeti artmaktadır.

Şehir hastaneleri ile hizmetin maliyeti iyice artmış ve sağlık hizmetine erişim güçleşmiştir. Birinci basamak sağlık hizmetlerini güçlendirme ve basamaklandırma yoluyla hastanelerin yükünü azaltmak şöyle dursun, var olan diğer kamu hastaneleri dahi kapatılarak, garanti edilmiş olan hasta sayılarına ulaşmak amacıyla, hastalar şehir hastanelerine başvurmaya zorlanmaktadır.

1.1.3. Yönetim yapısı liyakatten uzaktır ve aşırı merkezleşmiştir.

Sağlık Bakanlığının il ve ilçe teşkilatlarında ve kamu hastanelerinde yönetim kademeleri büyük ölçüde keyfi atamalarla doldurulmuş durumdadır. Yöneticilerin uzmanlık alanları ve mesleki birikimleri dikkate alınmamaktadır. Atamalarda keyfiliğin önünü açabilmek amacıyla yönetim kadroları için tanımlanmış koşullar tümüyle muğlaklaştırılmıştır. Atamaların yaygın olarak bu şekilde yapılması sonucunda, örneğin illerde halk sağlığı başkan ve başkan yardımcılarının neredeyse hiçbiri halk sağlığı uzmanı olmayan kişilerdir. Diğer bir örnek, hastanelerde hemşirelik hizmetlerinin yönetiminden sorumlu yöneticinin hemşire olma zorunluluğu bulunmadığından, bu hizmetlerle hiç ilgisi olmayan kişiler hemşirelik hizmetlerinin yönetiminde görev alabilmektedirler.

İl ve ilçe teşkilatlarında atamaların büyük ölçüde kişisel kriterlere göre yapılması sonucunda kapasite yönünden yetersiz bir yönetim ağı oluşmuştur. Yönetim görevlerine atananlar sürekli görevden alma tehdidi ile çalışmaktadırlar ve kendilerini atanlara tam bağımlı konumdadırlar. Bu şekilde, üstlendikleri görevleri yerine getirme kapasitesine ve inisiyatifine sahip olmayan ve sürekli “yukarıdan” emir bekleyen, “yukarıyı” memnun etmeye yönelik bir çalışma anlayışı içinde yönetim kadroları oluşturulmuştur.

1.1.4. Sağlık Bakanlığı dışındaki Bakanlıklar ve kamu kurumları ile Sağlık Bakanlığı arasında koordinasyon zayıftır.

İlke olarak, sağlık bütün politikaların temeli olmalıdır. Sağlık hizmeti sadece tıbbi hizmetler olarak düşünülemez. Çevre politikaları, sosyal politikalar, tarım ve gıda ile ilgili politikalar, kentleşme, sanayileşme ve istihdam politikalarının tümü halkın sağlığını derinden etkilemektedir. Ancak tüm bu alanlarda politikalar üretilmesi konusunda Sağlık Bakanlığı'nın belirleyici bir gücü ve etkinliği bulunmamaktadır. Bu durum, ekosistemin korunması, çalışan sağlığının korunması, gıda güvencesinin sağlanması, sağlıklı kentlerin oluşturulması, yoksulluğun ve derin yoksulluğun önlenmesi gibi halk sağlığını birebir ilgilendiren konularda sağlık perspektifi olmayan kararlar ve politikalar üretilmesine yol açmaktadır.

1.1.5. Halk sağlığı yaklaşımından uzak sağlık örgütlenmesi ve yönetimi krizler karşısında dayanıklı değildir.

Pandemi, afetler, ekonomik krizler vb. durumlar karşısında, sağlık sisteminin yanıt verme ve rasyonel karar üretme kapasitesi düşüktür. Merkezde ve taşra örgütlenmesinde liyakatsiz atamalarla oluşmuş yönetim kadrosu durum değerlendirme ve bilgiye/kanıta dayalı karar üretme kapasitesinden yoksundur. Kriz durumlarında, mevzuatta yeri olmayan ve kurumsal bir yapı ifade etmeyen "Bilim Kurulu" benzeri geçici heyetlerle bu eksiklik ikame edilmeye çalışılmakta ancak bu yöntem verimli olamamaktadır. Hesap verebilirlikten yoksun yönetim yapısı, krizleri yönetemediği durumda verileri gizleme ve algıyı yönetme yoluna başvurmaktadır.

1.2. ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

1.2.1. Sağlık sisteminin örgütlenmesi ve yönetimi aşağıdaki evrensel ilkeler gözetilerek yapılandırılmalıdır.

- Sağlık hakkı ve eşitlik
- Sağlık hizmetinin kamusal niteliği
- Erişilebilirlik ve süreklilik
- Ekip hizmeti
- Toplum katılımı
- Sektörler arası işbirliği ve eşgüdüm
- Koruyucu hizmetlere öncelik
- Önemli sağlık sorunlarına öncelik
- Risk altındaki ve kırılğan gruplara öncelik
- Basamaklandırılmış hizmet
- Entegre hizmet
- Bilgi / kanıta dayalı plan ve uygulamalar
- Sağlık sisteminin dayanıklılığı
- Hesap verebilirlik
- Liyakat
- İlaç, aşı, tıbbi teknoloji ve tıbbi gereçlerde ulusal yeterlilik

1.2.2. Bütün politikalarda sağlık ilkesi, örgütlenmenin ve yönetimin temeli olmalıdır.

Bütün kurum ve kuruluşların sağlığı ilgilendiren karar süreçlerinde halkın sağlığının öncelikle gözetilmesi gerekir. Bu amaçla sektörler arası eşgüdümü sağlayacak mekanizmalar oluşturulmalıdır. Bu mekanizmalardan biri olarak Türkiye Çevre ve Halk Sağlığı Kurumunun kurulması özellikle önemlidir.

Grup çalışmalarında bir katılımcı “Sağlık mülkün temelidir.” sözünün temel ilke olarak öne çıkarılmasını önerdiyse de diğer grup üyeleri bu görüşe katılmadılar.

1.2.3. Türkiye Çevre ve Halk Sağlığı Kurumu'nun kurulması

Başbakanlığa bağlı (bugün için Cumhurbaşkanlığına bağlı) olarak kurulması gereken bu Kurum, çeşitli Bakanlıkların plan, yatırım ve uygulamalarının halk sağlığına ve ekosisteme etkilerini değerlendirmek, araştırmalar yapmak, istişarede bulunmak, görüş oluşturmak, aktif olarak sektörler arası eşgüdümü sağlamak ve bütün politikalarda sağlık ilkesinin hayata geçirmekle görevli olacaktır.

Kurumun sahip olması gereken temel özellikler şunlardır:

- **Özerk:** Kurum, Bakanlıklara idari bağlılığı olmayan, Sayıştay veya Anayasa Mahkemesi gibi (olması gereken anlamda) bağımsız görüş oluşturma, denetleme ve değerlendirme yapma yetisine sahip, kendi bütçesi olan, bilimsel kapasitesi bulunan bir yapıda olmalıdır.
- **Yetkili:** Görev alanına giren konularda kendi inisiyatifi ile harekete geçen ve söz sahibi bir konumda olmalıdır.
- **Stratejik karar verebilen:** DPT gibi (olması gereken DPT düşünülerek) strateji üretebilen bir misyonu olmalıdır.
- **Kendi içinde meslek daireleri olan:** Farklı sektörlerde, farklı meslek alanlarını ilgilendiren konularda görüş üretebilecek ve raportörlük yapabilecek uzman ekipleri olmalıdır.
- **Taşra örgütlenmesi olan:** Bölge düzeyinde, kendisine bağlı taşra örgütlenmesi olmalıdır. İl düzeyinde örgütlenme önerilmemiştir.
- Türkiye Çevre ve Halk Sağlığı Kurumu, sağlığı ilgilendiren ancak farklı Bakanlıkların görev alanlarında ka-

lan çeşitli konuların (sosyal hizmetler, çevre sağlığı, işçi sağlığı, gıda, tarım, sanayileşme, kentleşme, insan hakları ...) bir çatı altında değerlendirilmesini sağlayacak, devletin halkın sağlığını etkin ve kararlı bir şekilde korumasının önemli bir enstrümanı olacaktır.

1.2.4. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde bireye ve topluma yönelik hizmetlerin “Halk Sağlığı Merkezi” çatısında entegrasyonu

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde bireylere ve topluma yönelik hizmetlerin yeniden entegre edilmesi gereklidir. Yukarıda açıklanan ASM – İSM ayrışması yerine bu yapıların kamu çatısı altında yeniden entegrasyonu sağlanmalıdır. Sözleşmeli muayenehane konumunda bireylere yönelik hizmet veren aile hekimliği birimleri, aşamalı bir geçiş süreci ile kamu kurumu niteliği kazandığında gerçek anlamda aile hekimliği hizmeti verebileceklerdir. Geçiş sürecinde aile hekimlerinin özlük haklarının korunması ve bu dönüşüm sürecinde aile hekimlerinin işbirliğinin gözetilmesi önemlidir.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin entegrasyonu ile oluşturulacak kurumsal çerçevenin “Halk Sağlığı Merkezleri” olarak adlandırılması uygun olacaktır (farklı isimler düşünülebilir). Bu merkezlerde halk sağlığı uzmanları, aile hekimleri, hemşire ve ebeler nüfusa uygun sayıda meslek ve uzmanlık alanlarına göre tanımlanmış görevlerde ekip çalışması içinde birlikte çalışacaklardır. Birinci basamakta “aile sağlığı elemanı” gibi muğlak ve meslek gruplarını değersizleştiren ifadeler yerine, her mesleğin kadro kontenjanı nüfusa uygun olarak ekip oluşumunda yerini almalıdır.

Kamu kurumları olarak hizmet veren ASM’ler, “Halk Sağlığı Merkezi”nin sahaya yayılmış hizmet birimleridir. Halk Sağlığı Merkezleri bölgeye yönelik idari ve topluma yönelik hizmetleri, yerel özelliklere bağlı olarak birinci basamak koruyucu ruh sağlığı hizmetlerini, bugün Sağlıklı Yaşam Merkezlerinde yürütülen hizmetleri vb bünyesinde bir araya getirecektir.

“Halk Sağlığı Merkezleri”nin büyük nüfuslu ilçelerde birden fazla sayıda kurulması gerekli olacaktır. Ancak nüfusu çok küçük olan ilçelerde, birkaç ilçeyi kapsayan tek bir “Halk Sağlığı Merkezi” kurulması konusunda çalışma grubu içinde görüş farklılığı olmuştur. Bir görüşe göre nüfusu çok az olan ilçelerde ayrı ayrı “Halk Sağlığı Merkezi” kurulması uygun değildir; il bütünlüğü korunmak suretiyle, ilçeler birleştirilerek daha güçlü bir kurumsal yapılanma sağlanmalıdır. Diğer görüşe göre ise birden fazla ilçeden sorumlu bir “Halk Sağlığı Merkezi” kurulması, mülki idari yapılanma ile çelişeceğinden sistemin aksamasına ve itirazlara yol açacağından, sağlıklı bir idari işleyiş için küçük ilçelerde de bir “Halk Sağlığı Merkezi” kurulması uygun olacaktır.

Merkeze uzak, erişimi güç alanlarda kırsal kesime özgü olarak, bulunduğu ilçenin “Halk Sağlığı Merkezi”ne bağlı çalışan “Sağlık Evi” yapısı bugünkü haliyle korunmalıdır.

Aile hekimlerinin sorumlu olduğu nüfus, coğrafi tabanlı olarak tanımlanmalı, nüfus büyüklüğü azaltılmalı, kişilerin hekim seçme olanakları dar bölge ile sınırlı tutulmalı ve hane bütünlüğü gözetilmelidir. Böylece aile hekimleri koruyucu hizmetlere gerekli önceliği verebileceklerdir.

ASM’ler ile TSM ve İSM’lerin kamu kurumları olarak entegrasyonu sağlandığında, ilçe sağlık yöneticileri hizmet süreci ile ve toplumla doğrudan temas halinde olacaklar ve aile hekimleri de ilçe sağlık yönetim sürecinin parçası haline gelecektir.

Güçlendirilmiş, ilçe sağlık yönetimi ile entegre ve kamusal nitelik kazanan aile hekimliği hizmeti ile hizmetin etkinliği ve verimliliği artırılabilecek, bu şekilde sağlık sorunlarının büyük oranda birinci basamakta çözüme kavuşturulması mümkün olacak ve hastanelerdeki gereksiz / aşırı yük ortadan kalkabilecek, hastanelerin hizmet kalitesi artırılabilir. Aşağıda açıklanan destekleyici birinci basamak kuruluşları ile birlikte aile hekimliği hizmetleri sağlık örgütlenmesinin temelini oluşturan yapılar haline gelecektir.

Böylece koruyucu hizmetlere öncelik ilkesi hayata geçirilebilecektir.

1.2.5. Birinci basamak sağlık kuruluşları ile hastaneler arasında, birinci basamak sağlık hizmetlerini destekleyici “semt poliklinikleri” oluşturulmalıdır.

Sağlık hizmetlerinde gelişen teknoloji, laboratuvar olanakların artması, uzmanlık gerektiren durumların çeşitlenmesi ve sağlık hizmeti alanların bu konularla ilgili beklentilerinin artması sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde dikkate alınmalıdır. Bu dikkate alınmaksızın birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi ve sevk zincirinin kurulması olanaklı değildir.

Birinci basamak kuruluşları ile hastaneler arasında kurulacak olan ara basamak sağlık hizmeti bu bağlamda önemli bir ihtiyacı karşılayacaktır.

Başlıca disiplinlerde uzman hekimlerin görev yaptığı, belirli düzeyde radyolojik ve laboratuvar tanılama hizmetlerinin sunulduğu, acil ve ayaktan belirli müdahalelerin yapılabildiği bu kuruluşlarda yataklı hizmet sunulmayacaktır.

Önerilen “semt poliklinikleri”, bugün var olan ve hastanelerin uç birimleri olarak hizmet veren polikliniklerle bazı benzerlikleri olmakla birlikte işlev ve örgütlenme açısından farklıdır. En önemlisi, hastanelere bağlı olarak değil, İlçe Sağlık Müdürlüğüne bağlı yataksız birinci basamak hizmet birimleri olarak örgütlenmeleridir. Amaçları hastaneye hasta akışı sağlamak değil, aile hekimlerinin sunduğu hizmetlere yakın destek sağlamaktır. Bu nedenle “semt polikliniklerinin” sunacağı hizmetin ve kapasitelerinin planlanması da bu amaca uygun olmak durumundadır.

Birinci basamak sağlık örgütlenmesinin parçası olan “semt poliklinikleri” aile hekimliği hizmetlerini ve Halk Sağlığı Merkezlerini güçlendirecek, sağlık sisteminde sevk zincirinin kurulmasını destekleyecek, hizmetin erişilebilirliğini arttıracaktır.

1.2.6. Kurumsal Yapıların Güçlendirilmesi

Sağlık Bakanlığının kurumsal kapasitesi güçlendirilmeli, kişisel ve aşırı merkezi karar mekanizmaları yerine kurumsal karar mekanizmaları işletilmelidir. Bu amaçla, Bakanlık teşkilatındaki mevcut enstitülerin ve kurulacak yeni enstitülerin bağımsız kurumlar olarak çalışmaları sağlanmalıdır.

Tedavi edici hizmetlerin niteliğinin artırılması için özel dal hastanelerin güçlendirilmesine ve çeşitlendirilmesine gereksinim vardır. Bugünkü yapılanmada üçüncü basamak olarak tarif edilen birçok hastane en gelişkin teknolojilere ve spesifik tıbbi müdahale olanaklarına sahip değildir. Bu tür gelişkin hizmetlerin sunulabildiği özel dal hastanelerinin güçlendirilmesi ve çeşitlendirilmesi, sevk zinciri sistematığı içinde tüm sağlık hizmetlerinin standardını yükseltecektir.

1.2.7. Atamalarda Liyakat

Sağlık yönetimi yapısının, yerleşik hale gelmiş siyasi veya başka nitelikli çeşitli grup ve ağ yapılarından arındırılması son derece önemlidir. Bu yapılırken, mevcut grup yapılarının yerine başka grup yapılarının yerleşmesinin önlenmesi gerekir.

Sağlık sisteminin gerek merkez, gerekse taşra teşkilatında ve hastanelerde yönetim görevi verilecek kişilerin meslek, uzmanlık alanı, profesyonel birikim ve kıdemlerine göre belirlenmesi gerekir.

1.2.8. Katılımcı Mekanizmaların Oluşturulması

Sağlık hizmetlerinin yönetiminin demokratik bir yapıya kavuşturulması ve toplum katılımını sağlayacak mekanizmaların oluşturulması gerekir.

Türkiye'nin demokratikleşmesine paralel olarak, sağlık sisteminde de yönetimin demokratikleşmesi öncelikli bir gerekliliktir. Yönetimin hesap verebilir yapıya kavuşturulması, şeffaflığı güvenceye alan yönetim sistemlerinin kurulması ve toplum katılımını mümkün kılacak süreçlerin ve mekanizmaların tanımlanması

lanması demokratik yönetimin somut temelleri olacaktır.

Sağlık Bakanlığı Üst Yönlendirme Kurulu kurulması bu mekanizmaların oluşturulması açısından yararlı olacaktır. Kurulun yapısı içinde sağlık meslek birliklerinin temsilcilerinin yer alması ile meslek birlikleri ile Sağlık Bakanlığı arasında sürekli bir iletişim mekanizması kurulmuş olacaktır. Böylece farklı alanlarda gözlenen halk sağlığı sorunlarının koordine bir yapı içinde değerlendirilmesi sağlanacaktır.

İl ve ilçe düzeyinde, Hıfzısıhha Kurullarının yeniden yapılanarak sektörler arası eşgüdüm ve toplum katılımı mekanizmaları olarak işlerliğinin sağlanması gereklidir. Bu kurulların yapısında var olan "serbest hekim", "serbest veteriner" gibi kontenjanlar yerine meslek birliklerinin temsilcilerinin Kurullarda yer alması sağlanmalıdır.

Kent Konseyleri, henüz gelişim aşamasında yapılar olmakla birlikte, sağlık hizmetlerinin planlanması ve sunulması süreçlerinde toplum katılımını sağlamak, kurum ve kuruluşlar arasında, merkezi ve yerel yönetimler arasında ve sektörler arasında koordinasyonu geliştirmek için değerli bir potansiyele sahip yapılardır.

İl Sağlık Müdürlüklerinde halkla iletişim birimlerinin kurulması, böylece idari birimlerin toplumla doğrudan iletişim kanallarının oluşturulması da yararlı olacaktır.

1.2.9. Mevzuatın Güncellenmesi

Sağlık mevzuatı uzun yıllar içinde yaşanan değişikliklerle karmaşık bir yapı kazanmıştır. Gözden geçirilmesi, geliştirilmesi ve güncellenmesi gereken başlıca mevzuat:

- 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcra-sına Dair Kanun
- Umumi Hıfzısıhha Kanunu
- Hıfzısıhha Kurullarında meslek örgütlerinin temsili-yetinin sağlanması

- “Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname” ve “Olağanüstü Hal Kapsamında Bazı Düzenlemeler Yapılması Hakkında 694 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname” (Sağlık Bakanlığı örgüt yapısı KHK ile değil kanunla düzenlenmelidir)
- Aile hekimliği Kanunu’nun 1. Basamak Sağlık Hizmetleri Kanunu olarak yeniden düzenlenmesi
- Lisans eğitimi olan sağlık meslekleri için başta Türk Hemşireler Birliği olmak üzere kanunla meslek birliklerinin kurulması / meslek etiği özdenetim mekanizmalarının kurulması
- Meslek Hastalıkları ve İşle İlişkili Hastalıklar Kanununun yapılması
- Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği’nin güncellenmesi (hemşirelik hizmetleri yönetiminde hemşirelerin görev almasının sağlanması)







2. BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ

Katılımcılar

Vildan Aydın

Melike Baysal

Necati Bozkurt

İsmail Gürbüz

Emrah Kırımlı

Kemal Noyan

Özlem Özkan

Birgi Tuna

Alpaslan Türkkan

Tanışmanın ardından kolaylaştırıcı tarafından çalışma biçimi, temel yaklaşımlar ve beklentiler açıklandıktan sonra çalışmaya başlanmıştır.

Çalışmada öncelikle konu başlıkları belirlenmiş, ardından her bir başlık için ayrı ayrı olmak üzere birinci basamaktaki durum saptanmış, sorunlar tanımlanmış ve bu sorunlara yönelik çözüm önerileri tartışılmıştır. Başlıklar belirlenirken, formal sınıflamalar dikkate alınmamış, konunun önemine göre oluşturulmuştur. Tartışılmak üzere belirlenen konu başlıkları:

- Birinci Basamak Sağlık Hizmeti İçeriği
- Birinci Basamakta Altyapı
- Yönetim
- Örgütlenme
- Finansman
- Sağlık Emek Gücü
- Halkın Katılımı
- Eşgüdüm

2.1. BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETİ (BBSH) İÇERİĞİ

Birinci basamağın doğru kurgulanması için öncelikle sunulacak hizmet içeriği üzerinde uzlaşılması kaçınılmazdır. Birinci basamak sağlık hizmeti en yalın biçimde; vatandaşın çeşitli nedenlerle ilk başvurduğu sağlık kurumu ve bu kurumlarda sunulan sağlık hizmeti olarak tanımlanabilir. Birinci basamak sağlık hizmetinin en önemli özelliği, sağlık sistemi nasıl olursa olsun sağlık hizmeti sunumunun vazgeçilemez parçasını oluşturmasıdır. Temel özelliği toplumda sık görülen sağlık sorunlarını, hastalıkları tanımlayabilecek ve müdahale edebilecek yapıda olmasıdır. Birinci basamak sağlık hizmetinin temel içeriği, bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri (gerekli demirbaş ve sarf malzemelerinin ücretsiz karşılandığı bağışıklama, aile planlaması hizmetleri ve eğitim de dahil olmak üzere), geliştirici, ayaktan tedavi hizmetleri, bakım ve rehabilitasyon hizmetleridir. Bu sağlık hizmeti kesintiye uğramadan sürekli sunulabilir olmalıdır.

Temel ilke olarak BBSH mekân ve coğrafya gözetilerek, kültürel, toplumsal gereksinime dayalı ve insana odaklanmış, insanın bulunduğu her yerde (okul, işyeri, huzurevi, cezaevi, gezici tarım işçileri dahil olmak üzere tarım alanları, fabrikalar vb.) hizmet sunacak biçimde planlanmalıdır. Hizmet, evrensel ilkelere bağlı biçimde sunulmalı ve herkesin erişebileceği, hiçbir

ayrımın BBSH'ye erişmeyi engellemeyeceği biçimde organize edilmelidir. Bu nedenle BBSH'de katkı / katılım payı alınmamalı, hizmetin tamamı ücretsiz biçimde sunulmalı, erişimi engelleyen bürokratik mekanizmalar kaldırılmalıdır.

2.2. BİRİNCİ BASAMAKTA ALTYAPI

BBSH kamu hizmetidir. Bu nedenle hizmet kamu binalarında sunulmalı, bina temini, bakım ve onarımının yanı sıra demirbaş ve sarf malzemeleri de kamu kaynakları kullanılarak sağlanmalıdır. Alt yapı kaynaklarının dağılım, herkesin ihtiyacı kadar sağlık hizmetine ulaşabileceği biçimde, dengeli coğrafi dağılım politikası güdülererek yapılmalıdır.

2.3. YÖNETİM

Gündelik siyaset sağlık hizmeti sunumundan çekilmeli, ulusal sağlık politikası oluşturulmalı ve bu politikalar izlenmelidir. Sağlık hizmet sunumu, ulusal sağlık politikalarına ve evrensel ilkelere dayalı biçimde yönetilmelidir. BBSH; bilimsel yeterlilik ve liyakate dayalı olarak belirlenmiş yöneticiler tarafından ve bilimsel yöntemler kullanılarak yürütülmelidir.

2.4. ÖRGÜTLENME

Sağlık hizmeti sunumu bir bütünlük içinde değerlendirilmelidir. Hizmet sunumu, hekim merkezli olmamalı, ilgili tüm meslek gruplarını katacak yapıda olmalıdır. Örgütlenmede yerel koşullar dikkate alınmalı toplum sağlığını ilgilendiren tüm kurumlarla ve yerel yönetimlerle iş birliğinin yolu açılmalıdır.

Birinci basamakta tedavi edici sağlık hizmetleri; coğrafi olarak belirlenmiş bir nüfusa (bölge tabanlı) ya da belli bir dönemde kayıtlı olan kişilere (nüfus tabanlı) sunulur. Birinci basamak tedavi edici sağlık hizmetinin bölge tabanlı ya da nüfus tabanlı sunulması konusunda masa katılımcılarının çoğu bölge tabanlı hizmeti önermiş olmakla birlikte "bölge ve nüfus tabanlı hizmet" biçiminde karma yöntem önerisi de gelmiştir. Her iki modelin karması olarak önerilen yapıda kavramsal tam uzlaş sağlanamamıştır.

BBSH çalışanları sağlığı ilgilendiren konularda, Belediye Meclisi, İl Hıfzıssıhha Kurulu gibi yerel karar organlarında temsil edilmesi ve karara katılabilmelidir.

2.5. FİNANSMAN

BBSH sunumu için gereken kaynaklar Türkiye’de mevcuttur. Hizmet kamusal anlayış ile yürütülmeli, finansı vergilerden karşılanmalıdır. Sağlıkta eşitliği hedefleyen politikaların temel yaklaşımı olarak; sağlık hizmeti parasız sunulmalı, hizmetten katkı/katılım payı alınmamalı, cepten harcama engellenmelidir.

2.6. SAĞLIK EMEK GÜCÜ

BBSH kamuya ait sağlık birimlerinde, kamu personeli olarak çalışan ekip tarafından yürütülmelidir. Türkiye’nin BBSH sunucuları nitelik ve nicelik bakımından yeterlidir. BBSH sunumunda birinci basamak eğitimi almış kişiler, mevzuat ile güvenliği sağlanmış biçimde tam zamanlı ve kamusal iş güvencesiyle çalışmalıdır. BBSH yapısı gereği ekip çalışmasını gerektirir. Ekibin yapısı, meslek grupları ve sayısal özellikleri toplumun sağlık gereksinimine göre belirlenmelidir. BBSH olmazsa olmaz ekip üyeleri; hekim, ebe, hemşire, diş hekimi, veteriner hekim, fizyoterapist, psikolog, diyetisyen, sosyal hizmet uzmanı, çevre sağlığı teknisyenidir. BBSH sunumunda tüm ekip üyelerinin yetki ve sorumlulukları mevzuatla belirlenmeli ve güvence altına alınmalıdır.

Sağlıklı bir BBSH sunumu için lisans eğitimleri de planlanmalıdır. Toplumda nadir görülen sağlık sorunları ile karşılaşılacak üçüncü basamakta yetişen hekimlerden birinci basamakta hizmet sunmalarını beklemek doğru değildir. Tüm BBSH sunacak ekip üyelerinin mesleki eğitimleri birinci basamak koşullarına uygun biçimde düzenlenmeli, eğitimleri sırasında halk ile karşılaşmaları sağlanmalıdır.

BBSH sunumunda görev alan meslek örgütleri güçlendirilmeli, ekip üyelerinin meslek örgütlerine üye olmalarını teşvik edecek

düzenlemeler mevzuatta yer almalıdır. Ekip üyelerinin sürekli eğitimleri meslek örgütleri tarafından belirlenen standartlara göre planlanmalı ve uygulanmalıdır.

Ekip üyeleri arasında iş barışını bozacak politika ve uygulamalar mevzuat ile engellenmelidir. Sağlık çalışanlarının gereksinimlerini karşılayacak, insanca yaşamalarını, kendilerini mesleki açıdan geliştirebilecekleri ve emekliliğe yansıyan ücret almaları sağlanmalıdır. Performans, ek ödeme adı altındaki ödemeler maaşa dahil edilmeli, çalışanların değerlendirilmesinde liyakat ve hakkaniyet göz önünde tutulmalıdır.

Birinci basamak sağlık hizmeti sunan meslek gruplarının statü ve gelir düzeyinin yüksek tutulması hizmetin sürekliliği ve kalitesi için hayattır. Birinci basamakta çalışmanın teşvik edilmediği durumda ikinci ve üçüncü basamağa olan kaymalar ile birinci basamak sağlık hizmetinin sürekliliği ve niteliğinde sorun yaşandığı bilinmektedir.

2.7. HALKIN KATILIMI

Toplumun hakkı olan sağlık hizmetine ulaşmada söz sahibi olması hem yönetim ve hem de denetim aşamalarında toplumun söz hakkının olmasının yolu açılmalıdır.

2.8. EŞGÜDÜM

İlk başvuru yeri olan birinci basamağın diğer basamaklarla entegre hizmet sunumu sağlanmalı, sevk zinciri oluşturulmalıdır. Birinci basamaktan başlayan ve basamaklar arası veri akışını sağlayan sevk zinciri ile önemli kazanımlar sağlanacağı açıktır. Sağlık hizmetinin tüm basamaklar ile eşgüdüm içinde sunulması; gereksiz girişimleri, aşırı uzmanlık kullanımını, hastane yatışlarını ile süresini ve sağlık hizmeti sunum maliyetini azaltarak sağlıkta eşitliğe katkı sunacaktır.



3. İKİNCİ VE ÜÇÜNCÜ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ

Katılımcılar

Nilüfer Aykaç

Özlem Kurt Azap

Ömer Doğanay

Osman Elbek

Şehsuvar Ertürk

Taner Gören

Süleyman Kaynak

Gülten Koç

Hasan Kuş

Çağla Uyanusta Küçük

Selahattin Menteş

Azize Atlı Özbaş

Cavit Işık Yavuz

Ali Yıldırım

3.1. MEVCUT DURUM

10 Şubat 2022 tarih ve 31.746 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Sağlık Hizmet Sunucularının Basamaklandırılmasına Dair Yönetmeliğe göre;

İkinci basamak sağlık hizmeti sunucuları;

- Eğitim ve araştırma hastanesi olmayan devlet hastaneleri ve dal hastaneleri ile bu hastanelere bağlı semt poliklinikleri,
- Entegre ilçe hastanesi (E1),
- Bakanlığa bağlı ağız ve diş sağlığı merkezleri,
- Kamu kurumlarına ait olup Bakanlıkça ruhsatlandırılmış olan hastaneler, tıp merkezleri ve dal merkezleri,
- Özel hastaneler,
- Özel tıp merkezleri ve dal merkezleri,
- Ağız ve diş sağlığı hastaneleri,
- Diyaliz merkezleri, üremeye yardımcı tedavi merkezleri, hiperbarik oksijen tedavi merkezleri, tıbbi laboratuvarlar gibi müstakil olarak ruhsatlandırılan tanı ve tedavi merkezleri olarak sıralanmaktadır.

Üçüncü basamak sağlık hizmet sunucuları, ileri tetkik ve özel tedavi gerektiren hastalıklar için yüksek teknoloji içeren ve/veya eğitim ve araştırma hizmetlerinin verilebileceği altyapıya sahip üst düzey hastanelerdir. Bakanlığa bağlı eğitim ve araştırma hastaneleri ile devlet ve vakıf üniversitelerine ait hastaneler doğrudan üçüncü basamak olarak gruplandırılmıştır.

- Sağlık Bakanlığının Sağlık İstatistikleri Yıllığı'na göre hekime müracaat sayısı 2019 yılında 9,8; 2020 yılında 7,2'dir. Bu başvuruların %65'inin 2. ve 3. basamak başvurusu olduğu görülmektedir.
- OECD ülkeleri ile karşılaştırıldığında Türkiye'de; bu ülkelerdeki hekim sayısının yarısı, hemşire sayısının üçte biri ile %30 daha fazla iş yapıldığı; 2,2 kat daha fazla MR çekildiği; 1,2 kat daha fazla bilgisayarlı tomografi çekildiği görülmektedir.
- Sağlık turizmi (kamu / üniversite hastanelerini de içerecek şekilde) giderek yaygınlaşmaktadır.

- 22 Mayıs 2014 tarihli, 29007 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmeliğe göre 48 görev ve unvan tanımı mevcuttur.
- Hemşirelik alanında farklı okul mezuniyetleri (lise, lisans vb.) olmasına rağmen “benzer” görevler yürütülmekte; bu durum rutin işleyişi güçleştirmektedir.
- Mevcut tıp fakültelerinin sadece %30’u akreditedir; bu durum özellikle üniversite hastanelerindeki mezuniyet öncesi ve sonrası tıp eğitimi için önemli bir sorundur.
- Tele-tıp uygulamaları giderek yaygınlaşmaktadır.
- Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı verilerine göre; 2002 yılında 1156 hastane, 2021 yılında 1534 hastane mevcuttur. 2002 yılında 271 adet özel hastane var iken 2021 yılında 575 adet özel hastane mevcuttur.
- Hasta randevuları için ayrılan süre 5 dakika civarında olmaktadır.

3.2. SORUNLAR

- Sevk zinciri işlememektedir. Bu nedenle de ikinci ve üçüncü basamak hastanelerde yığılma olmaktadır.
- Yoğun hasta ve iş yükünün yanısıra mesleki yeterlilik süreçlerine ilişkin sıkıntılar, sunulan sağlık hizmetinin niteliğini azaltmaktadır.
- Birçok branş için ancak ileri tarihlere randevu alınabilmektedir. Merkezi Hasta Randevu Sistemi (MHRS) üzerinden randevu almak giderek zorlaşmaktadır.
- Malpraktis mevzuatı ve uygulamaları nedeniyle “çekinik (defansif) tıp refleksleri” gelişmekte komplike

ve zor olgular, gerekli sağlık hizmetine ulaşamamaktadır.

- Malpraktis mevzuatı ve uygulamaları nedeniyle başta cerrahi branşlar olmak üzere belirli alanlarda uzmanlık eğitimi kadroları boş kalmakta; yakın gelecek için sorun oluşturacak düzeye yaklaşmaktadır.
- Malpraktise ilişkin mevzuat özel sektörde çalışan hekimleri “korumasız” bırakmaktadır.
- Sağlık alanındaki veriler (yatak doluluk oranı, morbidite vb.) dijitalize edilememekte ve yeterince analiz yapılamamaktadır.
- Özellikle yöneticilerde liyakat sorunu ciddi boyuttadır.
- Tıbbi cihaz ve malzeme eksikliği giderek artmakta ve rutin işleyişi aksatmaktadır.
- Kışkırtılmış sağlık hizmeti talebi ve çalışanlar için uygulanan performans sistemi gerek nitelikli sağlık hizmeti verilmesini gerekse çalışma ortamındaki iş barışını bozmaktadır.
- Öğretim üyeleri, üniversite hastanelerinde “özel” hasta bakmak istemektedir. Polikliniklerdeki sağlık hizmetini genellikle asistanlar yürütmektedir.
- İstifa eden, yurt dışına gitmek isteyen hekimlerin, sağlık çalışanlarının sayısı giderek artmaktadır.
- VİP ve protokol hastaları için ayrı girişler vb. oluşturulması uygulamaları giderek artmaktadır.
- Özel hastanelerde hekimler, hastalarla “ücret konusunu” konuşur hale gelmiştir.
- Hekimler, sekreteryaya vb. işlemlerini kendisi yürütmek zorunda kalmakta; destek hizmetleri konusundaki eksiklikler giderek artmaktadır.
- Özel hastanelerde çalışan sağlık iş gücü oldukça nite-

liksizdir. Özel sektörde hemşire sirkülasyonunun çok yaygın olduğu görülmektedir.

- Sağlık çalışanlarının tükenmişlik noktasında olduğu gözlenmektedir.

3.3. ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

- Ülkemizin her yerinde, herkes için, sağlık hizmeti nitelikli, ücretsiz ve ulaşılabilir olmalıdır.
- Sağlıkçılar; “hekimler ve diğer, yardımcı vb.” sağlık çalışanları olarak kategorize edilememelidir. Sağlıkçılara yaklaşım bütüncül olarak ele alınmalıdır.
- Sağlık hizmeti, “sevk zinciri” esasına göre düzenlenmelidir. Birinci basamak sağlık hizmeti eğitim ve altyapı olarak desteklenmeli; ikinci-üçüncü basamak hastanelerdeki yığılmanın önüne geçilmelidir.
- Performans, döner sermaye vb. uygulamaların sağlık hizmetinin niteliğini ve sağlıkçılar arasındaki çalışma barışını bozduğu göz önünde bulundurularak gerekli düzenlemeler yapılmalıdır (örneğin -eskiden olduğu gibi- tüm branşlar için benzer mişktarda döner sermaye ödenebilir vb.)
- Performans sistemi tamamen kaldırılmalıdır.
- Malpraktise ilişkin mevzuat ve işleyiş çekinik tıp uygulamalarının önüne geçecek şekilde düzenlenmelidir.
- Tele-tıp uygulamalarına ilişkin mevzuat ve işleyiş kapsamlı bir şekilde ele alınmalı; çok yönlü değerlendirilmelidir.
- Malpraktis ve tele-tıp uygulamaları, uzaktan danışmanlık vb. başlıklar, hasta güvenliği açısından da ele alınmalıdır.
- Sağlıkçıların eğitimi, nitelikli hale getirilmelidir. Plan-

lamalar, düzenlemeler, nitelikli sağlık hizmeti için nitelikli sağlık eğitimi verilmesi gerektiği yaklaşımıyla yapılmalıdır.

- Tıp fakültesi ve eğitim-araştırma hastanelerinin sağlık hizmeti sunma sorumluluklarının yanısıra mezuniyet öncesi ve sonrası tıp eğitiminde de sorumluluklarının olduğu hatırlanmalıdır. Eğitim ve araştırmaya yönelik kaynak sağlanmalı; işleyiş bu çerçevede planlanmalıdır.
- Sağlık Bilimleri Üniversitesi kapatılmalı; afiliye hastanelere yönelik yeni düzenlemeler yapılmalıdır.
- Vakıf üniversitesi tıp fakülteleri ve hastanelerinin standartlara uygun hale getirilmesi sağlanmalıdır.
- Hekim, hemşire ve tüm sağlık çalışanlarının mesleki gelişimi için bilimsel kaynak desteği sağlanmalıdır.
- Hastaneler, sağlık kuruluşları havalandırma vb. açıdan güvenli hale getirilmelidir.
- Çalışanların sağlığı birimleri yaygınlaştırılmalı ve işlevsel hale getirilmelidir.
- Sağlık yönetimi, nitelikli hale getirilmelidir.
- Sağlık hizmetlerinin organizasyonu, merkezi planlama ve yerinden yönetim (meslek gruplarının hastane yönetimine teşvik edilmesi) esaslarına göre olmalıdır.
- Mevzuat, bütüncül olarak gözden geçirilmelidir.
- Uzun dönemli yatış ihtiyacı (Rehabilitasyon vb.) hastaneler dışında organize edilmelidir.
- Sağlık hizmeti yerel yönetimlerle iş birliği yapılarak gerçekleştirilmelidir.
- Ekonomik ve sosyal haklar (örneğin hastanelerde kreş olması vb.) iyileştirilmelidir.

- Dezavantajlı/kırılgan (Elektronik sistemleri kullanmayan yaşlılar vb.) gruplar açısından MHRS için destek sağlanmalıdır.
- Bölgeler arası eşitsizlikler ve altyapı eksiklikleri düzeltilmelidir.
- Sağlık kuruluşlarına ilişkin düzenlemeler çevre sağlığı gözetilerek ve iklim krizi göz önünde bulundurularak yapılmalıdır.
- Sağlık çalışanlarının görev yetki ve sorumlulukların dışında çalıştırılması engellenmelidir.
- Sağlık çalışanları için KPSS kaldırılmalı ve meslek sınavı yapılmalıdır.
- Sözleşmeli istihdam kaldırılmalı; kadrolu istihdam gerçekleştirilmelidir.
- Sağlık çalışanlarının yıllık izin süreleri artırılmalıdır.
- Özellikli hizmetlerin hangi mesleklere verilmesi planlama ile belirlenmelidir.
- Hasta ve hasta yakınları dernekleri hizmet sunumuna dahil edilmelidir.
- Ulusal akreditasyon programları geliştirilmeli; kalite iyileştirme araçlarının eğitimi verilmeli ve iyi uygulamalar veri tabanı gibi paylaşım platformları kurulmalıdır.
- Klinik uygulama rehberleri kullanılmalıdır. (Uzmanlık dernekleri ile dirsek teması, NICE vb. kurumlarla birlikte çalışılabilir vb.)
- Klinik sonuçlar ölçülmelidir. (Klinik gösterge paylaşım platformları; Maryland Project, Danish Indicator Project gibi değerlendirilmelidir. Bu platformlarda sonuçlar önce anonim, sonra hastanelerin klinik sonuçları halka açık olarak paylaşılmalıdır)

- Çalışan bağlılığını ölçecek bir sistem oluşturulmalı (Sağlık Bakanlığından bağımsız) ve sonuçlar paylaşılmalıdır.
- Performans sistemi tamamen revize edilmelidir. Klinik sonuçlar ve hasta memnuniyeti gibi nitelik üzerinden yeniden oluşturulmalı. Hekimlerin katkısı alınmalıdır.
- Sağlık hizmetinde standartlar oluşturulmalı; eksiklikler ona göre belirlenmelidir. Standartlara, verilere ve ölçümlere dayanan bir sistem kurulmalıdır. (Gelen her hastaya aynı gün içerisinde bakılacak değil, her hastaya 15 dk süre ayrılacak; ameliyat randevuları için hastalıklara göre maksimum süre, servisler için hedeflenen hasta- hemşire oranı vb.)
- Sağlık okur-yazarlığını arttıracak çalışmalar yapılmalıdır. Sivil toplum kuruluşlarınının desteğini alan içerikler ve eğitim platformları oluşturulmalıdır.
- Özel sağlık sektörü, tamamlayıcı olmalıdır.
- Kamu Özel İşbirliği hastanelerine ilişkin tüm sonuçlar açıklanmalıdır. Her klinik ve klinik olmayan hizmet için hangi hastanede en iyi sonuçlar elde edilmiş, nasıl ve hangi yöntemlerle elde edilmiş gibi bilgilerin tüm hastanelerle paylaşılacağı bir platform oluşturulmalıdır.

3.4. Doç. Dr. Osman Elbek'in, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin organizasyonuna ilişkin olarak ilettiği bütünlüklü öneri aşağıda sunulmuştur:

İkinci ve Üçüncü Basamak Hastanelerinin Organizasyonu

Amaç: Hastalık kontrolünü amaçlayan bir sağlık hizmeti sunmak

Organizasyon:

- Yataklı sağlık kurumları "idari ve mali özerkliğe sahip işletmeler" biçiminden "hizmet sundukları hastaların sağlık sorunlarına göre hizmet sunumlarını adapte eden şifahaneler" şekline dönüştürülecektir.
- Yataklı sağlık kurumlarının sayısı ve çeşitliliği ülke çapında "merkezi planlama" ve "yerinden yönetim" ilkelere göre belirlenecektir. Merkezi planlamada nüfus başına düşen yatak sayısı, yerinden yönetimde ise o sağlık kurumunun hitap edeceği nüfusun son beş yıllık sağlık sorunları öncelikle dikkate alınacaktır.
- Sağlık kurumlarının norm kadroları tek tip standarde olmayacak, aksine o sağlık kurumunun hizmet önceliğine göre her bir kurum için değişken olacaktır.
- Çalışacak personelin mesleki yetkinliği ve görev tanımları konusunda meslek örgütlerinin kriterleri esas alınacaktır.
- Yüksek teknolojik cihazlar başta olmak üzere altyapı ve insan gücü konusunda yataklı sağlık kurumları arasında eşgüdüm, entegrasyon ve karşılıklı kullanım ilkesi yürürlükte olacaktır.
- Sağlık kurumlarında çalışanların ve hastaların seçilmiş temsilcileri yerinden yönetim işleyişinin planlanacağı yönetim kurullarında temsiliyetleri sağlanacaktır.

- İl, bölge ve ülke bazlı planlanma konusunda yetkili olacak yapılarda meslek ve hasta örgütlerinin temsilcileri bulunacaktır.
- Birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumları arasında afilyasyon sağlanacaktır. Sevk sistemini teşvik etmek için yataklı sağlık kurumlarına aile hekimliği kontenjanı sağlanacak ve aile hekimlerinin yönlendirdiği hastalar daha erken randevu alabilecektir.
- Üçüncü basamakta çalışan akademisyenlere ikinci basamak sağlık kurumları için danışmanlık ve hizmet yükümlülüğü tanımlanacaktır. Akademisyenlerin haftalık çalışma saatlerinin %40'ını ikinci ve üçüncü basamak hastanelerinde hizmet ve eğitim için geçirmeleri sağlanacaktır. İkinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında akademisyenlerin hizmet sunacağı hastalar daha önceden söz konusu kurumlarda görev yapan uzman hekimlerin sevk ettiği kişilerden oluşacaktır. İkinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında hizmet yükünün ilk adımını uzman hekimlerin sunacağı hizmetler oluşturacaktır. Aile hekimleri, ikinci ve üçüncü basamak; araştırma görevlileri ise birinci ve ikinci basamak sağlık kurumlarında ayda beş saatten az olmamak kaydıyla eğitim rotasyonu yapacaklardır.
- İkinci basamak yataklı sağlık kurumları "Tedavi Edici" ve "Rehabilitasyon Edici" sağlık kurumları olarak iki ana grupta oluşacaktır. "Tedavi Edici" sağlık kurumlarının görevi akut hastalıkların tanı - tedavisi ve kronik hastalıkların acil tedavilerini uygulamakla sınırlı olacaktır. "Rehabilitasyon Edici" sağlık kurumları ise kronik hastalık tanısı almış hastalara ileri girişim, rehabilitasyon ve esenlendirici sağlık hizmetlerini sunacaklardır. Bu kurumlar hastalara gereken bütüncül sağlık hizmet sunumunu gerçekleştirmek için bünyelerinde yerel yönetimler ve sosyal hizmetler bakanlığının ye-

rel temsilcilerini bulundurmamak zorunluluğunda olacaklardır. “Rehabilitice Edici” sağlık kurumlarında çalışacak uzman hekimlerin alanlarında en az beş yıl çalışmış olma şartı aranacaktır. “Rehabilitice Edici” sağlık kurumlarının özellikle iskemik kalp hastalığı, inme, akciğer – meme kanseri, diyabet, kronik böbrek yetersizliği, alzheimer – demans, kas – iskelet sistemi hastalıkları ve depresyon konusunda yetkinleştirilmesi teşvik edilecektir.

NOT: Özel sağlık sektörü, ağırlıklı olarak özel sağlık sigortası olan hastalara hizmet vermek üzere faaliyet göstermeye devam edecektir. İl ve ilçe bazında kamu sağlık kurumlarında yetersiz olan hizmet alanları için saklı olmak kaydıyla önceden yapılacak anlaşma çerçevesinde SGK’li hastalara da hizmet sunabileceklerdir. Ancak bu anlaşmaların istisnai olması şartı gözetilecektir. İl düzeyindeki kamusal yetkililerin iş performansı, özel sektörle yapılmış istisnai anlaşmaların yüzdesi ve yıl içerisindeki azalma trendine göre belirlenecektir.



4. ÇALIŞAN SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ VE OKUL SAĞLIĞI

Katılımcılar

Özcan Baripoğlu

Mustafa Güler

Kaan Karadağ

Gülgün Kıran

Arif Müezzinoğlu

Muratcan Ocaktan

Ali Naci Yıldız

4.1. ÇALIŞAN SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ

4.1.1. Mevzuat yetersiz, yetersiz olmanın yanında uygulamada sorunlar yaşanmaktadır.

Sosyal güvenlik düzenlemeleri, afet ve acil yardım düzenlemeleri, sivil savunma düzenlemeleri, çevre şehircilik düzenlemeleri, sağlık düzenlemeleri, bütçe ve ilgili kamu maliyesi düzenlemeleri, devlet memurlarına ilişkin düzenlemeler ve hatta iş hukuku düzenlemeleriyle işçi sağlığı ve güvenliği düzenlemeleri arasında çelişkiler ve karmaşa oluşturacak hususlar bulunmaktadır. İşçi sağlığı ve güvenliği profesyonellerinin çalıştırılma süreleri yetersizdir. Çok disiplinli çalışma alanı olması özelliği yasalara yansıtılmamaktadır (iş psikolojisi, iş hijyenisti, işçi beslenme uzmanı, ergonomist vb.)

İşçi sağlığı ve iş güvenliği (İSG) mevzuatı yükümlülükler ve sorumlulukların düzenlenmesinde, 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortasındaki meslek hastalığına karar verme ve tazminatını ödeme örneğinde olduğu gibi kimi zaman iç içe geçmiştir. Diğer yandan, 6631 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Ka-

nununun bazı işyerlerinde işyeri hekimi ve iş güvenliği uzmanı yetkilerini işverene vermesi ya da işyeri hekimi ve iş güvenliği uzmanının konum ve yetkilerini tam olarak tanımlanmaması şeklinde yetersizlikler vardır.

Bütün bunların bir sistem içinde ele alınıp yeniden düzenlenmesi gereklidir.

4.1.2. Sistemin işleyişinde kurgusal sorun vardır.

Mevcut sistemde, işçi sağlığı ve iş güvenliği önlemlerinin temel bileşeni olan işyeri hekimi ve iş güvenliği uzmanı genellikle işyeri dışında kurulmuş ortak sağlık ve güvenlik birimi şirketlerinden hizmet satın alınma yöntemiyle yürütülmektedir. Sistemin bu kurgusu işyeri hekimi ve iş güvenliği uzmanından beklenen ya da beklenmesi gereken hizmetin sağlanmasında önemli sorunlar yaratmaktadır. Aşağıda temel ilkelerine yer verdiğimiz yaklaşımla yeni bir sistem kurgulanmalıdır:

- Tehlike sınıfları da dikkate alınarak, belli sayı ve üzerinde çalışanı olan işyerlerinde işçi sağlığı ve iş güvenliği birimi kurulması zorunlu olmalıdır.
- Belirlenen sayının altında çalışanı olan işyeri iş sağlığı ve güvenliği hizmetlerini dışarıdan alabilir.
- Dışarıdan iş sağlığı ve güvenliği hizmetleri aşağıdaki-ler tarafından verilebilir.
- İşverenlerin ortaklaşa kurdukları ortak sağlık ve güvenlik birimi
- Yetkilendirilmiş toplum sağlığı merkezleri
- Özel ortak sağlık birimleri

4.1.3. İSG çalışanlarının mesleki yetkinlik, eğitim, güvence ve mesleki bağımsızlık başta olmak üzere sonuçta verilen hizmetin niteliğine yansıyan sorunları vardır.

İSG çalışanlarının çalışma sisteminde, yukarıdaki maddede belirttiğimiz temel sistem değişikliğiyle dönüştürülecek çalış-

ma biçimleri, özellikle mesleki bağımsızlık ve iş güvencesi gibi sorunların çözümü olabilecektir. Diğer yandan, İSG çalışanlarının mesleki donanımını, yetkinliğini artıracak eğitim modelleri geliştirilmelidir. Temel eğitim, yenileme eğitimi, sektöre özel ileri eğitimler gibi programlar üniversitelerle, meslek örgütleri ile iş birliği halinde yürütülmeli; makul periyotlar belirlenerek tanımlanmış meslek içi eğitimlerin tamamlanması zorunlu tutulmalıdır.

4.1.4. Ulusal düzeyde -sosyal tarafların, akademinin, meslek örgütleri, STK ve kamu kurumlarının- işbirliği sorunu vardır.

Temel olarak işçi sağlığı ve güvenliğinin sağlanmasına odaklanan ve bilimsel temelli iş yapacak şekilde örgütlenmiş özerk bir kurul oluşturulması bu sorunun çözümü olabilecektir.

- Mali ve idari özerkliği olan,
- Politika belirleyen,
- Ulusal planlama yapan,
- İlgili kamu kuruluşlarını, meslek örgütleri, sivil toplum örgütleri ve sendikaları kapsayan

Ulusal İSG Konseyi kurulmalıdır.

4.1.5. Meslek hastalığı, iş kazaları kayıt / bildirim sorunu vardır.

Mevzuatımızda meslek hastalığı tanısının konulması ile buna bir tazminat ödenmesi hususu birbirine karışmış durumdadır. SGK tarafından tazminat ödenmesi gerekip gerekmediğinin tespiti amacıyla yapılan değerlendirme, meslek hastalığının tespiti ile eş değer görülmektedir. Oysa meslek hastalığının tanımlanıp belirlenmesi, sonucundaki tazminattan bağımsız olmalıdır. Meslek hastalıklarının tespiti bir sigorta terimi değil tıp terimidir ve meslek hastalığına tıp literatürü, bilim insanları, hekimler karar verir. Bu hastalıklardan bazılarını sosyal güvenlik sistemi tarafından tazminatlar verilecektir. Sigorta teknik ifadesiyle bu hastalıklardan bazıları sigorta için edime yol açacaktır.

Bu bağlamda, ülkemizdeki meslek hastalığının durumunu tam olarak saptayabilmek için yeni bir yaklaşıma ihtiyaç vardır: Bütün hekimler meslek hastalığı tanısı koyabilirler, veriler sağlık bakanlığı tarafından toplanır, düzenli aralıklarla açıklanır. Bunlar arasında sosyal güvenlik işlemlerine konu olacak vakalar sosyal güvenlik kurumuna bildirilir. Kamu sağlık kuruluşları ile iş yeri hekimliklerinde konulmuş meslek hastalığı tanılarını yetki-lendirilmiş hastanelere sevk edilerek kesinleştirilir.

Ayrıca hukuki işlemlere dahi yansıyan önemli bir algı hatası düzeltilmelidir: İş kazası meslek hastalıkları sigortasının temel yararlanıcısı İŞVERENDİR. İş kazası meslek hastalığı sigortasının kapsadığı meslek hastalıkları sayısı ne kadar fazlaysa, kapsadığı iş kazası alanı ne kadar büyükse işveren o kadar riski Sosyal Güvenlik sistemiyle paylaşır. Bu nedenle riskini kontrol altına alamamış, iş kazaları yaşanan işyerlerinden yüksek prim alınması şeklindeki adil uygulamaya geri dönecektir. Her işvereni aynı kefeye koyan ve adaletsiz olan uygulama 2008 yılından bu yana iş kazalarının yükünü işçisinin güvenliğine önem veren işverenlerin de üzerine yıkmaktadır.

4.1.6. Denetimler yetersizdir

Mevzuatın uygulanması yeterli denetim olmaksızın beklene-
mez. Güvenlik kültürünün yayılması süresince (sürdürülebilir
kalkınmada iş güvenliğinin önemi farkındalığının artışı) yeterli
güvenlik düzeyi için denetim tanımlanmalıdır. Var olan denetim
mekanizmalarının performans esaslı işletilmesi sağlanmalıdır.
İşyerleri dışında OSGB veya tanımlı diğer hizmet birimlerinin
başarım düzeyleri bilimsel metotlarla ölçülmelidir.

İSG-Katip işçi sağlığı profesyonellerinin istihdamı, işçilerin
eğitimi, sağlık muayenelerini işleyebilmektedir. Türkiye'de so-
rumlu işveren ve işini ahlaklı yapan iş sağlığı profesyonellerini
ayırabilmektedir. İdarenin söz konusu denetimleri değerlen-
dirmemesi en hafif ifadesiyle idari görev ihmaldir. Bu durum
yani var olan yasaya aykırılıkları ölçebilen bir programa rağmen
işlem tesis edilmemesi yaşanan kazalarda idareye sorumluluk

yüklemektedir. İSG-Katip üzerinden yapılan denetimlerin gereği yerine getirilmelidir. Sorumlu işverenin üzerine bindirilen yük azaltılmalıdır.

Sadece İSG alanına özgü müfettişlik örgütlenmesi yapılmalıdır. Ulusal ölçekte İSG performans kriterleri belirlenmeli, denetimler bu ölçütler doğrultusunda planlanmalıdır. Denetimlerin sıklığı artırılmalıdır. Denetim içeriği zenginleştirilmelidir.

İşçi sağlığı ve güvenliği hizmetini dışarıdan alan işyerleri için öz denetim eğitimleri gerçekleştirilmelidir. Ayrıca, kamu kurumları, yerel yönetimleri işçi sağlığı ve güvenliği alanında öncü ve model olacak biçimde yeni yasal düzenlemelerin gerçekleştirilmesi sağlanmalıdır. Kamu ve üniversiteler, işçi sağlığı ve iş güvenliğinde hızlı dönüşüm için lokomotif sektörler olmak zorundadırlar.

4.1.7. İş ve sağlık ilişkisi bağlamında bilgi üretecek, veri işleyecek, paylaşacak kurumsal yapı eksikliği vardır.

İSG alanında bilgi üretiminden bunun yayınlanmasına ve uygulamanın izlenmesine kadar hemen her aşamada dağınıklık vardır. İSG alanında hizmet veren kişi ve kuruluşların yetkinliğini arttırmak üzere bilgi üreten, veri işleyen, yayın yapan, rapor tanzim eden OSHA,HSE,NIOSH ve benzeri kuruluşlar kurulmalıdır. Mevcut kurumlar revize edilmelidir.

4.2. OKUL SAĞLIĞI

Türkiye'de okul sağlığı hizmetleri 2011 yılından itibaren aile hekimliği uygulamasına geçilmesi ile toplum sağlığı merkezlerine ve aile sağlığı merkezlerine verilmiştir.

Aile hekimleri okul çağındaki çocukların sağlık kontrolü aşılama vb. sağlık hizmetlerinden sorumludur. Okul sağlığı ana sınıfından liseye kadar (5-18 yaş) tüm çocuk yaş grubunu ilgilendiren sağlık hizmetleri bütün+ olup öğrencilerin bedensel, ruhsal ve sosyal gelişimini desteklemek için uygulanan tüm hizmetleri içerir. Bu kapsamda öğrencilerle birlikte okul çalışanlarının da sağlığının değerlendirilmesi, korunması, geliştirilmesi önem kazanmaktadır.

MEB ve Sağlık Bakanlığı birlikte yürütülmesi gereken okul sağlığı hizmetleri düzenli organize bir şekilde yürümektedir.

4.3. PANDEMİ OKUL SAĞLIĞI

Türkiye pandemi yönetiminde kolayca kaçarak okulları 1,5 yıl yakın kapalı tutmuş, çocukların ve gençlerin fiziksel, psikolojik gelişimleri ve gelecekları ekonominin devamına kurban edilmiştir. Oysa pandemide okullar, dünyadaki tüm otoriterlerin fikir birliğine vardığı gibi önlemler alınarak en son kapanan ve ilk açılan yer olmalıdır.

4.4. ÖNERİLER

- Okul sağlığı konusunda kurumlarca MEB- SB) yapısal hizmetler, personel, istihdamı (eksik öğretmen, sağlık personeli, sorunu) gibi sorumluluklar ve değişiklikler önerilmelidir.
- Kamu okullarında hemşire olmayan okul kalmamalı...
- Toplum sağlığı aile sağlığı merkezlerince sağlık hizmetleri önemli bileşenleri olan periyodik muayeneler, sağlık taramaları, aşılama, çevre sağlığı ve sanitasyon hizmetleri düzenli verilmelidir ve bu konuda kontroller yapılmalıdır.(bu merkezlerin performans değerlendirilmesin de kullanılmalı)
- Özellikle yatılı bölge okullu gibi uzak okullarda yapılacak taramalar, eğitimler, beslenme gibi projeler önemli olup okullarda mutlaka hemşire bulundurulmalıdır.
- Okulda tam zamanlı sağlık personeli bulundurulmalı, sağlık hizmetleri iyileştirilmelidir.
- Okul sağlığı sunumunda izlemler ve taramalar iki önemli konudur. Türkiye'de hangi yaşlarda izlem ve tarama protokolleri yapılacağı net değildir. Ulusal izlem ve protokolleri oluşturularak standart hale getirilmelidir.

- Okul sağlığı hizmetleri ekip işi olup çağdaş okul sağlığı hizmetleri öğrenci sağlığı ile birlikte çevre sağlığı öğretmen diğer okul çalışanı ve velilere yönelik eğitimler ve okul sağlığı personelinin sağlığını içermelidir.
- Okullarda her yaş grubunda sürekli büyüme ve gelişme içinde olan öğrenciler bulunduğundan sağlığı geliştirme çalışmaları önemli olup bu kapsamda sağlıklı eğitimler önem kazanmaktadır. Sağlık eğitimlerini alan çocuklar önce okulu, sonra ailesini ve yasadığı çevreyi daha sonra da tüm toplumu etkilemektedir. “Çocukları çocuğa, çocukluktan toplumun bütününe”
- Artmakta olan çocuk yoksulluğu ve gıda krizinin fiziksel ve mental etkilerini göz önüne alarak okullarda yapılacak sağlıklı beslenme, okul sütü, gıda yardımı gibi projeleri çocuk gelişiminde yararları olacağı açıktır. Okulların tüm dezavantajlı grupları için düzeltici fonksiyonu vardır.

4.5. PANDEMİDE;

- Okullar salgının ana yayılma merkezi olmayıp okullarda görülen vakalar toplumdaki yayılmanın bir yansımasıdır. Okul kapanmaları çocuk ve gençlerin ruhsal, sosyal ve bedensel sağlığını son derece olumsuz etkilemiştir. Bu kayıpların tespit edilerek tedavi edici programların başlatılması gerekmektedir.
- MEB okulların kapalı olduğu süreçte yapması gerekli hazırlıkları yapmayıp eksik koşullarla okulları açmış ve eğitime devam etmiştir. Bunlar;
- Sınıf sayılarının 30 öğrenci altında seyreltilmesi
- Öğretmen – çalışan istihdamı artırılması
- Okulların fiziksel eksikliklerinin giderilmesi (ek sınıf açılması pencerelerin mutlaka açık olması ve havalandırma koşullarının düzeltilmesi)

- Covid-19 okul aşılama ları 12-18 yaş grubunu kapsamakta olup en kısa sürede 5-11 yaş grubunun aşılması başlatılmalıdır.

4.6. OKUL YAPILARININ SAĞLIĞI

- Çocuklar iç ortamdaki kirleticilerin yarattığı sağlık etkilerine dayanıksız gruplar arasındadır.
- Vücutlarına oranla yetişkinlere göre daha fazla hava solurlar ve metabolik aktiviteleri daha fazladır.
- Sınıflardaki iç hava kalitesini etkileyen faktörler:
- Termal konfor,
- Hava kirletici kaynaklar,
- Okul binasının özellikleri,
- Çocukların mobilite imkanı
- Okullarda daha yüksek havalandırma miktarları ve iç hava kalitesinin faydaları: Test puanlarında, bilişsel işlevde artış; astım semptomları, solunum semptomları, kaçırılan okul günleri, çocuk devamsızlığı ve hastalanmada azalış.
- Sistem önerileri:
- Sınıflar, doğal ve mekanik veya hibrit şekilde iki tür havalandırma modelini kullanabilir.
- Kontrollü havalandırma teknolojisi, sınıf hava kalitesini iyileştirmek için etkili tasarım yöntemlerinden biridir.
- İç mekan hava kalitesinin ölçülmesinde özellikle karbondioksit miktarına odaklanılmaktadır. Çünkü iç hava kalitesinin karbondioksitle ilgisi kanıtlanmıştır.
- Sınıflardaki karbondioksit konsantrasyonunun çoğunlukla 1000 ppm'yi aştığı tespit edilmiştir.

- Tepe değeri açısından, ilkokullarda yapılan bir çalışmada en yüksek karbondioksit konsantrasyonunun 5000 ppm üzerine çıkabildiğini ve ortalama miktarın 1400 ile 3000 ppm arasında olduğu bulunmuştur.
- İç hava kalitesini iyileştirme yöntemine odaklanmak için birkaç farklı çalışma yapılmıştır. Taze hava değerini kişi başına 6 m³/h'den 24 m³/h'e yükseltecek bir uygulamada, karbondioksit konsantrasyonunun 1500 ppm'den 900 ppm'e düşmesi ile öğrencilerin öğrenme verimliliğinin arttığı tespit edilmiştir.
- Bazı benzer çalışmalarda da, uygun havalandırma modunun sınıfta karbondioksitin olumsuz etkisini verimli bir şekilde ortadan kaldırabileceğine dikkat çekiliyor.
- Yeterli havalandırma sağlandığı takdirde ki bu yeterlilik hemen hemen tüm çalışmalarda CO2 seviyesinin 1000 ppm'in altında tutulmasıdır, okullarda hava kalitesi sorunu büyük ölçüde çözülmektedir.
- Bir yandan (geliştirilecek) standart yöntemlerle mevcut okulların, çevresi ile birlikte iç hava kalitesinin sağlanması için çözümler getirilmelidir.
- Diğer yandan yeni yapılacak okullarda iç hava kalitesi problemi yaşanmaması için mimarlık ve mühendislik tasarımlarından başlayarak uygulama, test, işletmeye alma ve işletme aşamalarında (geliştirilecek) standartlara ve yöntemlere göre tedbirler alınmalıdır.



5. TIBBİ ETİK, SAĞLIK HUKUKU, SAĞLIKTA ŞİDDET VE TIBBİ ARAŞTIRMALAR

Katılımcılar

Muharrem Çetin

Gülriş Erişgen

Berna Özpınar Gümrükçüoğlu

Ertan İskender

Ali Karakoç

Türkü Yagmur Nehir

Ziyet Özçelik

Ahmet Saltık

Ali Rıza Tümer

5.1. TIBBİ ETİK / MESLEK ETİĞİ

5.1.1. Durum Değerlendirmesi

1. Sağlık Forumu kapsamını dikkate alarak Çalışma Grubu, konuyu meslek etiği bağlamında tartışmıştır.
2. Sağlık uygulamalarında, teknolojide meydana gelen değişimler; özellikle tanıtım, uzaktan sağlık gibi başlıklarda doğru olanı yapmak, doğru karar vermek için etik açıdan yol göstericiliğe gereksinimini artırmıştır.
3. Türkiye’de etik alanında kurumsallaşma olumlu bir adımdır ancak yetersizdir. Tıp etiği alanında yasal çerçeve vardır ancak yetersiz kalmıştır.
4. Tıp etiği alanında Türk Tabipleri Birliği ve Dünya Tabipler Birliğinin yayınlanmış tutum belgeleri ve bildirgeleri vardır ve gereksinime uygun olarak güncellenmektedir. Bunlar özenle izlenmelidir.

- 5- Sağlık hizmetlerinin sunumunda ceza sorumluluğu ve tazminat sorumluluğu etik sorumluluğun önüne geçmiştir. Hekimler klinik kararlarında “malpraktis” baskısını öncelemektedir.
- 6023 Sayılı TTB yasasında yapılan değişikliklerle; meslek örgütlerinin hekimlik uygulama pratiği ile ilgili uygulamalarda, hekimlerin etik sorumluluğunu yerine getirmesinde Tabip Odalarının etkisi zayıflştırılmıştır.

5.1.2. Sorunlar

1. Güncel Sağlık uygulamaları, sağlık politikaları, toplumsal dinamikler ve teknolojiye hızlı değişiklikler sağlık hizmetinde görev alan profesyonel mesleklerin etik değerlendirmelerinde ikilemlere yol açmaktadır. Örneğin sosyal medyanın yaygınlaşması ile reklam ve tanıtımlarda etik ihlaller, özellikle küresel salgın (pandemi) döneminde yaygınlaşan uzaktan sağlık hizmeti sunumunda etik çerçevenin belirlenmesinde güçlükler.
2. “Malpraktis” baskısı ve benzer yasal düzenlemeler, Sağlıkta Dönüşüm Politikaları ile değişen sağlık hizmet sunumu modeli, hekimlerin klinik kararlarında özerkliğini kısıtlamakta, tazminat sorumluluğunu iyi hekimlik değerleri ve etik sorumluluğun önüne geçirmektedir. Malpraktis sorumluluğu genellikle ortaktır (kollektiftir); sağlık kurumu, donanımı, insangücü, yönetimi, finansmanı, insan hatası ile. Dolayısıyla salt sağlık çalışanlarını malpraktis sorumluluğu ile karşı karşıya bırakmak hem adil değil, hem hukuk dışı hem de riskli sağlık hizmetlerinin üretilebilirliği bakımından çok sakıncalıdır; “savunmacı tıp” tepkisi doğurabilir ve komplikasyon riski yüksek tıbbi girişimlerden hekimler uzak durabilirler.

5.1.3. Çözüm Önerileri

1. Etik değerlerinin belirlenmesi, uygulanması, çalışma koşullarının bunlara uygun oluşturulmasını sağlamak üzere her meslek kesiminin kendi örgütlerinin sürece etkili bir biçimde katılacağı, mesleki denetimi gerçekleştirebileceği biçimde düzenlemeler yapılması.
2. Mesleki eğitimlerin her aşamasında meslek etiği eğitiminin yetiştirilmesinde (müfredatta) yer alması.
3. “Malpraktis yasası” yerine, sorunların kök nedenlerini irdeleyen ve çözümler üretmeyi hedefleyerek tıbbi hatanın tazmin edilmesini sağlayan bir kamusal sistem tasarlanması. “Cezalandırıcı adalet” yerine “Onarıcı adalet” sisteminin mevzuat yapısının oluşturulması.
4. Açıkça kanıtlanan **kasıt** olmadıkça, sağlık çalışanlarının malpraktis kusur tazminatlarının zorunlu sigortadan değil kamusal kaynaklardan devlet sorumluluğu ilkesiyle karşılanması (Anayasa m.125).

5.2. TIBBİ ARAŞTIRMALAR

5.2.1. Durum Değerlendirmesi

1. Tıbbi araştırmalarda durum, Türkiye’de bilimsel araştırmaların genel durumundan bağımsız değildir. Çalışma grubu değerlendirilmesini, biyomedikal araştırmalar bağlamında sınırlayarak yapmıştır.
2. Toplum sağlığı, gönenci (refahı) ve akademik ilerlemeler için biyomedikal araştırmalar zorunludur ancak öncelikle sağlıklı toplum gereksinimine yönelik stratejik alanların belirlenmesi gerekir.
3. Araştırmalarda finansmanın araştırmacıların bağımsızlığını gözeterek sağlanması önemlidir. Bilim üreti-

minin ana merkezi olması beklenen üniversiteler bilimsel açıdan özgür olmadığı gibi, yönetsel ve akçalı (mali) bakımdan da özerk değildir; finansal bakımdan ciddi zorluk içindedirler.

4. Akademide yükseltme atamalarda nicel değerlendirmeler, nitelik ve içerik değerlendirmesinin önüne geçmiştir.
5. Araştırma etiği, bilimsel araştırmalarda yöntembilim bilgi - becerisi konularında eğitim eksikliği vardır.
6. Uygulanan politikalar nedeni ile tıp fakültelerinde hizmet sunumu, eğitim ve araştırma hedeflerinin önüne geçmiştir. Oysa sağlık hizmeti sunumu, öbür 2 ana işlevin aracı olmak durumundadır.
7. Patent, yenilik, know- how, TRIPS, GATT gibi ulusal ve uluslararası düzenlemeler, tıbbi araştırmalar bakımından yeniden özenle gözden geçirilmesi gereken önemli alanlardır.
8. Biyomedikal alan araştırmalarını parasal açıdan desteklemede TÜBİTAK politikaları ve akçalı kaynakları yetersiz kaldığı gibi, ulusal stratejik önceliklerin belirlenmesi de yeterli değildir.

5.2.2. Sorunlar

1. Tıp fakültelerinde sağlık hizmeti yükünün çok artması, atama ve yükseltmelerde nicelik değerlendirmesi, araştırma etiği ve bilimsel araştırma yöntembilim eğitimi (epidemiyoloji ve biyoistatistik) için müfredatta eksikler nedeni ile araştırmalarda niteliğin düşmesi ve yozlaşmaya yol açmaktadır.
2. Bilimsel araştırmalar konusunda özgürlük olmaması ve parasal desteğin çok kısıtlı olması. Covid-19 çalışmalarına yönelik Sağlık Bakanlığından izin alma gerekliliği ve verilere erişme güclüğü en yakın güncel örnekler olarak karşımıza çıkmaktadır.

3. Tıbbi araştırmalarda mevzuat ve alan bilgisi eksikliğine bağlı olarak etik kurul değerlendirmelerinde farklılıklar olmaktadır. Belli ölçülerde standartlaştırmaya gereksinim vardır.

5.2.3. ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

1. Lisans eğitiminden başlayarak biyomedikal araştırma etiği, bilimsel yöntem bilgisinin eğitim müfredatında zorunlu olması. Etik kurul kararlarında belli ölçülerde standartlaştırma gereksinimi vardır.
2. Tıp fakóltesinde hizmet-eğitim-araştırma yükünün optimal dengelenmesini sağlayacak biçimde, üniversite özerkliğine uygun (Anayasa m.130) yasal ve finansal düzenlemeler yapılmalıdır.
3. Akademik atama ve yükseltmelerde bilimsel çalışmaların salt niceliği değil, niteliğinin de değerlendirildiği düzenlemelerin yapılması, dosya incelemesi ile yetinilmeyip, kamera kaydına alınan yüz yüze sınavlar (özellikle Doçentlik için) yapılmalıdır.
4. Meslek etiği, temel bilim araştırmaları ve klinik araştırmalar ile ilgili kurulların bağımsızlık ve saydamlığı sağlanmalıdır.
5. Finansman sağlayacak ulusal, kamusal kurumlar (TÜBİTAK) mutlaka özerk olarak yapılandırılmalıdır.
6. Kamusal alan dışında tıbbi araştırma finansmanını sağlayacak kurum ve kuruluşlar için de temel araştırma etiği ve finansman desteği kuralları, saydamlıkla oluşturulmalı ve bu süreçler bağımsız kurullarca denetlenmelidir.

5.3. SAĞLIK HUKUKU

5.3.1. Durum Değerlendirmesi

1. Sağlık hukuku üst başlıktır, tıp hukukunu kapsar. Çalışma kümesi ancak genel bir değerlendirme yapabilecektir.
2. Alan, Sağlık çalışanları ve hukukçuların ortak konusudur.
3. Mevzuat dağınık ve eskidir.
4. Mesleksi uygulamalarda sorun alanları yaratan pek çok düzenleme bulunmaktadır.
5. Sağlık hukuku alanında yetişmiş insan gücü açığı vardır, okullarda eğitimi de yetersizdir.

5.3.2. Sorunlar

1. Mevzuat güncellenmemektedir, genelge ve yönetmeliklerle düzenlemeler yapılmaktadır.
2. Sağlık hukuku çalışmaları tüm bileşenleri kapsamaktadır, katılımcı değildir.
3. “Malpraktis” yasası tasarısı, hatanın nedenlerine inmeden sağlık emekçilerinin suçlanmasına yol açmaktadır. Bu düzenleme adil ve bilimsel olmayıp klinik kararları olumsuz etkilemekte, mesleksi özerkliğe ve halk sağlığına açıkça zarar vermektedir.
4. Tıp biliminin genel olarak tanınıp, kabul edilmiş kurallarına uygunluktan söz edebilmek için, sağlık hizmeti verirken kullanılan yöntemin etik kurallara uygun, denenmiş, bilinen meslek uygulamaları olması gerekir. Uzaktan Sağlık Hizmetleri Yönetmeliğinde bu tür değerlendirmelerin olmadığını, bu alanların düzenlenmediğini, anılan Yönetmeliğin hizmetin niteliğini ve çalışanların haklarını güvence altına alan ölçütlerden yoksun olduğu saptamaktayız. Düzenleme yasa ile

yapılmamış ve yeterince tartışılmadan, acele ile çıkarılmıştır.

5.3.3. Öneriler

- Sağlık hukukunda tüm bileşenlerin katılımı ile düzenleme ve güncelleme çalışmaları yapılması, kapsamlı bir re-kodifikasyona gidilmesi yerinde olacaktır.

Bu düzenlemeler yapılırken;

- Anayasa'dan başlayarak ulusal ve uluslararası mevzuatın gözden geçirilmesi,
- “**Sağlık hakkı**”nı kamusal sorumluluğu temel alan vurgusuyla ve bütüncül biçimde oluşturulması,
- Sağlık hakkının herkesçe engelsiz kullanılacak biçimde güvence altına alınması için kamu kurumlarının temel sorumluluğunun tanımlanması ve uygulanabilirliğinin sağlanması,
- Meslek örgütlerinin ve kişilerin katılımını sağlayan denetleyici bağımsız yapıların kurulması
- Mezuniyet öncesi eğitimin tıp ve sağlık hukuku yönünden güçlendirilmesi,
- Sağlık hukukunun temel amacı olan sağlık hakkının gerçekleştirilmesinde önemli işleve sahip olan sağlık mesleklerinin, herhangi bir hata ya da sorunda suçlanmalarına yol açacak biçimde değil, hatanın neline odaklanacak ve sorunların kök nedenlerini belirleyerek, giderecek; aynı zamanda zarar görenlerin zararlarını karşılayacak kamusal bir zarar karşılama sistemi oluşturulması,
- Uzaktan sağlık hizmetleri ile ilgili net tanımları ve sınırları içeren yasal düzenleme yapılması.

5.4. SAĞLIKTA ŞİDDET

5.4.1. Durum Değerlendirmesi

1. Şiddet sağlık alanındaki en önemli sorundur.
2. Ülkemizde yapısal bir şiddet sorunu vardır. Rol modellerinin, siyasetçilerin tutumlarının da belirgin etkisi ile şiddet, ne yazık ki tehlikeli bir genel geçer düzeye, sıklığa tırmanmıştır.
3. Sağlıkta artan şiddetin nedenleri, bir ölüde toplumdaki şiddet nedenleriyle ilintilidir ancak özel olarak Sağlıkta Dönüşüm Programının sağlığı hak olmaktan çıkıp piyasalaştırmasının önemli bir sonucudur.
4. Sağlık hizmet sunumunda uygulamalara ilişkin kimi sorunlar şiddete yol açmaktadır. Örneğin sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin %10'u salt raporlar nedeniyledir. Sorun alanlarına özgül çözümler üretilmelidir.
5. Sorunun çözümünde yaptırımlar ve güvenlik önlemlerinden öte kök nedenlere inmek gerekmektedir.
6. Sağlıkta şiddetin nedenleri ve önlenmesine yönelik olarak hazırlanan TBMM Araştırma Komisyonu çalışması da içinde olmak üzere meslek örgütleri, tıpta uzmanlık derneklerince hazırlanan raporlar dikkate alınmamaktadır.
7. Şiddet, istifalar ve beyin göçünün önemli bir nedenidir.

5.4.2. Sorunlar

1. Sağlık sisteminde piyasa koşullarının egemen olması, kısırlanmış sağlık hizmeti istemi (talep), hastaya ayrılan sürenin genelge ile 5 dakikaya dek kısaltılması, performansa dayalı ücretlendirme, sağlık çalışanı sayısı ya da dağılımı ile ilgili sorunlar nedeni ile artmış bir yoğunluk yaşanmaktadır. Yoğunluk kendi başına

gergin bir ortama yol açarken, yetersiz sağlık bakımına neden olabilmekte ve şiddet ile sonuçlanabilmektedir.

2. Yaratılan beklentinin tersine, sağlık kurum ve kuruluşlarının kurulu kapasite kısıtlılıkları vardır. Gerçekleşmeyen beklentiler (bekleme süresi, sınırlı girişimler, tetkikler, raporlar vb.), gecikmeler şiddete yol açabilmektedir.
3. Sağlık kurum ve kuruluşlarında güvenlik önlemleri eksikliği vardır:
 - Kesici, patlayıcı ve yaralayıcı aletler sağlık kurumlarına sokulabilmektedir.
 - Güvenlik görevlilerinin sayısı ve eğitimi eksiktir.
4. Yaptırım eksikliği vardır, caydırıcı önlemler yetersizdir.

5.4.3. Öneriler

1. Çalışma Kümemizin 4 çalışma başlığı olduğu için, verilen sınırlı sürede (2-3 saat) her biri için derinlemesine değerlendirme yapmak olanaklı olmamıştır. Sağlıkta şiddet, bu başlıklardan en sorunlu ve en can yakıcı olanıdır. Bu başlıkta ayrı ve daha kapsamlı oturumlar yapılması uygun olacaktır.
2. Sağlık hizmetlerinin hak temelli koruyucu ve geliştirici hizmetleri odağa alarak, kamusal olarak verilmesine ilişkin düzenlemeler mutlaka yapılmalıdır. Bütüncül sağlık anlayışı ile sosyal devlet sorumluluğu daha sağlıklı ve güvenli yaşam ortamları yaratacağından; sağlık kurumları üzerinde abartılmış ve gecikmiş bir sağaltım (tedavi) eksenli hizmet istemi baskısını hafifletebilecektir.
3. Beyaz kod verileri analiz edilerek, TBMM Araştırma Komisyonu Raporu, meslek örgütlerinin raporları da

dikkate alınarak şiddetin kök nedenlerine yönelik çok disiplinler çalışmaları yapılmalıdır.

4. Sağlığı hak olmaktan çıkarıp metalaştıran politikalar-dan mutlaka vazgeçilmelidir.
5. Caydırıcı, etkili yasal düzenlemeler yaşama geçirilmelidir.
6. Sağlık kurum ve kuruluşlarında güvenliğin artırılmasına yönelik teknik düzenlemeler yapılmalıdır
7. Şiddet durumunda işyeri ve çalışan güvenliğinin sağlanmasında işveren sorumluluğu dikkate alınmalıdır.
8. Çalışma ortamının sağlıklı ve güvenli kılınmasını sağlayacak düzenlemelerin yapılması, denetim ve karar sürecinde kamu kurumlarının görevlerini yerine getirmesi, çalışanların düzenleme, denetim ve uygulama aşamalarında sürekli ve etkin olarak demokratik katılımı sağlanmalıdır.
9. Şiddetin önlenmesi ve şiddetle baş etme ile ilişkili olarak yurttaşlara yaygın ve örgün destek ve eğitim verilmelidir.
10. Sağlık hizmetlerine yeter kamusal kaynak ayrılması (ulusal gelirin %10'u!) ve öncelikli olarak koruyucu sağlık hizmetleri, 1. Basamak güçlendirilmeli ve cipten harcamalar ayırık (istisna) olmalı ve sağlık hizmeti istemi olabildiğince hızla, yerinde, devlete kamusal sorumluluk, yurttaşa doğušta kazanılmış bir temel insan hakkı yaklaşımı ile verilmelidir. Bu felsefe, sağ-lıkta şiddeti önlemede en temel yaklaşımdır.





6. SAĞLIK EMEK GÜCÜ SÜRECİ

Katılımcılar

Murat Arslan

Adnan Aslan

Heybet Aslanoğlu

Selma Atabey

Atilla S. Ataç

Semih Baskan

Eriş Bilaloğlu

Meltem Çöl

Ayhan Dağ

Servet Dağaşan

Hüseyin Dede

Sergül Duygulu

İlknur Olça Erden

Deniz Erdoğan

Eylem Eroğlu

A. Ezel Esatoğlu

Gamze Burcu Gül

Nursel Günay

Ali Gürlek

Ali İpekli

Bülent Kılıç

Yılmaz Kılıç

Sevtaç Kutbek

Yasin Sütçü

Hüsnü Yıldırım

Ramazan Yüksel

GİRİŞ

Sağlık emekçilerinin toplum sağlığının korunması ve geliştirilmesi başta olmak üzere tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri de göz önüne alınarak yeterli sayı ve nitelikte ve uygun bir dağılım ile istihdam edilmesi gerekir. Sağlık emek gücü planlamasının hizmet verilen nüfusun özellikleri ve çalışılacak kurumları dikkate alması ve istihdamın da bu plana uygun yapılması gerekmektedir.

Sağlık emek gücü planlamasının, hizmet verilen birinci, ikinci ve üçüncü basamaklardaki gereksinimlerin doğru ve yeterli düzeyde karşılanabilmesi için iş yükü analizi ile ortaya çıkacak verilere göre yapılması ve istihdamda bu verilerin esas alınması önemlidir. Ayrıca ilgili kurumların sağlık alanında konulan hedefleri de dikkate alınmalıdır. Tüm bu planlamalar yapılırken sağlık meslek gruplarının yasa ve yönetmeliklerle belirlenmiş görev, sorumluluk ve yetkileri kapsamına giren uygulamaları dikkate alınmalıdır. Sağlık çalışanlarının planlamasında, yetiştirilmesinde, istihdamında, verimliliğinin korunması ve artırılmasında bütünüyle bir kamu hizmeti olarak yürütülmesi gereken bu hizmetlerin özerk ve profesyonel bir yönetim anlayışı ile yürütülmesi gerekir.

Aşağıda raporu verilen Sağlık Emek Gücü grup çalışmasının sonuçları CHP Türkiye Sağlık Forumu düzenleme kurulunun önerisi nedeniyle "Mevcut Durum", "Sorunlar" ve "Çözüm Önerileri" olmak üzere 3 ana başlık altında sunulmuştur. Ancak "Mevcut Durum" ve "Sorunlar" başlıkları doğası gereği büyük ölçüde benzerlikler içermektedir. Bu nedenle düzenleme kurulunun editörlerine bu iki başlığın birleştirilmesi önerilmektedir.

6.1. MEVCUT DURUM

Türkiye'de 1990'lı yıllarda başlayan ancak koalisyon hükümetleri döneminde fazla yol alınamayan sağlık reformu çalışmaları 2002 yılında başlayan AKP iktidarıyla birlikte "Sağlıkta Dönüşüm Programı" ismiyle hızla uygulamaya konulmuştur. Sağlıkta Dönüşüm Programı özellikle sağlık örgütlenmesi ve hizmet sunumunda yaptığı değişikliklerle bir yandan sağlık emek gücünün çalışma koşulları, çalışma ortamı ve çalışma ilişkilerinin daha da kötüleşmesine, diğer yandan sığ popülist politikalarla sağlıkta şiddetin artmasına yol açmıştır. Giderek yaygınlaştırılan taşeronlaşma ile sağlık emek gücünün sömürü düzeyi artırılmış, diğer yandan performansa dayalı uygulamalar nedeniyle tüketime dayalı ve çalışma barışını bozan uygulamalar sağlık hizmetinin içine sokulmuştur. Öte yandan Türkiye'nin zaten

yetersiz olan demokratik ortamının da giderek bozulması, sağlık emek gücünün başta sendikalar ve meslek örgütleri olmak üzere örgütlü mücadele ile kazanılmış hakkının yeterince kullanılamamasına yol açmıştır. Sağlıkta Dönüşüm Programı özel sektörü destekleyen yaklaşımıyla bir yandan sağlıkta özelleşmenin artmasına yol açarken diğer yandan bilinçli bir şekilde toplumla sağlık çalışanları arasında iletişimsizliği ve şiddeti körüklemiştir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı temel tercihleri ve yönelimi nedeniyle toplumcu bir sağlık anlayışı tasarımından yoksundur. Türkiye'nin yeni iktidarının bu programı acilen durdurması ve yeni bir sağlık sistemine geçmesi gereksinimi vardır. Bu nedenle öncelikle CHP'nin sağlık alanındaki yaklaşımını net olarak belirlemesi gerekmektedir. CHP, sağlığın piyasaştığı-ticarileştirildiği bir sağlık anlayışını kabul etmediğini, sağlık hizmetlerinin kamusal bir hizmet olarak verilmesini benimsediğini ve sağlık sistemini bu anlayışla yeniden yapılandıracağını söylemelidir. Bu çerçevede sağlık emek gücünde mevcut durum eğitim, istihdam, planlama, mevzuat ve örgütlenme olmak üzere 5 başlık altında tartışılmıştır:

6.1.1. Eğitim

Nitelik: Eğitimin niteliğinin azalması her sağlık meslek grubunun en öncelikli sorunudur. Bilimsel bir planlamanın koşullarına uyulmadan popülist politikalarla üniversiteler, fakülteler, yüksekokullar açılmakta, kontenjanlar sürekli artırılmaktadır. Tüm sağlık meslek grupları gereksinime uygun bir planlama yapılmadan, var olan koşullar düzeltilmeden, yeterli donanım, bütçe, eğitici vb. olanaklar sağlanmadan yapılan kontenjan artırımlarından yakınmaktadır. Her düzeydeki eğitim kurumunda ciddi kaynak yetersizlikleri bulunmaktadır. Eğitim kurumlarına yapılan yatırımlar istenen düzeyde değildir. Öğrenciler yetersiz alt yapı ve olanaklarla eğitimlerine devam etmektedir. Sağlık eğitiminde bazı alanlar giderek ticari bir meta haline gelmektedir. Bazı özel üniversiteler para kazanma güdüsüyle fazla

sayıda ve yeterli olmayan öğrenci kabul etmektedirler. Sağlık eğitiminin içi boşaltılmış durumdadır.

Eğitimle ilgili ikinci bir sorun sertifika veren programlardır. Bu programlar standart ve akredite değildir. Sağlık Bakanlığı son derece yanlış bir uygulamayla “geleneksel ve tamamlayıcı tıp” programlarını desteklemektedir. Ek olarak “uzaktan eğitim”e uygun olmayan alanlarda (veteriner teknikerlik, sosyal hizmet uzmanlığı, sağlık yönetimi vb.) verilen sağlık eğitimleri ve sertifikalar bulunmaktadır.

Eğitimle ilgili üçüncü sorun mesleği olmadığı halde o alanda çalışan diğer meslek gruplarıdır. Diyetisyenlik, sosyal hizmet uzmanı, hemşirelik gibi alanlarda daha çok rastlanan bu sorun denetimden uzak bir alan olarak sorun yaratmaktadır.

Eğitimle ilgili dördüncü sorun uzaktan eğitimlerdir. İyi bir planlama yapılmadan ve uygun olmayan alanlarda açılan uzaktan eğitim programları mevcuttur. Örneğin 2011 yılında başlatılan Atatürk Üniversitesi Açık Öğretim Fakültesi Sosyal Hizmet eğitimi ile kırılğan gruplarla çalışma pratiğine sahip olmayan binlerce mezunun lisans diplomasına sahip olmasına neden olmuştur.

Tüm bu sorunlara ek olarak mezuniyet sonrası, hizmet içi ve sürekli eğitim alanlarında ciddi yetersizlikler vardır. Sadece mezuniyet öncesi değil, uzmanlık eğitimi başta olmak üzere mezuniyet sonrası eğitimlerin de niteliği giderek düşmektedir. Ayrıca sağlık emek gücünün eğitiminde standardizasyonun olmaması sağlık hizmet sunumunda da ciddi sorunlara yol açmaktadır.

Nicelik: Eğitim alanındaki niceliksel açıdan mevcut durum ve bazı meslek gruplarına ait kontenjanlar/nüfus başına düşen sayılar altta verilmiştir:

Tıp eğitimi alanında 120 tıp fakültesi bulunmaktadır (84’ü devlet üniversitesi). Sağlık Bakanlığı görev alanına girmediği halde 18 ile yayılmış bir Sağlık Bilimleri Üniversitesi kurmuştur ve bu üniversite 10 tıp fakültesi ve yaklaşık 50 kadar Eğitim Araş-

tırma Hastanesine sahiptir. Tıp fakültelerinden yılda yaklaşık 12.000 hekim mezun olmaktadır ve bu sayının her yıl artarak önümüzdeki 6 yıl içinde 17.000'e çıkması beklenmektedir. Türkiye'de hekim sayıları yüzbin nüfusa 193 hekim ile OECD ülkelerinin ortalamasına göre (yüzbinde 352) daha az olup, ülkemiz bu ülkeler arasında sonuncu sıradadır. Ayrıca hekim dağılımı bölgelere göre adil dağılım açısından da sorunlu olup Güneydoğu ve Doğu illerinde hekim sayısı Batı illerine göre daha azdır.

Sağlıkta şiddet, malpraktis davaları, çalışma koşullarının kötüleşmesi, özlük haklarında aşınma nedeniyle tıpta uzmanlık sınavında cerrahi branşlar yeterince tercih edilmemekte, kontenjanlar boş kalmaktadır. Önümüzdeki 10 yılda bu konularda eksiklik daha çok hissedilecektir. Ayrıca TUS içinde temel bilimlere ayrılan kontenjanlar yetersizdir.

Diş hekimliği alanında kontrolsüz açılan yeni fakülteler ve artan kontenjanlar nedeniyle ortaya çıkan genç hekim işsizliği vardır. Türkiye'de halen 103 diş hekimliği fakültesi bulunmaktadır ve 2021 yılında 8356 kontenjan açılmıştır. Halen 28 bin 750 diş hekimi aday öğrenci bulunmaktadır. Türkiye için sağlık emek gücü planlaması yapmadan yeni diş hekimliği fakültesi açılmamalıdır.

Veteriner Fakültesi sayısı 32 olup 29'u eğitim vermektedir. Yılda ortalama 2000 mezun verilmektedir. Ancak fakültelerin akademik ve yapısal donanım açısından nitelik sorunu vardır.

Beslenme ve diyetetik alanında 2007 yılında 9 tane fakülte varken bu sayı 2020'de 90 civarında olmuştur. Yıllık 5000 civarında mezun vermektedir. Uluslararası Diyetetik Dernekleri Konfederasyonu'nun 2016 verilerine göre; 100 bin kişiye düşen diyetisyen sayısı, Norveç'te 19, Danimarka'da 28, Portekiz'de 31, Japonya 39 iken, Türkiye'de 100 bin kişiye 2 diyetisyen düşmektedir.

Sosyal Hizmet eğitimi 2008 yılından itibaren hızlı ve kontrolsüz bir biçimde çoğalan 72 sosyal hizmet okulunda devam etmek-

tedir. Örgün eğitimde bir yılda verilen kontenjan 4000 civarındadır. Ayrıca açık ve uzaktan sosyal hizmet eğitimi kapsamındaki kontenjan sayısı 6000'i geçmektedir. Böylelikle açıktan ve uzaktan eğitim örgün eğitimi aşacak şekilde genişlemektedir.

Sağlık Yönetimi eğitimi de 2008 yılından itibaren hızlı ve kontrolsüz biçimde artırılmıştır. 2022 yılı itibarıyla devlet üniversiteleri ve özel üniversitelerde örgün, açık ve uzaktan olmak üzere toplam 81 üniversitede 98 programda 7827 kontenjan ile Sağlık Yönetimi lisans ve ön lisans eğitimi bulunmaktadır.

Hemşirelik, yüksek kontenjanlarla birlikte, eğitimde alt ve üst yapı sorunlarının derinden yaşandığı bir meslektir. Hemşirelikte lisans düzeyinde eğitim veren kurum sayısı 2022 itibarıyla 156'dır ve programların neredeyse tamamına yakını akredite değildir. Lise mezunları da lisans mezunları gibi hemşire sayılmaktadır ve sahada aynı görev sorumluluk ve yetkilerle çalışmaktadır. Bir diğer önemli sorun, halen meslek liseleri hemşire yardımcılığı programlarında okuyan ve mezun olan binlerce öğrencinin geçmişi örnek göstererek uzaktan eğitimle lisans tamamlama isteyecek olmasıdır.

1991- 2017 yılları arasında önceleri Anadolu Üniversitesi Açık Öğretim Fakültesinde, daha sonra, Atatürk Üniversitesi başta olmak üzere İstanbul Üniversitesi ve diğer bir çok üniversitede sağlık meslek lisesinin hemşirelikle ilgili olmayan kısımlarından da dahil olmak üzere, örneğin laborant, röntgen teknisyeni gibi, on binlerce kişiye Türkiye de hemşire açığı olduğu gerekçesi ile hemşirelikte ön lisans ve daha sonra lisans diploması verilmiştir. Bu yol ile ilgili üniversiteler büyük paralar kazanmış, ancak mesleğin ve dolayısı ile sistemin kaybı çok büyük olmuştur.

Temel Eğitim ve Sağlık Okuryazarlığı: Temel eğitim ilköğretim öncesinden başlayarak düşünmeyi teşvik eden, ezberden uzak, analitik düşünceye izin veren bir tarzda olmalıdır. Oysa Türkiye'de eğitim sistemi bu yapıdan uzak ve sermaye için uygun, ucuz emek gücü üretimini amaçlayan bir yapıdadır. Toplumun sağlık okuryazarlığı yetersizdir. İnsanlar sağlıkla ilgili bilgilerini

yanlış kaynaklardan almakta, ciddi bir infodemi yaşanmakta ve bu durum sağlık emek g¼c¼ne de olumsuz yansımaktadır.

6.1.2. İstihdam

Kamu İstihdamı: İstihdam alanındaki en b¼y¼k sorunlardan birisi kamusal alandaki istihdamın yetersiz oluşudur. T¼m meslek grupları bu durumdan yakınmaktadır. Ayrıca T¼rkiye genelinde sağlık emek g¼c¼ dağılımında eşitsizlikler mevcuttur.

Sağlıkta D¼n¼ř¼m Programı uygulamalarıyla kamusal sağlık hizmetleri geriletilmiş, çalışma koşulları k¼t¼leřmiřtir. Sağlık Bakanlığının yaptığı atamaların yetersiz olması toplumun hizmetlere ulaşmasını da engellemektedir. ¼rneęin yıllık 5000 civarında diyetisyen mezun olurken Sağlık Bakanlığı kamu kurumlarına 300 kişi almaktadır. 2021 yılı verilerine g¼re toplam 8649 adet birinci basamak sağlık kurumunun 7871 tanesinde istihdam edilen diyetisyen sayısı 778 kişidir.

Benzer sorun dış teknisyenleri, sağlık y¼neticileri, sosyal hizmet uzmanları, hemşireler, teknisyenler vb. birçok alanda vardır. Mezunlar kamuda yeterince istihdam olmadığı için kendi alanları dışında ve ¼zel sekt¼rde çalışmak zorunda kalmaktadır. Sağlık y¼netimi mezunlarına KPSS içinde alım yapılmamaktadır. Bu alanda halen lisans d¼zeyinde 60 bin mezun, ¼n lisans d¼zeyinde de 40 bin mezun bulunmaktadır. Lisans, ¼n lisans ve lise d¼zeyinde eğitim almış hemşirelerin mesleki yeterliklerini g¼steren bir sınav sistemi bulunmamaktadır. Sadece devlet kurumlarına yerleşecek hemşireler KPSS'ye girmektedir.

Kamusal istihdamdaki bir başka sorun da istihdamın birinci basamak sağlık hizmetleri ağırlıklı olmaması, daha çok yataklı tedavi kurumlarına g¼re yapılmasıdır. Oysa koruyucu sağlık hizmetleri açısından en ¼nemli istihdam kamuya ait birinci basamak kurumlarında olmalıdır.

Kamu istihdam alanında bir diğer sorunlu alan veteriner hekimlik alanıdır. T¼m d¼nyada veteriner hekimlikte kamu ve serbest olmak ¼zere iki çalışma alanı vardır. Veteriner hekimlik bir

kamu hizmeti olarak kamusal sağlık hizmetlerinin içinde başlar ve kamu sağlığı hizmeti gören serbest veteriner hekimliği ile devam eder. Kamu veteriner hekimliği organizasyon ve denetim görevini üstlenir. Türkiye’de ihtiyaç olduğu halde veteriner hekimler yeterli düzeyde kamusal istihdam alanı bulamamakta ve serbest veteriner hekimliğe yönelmektedir. Bu durum veteriner hekimlerin bir istihdam problemi olmadığı algısını yaratmaktadır. Tarım ve Orman Bakanlığı son on yıl içinde sadece 900 veteriner hekim ataması yapmıştır.

Tarım ve Orman Bakanlığı bünyesinde kurulan Veteriner İşleri Genel Müdürlüğü ve Taşra Teşkilatları 80’li yıllarda kaldırılmıştır. Bu reorganizasyonla veteriner hekimlik mesleği kaotik bir ortama sürüklenerek, hayvan sağlığı ile bitki sağlığı gibi birbirinden farklı yapılar aynı birimde toplanarak sağlıksız bir teşkilat oluşturulmuş; veteriner hekimler halk sağlığı, hayvan sağlığı, hayvan ıslahı ve refahı ile sağlıklı hayvansal gıdayı ilgilendiren asıl çalışma alanlarında etkisizleştirilmişlerdir. Toplumumuzda veteriner hekimlerin görevi genellikle hayvan sağlığı olarak görülse de en önemli görevleri, hayvanları sağlıklı tutarak insan ve çevre sağlığını korumak ve sağlıklı hayvansal gıdanın insanlara ulaşmasını sağlamaktır. Veteriner hekimliğinin, koruyucu hekimliğin ilk basamağında olduğu tüm dünyada kabul gören bir gerçektir. Hayvanlardan insanlara geçebilen zoonotik hastalıkların önlenmesi, halk sağlığı tedbirleri bakımından ilk sıradadır. Belediyelerde norm kadro uygulaması nedeniyle istihdam edilen veteriner hekim sayısı genel olarak çok yetersizdir. 2006 yılında Bakanlar Kurulu kararıyla belediyelerde norm kadro ilke ve standartları belirlenmiş ve il belediyeleri dışında Veteriner İşleri Müdürlüklerinin varlığı idarelerin isteğine bırakılmıştır. Sonuç olarak birçok belediyede Veteriner İşleri Müdürlükleri kapatılmıştır.

Güvencesiz İş / Taşeronlaşma: Sağlık emek gücü alanında dokuz farklı istihdam biçimi bulunmaktadır. Bazı meslek gruplarından işe alımlar uygun olmayan isimler altında yapılmaktadır. Sağlık emekçilerinin ücretleri son derece yetersizdir. Çoğu ça-

lışan taşeron firmalarda çalışmaktadır. Bu alanda yasal dzenleme yapılmasına karşın taşeron işçilerin kadroya alınması tam olarak gerçekleştirilememiştir.

işsizlik: Halen Türkiye’de yaklaşık 750 bin sağlık emekçisi işsiz durumdadır. Örgün, açık ve uzaktan sosyal hizmet eğitim mezunu sosyal hizmet lisansiyerlerinin sayısı 26.000’dir ve büyük çoğunluğu işsizdir. Kadro tanımlaması yapılmamış olması ve kadro verilmemesi nedeniyle yılda 7000 civarında mezun veren Sağlık Yönetimi mezunlarının tamamına yakını işsiz kalmaktadır. Her yıl 6500 mezun verilen radyoloji teknisyenliği alanında da yılda yaklaşık 1000 istihdam gerçekleşmektedir. 30 bine yakın radyoloji teknisyeni işsizdir. Veteriner hekimlikte de istihdam konusu önümüzdeki yıllarda senede 2500 mezun verileceğinden büyük bir sorun olacaktır.

Toplumsal Cinsiyet: Gerek eğitim gerekse istihdam açısından toplumsal cinsiyet ülkemizin önemli sorunlarından birisidir. Kadınlarda sağlık sektöründe işsizlik giderek artmaktadır. Kadınlarda hem eğitim fırsatlarında dezavantaj yaşamakta hem de mezun olduktan sonra çalışma hayatında kadının aleyhine bir dengesizlik oluşmaktadır. ğrencilikte yüzde 48 olan kadın oranı çalışma hayatında yüzde 40’a düşmektedir. Sağlık iş kolunda kadın ağırlığı önceki yıllarda belirginken, yıllar içinde azalmıştır; ayrıca yönetici kadrosunda kadın sayısı azdır.

İstifa ve Yurt Dışına Gç: Yeni mezun hekimlerin sistem sorunu nedeniyle yurt dışına kaçışı vardır. Genç hekimler umutsuz, öfkeli ve hayal kırıklığı yaşamaktadır. Ocak 2022’de 197 hekim, pandemiden sonra son 2 yılda ise yaklaşık 2 bin hekim yurt dışına göç etmiştir. Aynı dönemde 2 bin dış hekimi istifa etmiş veya emekliliğini istemiştir. Bu durum sadece hekimler için değil çok öncelerden, sayıları zaten yetersiz olan hemşireler de dahil bütün sağlık emekçileri için geçerlidir. Türkiye yetişmiş sağlık emek gücünü kaybetmektedir.

Özelleşme: Türkiye’de sağlık sektöründe 1980 sonrasında ilk özelleştirmeler yapılmıştır. Özelleştirme kamu kaynaklarının

aktarımı, emek gücünü “yönlendirme”, hizmet alımı vb. çok çeşitli yol ve yöntemlerle yaygın olarak yapılmaktadır. Hizmet bazında radyoloji hizmetleri Türkiye’de sağlıkta dönüşüm programı ile özelleşmenin ilk başladığı alanlardandır. İleri götürütleme hizmetlerinin yüzde 95’i özel şirketler tarafından yönetilmektedir. Ayrıca SGK’dan alınan pay nedeniyle tıp uzmanlarının da özel sektöre geçtiği görülmektedir. Özelleştirme uzman hekimlik, diş hekimliği, eczacılık, veteriner hekimlik vb. gibi alanlarda daha fazla görülmektedir.

6.1.3. Planlama

Türkiye’de bilimsel bir sağlık emek gücü planlamasından söz etmek ne yazık ki mümkün değildir. Bilimsel planlamalarda öncelikle toplumun gereksinimleri göz önüne alınır. Bu alanda özellikle koruyucu sağlık hizmetlerini sunacak sağlık mesleklerine öncelik verilir. “Tek Sağlık” kavramıyla insan, hayvan ve çevre sağlığı bir bütün olarak kabul edilir. Daha sonra kamusal alandaki kadrolar yeterli hale getirilir. Gerek kadrolar gerek iş yükü gerek toplumun yapısı ve gerekse de sağlık alanındaki hedefler dikkate alınarak gelecek yıllara ait projeksiyonlar yapılır.

Planlama yaparken kullanılan veriler şeffaf, açık ve güvenilir olmalıdır. Ancak gerek Sağlık Bakanlığı gerek TÜİK ve YÖK verilerinde bu durum bir türlü sağlanamamaktadır. Eldeki istatistiklere göre birçok sağlık meslek grubu “diğer” başlığı altında verilmektedir. Bu nedenle diyetisyen, fizyoterapist, radyoloji teknisyeni, sosyal hizmet uzmanı vb birçok meslek grubunun sayısı, yıllara ve sektörlerle göre dağılımı bilinmemektedir.

6.1.4. Mevzuat

Türkiye’de birçok mesleğin kanunu ve/veya görev tanımları yoktur. Özellikle sosyal hizmet uzmanlarının, nükleer tıp teknisyenlerinin, radyoloji teknisyenlerinin görev tanımları eksiklikler içermektedir. Farklı meslek gruplarının birbirleri alanına girmesi gibi durumlar söz konusu olmaktadır. Tüm meslek gruplarının görev tanımlarının, yetki ve sorumlulukların mevzuat açısından

yeniden düzenlenmesi gerekmektedir. Bir diğer sorun ise var olan mevzuatın uygulanmamasıdır. Örneğin kanunu ve yönetmeliği olan hemşirelik mesleği mevzuatın uygulanmamasından kaynaklanan ciddi sorunlar yaşamaktadır.

1219 sayılı Tababet ve Şuabat-ı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun'a sonradan eklenen sağlık meslek mensupları maddesinde başta sosyal hizmet uzmanları olmak üzere birçok sağlık meslek grubunun yer almadığı görülmektedir. Bu kanuna dayanılarak çıkarılan "Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görevlerine Dair Yönetmelik"te de benzer eksikler bulunmaktadır.

Özlük hakları, döner sermaye, ek göstergeler, performans ve Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) düzenlemeleri açısından mevzuatta sorunlar bulunmaktadır. Diyetisyenler, radyoloji teknisyenleri, veteriner hekimler başta olmak üzere tüm meslek grupları bu düzenlemelerdeki eksiklikler nedeniyle hak kaybına uğramaktadır.

Sağlıkta şiddet ve mobbing giderek artmaktadır. Bu konuda yasal düzenlemeler yetersiz kalmaktadır.

Terminolojide ciddi bir sorun vardır. Sağlık Çalışanları, Sağlık Emekçileri veya Sağlık Emek Gücü yerine "hekim ve diğerleri" gibi hatalı tanımlamalar yapılmaktadır.

6.1.5.Örgütlenme

Çalışma yaşamının demokratikleştirilmesi, liyakat, çalışanların yönetime katılımı mekanizmaları çok ciddi sorunlar içermektedir. Sağlık çalışanlarında sendikalaşma oranlarının yetersizliğinden öte sarı sendika ve iktidar sendikaları önemli bir sorun haline gelmiştir. İş yerlerinde sağlık emekçilerinin örgütlenme sorunları giderek artmaktadır. Merkezi otoriteye bağlı yöneticiler ve iktidara yakın sendikalar çalışanlar üzerinde baskı oluşturmaktadır. Meslek örgütleri ve derneklere yönelik baskılar vardır. Toplu sözleşme ve grev hakkı uygulanmamaktadır.

6.2. SORUNLAR

Türkiye sağlık sisteminde sağlık emek gücüne ait sorunlar mevcut durumda ele alındığı gibi bu bölümde de 5 başlık altında sunulacaktır:

6.2.1. Eğitim

Eğitim Niteliğinin Azalması: Bilimsel bir sağlık emek gücü planlaması yapılmadan, politika yapıcıların popülist tutumlarıyla her yıl yeni üniversiteler, fakülteler açılması ciddi bir sorundur. Bu eğitim kurumlarında standartlar ve akreditasyon sağlanamamaktadır. Ayrıca bu kurumlara liyakatsiz eğitici kadro atamaları yapılmaktadır. Atamalarda kişiye özel kadrolar ilana çıkarılmakta ve bu kişiler tıp eğitimi, uzmanlık eğitimi gibi alanlarda söz sahibi olmaktadır.

Halen üniversitelerin sağlık alanında eğitim veren bölümlerinin açılması için, unvanı fark etmeksizin herhangi bir bölümden mezun olan doktora seviyesindeki öğretim üyesinin olması yeterli görülmektedir. Örneğin bir fizyoterapi bölümünün açılması için hemşire, doktor veya biyolog öğretim üyesi olması yeterli sayılmaktadır. Farklı alanlarda lisans, yüksek lisans ve doktora programını bitirmiş bireylerin alanları dışındaki bir sağlık alanında lisans seviyesinde eğitim vermek durumunda olmaları ve bu kadrolarda kabul edilmeleri eğitimdeki kalite açısından olumsuz etkilere sahiptir. Eğitimini almadığı ve uygulamalarını bilmediği bir mesleğin öğrencilerine eğitim vermesi sağlık alanında kalitenin düşmesine neden olmaktadır. Ayrıca sağlık emek gücü eğitimi denetleme mekanizmalarında sınırlılık, yetersizlik vardır.

Üniversite sınavına girişte hemşirelik bölümleri başta olmak üzere sağlık meslek gruplarının çoğunda giriş yüzdeleri diliminin çok geniş olması ayrı bir sorundur.

Eğitim kurumlarında ciddi kaynak eksikliği bulunmaktadır. Eğitim kurumlarına yatırım istenen düzeyde değildir. Bu durum eğitimin niteliğini azaltmaktadır.

Mezuniyet sonrası eğitim ve hizmet içi/sürekli eğitim gibi alanlar ciddi sorunlar içermektedir. Bu eğitimler yetersizdir, kongre izni, kongrelere katılımı teşviki yoktur. Sağlık meslek grupları kendini geliştirememektedir.

Lisans Tamamlama Programlarında Müfredat Yetersizliği:

Lisans tamamlama programları ciddi sorunlar içermektedir. Lisans tamamlama uygulamalarında müfredat ciddi yetersizlikler içermektedir. Ön lisansı olan mezunlar, lisans tamamlamayla kendi alanı dışında bir alanda meslek sahibi olabilmektedir. Örneğin bir diyetisyen veya diş teknisyeni, sağlık yöneticisi veya sosyal çalışmacı olabilmektedir. Bu alanda en büyük sorunlardan birisi hemşirelik alanındadır. On binlerce hemşire ve hemşire olmayan sağlık meslek lisesi çıkışlı mezunlar bu yolla hemşirelikte önce ön lisans, sonra da lisans tamamlamışlardır.

Ön lisansta sosyal hizmet bölümleriyle ortak dersi olmayan sağlık bölümlerine tanınan hakla sosyal hizmet lisans programına geçiş sağlanmaktadır. Üstelik kontenjanı 2021'de örgün eğitime sağlanan sayı kadar olup 4142 olarak belirlenmiştir. Ayrıca unvan değişikliği sınavları ile yetersiz bir eğitimle mezun olan kişilere sosyal hizmet uzmanı olarak çalışma yolu da açılmıştır. Aynı nitelikteki olumsuz durum sağlık yönetimi bölümleri için de geçerlidir.

Yurt Dışı Denklik Uygulamaları: Yurt dışı eğitim kurumlarından gelen mezunların denklik sorunu tüm sağlık mesleklerinde vardır ve bu alanda ciddi bir sorun yaşanmaktadır. YÖK'te denklik verilmesi ile ilgili uygulamalarda belirsizlikler bulunmaktadır. "İlmi Hüviyet Tespit Sınavı" adıyla sadece birkaç fakülte-de denklik sınavı yapılmaktadır. Yazılı sınav uygulanmamakta, sözlü sınav yapılmaktadır. Sınavlar objektif değildir. Türkiye'de üniversite sınavını kazanamayanlar yurt dışındaki fakültelerden diploma alıp Türkiye'de denklik almaktadır.

Açık Öğretim Sorunları: Veteriner teknisyenliği, sosyal hizmet eğitimi, sağlık yönetimi gibi alanlarda uzaktan eğitim ile ilgili sorunlar bulunmaktadır. Uzaktan eğitim yaparak uygula-

ma yapmadan yaklaşık 5 bin kişi veteriner tekniker olmuştur. Bu yetkinliği kazandığını düşünüp insan sağlığını etkileyecek şekilde hayvan sağlığıyla uğraşmaktadırlar. Sahaya çıkıp denetimsiz kontrolsüz bir şekilde hizmet vermektedirler. Ayrıca sağlık yönetimi ve sosyal hizmet uzmanları da uygulamalı bir meslek olarak uzaktan eğitim almaktadırlar. Bu eğitimlerin durdurulması gerekmektedir. Hemşirelik mesleği bu eğitim biçiminin acısını en yoğun bir biçimde yaşamış ve tekrar yaşaması söz konusu olan mesleklerdendir. 2015 yılında YÖK'e sunulan uzaktan eğitimle hemşirelikte lisans tamamlama programının esasları kabul edilmemiş, ancak kısa sürede binlerce öğrenci lisans diploması almış ve bu programı yürüten üniversiteler bu yolla maddi kazanç sağlamışlardır.

Sosyal hizmet eğitiminin ulusal ve uluslararası normları gereği üçte biri uygulamalıdır. Uygulama sosyal hizmet alanlarında yapılan çalışmalar kadar sınıf içi çalışmaları ve öğrencinin akademik olduğu kadar etik değer ve mesleki duyarlılıklar çerçevesinde gelişimini kapsar. Meslekle ilgili kuramsal bilgi kadar mesleğin uygulamaya aktarılması ve bunun değer sistemiyle bütünleştirilmesi eğitimin ana çatısını oluşturur. Uzaktan öğretim aslında uygulamalı bir meslek olan sosyal hizmetin kırılğan gruplarla çalışma bilgisi ve pratiğine sahip olmayan binlerce mezuna lisans diploması verilmesine neden olmuştur.

Sertifikalı Programlar: Sağlık alanında yeni mezun olan genç işsizler; işverenlerin onları tercih etmelerini sağlamak için, gerekli gereksiz kurslara, sertifika programlarına hatta alanları dışında eğitim veren kişi ve kurumların sertifika adında düzenlediği ama geçersiz olan programlara katılmakta, ikincil bir eğitim sektörü oluşmasına bilgi kirliliği içinde kaybolmasına neden olmaktadır.

Bazı üniversiteler beslenme alanında sertifika vermekte ve meslek sahibi olmadığı halde o alanda çalışan kişiler bulunmaktadır. Ayrıca Sağlık Bakanlığının geleneksel tıp uygulamaları alanındaki eğitimleri desteklemesi önemli bir sorundur. Öte

yandan hemşirelik mesleğinde belli bir alanda sertifika alan hemşirelerin ilgili alanda çalışmalarında da sorunlar yaşanabilmektedir.

Toplumsal Cinsiyet: Sağlık emek gücü alanında toplumsal cinsiyet eşitliği giderek artan bir sorun haline gelmektedir. Özellikle salgın döneminde azalan kadın çalışan sayısı dikkati çekmektedir. Sağlık sektöründe yönetici kadrolarında kadınlar az sayıdadır. Kadın sağlık emekçilerinin istihdam sorunu vardır. Sağlık kurumlarında kreş desteğinin yetersiz olması sorunu bü-yütmektedir.

Sağlık Okuryazarlığı: Türkiye’de yetersiz sağlık okuryazarlığı ciddi bir sorundur. Ayrıca son zamanlarda hızlı, yoğun bilgi artışı ve internet/sosyal medyaya bağlı olarak infodemi de artmıştır. Toplumumuzda güvenilir, açık ve yeterli bilgi kaynakları eksiktir.

6.2.2. İstihdam

Kamu İstihdamı: Türkiye’de kamu alanında sağlık emek gücü istihdamında (tüm mesleklerde) ciddi yetersizlikler vardır. 280 bin yeni mezun atama beklemektedir. Özellikle fizyoterapi, sağlık yönetimi, veteriner hekimlik, diyetisyenlik, sosyal hizmet uzmanlığı, hemşirelik, teknisyenlik vb. tüm alanlarda açılan kamu kadroları yetersizdir. İstihdam toplumsal gereksinimlere göre belirlenmemiş ve planlaması yapılmamıştır. KPSS ayrı bir sorun kaynağıdır. Bu tip sınavlar yapılacaksa da mesleğe özel olarak düzenlenmeli, genel sınav olarak yapılmamalıdır.

Özellikle birinci basamakta istihdam sorunludur. İstihdam çoğunlukla hastaneler için düşünülmektedir. Birinci basamakta hemşire, ebe, diyetisyen, fizyoterapist vb sağlık emek gücünün istihdamı çok düşüktür. Birinci basamakta rehabilitasyon hizmetlerine erişim, diyetisyene erişim, psikolog, sosyal hizmet uzmanı hizmetlerinde sorunlar vardır. Ancak özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde hekim ağırlıklı bir anlayışın olması ve hemşire, ebe gibi sağlık profesyonellerinin bu alanlarda

görünürlüğünün olmaması bir başka sorundur.

Atanamayan sağlık meslek mensupları arasında 2020 KPSS'de 90 puan üstünde alan 1186 fizyoterapist bulunmaktadır ancak 2022 alımlarında kamuya sözleşmeli atanan fizyoterapist sayısı sadece 585 kişidir.

Bir başka sorun sosyal hizmet uzmanlarının kamuda çalışma oranlarının düşüklüğüdür. Oysa kamu hizmetleri sosyal hizmet mesleğinin birincil çalışma alanıdır. Sağlık Bakanlığında merkez teşkilat başta olmak üzere yataklı tedavi kurumları, toplum sağlığı merkezleri, sağlıklı hayat merkezleri, bağımlılıkla ilgili merkezler, göçmen sağlığı merkezleri gibi çok geniş bir alanda hizmet vermektedirler. Kadrosunda sosyal hizmet uzmanı olmasına ve mevzuatın gereğine rağmen halen sosyal hizmet birimi açılmamış olan kurumlar mevcuttur. Açılmış olanların bir kısmında da gerekli alt yapı sağlanmamakta ve verimli çalışma zaman zaman engellenmektedir.

Sömürü / Güvencesiz İş / Taşeronlaşma / Özelleşme: Sağlık emekçilerinin uzun süre çalıştırılması ve emeklerinin sömürülmesi büyük sorundur. Asistan doktorlar ve hemşireler bu konunun en çarpıcı örneğini oluşturmaktadır. Yeterli sayıda asistan hekim ve hemşire olmaması nedeniyle kliniklerde uzun süreler çalışmakta ve nöbet tutmaktadırlar. Özellikle eğitimlerine yeni başlayan asistan doktorlara anabilim dalı veya klinik sorumlularının, hemşirelere ise hastane yönetimlerinin çok sayıda nöbetler tutturması, üstelik belli bir saati aşan nöbetlerin ücretinin ödenmemesi, büyük bir emek sömürsüdür. Asistan hekimlerin eğitimlerinin başında gün aşırı nöbet tutmak zorunda olmaları, aylık yaklaşık 300 saate yakın çalışıyor olmaları sık rastlanan bir sorundur. Ayrıca bu durum sağlık çalışanlarının uzamış mersailerini nedeniyle, eğitimlerinin aksamasına, zor koşullarda çalışmalarına ve sağlıkları açısından hastalık risklerine (tükenme, depresyon vb.) açık bir durumdur. Bir diğer sorun doktorların randevulu çalışma sistemi içinde kısa sürede hasta muayene etmek zorunda bırakılmalarıdır. Bu sistem sağlık hizmetlerinin

niteliğini düşürmüş, hasta-hekim iletişimini bozmuş, sağlık hizmetlerinde malpraktis davalarının artmasına yol açmıştır.

Tüm sağlık meslek gruplarında özelleşme, güvencesiz çalıştırma, taşeronlaşma, uzun süre çalıştırma, fazla mesailerin ödenmemesi ve hak ettikleri ücreti alamama sorunu vardır. Sağlık sektöründe özelleştirme uzman hekimler grubunda, diş hekimliği, eczacılık, veteriner hekimlik vb. gibi alanlarda daha fazla görülmektedir. Ayrıca kamu ve özel sektörde aynı işi yapan sağlık emekçilerinin farklı ücretler alıyor almaları, yıllık izin hakları vb. farklılıklar bir başka ciddi sorundur.

Veteriner hekimliğinde kamu istihdamının az olması sağlık hizmetlerinin diğer bir kolu olan resmi gıda denetiminde de aksamaya neden olmaktadır. Kamu sağlığı adına özel gıda firmalarında denetim yapan ve istihdamı zorunlu personel olan veteriner hekimler, özlük hakları, ücretlerinin ödenmemesi ve şiddete varan mobbing sorunları yaşamaktadır. Veteriner Hekim Odaları tarafından verilen çalışma izin belgeleri ile üyelerin ücret ve özlük haklarını güvence altına alan sözleşme onay hakkı büyük gıda tekelleri tarafından sık sık yargıya taşınmaktadır. Bu durum veteriner hekimlerin özlük haklarıyla birlikte istihdamı ile ilgili sorunlar yaratmakta, halk sağlığını tehdit etmekte ve Veteriner Hekim Odalarının üyeleriyle iletişimini keserek işverenin insafına bırakmaktadır.

Diş hekimliği uygulamalarında 15 dakikada bir MHRS (Merkezi Hekim Randevu Sistemi) ile randevu verilmesi ciddi bir sorundur. Diş hekimliği uygulamalarının neredeyse tamamı girişimseldir ve bu süre içinde hastanın muayene ve tedavisini tamamlamak mümkün değildir. Mevcut durumda hastalar hastaneye ve doktora ulaşmakta ancak sağlığa ulaşmamaktadır. Bu yığılmayı ve kıskırtılmış sağlık hizmet talebini karşılayabilecek sağlık çalışanı ise yeterli değildir. Bu da sağlıkta şiddete zemin hazırlayan sebeplerden birisi olmaktadır.

Bir başka sorun pandemi döneminde birçok sağlık meslek grubunda olduğu gibi diş hekimlerinin de meslek tanımlarının

dışında, filyasyon, sürveyans ve sürüntü alma hizmetlerinde görevlendirilmeleridir. Bu durum hem kamusal alanda ağız-diş sağlığı hizmetlerinin aksamasına hem de diş hekimleriyle ilgili iş gücü kaybına yol açmıştır. Ayrıca keyfi uygulamalarla alanı dışında çalıştırılmak istenen sosyal hizmet uzmanları vb. çok sayıda sağlık meslek grubu vardır. Bu durum hizmetten yararlananları da olumsuz etkilemektedir.

Diş teknisyenleri, radyoloji teknisyenleri başta olmak üzere birçok sağlık emekçisi yeterli koşulları içermeyen laboratuvarlarda çalışmak zorunda kalmaktadır. Teknisyenler başta olmak üzere tüm sağlık emekçileri uzun çalışma süreleri, radyasyon riski, enfeksiyon riski ile karşı karşıyadır.

İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetinin verildiği hastanelerde, fizyoterapi çalışanlarının her 15-20 dakikada bir hastayı tedavi programına almaları istenmektedir. Bir hastanede bir tedavi/rehabilitasyon/terapi uygulayan personelin 20-30 hastayı aynı anda tedavi programına alması nedeniyle öğle arasında da çalışmak durumunda kalmaktadırlar. Ayrıca hastalar da rehabilitasyon hizmetlerine ulaşmak için uzun süre sıra beklemek zorunda kalarak şikâyet etmektedirler.

Hemşirelerin 40 yataklı servislerde, yoğun bakımlarda 24 saatlik hizmetleri sayıları 1 ile 5 arasında değişen hemşire ile ve sık ve uzun saatler süren nöbetlerle yıllardır yürütmeye çalışmaları kabullenilmesi mümkün olmayan bir durumdur. Bu durumun bahsi geçen sağlık mesleklerini icra eden personelin hem ruhsal hem bedensel birçok sorunla karşılaşmalarına neden olmaktadır. Artan iş yüküne mevcut sağlık personeli yetişememektedir.

İşsizlik: Halen Türkiye'de sağlık sektöründe ciddi bir işsizlik sorunu vardır. Yaklaşık 750 bin sağlık emekçisi işsiz durumdadır ve bu sayı her yıl yeni mezunlarla katlanarak artmaktadır. Ataması yapılmayan sağlık emekçilerinin durumu hem bu meslek gruplarında kaygı, depresyon, intihar risklerini getirmekte hem de toplum sağlığı hizmetleri yetersiz verilmektedir. Ayrı-

ca istihdam açısından toplumsal cinsiyet ülkemizin en yakıcı sorunlarından birisidir. Kadınlarda sağlık sektöründe istihdam giderek azalmaktadır.

İstifa ve Yurt Dışına Göç: Özellikle hekimler başta olmak üzere yeni mezun sağlık emekçilerinin büyük çoğunluğunun yurt dışına gitmeye çalışmaları ülkemiz açısından çok ciddi bir tehlike işaretidir. Sağlık alanındaki beyin göçü ileride telafisi mümkün olmayan sorunlar yaratacaktır.

Liyakat: Türkiye sağlık sisteminde yönetim alanında en büyük sorun liyakatsiz yöneticilerdir. Atamaların kayırmacı yöntemlerle olması (nepotizm, kronizm, patronaj), sağlık yöneticilerinin doğru ve bilimsel kararlar vermesini engellemektedir. Yetersiz yöneticiler nedeniyle sağlık hizmetlerinin yönetimi güçlü ve doğru bir şekilde yapılamamaktadır. Sağlık yönetimi alanında uzmanlaşmış hekimler olarak halk sağlığı uzmanları Sağlık Bakanlığı merkez ve taşra teşkilatlarında (il ve ilçe sağlık müdürlüğü, halk sağlığı başkanlığı vb.) yeterince istihdam edilmemektedir. Ayrıca lisans veya lisans üstü düzeyde sağlık yönetimi eğitimi almış sağlık çalışanları da eğitimlerine uygun yönetim görevlerinde istihdam edilmemektedir.

6.2.3. Planlama

Sağlık emek gücü planlamasıyla ilgili en büyük sorun sağlık emek gücüne yönelik ayrı bir "Planlama Kurulu"nın olmamasıdır. İkinci sorun yapılan planlamalarda meslek gruplarından görüş alınarak bir karar verilmemesidir. Sağlık emek gücüyle ilgili hedefler ve yıllara göre projeksiyonlar eksiktir. Planlamalar bilimsel ilkelere uyularak yapılmamaktadır.

Türkiye'de koruyucu sağlık hizmetlerini sunacak sağlık mesleklerine yönelik bir öncelik belirlenmemesi bir başka sorundur. "Tek Sağlık" kavramı içinde halk sağlığı uzmanları, veteriner hekimler, çevre sağlığı uzmanları, sosyologlar vb. disiplinlerle birlikte multi disiplinler bir iş birliği eksiktir. Planlama yaparken kullanılacak veriler ne yazık ki güvenilir değildir. Sağlık emek

gücüyle ilgili veriler oldukça eksiktir. Sağlık Bakanlığı, TÜİK ve YÖK verilerinin tamamına ulaşmak mümkün olmamaktadır.

6.2.4. Mevzuat

Yasal Düzenlemelerde Eksikler ve Uygulama Sorunları: Anayasanın sağlık hakkı ve çevreyle ilgili hükümleri başta olmak üzere pek çok mevzuat hükmü tam olarak uygulanmamaktadır. Mevzuatla ilgili sağlık meslek kanunu olan Tababet ve Şuabat-ı Tarzı Sanatlarının İcrasına Dair Kanun meslek gruplarının tamamını kapsamamaktadır. Her meslek grubunun bir kanunu veya yasal düzenlemesi bulunmamaktadır. Meslek görev tanımları diyetisyenlik, sosyal hizmet uzmanı, teknisyenlik vb. pek çok alan için halen yetersizdir. Ayrıca pek çok yasal eksiklik ve birbiriyle uyumsuz, çelişkili maddeler vardır. Pandemi gibi özel durumlar için yapılan yasal düzenlemeler (kurullar, görev tanımları vb.) ciddi eksiklikler içermektedir. Halk sağlığı çalışmaları, koruyucu hekimlik, salgınla mücadele gibi alanlarda oluşturulan kurul ve komisyonlarda halk sağlığı uzmanlarının yeri tanımlanmamıştır.

Sosyal, görsel ve yazılı medyada beslenme koçu, yaşam koçu gibi isimlerle diyetisyenlik yapanlar ve benzeri kötü kullanımlar için yeterli yasal yaptırımlar ve denetimler yoktur. Farklı düzeyde (lise, ön lisans, lisans) eğitim almış hemşirelerin yasal düzeyde görev, yetki ve sorumlulukları aynıdır. Hemşirelik Yönetmeliğinde (2010) tanımlı olan uzman hemşireliğin klinik alanda ve sahada kadroları bulunmamaktadır.

Tarım ve Orman Bakanlığınca 2011 yılında yayımlanan Veteriner Hekim Muayenehane ve Poliklinik Yönetmeliği, muayenehane/poliklinik açma şartları içinde belediyeden ruhsat alınması veya işyerinin iskanlı olma şartı bulunmamaktadır ancak mevzuata aykırı olmasına karşın "İşyeri Açma ve Çalışma Ruhsatlarına İlişkin Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik" hükümlerine dayanılarak veteriner hekim muayenehane ve polikliniklerinin ikinci defa belediyelerden ruhsat alması zorunlu kılınmıştır. 5996 sayılı kanunla normlar hiyerarşisi ortadan kal-

dırılıp uyulması imkânsız talimat ve yönetmelikler çıkarılmıştır. 6343 sayılı meslek icra kanununa ve 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanununa aykırı uygulamalarla serbest veteriner hekimlere ağır para cezaları verilmektedir.

SUT Sorunları: Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından uygulanan SUT içerisinde tanımlı olmayan hizmetler ve eksiklikler vardır. Diyetisyenler poliklinik hizmeti sunmalarına karşın kendilerine tanımlanmış SUT hizmet puanları yoktur. Beslenme ile ilgili raporlarda diyetisyen imzası bulunmamaktadır.

Özlük Hakları/Döner Sermaye: Fiili hizmet konusunda çıkartılan yasa tüm sağlık meslek gruplarını kapsamamaktadır. Özlük hakları alanında yıpranma payı, ek gösterge, döner sermaye, performans vb ödemelerde sorunlar vardır. Veteriner hekimlerin 2006 yılına kadar var olan fiili hizmet zammı hakkı bu tarih itibarıyla ellerinden alınmıştır. 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun'da sonradan eklenen sağlık meslek mensupları maddesinde sosyal hizmet uzmanları tanımlanmadığı için bu meslek grubu "fiili hizmet zammı"nın dışında bırakılmıştır.

Sağlıkta Şiddet/Mobbing: Sağlıkta şiddet ve mobbinge ilgili yeterli caydırıcı hükümlere sahip bir mevzuat eksikliği vardır. Sağlık alanında şiddet sadece sağlık çalışanlarıyla hasta ve hasta yakınları arasında değil veteriner hekimlik alanında da sıklıkla görülmektedir. Veteriner hekimler hem hayvanların muayenesi sırasında hayvan sahiplerinden hem de hayvansal gıda ürünlerinin muayenesi ve denetimi sırasında işletme sahipleri tarafından şiddete uğrayabilmektedir. Şiddetin yarattığı travma ve sistemdeki aksamalar ise doğal olarak sağlık hizmetlerinde ve halk sağlığının korunmasında da aksamalara neden olmaktadır.

6.2.5. Örgütlenme

Kamuda çalışan sağlık emekçilerinin grevli toplu sözleşme yasaının olmaması en büyük sorundur. Sendikaların toplu görüşmelerinde karara bağlanan pek çok hüküm yaşama geçmemektedir. Meslek örgütü ve sendika üyeliğine ait engeller vardır. Sağlık emekçilerinin bu anlamda özgür olduğu söylenemez. Sağlık çalışanlarında sendikalaşma oranları çok yetersiz düzeydedir. İş yerlerinde yöneticiler çalışanlar üzerinde büyük bir baskı oluşturmaktadır. Buna hükümet yanlısı sendikaların baskıları da dahildir.

6.3. Çözüm Önerileri

Sağlık emek gücünün sorunları için çözüm önerileri altta 5 başlık altında sıralanmıştır:

6.3.1. Eğitim

Eğitimde Niteliğin Artırılması: Sağlık emek gücünün eğitiminde tüm okullarda müfredatta koruyucu sağlık hizmetleri uygulamaları ağırlıklı olmalıdır. Tüm fakültelerin eğitimleri buna göre revize edilmeli ve çekirdek eğitim programları buna göre oluşturulmalıdır. Çekirdek eğitim programı en alttaki seviyeye göre değil en yetkin meslek sahibi yetiştirmek üzere planlanmalıdır. Çekirdek eğitim programı, donanım, eğitici konularında bilimsel standartlar sağlanmalı, aksi halde o bölüm, o üniversite, o klinik eğitimden çekilmelidir. Ayrıca eğitim akreditasyonu desteklenmelidir.

Bazı meslekler için getirilen baraj puanı ve kontenjanların düşürülmesi uygulamaları veteriner hekimlik için de getirilmeli, daha fazla veteriner fakültesi açılmamalı, mevcutlardan yetersiz olanlar kapatılmalıdır. Ayrıca üniversite sınavına girişte hemşirelik bölümleri başta olmak üzere tüm sağlık meslek gruplarında giriş yüzdeleri diliminin sınırlandırılması gerekmektedir.

Üniversitelerdeki kaynak eksikliği sorunu çözümlenmelidir. Eğitim kurumlarına ciddi bir kaynak artırımı gerekmektedir.

Kontenjanların Değerlendirilmesi: Bütün kontenjanlar öncelikle dondurulmalı ve bir planlama sonrasında yeni kontenjan artışlarına karar verilmelidir. Kontenjanlarla ve yeni okulların açılmasıyla ilgili olarak YÖK ve Sağlık Bakanlığı ortaklığı ile "Eğitim Danışma Üst Kurulu" oluşturulmalıdır. Bu kurul mevcut kontenjanları gözden geçirmeli, artırma, azaltma ya da tüm kurumları eğitim nitelikleri açısından değerlendirerek askıya almaya/kapatmaya yetkili olmalıdır. Üniversiteye giriş sınavlarında öğrenci kalitesinin düşmemesi için sağlık meslek gruplarına yönelik özel sınırlamalar konulmalıdır. (Dış Hekimliği Fakültelerine ilk 40.000'den öğrenci alınması vb.)

Lisans Tamamlama Programlarının Değerlendirilmesi: Lisans tamamlama programlarındaki müfredat yetersizlikleri düzeltilmeli, lisans tamamlama uygulaması yeniden gözden geçirilmelidir. Sağlıkta lisans tamamlama uygulamasından sosyal hizmet programı ve sağlık yönetimi programı çıkarılmalı lisans tamamlama sadece kendi veya yakın alanlardan olacak şekilde düzenlenmelidir.

Yurt Dışı Denklik Uygulamalarının Düzenlenmesi: Yurt dışı eğitim kurumlarından gelen mezunların denklik sorunu açısından her meslek grubuna yönelik olarak ilgili meslek örgütleri ve üniversitelerden temsilcilerin katılımıyla koşullar yeniden belirlenmelidir.

Açık Öğretim İle İlgili Sorunların Çözümü: Uzaktan eğitime uygun olmayan alanlarda (veteriner teknikerlik, sağlık yönetimi, sosyal hizmet vb.) eğitimlerin durdurulması gerekmektedir. E-tıp birçok branş için yeterli değildir. Tıp eğitiminde yapılandırılmamış ve yaygın uzaktan eğitim kısıtlanmalıdır.

Sertifikalı Programların Denetimi: Geleneksel tıp uygulamaları, beslenme ve sağlık yönetimi gibi alanlarda sertifika verilmekte olan programlar sıkı bir denetim ve izinle bu programları yürütmelidir.

Toplumsal Cinsiyet: Sağlık emek gücü alanında toplumsal cinsiyet eşitliği konusunda kadınları koruyan pozitif ayırıcı uygulamalar yapılmalıdır. Sağlık sektöründe yönetici kadrolarında kadınların desteklenmesi ve kadın sağlık emekçilerinin istihdamı artırılmalıdır. Sağlık kurumlarındaki kreş sorunu çözülmelidir.

Sağlık Okuryazarlığı: Yetersiz sağlık okuryazarlığı açısından halk eğitimleri, topluma yönelik bilgilendirmeler artırılmalıdır. Ayrıca infodemi ile mücadele edilmeli, güvenilir, açık ve yeterli bilgi kaynakları kamu başta olmak üzere tüm kurumların sorumluluğu olmalıdır.

6.3.2. İstihdam

Kamu İstihdamı/Yönetim/İşsizlik: Türkiye’de sağlık sektöründeki yaklaşık 750 bin işsiz sağlık emekçisi bir an önce istihdam edilmeli ve kamu alanında sağlık emek gücü istihdamı öncelikli bir hedef olmalıdır. Atanmayı bekleyen tüm sağlık emekçileri bir planlama kapsamında en kısa zamanda istihdam edilmelidir. KHK’larla ihraç olmuş ve kesinleşmiş bir suçlu olmayan tüm sağlık emekçileri tekrar görevlerine iade edilmelidir.

Birinci basamak sağlık kurumları en kısa zamanda gerçek işlevine kavuşturulmalıdır. İstihdamda özellikle birinci basamakta yeni istihdam alanları açılmalıdır. Örneğin koruyucu ve önleyici sağlık hizmetlerinde birinci basamakta fizyoterapistler, diyetisyenler, sosyal hizmet uzmanları, psikologlar vb. görev almaldırlar.

Aile Sağlığı Merkezlerinde görev yapan 23.000 hemşirenin atıl durumlarına son verilmeli, 2011 yılına ait Hemşirelik Yönetmeliğinde yer alan Halk Sağlığı Hemşireliği görev sorumluluk ve yetkileriyle görev yapmak üzere istihdam edilmeleri sağlanmalıdır.

Sağlık yöneticisi/idarecisi kadroları 190 sayılı Genel Kadro ve Usulü Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin “Sağlık Hizmetleri ve Yardımcı Sağlık Hizmetleri Sınıfı” cetveli içine de

yerleştirilerek açılmalı ve istihdamı sağlanmalıdır.

Hastanelerde diyetisyen istihdamının 2010 yılında yayınlanmış olan “Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı Yatak ve Kadro Standartları Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik” uyarınca 25 yatağa 1, 100 yatağa 4, 500 yatağa 15, 1000 yatağa 25 diyetisyen olacak şekilde yapılması gerekmektedir. Belirlenmiş bu sayılara uyulması sağlanmalıdır. Hastanelerde/sağlık kurumlarında yemek hizmetleri, idari mali hizmetler müdürü/destek ve kalite müdürüne bağlanmaktadır. Oysa tüm sağlık kurum ve kuruluşlarında toplu beslenme hizmetleri/ yemek hizmetlerinin yürütme ve kontrolünden sorumlu olan diyetisyendir. Diyetisyen bulunmayan hastanelerde idari olarak yetkinin idari mali hizmetler müdürüne, diyetisyen çalışan kurumlarda ise bu yetkinin doğrudan işi yapan sağlık meslek mensubu olan diyetisyene verilerek 1. Derecede imza yetkisinin kazandırılarak, işe memurunun ve tüm toplu beslenme sistemlerinde çalışan personelin idari yönden de diyetisyene bağlı olarak çalışması sağlanmalıdır.

Obezite/diyabet tarama/test/takip merkezi olan ileri sınıf Aile Hekimliklerinde / Ana Çocuk Sağlığı Aile Planlaması (AÇSAP) kurumlarında / Sağlıklı Hayat Merkezlerinde (SAHAM) çalıştırılacak personel mevzuatına diyetisyenlerin de eklenmesi gerekmektedir. Sağlık Bakanlığı/Aile Bakanlığı/Gençlik ve Spor Bakanlığı/Milli Eğitim Bakanlığı gibi tüm bakanlıkların merkez ve taşra teşkilatında çalışan diyetisyenlerin uzman kadrolarında çalıştırılması, özlük kaybı olmaması sağlanmalıdır.

Birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurum ve kuruluşlarında (özel/vakıf dahil); tıbbi beslenme tedavisi/diyet müdahalesi/beslenme eğitiminin diyetisyen dışı sağlık meslek mensubu (doktor/hemşire) tarafından verilmesi ve/veya diyetisyenin çalışma alanına müdahale (diyabette beslenme eğitiminin hemşireye verdirilmesi, postoperatif dönemde beslenme eğitiminin doktor/hemşire tarafından verilmesi gibi) uygun değildir.

Kadın sağlık emekçilerinin sağlık sektöründe istihdamını koruyucu önlemler alınmalıdır.

Veteriner hekim kadroları arttırılmalı ve veteriner hekimler için sağlık çalışanı vurgusu güçlendirilmelidir. Sağlık Bakanlığı içinde veteriner hekimliği ile ilgili bir Veteriner Hekimliği Halk Sağlığı Daire Başkanlığı olmalıdır. Halen yürürlükte olan Uluslararası Cenevre Veteriner Hekimliği Antlaşmasına uygun olarak özerk bir yapıda (devletin en üst makamına bağlı), veteriner hekim yöneticiler tarafından idare edilen, yetkili, stratejik kararlar alabilen, bölge örgütlenmesi olacak şekilde Veteriner Hekimliği Teşkilatları kurulmalıdır. Veteriner Hekimliği Teşkilatlarının özerk olarak hayata geçirilebilmesi için anayasa ve hukuki mevzuat gerekli zemini sağlamaktadır. Büyükşehir Belediyelerinde Veteriner Hizmetleri Daire Başkanlığı, diğer belediyelerde Veteriner İşleri Müdürlükleri ana birim olarak kurularak gıda kontrolü, çevre sağlığı ve vektör mücadelesi, sahipsiz hayvanların rehabilitasyonu ve sağlığı gibi halk sağlığını yakından ilgilendiren önemli konularda Veteriner Hekimliği Hizmetlerinin sağlıklı bir şekilde yürütülmesi sağlanmalıdır. Veteriner Hekimliği halk sağlığı çalışma alanları, sadece Tarım ve Orman Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığı ile sınırlı değildir, Çevre, Şehircilik ve İklim Değişikliği Bakanlığı ve Milli Savunma Bakanlıkları gibi diğer icracı bakanlıklar ve onların teşkilatlanması, yapılanmasında Veteriner Hekimliği Halk Sağlığı teşkilatlanması tamamlanmalı ve yetkilendirilmelidir.

KPSS sınavları genel değil, mesleğe özel olarak düzenlenmelidir.

***Şerh:** *Mevcut KPSS sistemi sağlık emek gücünün yeterliğini değerlendiren bir sınav değildir (Doç.Dr.Sergül Duygulu).*

Sömürü / Güvencesiz İş / Taşeronlaşma: Tüm sağlık meslek gruplarında güvencesiz çalıştırma, taşeronlaşma ve yasal sınırların üstünde çalıştırılma önlenmelidir. Fazla mesailerin ödenmesi ve sağlık emekçilerinin hak ettikleri ücreti alması sağlanmalıdır. İşyerinde çalışma barışını bozan ve eşitsizlik-

ler yaratan performans sistemi kaldırılmalıdır. Sağlık çalışanlarının çok çeşitli kadrolarda çalışmaları sonlandırılmalı, tüm emekçilerin tek tip ve güvenceli çalışma kadrolarına kavuşması sağlanmalıdır. Sağlık meslek gruplarının meslek tanımlarının dışında, filyasyon, sürveyans ve sürüntü alma hizmetlerinde görevlendirilmesi engellenmelidir. Sağlık sisteminde rekabetçi değil dayanışmacı bir sağlık emek gücü yaratılmalıdır.

Sağlıkta Özelleştirme: Türkiye'de başvuruları özel sektöre yönlendiren mevcut sistem değiştirilmelidir. Sağlıkta özelleşme terse çevrilmeli, özele kaynak aktarma durdurulmalıdır. Özel sektör kamuya yeniden nasıl kazandırılabilir diye planlama yapılmalıdır. Sağlık hizmetlerinin bir meta olmaktan çıkarılması gerekmektedir. Sağlık sektöründe özel sektör değil öncelikle kamu sektörü desteklenmelidir.

***Ek Öneri:** *Yaygın, kamucu düzenlemeler yapılan kadar mevcut yapı için 0-18 ve 65 yaş üstü bireylerin öncelikli olmak üzere ağız-dış sağlığı alanında yaşam kalitesini yükseltmek için özel muayenehaneler dahil kamunun özelden hizmet satın alması gerekir (Dr. Ali Gürlek- Türk Dış Hekimleri Birliği).*

İstifa ve Yurt Dışına Göç: Özellikle hekimler başta olmak üzere yeni mezun sağlık emekçilerinin yurt dışına gitmelerini engelleyecek çalışma koşulları, özlük hakları ve istihdam olanakları yaratılmalıdır. Türkiye'nin en önemli sermayesi olan yetişmiş sağlık emek gücünü kaybetmesi önlenmelidir.

Liyakat: Türkiye sağlık sisteminde yönetim alanında atamaların liyakata dayalı ve akademik kariyer ilkesiyle yapılması sağlanmalıdır. Sağlık yönetimi alanında eğitim alan sağlık çalışanlarının ve sağlık yönetimi alanında uzmanlaşmış hekimler olan halk sağlığı uzmanlarının bakanlık merkez, il ve ilçe sağlık yönetimlerinde yönetici olarak atanmaları sağlanmalıdır. Ayrıca doğrudan sağlık yönetimi eğitimi alan yeni mezun ve çalışanların da yönetim kademelerinde yer almaları sağlanmalıdır. Tüm atamalar şeffaf, mülakatsız ve bilgiye dayalı yeterlik sınavları ile olmalıdır.

6.3.3. Planlama

Sağlık emek gücü ile ilgili bir Planlama Kurulu oluşturulmalıdır. Bu kurul tüm meslek gruplarının temsil edildiği bir düzenlemeyle Türkiye'nin her meslek grubu için planlamasını ve gelecek 5 ve 10 yılın projeksiyonlarını yapmalıdır. Planlamalarda yeni meslek grupları ve gelecek dikkate alınmalıdır. Planlamalar her yıl gözden geçirilmeli ve revize edilmelidir.

Bilimsel planlamalarda toplumun demografik yapısı, sık görülen hastalıklar, ölüm nedenleri, iş analizleri ve o işi yapmak için gerekli birim zaman vb. göstergeler üzerinden sağlık gereksinimleri ortaya konularak, hedefler belirlenmelidir. Planlamanın en önemli hedefi meslek gruplarının tam istihdamını sağlamak olmalıdır. Bu amaçla kurumsal kadrolar belirlenmeli ve eğitim kurumlarına öğrenciler bu hesaplamalarla alınmalıdır. Planlamada coğrafi bölge farklılıkları dikkate alınmalıdır. Savaş, afet, göç, salgın gibi durumlar için ayrı planlamalar yapılmalıdır.

6.3.4. Mevzuat

Anayasa Düzenlemesi: Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'nın sağlık hizmetleri ve çevrenin korunması başlığı altında Madde 56'nın yeniden düzenlenmesi ve sağlık hizmetlerinin kamu eliyle sunulması, çevre sorunları ve iklim değişikliğiyle mücadele anayasa içinde taahhüt edilmelidir.

Meslek Kanunları ve Görev Tanımları: Bütün sağlık meslek gruplarının meslek kanunları bir an önce çıkarılmalıdır. "Diğer sağlık personeli" tanımı yerine tüm mesleklerin görevleri ayrı ayrı tanımlanmalıdır. Tüm yasal düzenlemeler yapılırken (genelge, yönerge, yönetmelik dahil) ilgili meslek örgütlerinin ve sendikaların görüşü alınmalıdır. Pandemi gibi acil durumlarda oluşturulacak kurullar ve bu kurullarda yer alacak meslek grupları belirlenmelidir. Sosyal medyada, görsel ve yazılı medyada yasayla tanımlanmış mesleğe sahip olmayanların beslenme koçu, yaşam koçu, aile danışmanı, ruhsal danışman vb. yaptığı uygulamalar ve reklamlar denetlenmeli ve engellenmelidir. Bu

konuda yasal yaptırımlar oluşturulmalıdır. 1219 sayılı Tababet ve Şuabat-ı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun'da sonradan eklenen ek-13. maddeye sağlık meslek mensupları olarak sosyal hizmet uzmanı da eklenmelidir.

***Ek Öneri:** *Fizyoterapist, psikolog, diyetisyen, odyolog, dil-konuşma terapisti ve ergoterapistlerin mesleklerini serbestçe icra edememeleri, T.C. Anayasası'nın 48 ve 49. maddelerinde tanımlanan çalışma hak ve özgürlüğünün kısıtlanmasına neden olmaktadır. Anayasanın 48'inci Maddesi'nin IV. Bölümde "Çalışma ve sözleşme hürriyeti" tanımlanmakta ve "Herkes, dilediği alanda çalışma ve sözleşme hürriyetlerine sahiptir. Özel teşebbüsler kurmak serbesttir. Devlet, özel teşebbüslerin millî ekonominin gereklerine ve sosyal amaçlara uygun yürümesini, güvenlik ve kararlılık içinde çalışmasını sağlayacak tedbirleri alır." denilmektedir. Bu nedenle klinik psikolog, fizyoterapist, diyetisyen, odyolog, dil ve konuşma terapisti, ergoterapist unvanlarına sahip bireylerin, mesleklerini icra edebilecekleri merkezlerin önü açılmalıdır (İlknur Olça Erden-Türkiye Fizyoterapistler Derneği).*

***Ek Öneri:** *Türk Diş Hekimleri Birliği Tıbbi Deontoloji Nizamnamesinin 43. maddesindeki; "bir tabip ya da diş tabibi, muayenehanesinde veya laboratuvarında, kendi namına bir meslektaşını çalıştıramaz" maddesi kaldırılmalıdır. Ağız Diş Sağlığı Polikliniklerinde ve Merkezlerinde kendi namına hekim çalıştırabilirken muayenehanelerde çalıştıramaması doğru değildir (Dr. Ali Gürlek-Türk Diş Hekimleri Birliği).*

Özlük Hakları: Tüm sağlık çalışanlarının unvan, kadro, derece ve kıdeme göre ek göstergeleri düzenlenerek verilmelidir. Fiili hizmet zammı ile ilgili çıkan 2018 tarihli kanun eksikler içermektedir, düzenlenmeli, sosyal hizmet uzmanları vb. meslek grupları fiili hizmet zammından da yararlandırılmalıdır. Tüm meslek gruplarına eğer belli çalışma süresini doldurmuşsa emeklilik hakkı verilmelidir. COVID-19 pandemisine özgü olarak her yıla 120 gün olacak şekilde erken emeklilik hakkı verilmeli-

dir. Özel sektörden, BAĞ-KUR'dan emekli sağlık çalışanları (diş hekimleri, eczacılar, veteriner hekimler vb.) asgari ücretin dahi altında kalan çok düşük bir emekli maaşı almaktadır. Özel sektörden emekli tüm sağlık çalışanları için emekli maaşları alanında insani bir düzenleme yapılmalıdır.

***Ek Öneri:** Mevcut ek ödeme sistemi hesaplanırken oluşan katsayı ve puanlamalar hekim üzerinde oluşturulmaktadır. Bu sistemin kurgulanmasındaki temel amaç olan personelin daha fazla çalışması karşısında daha fazla kazanması sadece hekimler için gerçekleşebilmektedir. Ek ödeme dağıtımında hekim üzerinden tespit edilen sağlık tesisi puan ortalaması üzerinden yapılan işlemlerde sağlık lisansiyerleri için uygulanan katsayı 0,45 iken hekimler için bu katsayı 2,2- 3,18 arasında değişmekte ve bu oran bile 5 ila 7 kat sadece katsayıda bir fark oluşturmaktadır. En iyi şartlarda bile hekim dışı personel ek ödeme 200-300 TL gibi rakamlar alabilmektedir. Bunun yanında hekim dışındaki sağlık personelinin işlem puanı hesaplanmaması nedeniyle 1 hastayla ilgilenmesi ile 100 hasta ile ilgilenmesi arasında bir fark oluşmamaktadır. Bütün bunların neticesinde aynı işyerinde özellikle performansla daha fazla kazanılması gerekirken daha fazla çalışılmasına rağmen kazanılan ücretler arasındaki farkın artması iş barışını bozmaktadır. Ek ödeme sistemi daha önce birçok kez üzerinde değişiklik yapılmış bir sistemdir. Bu sistem üzerinden yapılan sabit ödemelerin merkezi bütçeden ödenmesi ilk aşamada bu sistemi rahatlatacak en büyük etken olabilir. Bu sayede emekliliğe dahil edilmemesi gibi bir problemde birlikte çözülmüş olacaktır. Hekim dışında, sağlık personelinin performansının hesaplanabileceği bir sistem kurgulanmalıdır. Bu sistemde hekimler için, sağlık hizmetleri sınıfı için, yardımcı hizmetler sınıfı için, teknik hizmetler sınıfı için şeklinde farklı döner sermaye havuzlarından oluşmalı ve bu havuzlarda ek ödeme miktarı hakkaniyetli bir şekilde dağıtılmalıdır. Yapılabilmesi durumunda bu sistemin kaldırılması iyi seçeneklerden biri olarak durmaktadır. Döner sermaye sisteminin tamamen kaldırılarak sabit maaşın olduğu şu anki

maaş+ sabit toplamı üzerinden yapılacak %40-45 kadar bir iyileştirme sonucunda elde edilecek tek bir maaş sistemi birçok problemi ortadan kaldıracaktır (İlknur Olça Erden-Türkiye Fizyoterapistler Derneği).

SUT Sorunları: SUT içerisinde tanımlanmayan meslek grupları (halk sağlığı uzmanları, diyetisyenler vb.) tanımlanmalıdır. Diyetisyenlerle ilgili tanımlı olmayan hizmetler belirlenmeli ve eksiklikler giderilmelidir. Beslenme ile ilgili raporlarda diyetisyen imzası bulunmamaktadır, bu eksiklik giderilmelidir.

Ayaktan hasta hizmetlerinde diyet polikliniklerine doktor tarafından yönlendirilen hastaya/hasta yakınına tıbbi beslenme tedavisi, koruyucu sağlık açısından ise sağlıklı beslenme eğitimi veren diyetisyenin kurum içi randevu sistemlerinde tanımlanması gerekmektedir. Hastanın diyetisyene doktor tarafından ilk başvurusundan sonra tıbbi beslenme tedavisi/sağlıklı beslenme hedeflerine ulaşmaya kadar izlemi için hastanın her kontrolünde diyetisyenine doğrudan MHRS üzerinden resmi randevu alabilmesi sağlanmalıdır

Ayaktan tedavi hizmetlerinde/Diyaliz Ünitesinde/Doku ve Organ Nakli Merkezinde a ve b maddelerinde verilen hizmetlerin SUT içinde tanımlanması ve maddi olarak karşılığının olması gerekmektedir. Yatan hasta hizmetlerinde, hastanın taburculuğuna kadar geçen sürede diyetisyenin her hastaya verdiği klinik beslenme hizmetlerinin (yemek hizmetleri/tıbbi beslenme tedavisi hizmetleri/klinik nütrisyon hizmeti/taburculuk eğitimi) SUT'da tanımlanması ve maddi olarak karşılığının olması sağlanmalıdır.

Sağlıkta Şiddet / Mobbing: Sağlıkta şiddet ve mobbinge ilgili caydırıcı yasal düzenlemeler yapılmalıdır. Veteriner Hekimlerin Sağlıkta Şiddet Yasasına dahil edil(e)memesi gerekçesi olarak 1219 sayılı Tababet ve Şuabat-ı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun ve 3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nda veteriner hekimlerin yer almaması gösterilmektedir. Sağlık çalışanı olan veteriner hekimlerin Sağlıkta Şiddet Yasasına dahil

edilmesi için gereken mevzuat çalışmaları yapılmalı ve sağlıkta şiddeti bitirmek için caydırıcı cezalar bir an önce getirilmelidir.

6.3.5. Örgütlenme

CHP iktidarında sağlık emekçileri için örgütlenme özgürlüğü temin edilmeli, sadece kamuda değil, özel sağlık kuruluşlarında da sendikalaşma desteklenmelidir. Sağlık çalışanlarının örgütlenme hakkı güvenceye alınmalı; meslek odasına, sendikasına, derneğine üye olmalarının önündeki engeller kaldırılmalıdır. Sağlık kurumlarında kamu ve özel sektörde idari kararlar sendika ve meslek örgütleriyle ortak alınmalıdır. İşyeri temsilcilikleri güçlendirilmelidir. Sendikalar güçlendirilmeli, toplu sözleşmelerde belirlenmiş çerçeveden sözleşme yapılması sağlanmalıdır. Sendikalar istihdam biçimlerinde söz hakkına sahip olmalıdır. Kamuda çalışan sağlık emekçilerinin grevli toplu sözleşme yasasının çıkarılması sağlanmalıdır.



Sonuç

CHP tarafından düzenlenen Türkiye Sağlık Forumu “Sağlık Emek Gücü” çalışma grubunun toplantısına 15 değişik sağlık meslek grubundan toplam 27 kişi katılmıştır. Bu raporda toplantıda dile getirilen tüm görüşlere, düzenleme kurulunun önerdiği üç başlık altında (mevcut durum, sorunlar, çözümler) yer vermeye çalışılmıştır. Çalışma grubunun beklentisi Sağlıkta Dönüşüm Programının verdiği zararı tersine çevirecek şekilde hızlıca bir eylem planı oluşturulup, uygulamaya konmasıdır. Bu amaçla kamusal, eşit, ulaşılabilir, koruyucu sağlık hizmetlerini önceleyen bir sağlık sistemi tasarlanmalı, buna uygun bir istihdam planı ve bilimsel bir sağlık emek gücü planlaması yapılmalıdır.



7. SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI

Katılımcılar

Elvan Sevi Bozoğlu

Zafer alışkan

Gonca Çetinkanat

Ergün Demir

Fatih Güler

Onur Hamzaoğlu

Güray Kılıç

Arman ney

Levent Yiğit

7.1. MEVCUT DURUM VE SORUNLAR

Türkiye'de toplam sağlık harcamalarının (TÜİK 2020 yılı sağlık harcaması verilerine göre) %79,2'si kamu kaynaklarından (GSS ve vergi), %16'sı ise hane halklarının cebinden karşılanırken, özel sigorta şirketlerinin payı ise yalnızca %2,6'dır. Kamu kaynakları içerisinde de Sosyal Güvenlik Kurumunun payı %51 ile sağlık harcamalarının en büyük kısmını oluştururken, merkezi devletin payı %27,6, mahalli idarenin ise %0,7'dir.

Ülkemizde sağlığın finansmanı için en önemli kaynak olup, halen uygulanmakta olan prime dayalı genel sağlık sigortası (GSS) modelinin genel olarak sorunlu olduğu değerlendirildi. Bu modelin sağlık hizmetinin nasıl sunulacağını belirlediği ve daha çok tedavi edici sağlık hizmetlerini öncelediği, kışkırtılmış sağlık hizmeti talebi yarattığı ve bunun da birçok sakıncasının yanı sıra finansman yükünü de arttırdığı ifade edildi.

Sağlık harcamaları için ayrılan payın ülkemizin içinde bulunduğu gelir grubundaki ülkelere göre düşük olduğu; Gayri Safi Milli Hasıla'dan ayrılan payın en azından OECD ortalamasını yakalamasının önemi vurgulandı.

Sağlıklı bir finansman modelinde hastalandırmamaya yönelik koruyucu hizmetlere ve birinci basamak sağlık hizmetlerine daha çok kaynak ayrılırken; halen uygulanan GSS finansman modelinde kaynağın esas olarak hastanecilik hizmetleri ve ilaca gittiği belirtildi.

- Ülkemizde sağlığın finansmanının büyük oranda Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) üzerinden yürütüldüğü, burada oluşan sağlık fonu havuzunun primler (işçi-işveren payı), devlet katkısı (genel bütçeden- toplanan primin ¼'ü) ve katılım payından (doğrudan hizmet alırken vatandaşın ödediği) oluştuğu;
- Bu havuzda biriken sağlık fonunun her yıl fazla verdiği (gelir giderden fazla) ve 5510 sayılı Kanun'a aykırı biçimde sadece sağlık için kullanılmadığı ve fazlanın sosyal güvenlik fonuna aktarıldığı,
- Özellikle alanın ilgili bakanlarının, siyasi parti yöneticilerinin malullük, yaşlılık ve ölüm sigortası (uzun vadeli sigorta kolları) ile genel sağlık sigortasını kapsam ve oran bakımından aynı anlamda kullanarak kamuoyunu yanılttığı, gerçekte SGK aylık istatistik bülteni Aralık 2021 sigortalı istatistiklerinde göre sigortalı nüfus oranının %88 olup, kapsam dışı nüfus oranının ise %12 olduğu ve hiç bir sosyal güvencesi olmayanların sayısı 9.570.272 kişi olduğu,
- Sağlıkta dönüşüm programının bir parçası olarak GSS yasalaşırken ileri sürülen tüm yurttaşları kapsayacağı, tüm sağlık hizmetlerine erişilebileceği iddiasının gerçekleşmediği, kapsamın genişlediği ancak sağlık hizmetlerine erişimin zorlaştığı,

- Her yıl BAĞ-KUR'lu esnaf ve köylünün ödeyemediği prim borcu ve yeniden yapılandırıldığı halde ödene-meyen GSS prim borçları nedeniyle yaklaşık 10 mil-yon yurttaşımızın sağlık hizmetine erişim için Cum-hurbaşkanı'nın adeta lütuf gibi her yılbaşı yayınladığı borç erteleme kararnamelerine bağımlı hale geldiği,
- Katkı/katılım payları nedeniyle özellikle yoksul yurt-taşların sağlık hizmetlerine erişimde zorlandığı, bu nedenle de acil sağlık hizmetlerine gereksiz başvuru-nun arttığı,
- Özellikle pandemi dönemi de dahil olmak üzere kamu üniversite hastanelerine gerekli ödemeler yapılamadığundan yurttaşların tıbbi malzeme gereksindiren özellikli vakalar için özel hastanelere gitmek zorunda kaldıkları,
- SGK Fiyatlandırma Komisyonu tarafından Sağlıkta Uygulama Tebliği (SUT) ile belirlenen ilaç, tıbbi mal-zeme ve sağlık hizmetlerinin bedelleri ve kapsamının açık, şeffaf ve katılımcı bir anlayışla belirlenmediği, temel teminat paketi olarak adlandırılabilir olan bu kapsamın hükümetin ve SGK'nın finansman duru-muna göre giderek daraltıldığı,
- Uygulanan prime dayalı GSS finansman modelinin, bunun tamamlayıcıları olan diğer unsurlar ile birlik-te değerlendirildiğinde, hastalandırmayı engellemeyi önceleyen koruyucu sağlık hizmeti değil, daha çok sağlık hizmeti ve ilaç/teknoloji tüketimini arttıran, böylece de bir bütün olarak ülkeyi hem finansman açısından hem de sağlık hizmeti sunumu yönünden yetmezliğe sokan bir model olduğu,
- Bu modelin tamamlayıcı bir parçası olarak uygulanan kamuda çalışan hekimlere performansa göre ücret-lendirme yapılmasının sakıncalı olduğu, hastanelerin

SGK'dan gelen yetersiz geri ödeme nedeniyle çalışan gelirlerinin düşük olduğu, güvencesiz ve belirsiz hale geldiği, bu durumun hekimler ve diğer sağlık çalışanları arasında gerilime yol açtığı, hekimi daha çok ve hızlı hasta bakmaya zorladığı için hizmetin niteliğini düşürdüğü ve vatandaşla da gerilime sokarak sağlıkta şiddeti arttırdığı, hekimlerin bu koşullarda kamudan ayrılarak özel sağlık kuruluşlarına ve yurt dışına gitmeyi tercih etmek zorunda kaldığı,

- Sağlık kurumlarına yapılan geri ödemenin daha çok nicelik, ucuz ilaç, ucuz tedavi ve ucuz hizmet odaklı olduğu, yapılan işlemin toplamda yaratacağı değer (yatış süresini kısaltması, komplikasyon oranı, iyileşme süresi vb.) dikkate alındığı “değer odaklı geri ödeme” yönteminin benimsenmediği,
- Ucuza hizmet ve ürün politikasının çok yönlü olarak tüm paydaşlarda mutsuzluk yarattığı,
- Sağlık sistemi ile ilgili veri yönetiminin yetersiz olduğu, SGK'nın hastalık yükleri/profilini paylaşmadığı, finansman ile ilgili kararlarda bunların dikkate alınmadığı,
- Hastanelerde geri ödeme sistemi ve performansa göre ücretlendirme modeli sonucu gerçek verinin değil de, en yüksek bedeli olan işlem kodlarının girildiği ve böylece aslında verilerin sağlıksız olarak toplandığı,
- Mevcut GSS finansman modelinde kamu/özel ayrımı yapılmadan tüm sağlık kuruluşlarından sağlık hizmeti alındığı, bu yöntemle özel sağlık kuruluşlarına düşük SUT bedelleri üzerinden de olsa kaynak transferi yapıldığı ve tüm yurttaşların “müşteri” konumunda bu kuruluşlara yöneltildiği,
- Özel sağlık kuruluşlarına ilave ücret alma hakkı ve-

rildiği, yasal olarak SUT bedelinin en fazla iki katı kadar olabilecek olan bu bedelin çok ötesinde ücretlerin talep edildiği ve vatandaşın çaresizlik içinde kalarak bunu ödediği, SGK ve Sağlık Bakanlığının gerekli denetimleri yapmayarak adeta bu duruma yol verdiği,

- Tamamlayıcı sağlık sigortasının bile bu nedenle yaygınlaşamadığı, çünkü özel sigorta şirketlerinin GSS'li yurttaş için ödeyeceği SUT'un iki katı kadar bedeli yeterli bulmadıklarından hastaneleri ile sözleşme yapmadığı,
- Katılımcıların bir kısmı ise şu anda herhangi bir sosyal güvencesi olmayan ve aylık geliri asgari ücretin 1/3'ünün altında olan 7.449.482 kişinin GSS priminin devlet tarafından ödendiği, aylık geliri asgari ücretin 1/3'ünün üzerinde olan 2.120.290 kişi ise GSS primi olarak aylık 150.12 TL ödediği, prim borcunu ödeyemeyen milyonlarca vatandaş için de yine 31.12.2022 tarihine kadar süre uzatımı yapıldığını belirtildi. Bu koşullarda bir özel sigorta türü olan tamamlayıcı sağlık sigortasının aylık 150 TL ödeyemeyen vatandaşlar olduğu ve çalışanların yarısının asgari ücretle çalıştığı ülkemizde adaletli bir finansman yöntemi olmadığı tespitleri yapıldı.

7.2. ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

- Öncelikle köklü çözüm için neoliberal politikaya bir bütün karşı çıkılıp çıkılmayacağı kararının verilmesi gerektiğinin altı çizildi.
- Katılımcıların çoğunluğu prime dayalı bu finansman modelinin yetersizlikleri ve açmazlarına rağmen revize edilerek sürdürülmesi gerektiğini ve başkaca da çare olmadığını ifade etti.
- Katılımcıların bir kısmı ise prime dayalı sistem yerine dayanışmacı olan gelire göre sağlık vergisi ile oluştu-

rulacak finansman modelinin daha uygun olacağını belirtti.

- Tüm katılımcılar genel olarak sağlık harcamalarına ayrılması gereken payın mutlaka artırılması gerektiğini belirterek koruyucu sağlık hizmetlerinin öncelikle finanse edilmesinin öneminin altını çizdi. Böylece hastalıkları ve tedavi edici sağlık hizmetine olan talebi azaltarak finansman yükünün hafifletilmesinin önemi belirtildi.

Mevcut finansman modeli ile devam edilmesi durumunda ise söz edilen sakıncaları gidermek amacıyla da aşağıda belirtilen çözüm önerileri önerildi:

- SGK'nın primler, devlet katkısı ve katılım paylarından oluşan sağlık fonu gelirleri yasaya uygun biçimde mutlaka sadece sağlık için harcanmalıdır. Sağlık fonunun verdiği fazla sosyal güvenlik fonuna aktarılmalıdır.
- Katkı/katılım payının başlangıçta hedeflendiği gibi vatandaşın sağlık hizmeti alırken "farkındalık" yaratarak gereksiz talebini engellemediği, sonuçta bütün finansman içinde önemli bir miktar olmadığı, ancak bu dolaylı verginin yoksul yurttaşlar için önemli gider olduğu ve sağlık hizmetine erişimini engellediği, acillere gereksiz başvuruyu arttırdığı ortaya çıkmıştır. Katkı/katılım payı azaltılmalı hatta bundan tümünden vazgeçilmelidir.
- Prim borcunu, yapılandırılmış olmasına rağmen, mevcut koşullar nedeniyle ödeyemediği için asgari düzeyde de olsa sağlık hizmetine erişemeyen 10 milyona yakın yurttaşımızın bu borçları silinmelidir. Her yılbaşı Cumhurbaşkanı'nın erteleme lütfuna maruz bırakılmamalıdır. Bu kaynak SGK'nın sağlık fonunda mevcuttur.

- Sağlık fonunda biriken para kamu hastanelerinin gereksinimleri için kullanılmalı, bu kurumlar da tedarikçilere ödeyemedikleri borçlarını ödemelidir. Böylece satın alınamayan malzemeye ihtiyaç duyulan operasyon ve girişimler yapılmalı, vatandaşlar özel hastanelere gitmek zorunda kalmamalıdır.
- Sosyal Güvenlik Kurumu ve özellikle fiyatlandırmanın yapıldığı kurulları daha şeffaf ve katılımcı bir anlayışla yönetilmeli ve örgütlü yapıların temsili sağlanmalıdır. Gerek ilaç gerekse medikal malzemenin fiyatlandırılmasında niteliği gözetilen bir fiyat politikası izlenmelidir.
- İlave ücret politikası mutlaka gözden geçirilmelidir. SGK ile hizmet alım sözleşmesi yapmış özel sağlık kuruluşları yasada öngörüldüğü şekilde sıkı biçimde denetlenmeli; çeşitli nedenlerle buradan hizmet almak üzere başvurmuş vatandaşlardan ölçsüz kayıt dışı olarak ilave ücret talep eden kuruluşlar cezalandırılmalı ve gerektiğinde sözleşmesi iptal edilmelidir. Zor durumda olan vatandaş hastane yönetimi ile karşı karşıya bırakılmamalıdır.
- Özel sağlık sigorta şirketleri ile işbirliği yapılmalı, bu kuruluşların özellikle veri toplama ve yapılan işlemleri denetleme deneyiminden yararlanılmalıdır. Tamamlayıcı Sağlık Sigortası (TSS) geliştirilmelidir. TSS'nin yeterince yaygınlaşmamasının nedenleri arasında özel hastanelerin ilave ücretteki yasal üst sınır olan SUT'taki bedelin en az iki katı olan ücrete razı gelmemeleri ve bu nedenle sigorta şirketleri ile anlaşma yapmak istememeleri de yer almaktadır. SGK, Sağlık Bakanlığı ve Hazine Bakanlığı TSS yaygınlaşması için özel sağlık kuruluşları ve özel sigorta şirketleri ile ortak çalışma yapmalıdır.

- Tıbbi verilerin sağlıklı biçimde girilmesi sağlanmalıdır. Hastalık profili, yükü saptanarak finansman politikası ve planlaması belirlenmelidir.
- Tıbbi ürünlerin ve ilaçların fiyatlandırılmasına ilişkin düzenleme erişim engelini ortadan kaldıracak şekilde yapılmalı, yenilikçi tedavilerin piyasaya sunumunu teşvik edici şekilde düzenlenmelidir. Yerli teknolojileri destekleyici yatırım ve teşvikler planlanmalıdır. Geri ödeme listesine ürün, hizmet alınıp, çıkarılırken tüm paydaşlar karar mekanizmalarına dahil edilmelidirler.
- Sağlık turizminin finansmana katkısı olumludur. Desteklenmelidir. Kamu sağlık kurumları özel sektörün rakibi gibi davranmamalıdır.
- Sağlık sektörü global bir sektördür. Yaklaşım devletçi de olsa global standartlardan uzak kalınamaz.
- Kar amacı güden sağlayıcı (tedarikçi) ilaç, medikal malzeme firmaları ile olan ilişkiler piyasa koşullarına uygun bir şekilde yürütülmeli, piyasa değerinin altındaki alımlara zorlanmamalıdır. Bu firmalarla etik koşullar içinde çalışılacak sürdürülebilir bir finansman biçimi oluşturulmalıdır.







8. ŞEHİR HASTANELERİ

Katılımcılar

Fatma Akay

Özgür ErbaŐ

Uğur Emek

Atila İlman

Bayazıt İlhan

Zeki Yalçındere

Devrim Kemal Yardımcı

8.1. SORUNLAR

2005 yılında ilk yasal düzenleme yapılmasının ardından 2007 yılında Sağlık Bakanlığı bünyesinde bağımsız bir Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı kurulmasına dair değişiklik yapıldı. Daire Başkanlığının görev ve yetkileri açıkça düzenlenmemesine karşın hem tüm hukuki metinlerin hem de Şehir hastanelerinin temel mimarlık projesinin hazırlanması için ihale yapılmıştır. İhaleyi alan İtalyan hukuk Őirketine verdiği mütalaada yapılan işlemin imtiyaz olmayacağına dair görüş bildiren hukuk fakültesi öğretim üyesi sonraki dönemde Danıştay üyeliğine seçildi ve Türk Tabipleri Birliği tarafından davalar açılması üzerine davaların görüldüğü 13. Daireye hakim olarak atanmıŐtır.

Sağlık ve Ulaştırma bakanlıkları KÖİ projeleri konusunda paydaŐlarla yeterince iletişim kurmuyorlar ve kamuoyunu bilgilendirmiyorlar.

Şehir hastanelerinin yönetiminde idari ve yasal eksiklikler ve hatalar bulunmaktadır. İmzalanan ilk sözleşmeler kanuna aykırılıklar teşkil ediyordu. Bu aykırılıklar mahkeme kararlarıyla

tescillenmiştir. Bunun üzerine sözleşmelere uygun yeni bir kanun çıkartıldı ve sözleşmeler kanuna uygun hale getirilmiştir.

Hukuki doküman ihalelerini alan şirketlerce hazırlıklar yapılırken Sağlık Bakanlığınca hazırlanan “fizibilite analizleri” paranın değeri analizi gereklerini taşımadığı gibi ABD Doları kuru öngörüsü 1,5 TL olarak hesaplanıp hiçbir kötü senaryo da içermiyordu. Bunun yanında fizibilite analizlerinde hastanelerin en çok gelir elde ettiği kalemlerin görüntüleme olduğu, hizmet satın alınması halinde en büyük gider kaleminin de yine görüntüleme olduğu tespit edilmesine karşın tüm şehir hastanelerinde zorunlu olmamasına karşın, üstelik tıbbi destek hizmeti olarak mevzuata aykırı biçimde vasıflandırma yoluyla görüntüleme ve laboratuvar hizmetleri şirketlere ihale edilmiştir.

Bu projelerin fizibilite çalışmalarında gerekli özen gösterilmiyor. KÖİ projelerin, geleneksel yöntemden daha iyi performans göstereceğine ilişkin fizibiliteler yapılmıyor. Yapılıyorsa da çalışmalar KÖİ yöntemlerini haklı çıkarmak için manipüle ediliyor.

2005 yılında yapılan yasal düzenlemede şehir hastanelerinin ihalelerinin Kamu İhale Kanunu ve Devlet İhale Kanununa tabi olmayacağına dair hüküm konulmuştur. İhalelerin idare hukuku açısından zincirleme işlem olması nedeniyle bir bütün halinde ve her bir basamağının da ayrı ayrı hukuka uygun olması zorunlu olmasına karşın, aşamalarındaki hukuka aykırılıklar giderilmediği gibi Danıştay’da yargılama sürerken yapılan yasa değişikliği ile “şehir hastaneleri ihalelerine karşı açılan davalarda verilen iptal kararları uygulanmaz” düzenlemesi yapılmıştır. İhalelerde şirket değişikliklerine mevzuat ile belirlenen kurallara aykırı olarak izin verilirken sonuç olarak ihale ilanı tarihinde kurulu olmayan şirketlere, mesleki ve teknik yeterlik ölçütlerine aykırı olarak ihaleler verilmiştir. Sağlık Bakanlığı, Yüksek Planlama Kurulunun (YPK) ihale iznindeki yatırım bedeli ve sonuç olarak ihale tutarı ile bağlı olmasına karşın bu tutarların çok üzerinde bedellerle ihale verilip YPK’dan ek onay alma süreci zamanında tamamlanmamıştır. İhalelerde kendi mevzuatında

tanımlanmayan “nihai pazarlık” adı verilen usulle katılıma açık olmayan süreç yürütülmüştür.

Bu projelerin ihalesi 4734 sayılı Kamu İhale Kanununa tabi olmadığından, bu nedenle Kamu İhale Kurumu gibi ihale süreçlerini denetleyecek bağımsız bir kurum bulunmamaktadır. Ayrıca ihale sonuçları da şeffaf biçimde açıklanmıyor.

Kamu özel işbirliğine göre yapılan hastanelerde yatak kapasitesinin önemli bir kısmı birkaç firmanın kontrolü altındadır. Bu oligopolistik piyasa yapısı etkinlik açısından endişelere neden olabilmektedir.

İhaleleri sağlık hizmeti sunan şirketler kazanmamıştır. Altyapı şirketleri şehir hastanelerini AVM formatında inşa etmiştir. Bu da hizmet sunumunda aksaklıklara neden olabilmektedir.

2005 yılında yapılan ilk yasal düzenlemede şirket ile idare arasında imzalanan sözleşmenin özel hukuk hükümlerine tabi olacağına dair hüküm bulunmazken bu düzenleme Anayasaya aykırı olarak Yönetmelik ile getirilmiştir. Bunun yanı sıra 2011 yılında ilk ihaleler yapılırken 2 Kasım 2011 günlü 663 sayılı KHK ile Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğüne bağlanmıştır. Böylelikle 5018 sayılı Kanuna göre harcama yetkilisi de değişmiştir. Ancak ihaleler sonunda imzalanan sözleşmeler Daire Başkanı tarafından 5018 sayılı Yasanın harcama yetkilisi hükmüne ve yetki tutarını aşacak şekilde imzalanmaya devam etmiştir. Aşamalarda yapılan tüm yasal değişiklikler sonrasında sözleşmelerde değişiklikler yapıldığı belirtilmiştir. Ancak değişikliklerde kamu yararı gözetilip gözetilmediğine dair açık bilgilendirmeler yapılmamıştır.

Ayrıca şehir hastanelerinin yer seçiminde de büyük hatalar yapılmaktadır. Şehir içerisindeki mevcut hastaneler kapatılmakta ve şehir hastaneleri genellikle şehir dışına yapılmaktadır. Böylece yoksulların ve yaşlıların sağlığa erişimi zorlaşmaktadır.

Sayıştay'ın yaptığı denetimlerin yetersizliği yanında raporlarda tespit edilen sorunların çözülmediği görülüyor. Sık sözleşme

değişiklikleri olduğu, kamu zararı oluşturan durumların varlığı dikkat çekiyor.

Hastanelerde kapalı alanlar gereksiz yere büyük olduklarından ısınma, aydınlanma ve temizlik hizmetleri de çok daha maliyetlidir.

Büyük ölçekli hastanelerin yönetimi ve hizmet sunumu daha da sorunlu hale gelmektedir.

Hastanelerin büyük olmasından kaynaklı iletişim sıkıntısı ve buna bağlı hasta güvenliği riski bulunmaktadır.

Hastanelerin çok büyük olması sağlık hizmetlerini olumsuz etkiliyor. Örneğin yoğun bakımlarda hastalar gereğinden daha fazla süre tutuluyor. Binalar arasındaki mesafelerin uzak olması nedeniyle yataklı klinikte hastaya bir şey olması halinde yoğun bakıma acil biçimde tekrar alınması mümkün olamabiliyor.

Şehir hastanelerine bütçeden yapılan kira ve hizmet bedeli ödemelerinin Sağlık Bakanlığı bütçesi içerisindeki payı bir hayli yüksektir. Bu nedenle diğer harcamalara yeteri kadar mali alan kalmamaktadır. Yeni yatırımlar ve bakım onarım harcamalar için mali alan daralmaktadır.

Ayrıca mevzuata aykırı biçimde şehir hastanelerinden kaynaklanan haklar ve yükümlülükler Sağlık Bakanlığının bütçesinde gösterilmemektedir.

Şehir hastanelerinde hizmet standartlarının performansı denetlenmiyor. Bu hastanelerde sunulan eksik ve hatalı hizmetlere yaptırım uygulanmıyor.

Taşeronlar konusunda, personelin İŞKUR'dan alındığı, işverenlerin İŞKUR'un verdiği süre kadar işte tutup daha sonra işten çıkardıkları ve sonuçta işçilerin tazminatsız işten çıkarıldıkları ve personelin devamlılığının sağlanamaması sorunu bulunmaktadır. Bu konuda da gerekli denetimler yapılmıyor. Ayrıca çalışanların sosyal imkanları gözetilmemektedir.

Şehir hastaneleri açılırken bazı cihazların Sağlık Bakanlığı tarafından alındığı ya da kapatılan hastanelerden götürüldüğü, bunların bedellerinin hesaplamasının yapıp yapılmadığı, sözleşme dahilinde kamunun ödeyeceği miktardan düşülüp düşülmediği bilinmiyor.

Teknolojinin hızlı geliştiği sağlık sektöründe uzun vadeli sözleşme yapılmasının sorun teşkil ettiği, bu sorunun teknoloji gelişimine engel olduğu, gelişimi sağlamak gerektiğinde sözleşme revizyonu gerektiği bunun da ayrı bir sorun yarattığı görülüyor.

Sözleşme değişiklikleri çok sık olduğu için ne kadar ana sözleşmeden uzaklaşıldığı belirlenmiyor ve denetlenmiyor.

Talep garantisinin bütçe içindeki yükü sorun oluşturuyor.

Şehir hastanelerinde şirketlerin kullandığı krediler için Sağlık Bakanlığı'nın garantiler vermesi önemli bir sorundur.

Hastanelerde çift başlılık olması nedeniyle herhangi bir sorunda çözüm üretilmesi çok zor oluyor.

Şehir hastanelerinde hasta yakınlarının ikamet edebileceği konaklama tesislerinin eksik olması probleme neden oluyor.

Hastanelerin ve semt polikliniklerinin kapatılmış olması, şehir hastanelerinin çoğunun kentin ulaşımı zor yerlerinde bulunması büyük sorun oluşturuyor.

Salgın döneminde hastanelerin kapatılmış olmasının sağlık hizmetlerine erişim konusunda sorun yarattığı daha belirgin ortaya çıktı.

Hastane mimarisinin uygun olmaması çeşitli sorunlara yol açıyor.

Olağandışı durumlarda hastanelerin tek noktada toplanması risk yaratmakta.

Acil servisin boyutunun büyük olması acil müdahaleyi zorlaştırabiliyor.

Doğrudan sağlık hizmeti olan görüntüleme, laboratuvar, fizik tedavi hizmetlerinin özelleştirilmesi sorun yaratıyor.

Risk paylaşım analizi taraflar arasında yapılmıyor.

Süresi geçmesine rağmen açılmayan hastaneler var. Bunlara gecikme nedeniyle müeyyide uygulanıp uygulanmadığı bilinmiyor. Ödenecek kira sürelerinin kısaltılması, gecikme süresinin işletme süresinden düşülmesi gerekiyor, buna dair açıklama da yok.

8.2. ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

Projelerin fizibilite çalışmalarına yönelik çerçeve kanun ve bununla ilişkili mevzuat hazırlanmalıdır.

Kamu Özel İşbirliği (KÖİ) projelerinde Hazine ve eski DPT gibi merkezi kurumlar daha aktif rol almalıdır.

Bu projelerin koordinasyonu için merkezi bir KÖİ birimi kurulmalıdır.

KÖİ projelerinin fizibilite süreçlerine ilişkin ayrıntılı rehberler hazırlanmalıdır ve ilgili personele eğitim verilmelidir.

KÖİ projelerinin performans denetimlerini yapacak bir mekanizma oluşturulmalı ve denetimler düzenli yapılmalı, niteliğine ve niceliğindeki eksiklere göre gerekli yaptırımlar uygulanmalı.

KÖİ projelerinde ortaya çıkan kamu zararını ortadan kaldırmak ve azaltmak için yol haritası niteliğinde strateji belgesi hazırlanmalı.

Şirketler devletleştirmeye karşı MİGA'ya siyasi risk garantisi yaptırdıklarından kamulaştırma ve benzeri uygulamalardan söz edilirken çok dikkatli olunmalıdır. Alınacak yolun net belirlenmesi ve söylemlerin şimdiden bu doğrultuda olması gereklidir.

Şehir hastanelerine ilişkin "kamulaştırma yapacağız" ve benzeri söylemlerde ikili bir risk bulunmakta. Öncelikle Kamulaş-

tırma Kanunu, özel kişilerin elindeki ve kamu hizmeti ile ilişkili olmayan taşınmazlar için uygulanabilir olduğundan esasen ve hukuken yapılamaz bir uygulamanın “vaat” olarak dile getirilmesi halkın doğru bilgilendirilmesi açısından sorunludur. Öte yandan özelleştirme ve imtiyaz benzeri uygulamalar sonrasındaki “kamulaştırma” benzeri uygulamaların asıl olarak zararın kamulaştırılması olduğu bilinmektedir; iddia sahiplerinin şirketlerin yararına bir talepte bulunup bulunmadığının titizlikle değerlendirilmesi gerekir. Tüm bunların dışında, Prof. Dr. Ali Ülkü Azrak’ın 1976 tarihli Millileştirme ve Kamu Hizmeti kitabında açıkça usulü tarif edildiği gibi, mevcut sözleşmeler açısından kamuya en az zarar vererek yapılacak işlem tazminatsız olarak sözleşme feshidir. Bunun sağlanması, ikincil başvuruların (tahkim vb) önünü kapatacağı gibi MIGA siyasi risk sigortası ve diğer yatırım güvencelerinden kaynaklı sorunların yaşanmasının da önüne geçecektir.

Gerektiğinde projeyi yürüten mevcut özel sektör kuruluşlarıyla masaya oturularak sözleşmelerin strateji belgesinde belirlenen ilkeler çerçevesinde yeniden düzenlenmesi sağlanmalıdır.

Müzakerelerde temel amaç bu projelerden kaynaklanan bütçe yükünün azaltılması olmalıdır.

Müzakere ekibi yeterli teknik kapasiteye, bilgi ve tecrübeye sahip olmalıdır.

Müzakerelerin sürecini takip için raporlama sistemi kurulmalıdır.

Alternatif seçeneklerin maliyetleri hesaplanmalıdır.

Sözleşmelerin yeniden müzakeresi eşgüdüm ve koordinasyon içerisinde gerçekleştirilmelidir.

Sözleşme değişiklikleri bağımsız bir kurumun denetiminden geçmelidir. Hesap verilebilirlik sağlanmalı, raporlanmalı ve gerektiğinde sorgulanmalıdır.

Hizmet süresi dolan projeler kamu tarafından devir alınmalıdır.

Kamu İhale Kanunu iyileştirilmeli bu KÖİ projelerinin ihaleleri bu kanuna tabi olmalıdır.

Mevcut devlet hastaneleri kapatılmamalıdır. Gerekliğinde yenilenmeli, geliştirilmelidir.

Kapatılmış hastaneler tekrar açılmalıdır.

Mevcut şehir hastanelerinin konumlarına kapasitelerine ve işlevlerine göre yeniden değerlendirilerek sağlık hizmetleri sunumu gözden geçirilmelidir.

Bu hastanelerde yürütülmekte olan mezuniyet sonrası tıp eğitimi faaliyetleri gözden geçirilmeli, eksikleri giderilmeli yeni açılacak hastanelerle eğitim planlaması yeniden yapılmalı.

İnşaat aşamasında iş artışı gerektiği durumlarda ilave iş ihale ile üçüncü şahıslara yaptırılmalıdır.

Bundan sonra teknolojik değişime açık olan alanlarda bu tür uzun süreli sözleşmeler yapılmamalıdır.

Oluşan kamu zararı belirlendiğinde sorumluların yargılamalarının yapılması ve kendilerinden geri alınması sağlanmalıdır.

Şehir hastanelerinde çalışan hekim ve sağlık çalışanlarının özlük hakları iyileştirilmelidir. Kreşler açılmalı, verilmeyen sosyal destek hizmetleri sağlanmalı, sağlık çalışanlarının örgütlenmesi önündeki engeller kaldırılmalı, çalışan şartları iyileştirilmeli, bu hastaneler kentin ulaşılması zor yerlerinde olduğu için çalışanların kullanması için kentin her yerine ücretsiz servis araçları konulmalıdır.

Mevcut projelerdeki gibi 3800 yataklı dev hastaneler yerine bilimsel ölçeklerde (200-600 yatak kapasiteli) şehrin erişimi kolay yerlerinde, doğru finansman modeliyle yeni hastane projeleri hazırlanmalıdır.





9. SAĞLIK BİLGİ SİSTEMİ

Katılımcılar

Orhan Aydoğdu

Ümit Boyacıoğlu

Gökberk Bulmuş

Fatih Çiftçi

Mustafa Köse

Cengiz Topal Töremiş

Meral Yalçın

9.1. ÇALIŞMA GRUBU & AMACI

Sağlık bilgi sistemi çalışma grubu, Cumhuriyet Halk Partisi tarafından 5 Mart 2022 tarihinde Ankara'da düzenlenen Sağlık Forumu toplantısında bir araya gelmiştir. Sektör temsilcileri ve doktorlar olmak üzere 8 kişiden oluşan grup, sağlık bilgi sistemleri açısından ÷lkemizde güncel durumun tespiti, sorunlar ve gelişme alanlarının belirlenmesi ve çözümlerinin sunulması üzerine yaklaşık yarım günlük bir çalışma yapmış, ve yaptığı çalışmayı forum katılımcılarına sunmuştur.

Bu dokümanda yapılan ilk çalışmaların çıktıları bilgilendirme amacıyla özetlenerek paylaşılmıştır.

9.2. izlenen yöntem

Çalışma grubu, konunun kapsamı ve karmaşıklığı ile kendine tanınan yarım günlük çalışma süresini de göz önünde bulundurarak, 5 konu başlığı belirlemiş ve bu başlıklar altında görüş ve öneriler özetlemeye çalışmıştır.

9.3. MEVCUT DURUM DEĞERLENDİRMESİ

Ülkemizde, özellikle diğer ülkeler ile kıyaslandığında başarılı bir sağlık bilişim altyapısı bulunmaktadır.

- Tüm paydaşlarda (özel, devlet, üniversite, eczane, ecza deposu, aile sağlığı merkezi vb.) ana iş süreçleri dijitalleştirilmiştir.
- Veri standartları oluşturulmuş, T.C. kimlik numarası sayesinde hasta bazlı konsolide edilebilir ve izlenebilir hale getirilmiştir.
- E-Nabız sistemi ile ulusal elektronik tıbbi kayıt ve paylaşımı sistemi kurulmuş ve erişilebilir hale getirilmiştir.
- Etkili raporlama sistemleri ile tüm ana süreçler (lojistik, insan kaynakları, finans, hastalık takibi vb.) merkezi olarak izlenebilir hale getirilmiştir.
- Ülke ölçeğinde hızlı çözüm üretme kapasitesine ulaşılmış, özellikle COVID-19 salgın sürecinde, ülke çapında devreye alınan, izleme, aşı takip vb. sistemleri buna güzel örnekler olmuştur.
- Uluslararası standartlarda, harcama bütçesinin 3%'ünün sağlık bilişimine aktarılması beklenirken, bunun çok çok altında yapılan yatırım ve harcama ile sistemler kurulmuş ve çalışır hale getirilmiştir.

Ancak her sistemde olduğu gibi, çeşitli iyileştirme alanları bulunmaktadır ve bu alanlar ve öneriler bir sonraki bölümde paylaşılmıştır.

9.4. TESPİT VE İYİLEŞTİRME ÖNERİLERİ

9.4.1. Sürdürülebilirlik ve Ekonomi Açısından Değerlendirme

Bilgi sistemlerinin varlığı, dijitalleşme ve yapay zekanın tüm sektörlerde ve kamu hizmetinde bugüne kadar yarattığı fayda değerlendirildiğinde olmazsa olmazdır. Bu varlığın korunması ve fayda yaratacak şekilde gelişmesi, bir endüstri olarak güçlü temellerinin olmasına, fırsatlar sunmasına, çalışan ve paydaş mutluluğunun korunması ve gelişmesine bağlıdır. Mevcut durumda;

- Sağlık bilişimi ekonomisi (yazılım ve hizmetler açısından) diğer ülkeler ve sektörler ile kıyaslandığında, 80 milyon nüfusa sahip, 1.500'ün üzerinde kurumu olan bir sektör için çok düşüktür.
- Hizmet alan kurumlar, gerekli bütçeleri ayırmamaktadır.
- Üreticiler çok ucuza hizmet sunmaktadır
- Hizmet sağlayıcılar yurt dışına yönelmektedir
- Yazılımcılar başta finans, savunma sanayi, oyun ve e-ticaret alanları olmak üzere başka sektörler ve yurtdışına yönelmektedir.

Bu kısır döngüden çıkılarak, katma değeri yüksek sektörün korunması ve gelişmesi için;

- Sağlık bilişiminde yazılım ve hizmetlere ayrılan bütçenin artırılması,
- Hizmetler ve yazılımlar için minimum fiyat tarifesi belirlenmesi ve uygulanması,
- Standartların yükseltilmesi ve tedarikçilerin bu standartlara uyumunun denetlenmesi,

9.4.2. İnsan, Süreç, Yazılım Açısından Değerlendirme

Bilişim projelerinin başarısı, sadece yazılım ve donanım kurulumu değil aynı zamanda uygulama kalitesine de bağlıdır. Mevcut durumda projeler, donanım tedarik ve kurulumu, yazılım kurulumu ve aktivasyonu ile eğitim çerçevesinde devreye alınmaktadır. Birçok yazılım firması (özellikle HBYS için), sistemlerin çalışması için, verilen hizmetler çerçevesinde kullanıcı hizmetlerini de sunmakta bunun için bilgi işlem personeli istihdam etmektedir.

- Uygulama kalitesi hem hizmet veren hem de hizmet alan kurumlarda, gerekli sayıda ve nitelikli personelin bulunması ve projelere katılması ile mümkündür.
- Hastanelerde, yönetim ve orta kademede nitelikli insan kaynağı bulunmamakta, proje ve değişim yönetimi yaklaşımı uygulanmamaktadır.

Çözüm için,

- İnsan kaynakları ve organizasyon planlaması buna göre yapılmalı, gereken önem verilmelidir.
- Yazılımcı ve proje uygulama ekiplerinin istihdamını motive edecek şekilde tedbirler alınmalıdır.

9.4.3. Altyapı ve Mimari Açısından Değerlendirme

Mevcut durumda, Sağlık Bakanlığı, SGK, diğer bakanlıklar ile hastanelerde birbiriyle entegre çalışan, birbirini besleyen birçok sistem bulunmaktadır.

- Bu sistemlerin çalıştırılması için, nihai kullanıcı ve sağlık sisteminin kısıtlı kaynağı olan doktorlara, birçok farkı ekrana girerek çalışmak zorunda kalmakta ve zamanlarının büyük kısmını hastayla iletişime ayırmak yerine, veri beslemeye ayırmak zorunda kalmaktadır.
- Merkezi sistemler arasında standardizasyon ve veri entegrasyonunda sıkıntılar yaşanmaktadır.

- Özellikle işlem yapılmasını denetleyen sistemler (Medula, Mernis, E-Rapor vb.) devre dışı kaldığı zaman, hastane ve eczanelerde önemli iş kayıpları ve hasta ile personel arasında ciddi sorunlar yaşanmaktadır.

Çözüm için;

- Merkezi sistemlerde, yeniden kod düzenleme (refactor) yapılması,
- Kritik merkezi sistemlerin %99.99 çalışma süresi (uptime) ile hizmet vermesinin sağlanması, sağlanamıyor ise de çevrimdışı (offline) çalışma yolunun açılması,
- Doktorların kullandığı ekranların (EMR) entegrasyon & otomasyon desteği ile minimum bilgi girişi gerekliliği de düşünülerek kullanıcı dostu tasarlanması,
- Uluslararası standartların özümsemesi ve uygulanması (Open EHR, HIPAA vb.) önerilmektedir.

9.4.4. Yapay Zeka ve Faydalı Olabileceği Alanlar

Yapay zeka, tüm Dünya'da verimlilik ve kalitenin artırılması için çeşitli şekillerde kullanılmaya başlanmıştır. Özellikle, artan iş ve hastalık yüküne karşın azalan uzman kadro ve kısıtlı kaynaklar değerlendirildiğinde, bu alanda üretilecek çözümler sağlık sisteminde önemli faydalar sağlama potansiyeline sahiptir.

Çalışma grubu olarak, ülkemizde öncelikle aşağıdaki alanlarda çalışma yapılması önerilmiştir.

- Triyaj (şu anda Sağlık Bakanlığı, "neyin var" sistemi ile bu alanda çalışmaya başlamıştır).
- Sistem içinde kaybolan, tedavi edilemeyen, gerçek tedaviye ihtiyacı olan hastaların belirlenmesi
- Terapi çözümlerinin desteklenmesi

- Görüntü işleme ve karar destek (Örnek: Radyoloji, patoloji)
- Konsolide karar destek
- Geri ödeme de dolandırıcılık tespiti.

Yatay olarak entegre olan ve birçok hasta verisini, yapılandırılmış ve birleşik şekilde barındıran merkezi sistemlerin varlığı hem bu çalışmaların yapılabilmesi, hem de yeni yapay zeka algoritmalarının geliştirilerek, hem ülke içinde hem de ülke dışında ekonomiye kazandırılmasına imkan vermektedir. Sağlık Bakanlığı'mızın bu verileri, araştırmacı ve geliştiricilerin kullanımına sunması, ülkemizi bu alanda cazibe merkezi haline getirecek ve birçok yatırımcıyı ve uluslararası teknoloji üreticisini de ülkemize doğrudan yatırım için çekecektir.

9.4.5. Tele veya Sanal veya Uzaktan Sağlık Hizmetleri

Özellikle COVID-19 salgını ile, uzaktan sağlık hizmetlerinin öneminin daha iyi anlaşılmış ve birçok alanda kullanımı artmıştır. Mevcut durumda, radyoloji, evde sağlık, uzaktan takip, görüntülü muayene gibi alanlarda kullanılmaktadır.

Sektörde bu alanda, çerçeve ve kavram karmaşası sürmekte, 10 Şubat 2022'de yayınlanan "Uzaktan Sağlık Hizmetlerinin Sunumu Hakkında Yönetmelik" bu karmaşayı gidermekte yetersiz kalmaktadır. Örneğin tele hizmetler, bu yönetmelikte tanımlanmamıştır.

Sistemlerde güvenlik, kalite, mahremiyetin korunması alanında açıklar bulunmaktadır. Mamografi çekimlerinin raporlanmasında, bu iş için önerilen medikal uyumlu yüksek çözünürlüklü ekranların kullanılması yerine, PC veya notebook monitörü kullanılması, radyoloji raporlama hizmeti için görüntülerin, hastane dışına anonimleşmeden paylaşılması buna örnektir.

Bu alanda sistemlerin kullanımı;

- Hizmete erişimin kolaylaştırılması,
- Hastaneye gelişin azaltılması,
- Takip işlemlerinin kolaylaşması,
- Verimlilik, maliyet azaltma, açısından önemli fırsatlar sunmaktadır.

Bu fırsatlardan gerektiği gibi faydalanabilmek için;

- Ortak dilin oluşturulması ve kavram karmaşasının giderileceği şekilde mevzuat / yönetmelik çıkarılması,
- Yönetmelik kapsamının diğer hizmetleri kapsayacak şekilde (Tele radyoloji, patoloji, vb.) genişletilmesi,
- Hizmetlerin düzenli olarak, kalitesinin denetlenmesi önerilmektedir.



10. İLAÇ, AŞILAR VE BİYOTEKNOLOJİ

Katılımcılar

Rida Himmet

Aslı Karabıyık

Aykut Özkul

Hakan Savlı

Feride Aksu Tanık

Orhan Mutlu Topal

10.1. MOLEKÜLER ÇALIŞMALAR VE GENOM ANALİZİ

Moleküler genetiğin ülkemizde gelişkin durumda olduğu, bir cihaz altyapısının olduğu, genom analizi kapasitesinin yüksek olduğu belirtildi. Bu nedenle varyant yakalama şansının da yüksek olacağına vurgu yapıldı. Bir yazıyla merkezlerin görevlendirilmesinin mümkün olduğu, pandemi izleminde genom analizinin bir tanı süreci olduğunu belirtilerek PCR için harcanan paranın onda birine genom analizlerinin yapılabileceği ifade edildi. 50-60 genom analizi laboratuvarı olduğu, ancak varyant çıkarsa görülemediği ifade edildi. Türkiye’de Tıbbi Genom Konsorsiyumu kurulması gerektiği, bunun bir ulusal güvenlik meselesi ve küresel sorumluluk olduğu belirtildi.

Genetik hastalıkların tanısında kullanılan tekniklerin Türkiye’de üretildiği ifade edildi.

Biyoteknoloji

Türkiye’de biyoteknoloji çalışmalarının çok başarılı olduğu, genom ve kök hücre çalışmalarının yürütüldüğü, biyobenzerlerin sıfırdan üretiminin mümkün olduğu vurgulandı.

Biyogüvenlik mevzuatıyla ilgili sorunlar nedeniyle biyoteknoloji çalışmalarının önünün kapalı ve riskli olduğu, mevzuatın gelişmelerin gerisinden geldiği, sistematik bir biçimde ele alınması gerektiği saptaması yapıldı. Benzer biçimde deney hayvanları ile ilgili mevzuatta da sorunlar olduğu vurgulandı.

Biyoteknolojik ilaçların üretilmesi gerektiği vurgulandı. Türkiye’de geçen yıl itibarıyla 68 milyar lira ilaca aktarılan paranın, 15 milyar lirasının biyoteknolojik ilaçlara ayrıldığını ve 20 yılda bunun yüzde 35 artacağı vurgulandı. Dolayısıyla çok önemli bir alan olduğuna vurgu yapıldı.

Biyoteknoloji alanında özel sektör yatırımları olduğu, ama ürüne dönüşüm, biyoteknoloji ve biyogüvenlik mevzuatı nedeniyle sorunlar yaşandığı, özel sektöre yapılan yatırımların araştırma üniversitelerine de yapılması gerektiği vurgulandı. Bu alanda personel eksikliğinin çok önemli olduğu belirtildi, 300 mezunun ulusal ve uluslararası kurumlarda çalıştıkları ifade edildi. İstihdam ile biyoteknoloji üretimi arasındaki kopukluğa vurgu yapıldı. Sentetik biyolojiyi kullanan bilim insanlarının olduğu, birikimlerinin sömürüldüğü, bilim insanlarının küstürüldüğü ifade edildi. Türkiye’nin hammadde açısından ve sarf malzemesi açısından yurtdışına bağımlı olduğu belirtildi.

Türkiye’nin biyoteknoloji ürünlerini üretebilir olması gerektiği belirtildi.

İlaç Üretimi

İlaçta temel meselenin ulaşılabilir, erişilebilir, sürdürülebilirliğin sağlanması olduğu belirtildi. Türkiye’de kaliteli ilaç üretilebildiği ancak en ucuz ilaç politikası ve kur politikası nedeniyle bulunamayan ilaç sayısının arttığı ifade edildi. Bakanlığın mevzuatı nedeniyle ilaç sektörünün kaynak yaratma şansına

sahip olmadığı belirtildi. İlaçların sanayideki maliyeti 2-3 dolar iken satış bedelinin 100 dolar civarında olabildiği ifade edildi. 68 milyar lira ilaca para harcadığı ifade edildi. Biyoteknolojik ilaçlar üretilmesinin gerekliliği ifade edildi. Toplam ilaç üretiminin içinde biyoteknolojik ilaçların giderek daha yüksek orantıda olacağı, 20 yılda % 35'e ulaşacağı belirtildi. Biyo benzerden hasta yarar görüyorsa neden orijinalinde ısrar edildiğinin anlaşamadığı vurgulandı. Biyo benzerleri destekleyecek bir teşvik sisteminin olması gerektiği ifade edildi.

Türkiye'de ilaç fiyatlarının beş referans ülkenin ilaç fiyatları, önceki yılın ortalama değerinin % 60'ı üzerinden (eskiden %70'i olduğu not düşüldü) belirlendiği ifade edildi. Yılda 2-3 kez güncelleme yapılması gerektiği belirtildi.

AR-GE ve ihracatı destekleyici bir sistem oluşturulması gerektiği vurgulandı.

Geri ödemelerde ucuz fiyat politikası, sağlık uygulama tebliğindeki değişiklikler ve eşdeğerlik değişikliklerinin sorunlu olduğuna vurgu yapıldı. Eczacı ve depocu kâr oranlarının arttırılması, geri ödeme koşullarının iyileştirilmesi gerektiği vurgulandı. SUT değişikliklerinin uygulamada yarattığı sorunlar ifade edildi. Sağlık hizmetlerinin fiyatlandırılması komisyonunda eczacıların da yer alması gerektiği belirtildi.

Aşı Üretimi

Türkiye'de Refik Saydam Hıfzıssıhha Enstitüsünde yürütülen beşeri aşı üretiminin ve projelerinin 1998 yılında siyasi bir kararla durdurulduğu, beşeri aşı üretiminde ülkemizin çok geride olduğu vurgulandı.

TÜBİTAK MAM'da GNP şartlarının, güvenlik standartlarının mevcut olduğu, ancak çalışanların % 60'ının sözleşmeli olmasının olumsuzluğu ifade edildi.

Covid aşlarıyla ilgili çalışmalar gözden geçirildi. Faz 1 adenovirüs aşısı ve faz 2 virüs benzeri partikül aşısının Sanayi Bakanlığı ve TÜBİTAK desteğiyle, şu anda uygulanmakta olan TURCOVAC

aşısının da TUSEB desteğiyle -inaktif aşının- yine vurgulandı. Aşı üretiminde önemli olanın zamanında ve etkin bir biçimde üretimin gerçekleştirilebilmesi olduğu, mRNA aşısının üretim sürecinin 67 gün olduğu, Onkoloji Enstitüsünde Adenovirüs aşı çalışmasının Faz 1 aşamasına geldiği, ancak yürütülen aşı araştırmasında Adenovirüs aşı çalışmasına katılacak bir nüfus grubu bulunamadığı belirtildi.

Aşı üretiminde ham madde ve sarf malzemesi yönünden yurt dışına bağımlılık söz konusu olduğu vurgulandı.

Türkiye’de veteriner aşıları açısından üretim tekniği, insan gücü ve altyapı koşullarının oldukça iyi olduğu, Şap aşısı, çift tırnaklılara yönelik veteriner aşıları ve balıklar için otovax üretimi gerçekleştirildiği vurgulandı. Ancak kanatlılara ve kedi-köpeklere yönelik aşıların ithal edilmekte olduğu belirtildi.

Aşı üretiminin kamusal bir sorumluluk olduğu ve devletin aşı üretimi alt yapısına sahip olması gerektiği vurgulandı.

10.2. Aşıya Erişim

Küresel olarak pandemi döneminde aşı üretiminin aslında kamusal fonlarla gerçekleştirildiği, şirketlere acil çözüm desteği bağlamında yaklaşık 2 milyar dolar finans desteği sağlandığı ve Amerika Birleşik Devletleri’nin Ulusal Sağlık Enstitüsü tarafından bu spike teknolojisinin bütün şirketlere transfer edildiği ve ön alım anlaşmalarıyla da şirketlere fon aktarıldığı vurgulandı. Dolayısıyla aslında aşı üreten şirketlerin patent iddialarının kabul edilebilir olmadığı ve aşıya erişimdeki eşitsizliklerin de temelinde bu patent iddialarının, ısrarlarının yer aldığı vurgulandı.

TRIPS anlaşmasının esnetilmesine ilişkin müzakerelerin devam etmekte olduğu ama uzun yıllar devam edecek gibi görüldüğü ve pandemiden çıkışa bir yararının olmayacağı ifade edildi. Teknoloji transferi ile özellikle konvansiyonel aşıları üreten Afrika’daki bazı merkezlerin kamusal aşı üretim kurumlarının birkaç ayda uyum sağlayabileceği ve yüzlerce milyon doz

MRNA aşısı üretebilir hale geleceklerinin özellikle Sınır Tanımayan Hekimler tarafından belirtildiği vurgulandı. Dolayısıyla teknoloji transferinin pandemiden çıkışta çok önemli olduğuna vurgu yapıldı. Aşı eşitliği sağlanmadıkça ve aşı kapsayıcılığı yükseltilmedikçe virüsün mutasyona devam edeceği ve pandeminin sona ermemesinin şirketler için çok karlı bir alan olmaya devam edeceği işaret edildi.



11. TIBBİ CİHAZ

Katılımcılar

Banu Deniz Acar

Hilal Göktaş

Mete Özgürbüz

Nezakat Özgür

Elif Pusat

Tuğrul Ünlü

11.1. GİRİŞ VE KAPSAM

Sağlık Ekosisteminin önemli bileşenlerinden birisini hastalığın önlenmesi, tanısı teşhis ve tedavisinde kullanılan “Tıbbi Cihazlar” oluşturmaktadır. Dünya literatüründe birçok anlam ve ifade yüklenilmiş olsa da bizim için en geçerli olanı Sağlık Bakanlığı Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumumuzun ortaya koymuş olduğu tanımını kullanmak en doğrusu olacaktır.

07.06.2011 tarihli ve 27957 sayılı Resmî Gazetede yayınlanan Tıbbi Cihaz Yönetmeliği'ne göre Tıbbi Cihaz:

İnsanda kullanıldıklarında aslî fonksiyonunu farmakolojik, immünolojik veya metabolik etkiler ile sağlamayan fakat fonksiyonunu yerine getirirken bu etkiler tarafından desteklenebilen ve insan üzerinde;

- Hastalığın tanısı, önlenmesi, izlenmesi, tedavisi veya hafifletilmesi ya da
- Yaralanma veya sakatlığın tanısı, izlenmesi, tedavisi, hafifletilmesi veya mağduriyetin giderilmesi ya da

- Anatomik veya fizyolojik bir işlevin araştırılması, değiştirilmesi veya yerine başka bir şey konulması ve/veya
- Doğum kontrolü

Amacıyla kullanılmak üzere imal edilmiş, tek başına veya birlikte kullanılabilen, imalatçısı tarafından özellikle tanı ve/veya tedavi amaçlı kullanılmak üzere imal edilmiş ve tıbbi cihazın amaçlanan işlevini yerine getirebilmesi için gerekli olan yazılımlar da dâhil, her türlü araç, alet, teçhizat, yazılım, aksesuar veya diğer malzemeleri olarak tanımlanmıştır.

Yukarıdaki tanımdan da anlaşılacağı üzere, kısaca bir teşhis ya da tedavinin parçası olarak insan üzerinde endikasyon belirterek kullanılan, kullanıldıkları bölgelerde etkilerini fiziksel ya da mekanik yollarla gösteren ürünler tıbbi cihaz olarak değerlendirilmektedir.

Sağlık Bakanlığımızın AB tarafından yayınlandığı ilk yıldan (2017) beri uyum sürecine girdiği, Avrupa Birliği AB 2017/745 Tıbbi Cihaz Tüzüğü (MDR) ve 2017/746 Vücut Dışı Tanı Tıbbi Cihazları Tüzüğü (IVDR) olarak iki genel kapsamda incelenen Tıbbi Cihazların ülkemiz ve dünyadaki mevcut durumu, pazar hacmi, ülkemizdeki kullanım kapasitesi, teknolojik gelişimi, geleceğe yönelik trendleri, güçlü ve zayıf yönlerimiz ile yaşanan sorunlara ve çözüm önerilerine dair kısa değerlendirmeleri ilerleyen bölümlerde bulabilirsiniz. Detaylı ve güncel analiz/yorumlar için Türkiye'nin Tıbbi Cihaz Sektör Raporları (Örn. SEİS – TUMDEF Tıbbi Cihaz Sektör Raporu-2022) daha açıklayıcı ve yön verici olacaktır.

11.2. TÜRKİYE'DE MEVCUT DURUM

Türkiye'de kişi başına düşen toplam sağlık harcamaları OECD ülkelerinin altında kalmaktadır. Son 10 yılda GSYM (Gayrisafi Milli Hasıla) %5'in üzerinde yıllık bileşik büyüme gerçekleşirken, sağlık harcamalarında bu oranın daha düşük olması (%4) sağlık hizmetlerinin nispeten geride kaldığını ortaya koymaktadır. Diğer taraftan ülkemizin ve dünyanın demografik yapı ve alışkanlıkları sağlık talebinin önümüzdeki dönemde giderek artacağını göstermektedir.

Çok genel bir yaklaşımla %85 oranında ithal ikamesi ile dönen sektörümüzde son 5 yılda enflasyondan arındırılmış TL bazında %49'luk bir büyüme gözlenirken, döviz artışlarından da arındırıldığında bu büyümenin reel olarak %5'in üzerinde seyrettiği kaydedilmiştir. Bu büyüme hızının önümüzdeki dönemde artış göstereceği, büyüme hızındaki artışta bilhassa yerli tıbbi cihaz üretimi payının daha da etkili rol alması beklenmektedir.

TÜİK'in istatistiklerine göre Türkiye'de toplam sağlık harcamasının bir önceki yıla oranla %24'ün üzerinde bir artışla 2020 yılında 250 milyar TL'ye ulaştığı raporlanmış olup, 2025 yılına kadar bu rakamın TL bazında iki kattan daha fazla yükseleceği öngörülmektedir.

MDR grubu tıbbi cihazlarda Türkiye'de 2020 yılı pazar büyüklüğü 2,4 milyar dolar olduğu ve ihracat gelirimizin 933 milyon dolar olarak gerçekleştiği ulusal/uluslararası raporlarda yayınlanmış durumdadır. TİM verilerine göre içinde tıbbi cihazında bulunduğu beşerî tıbbi ürün ihracatımızın salgında 5 milyar dolara ulaşmıştır. Bu tür sektörel raporlamalarda İVDR grubu Tıbbi Cihazların göz ardı edilmesi/hesaba dâhil edilmemesine rağmen 2020 yılında yaklaşık 500 milyon dolar büyüklüğe ulaşmıştır. Ayrıca, dünya genelinde özellikle Covid-19 salgın süreci içerisinde test kiti tedarik zincirinde ciddi sorunlar yaşanırken, toplumsal yapımızın hızlı aksiyon alma kabiliyeti sayesinde yerli üretimde önce Covid-19 kart test ve akabinde daha yüksek hassasiyete sahip PCR kitlerinin yerli imkânlarla üre-

tilerek dağıtımına girmesi dolayısı ile IVD sektörü son iki yılı çok güçlenerek kapatmıştır.

Aynı durum MDR grubu tıbbi cihazlarda, özellikle yoğun bakım cihaz ve sarfları grubu ve korunmaya yönelik maske – eldiven gibi ürünlerin hızlıca üretilerek ulusal/uluslararası ölçekte dağıtımına girmesi, yerli Covid-19 aşımız Türkovac'ın Acil Kullanım İzni alması da salgın döneminde ülkemizde ciddi atılımlar yaşanmasına zemin hazırlamıştır.

Her iki ürün grubunda ülkemizde yaşanan bu gelişmeler tıbbi cihaz ihracatımıza da büyük ölçekte yansımakta olup yeni raporlamalarda pazar büyüklüğümüz açısından mutlaka hak ettiği yerini bulacaktır. Ama daha da önemlisi, ülkemizin bu alanda cazibe merkezi haline gelmesi tıbbi cihazın yerli üretimine yönelik cesaret ve motivasyonumuzu da artıran en önemli unsur olarak görülmektedir.

Sektörünün en büyük alıcısı konumunda %70 büyüklüğe sahip kamuya ait sağlık hizmeti sunucuları başta olmak üzere, yaklaşık %20 özel sağlık hizmeti sunucuları ve %10 civarında da Üniversite Hastaneleri ve diğerleri gelmekte olup, tüm bu satın alma zincirine 11.000 adet in üzerinde firmanın 50.000 üzerinde çalışanı ile tıbbi cihaz özel sektörü tarafından AR-GE, tasarım, üretim, ithalat, ihracat, tedarik, lojistik ve teknik destek hizmeti sunulmaktadır.

11.3. SEKTÖRDE YAŞANILAN SORUNLAR VE FIRSATLAR

Dünya pazarının ancak %0,6'sına hâkim olabildiğimiz Tıbbi Cihaz Sektörümüzün önünde yıllara sari oluşan sosyo-ekonomik, kültürel, coğrafik, yönetsel ve daha sayılabileceğimiz birçok olumsuzluklar dolayısı ile gelişimi de bu oranda yavaş gerçekleştirmektedir.

Sektörümüzü doğrudan etkileyen başlıca sorunlar;

- Kamunun tasarım, AR-GE ve üretim konusunda yetersiz teşvik-destek ve fonlama politikaları,
- Avrupa Birliği ve diğer gelişmiş ülke regülasyonlarına (MDR/IVDR/FDA/UKCA vb.) uyum süreci için gereken finansmanın eksikliği ve kamu desteklerinden yoksun olması,
- Kamu ödemeler dengesindeki bozukluk ve belirsizlikler,
- Tedarik zincirinde yer alan paydaşların alacaklarına yönelik adil olmayan mevzuat ve yaptırımlar,
- Kamuda yönetsel yetkinlik (liyakat) sorunu ve kayırmacı siyaset,
- Bilimsel olmayan anti demokratik yönetsel yaklaşımlar,
- Kurumlar arası iletişim ve eşgüdüm sorunu,
- Dalgalı ve kırılabilir yapıya sahip uluslararası ilişkiler,
- Eğitim – öğretime uygulanan önemsizleştirme politikası neticesinde vasıfsız iş gücü,
- Hukuk ve adalete olan güven bunalımı dolayısı ile oluşan ticari kaygılar,
- Yüksek kurumlar vergisi, gümrük vergisi ve diğer işveren maliyetleri,

- Hammadde ve yarı mamul tedarikinde yüksek düzeyde dışa bağımlılık,

Tüm bu olumsuzluklara rağmen, Türkiye'nin sahip olduğu genç, dinamik ve adaptif nüfusunun yüksek teknolojilere duyduğu ilgi ve girişimcilik ruhunu besleyen yapısı ülke geleceğine ışık tutmaktadır. Dünyada gelişmişlik sembolü haline gelen;

- Sivil Toplum Örgütlenmeleri kapsamında sektörün çatı örgüt ve dernekleri olarak ifade edilen TUMDEF (Tüm Tıbbi Cihaz Üretici ve Tedarikçi Dernekleri Federasyonu), SEİS (Türkiye Sağlık Endüstrisi İşverenleri Sendikası), MASSİAD (Marmara Tıbbi Cihaz Üreticileri ve Tedarikçileri Derneği) gibi yapıların Türkiye'de mevcut 'Tıbbi Cihaz Üretici, İthalatçı ve Tedarikçi Dernekleri' ve üyeleri arasında mesleki birlik, yardım, sosyal dayanışma, uyum ve disiplini geliştirmek, ölçülebilir ve kayıtlı, büyüyerek, katma değeri yüksek ürünler ile dünya pazarlarında yer alan ve dünya markaları arasında sayılan firmalar ve kalifiye insan kaynakları ile gelişimini sürdüren bir tıbbi cihaz sektörü oluşturma vizyonu ile hareket etmektedirler.
- Stratejik İş birliği Kümelenmelerinin tıbbi cihaz dikeyinde ülkemizde de bilinirliğinin artması ve yaygınlaşmaya başlamasıyla, Start-up düzeyinden AR-GE, girişimcilik, firmalaşma öncesi ve sonrası ile ihracata yönelen olgun firma düzeyine kadar geniş bir yelpazede kurumsal kapasitelerinin artırılmasında kümeler stratejik rol almaktadır. Henüz çok kısıtlı devlet destekleri ile faaliyetlerini sürdüren tıbbi cihaz kümelenmeleri İSEK (İstanbul Sağlık Endüstrisi Kümelenmesi), OSTİM (OSTİM Medikal Sanayi Kümelenmesi) ve MEDİKÜM (Medikal Sanayi İnovasyon Kümesi Derneği) mevcut STK'larımız ile yakın iş birliği içerisinde sektöre umut olmaya devam etmektedir.

Dünya genelinde yoğun bir üretim gücüne sahip Çin Halk Cumhuriyeti ve Hindistan'da son dönemde yaşanan lojistik problemleri ile navlun maliyetlerinden dolayı Avrupa ve yakın coğrafya için iyi bir seçenek olup bu anlamda katma değeri yüksek bu alanın doğru yönlendirilmesi halinde ortaya çıkabilecek ihracat potansiyeli ve fırsatlardan bahsetmek mümkündür.

Tam da bu son dönemde Avrupa ve hatta dünyanın (Türkiye dâhil) daha kaliteli ve güvenli Tıbbi Cihaz üretimini zorunlu hale getiren düzenlemeleri (MDR, IVDR, FDA vb.) benimsemiş olması, ülkemize katma değerli yüksek teknolojik ürünleri üretmesi için büyük fırsatlar sunmaktadır. Bu tür hi-tech sağlık ürünleri çok kısa sürede dünya pazarında verimsiz, faydasız, düşük teknoloji ile üretilen ürünlerin yerini alacaktır. Sağlık hizmetleri de büyük oranda dijitalleşecek, sanal sağlık hizmetlerine yönelim artacaktır. İlâveten, salgın sonrasında iyice belirginleşip hayatımıza girecek olan;

- Tıbbi Nesnelerin İnterneti (IoMT)
- Giyilebilir Teknolojiler
- Medikal Elektromekanik ve Mekatronik (Robot)
- Artırılmış / Sanal Gerçeklik (AR/VR)
- Nano - Biyoteknoloji ve Gen Terapisi
- 3D Printerlar ile Kişiyeye Özel Çözümler vb.

Sürdürülebilirlik ve Yeşil Mutabakat çerçevesindeki yaklaşımların öne çıkacağı teknolojiler ana akım yol haritasını oluşturacaktır.

Kamu ve özel sektörün bir iş birliği ve yönetim bütünlüğü çerçevesinde topyekûn bir hareketle Covid-19 sürecinde sektörel üretimin yakalamış olduğu bu ivmeyi daha da hızlandırarak ülkenin Sağlık alanında turizm, üretim ve ihracat cazibe merkezi olması beklenmektedir.

11.4. ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

- Verimli ve etkin sağlık hizmeti verilebilmesinin anahtarı halini alan dijital sağlık uygulamalarına tüm hizmet sunucularının aktif katılımı, yönlendirilmesi, eğitimi ve hatta ödüllendirme mekanizmalarının kurgulanması tavsiye edilmektedir.
- Yerli tıbbi cihaz üretiminin her safhasında (fikir geliştirme, tasarım, AR-GE, pazar araştırması, girişimcilik destekleri, teşvik ve destek projeleri, girişimci-yatırımcı eşleştirmeleri, üretim destekleri, ticarileşme, belgelendirme ve kalite yönetimi, kurumsallaşma, ihracata hızlandırma vb.) çeşitli iş birliği platformları kurgusu ile katma değer sağlayan tıbbi cihaz kümelenmelerine kamusal destek ve teşviklerin artırılması. Politika yapıcılarının kümelenmeler ve STK'larımızın sektör ile ilgili karar mekanizmalarında birer paydaş olarak yer almalarının sağlanması ve açık iletişim kaynağı rolü verilmesi beklenmektedir.
- Üretici teşvik ve destek programlarının stratejik ve rekabetçi alanlarda artırılması ve geliştirilmesi, Kamu Alım Garantili Üretim Projelerinin hayata geçirilmesi suretiyle ölçek üretiminden doğan avantajların üretim maliyetlerine yansıtılması, uluslararası rekabetçiliğin güçlendirilmesi ile cari açığın azaltılması konusunda ülkeye büyük katma değer sağlayacaktır.
- Geri ödeme süreçlerinde ödeme vadeleri ile ilgili mevcut belirsizlik ortadan kaldırılmalı, ödemeler yasal güvence altına alınmalıdır. İlgili düzenleme ve planlamalar için sektör temsilcilerinin bir platform oluşturmaları ve kamu paydaşları ile bu platformda belirli aralıklarla bir araya gelmeleri tavsiye edilmektedir.
- Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) fiyatları sektörün dengeli finansmanı ve yüksek kaliteli ürün temini gibi birçok konuyu yakından ilgilendirmektedir. İlgili SUT

fiyatlarının ilaç sektöründe olduğu gibi daha sık, daha şeffaf ve kalite odaklı yaklaşımla belirlenmesi sektörün ortak ihtiyacıdır.

- Sağlık Teknolojileri Değerlendirme Kurumu kurularak tedarik edilecek ürünlere ait yenilikçi sağlık teknolojilerinin bilimsel ve tarafsız gözle, alım kriterlerinin “en ucuz olan en iyidir” mantığından uzaklaştırılarak “kaliteli ürünü” fayda-maliyet ekseninde değerlendirilecek bir altyapının tesis edilmesi ve Kamu İhale Kanunu’nda gerekli revizyonların yapılması gerekmektedir.
- MDR/IVDR yönetmelikleri ile değişen onay ve belgelendirme süreçlerinin, Avrupa bölgesinde azalan onaylanmış kuruluş sayısı, yüksek standartlar ve maliyetler gibi birçok faktör nedeniyle yakın gelecekte sektörü daha çok etkilemesi öngörülmektedir. Türk Standartları Enstitüsü (TSE) başta olmak üzere yerli onaylanmış ve yetkili kuruluşların sayısının artırılması, bu kapsamda teşvik/sübvansiyon gibi çeşitli mali araçların etkin kullanımı, klinik çalışmalar için sektörel kolaylıkların sağlanması tavsiye edilmektedir.
- Yerli tıbbi ürünlere yönelik son kullanıcılarda oluşan negatif algının iyileştirilmesi amacıyla, yeni kalite mevzuatlarına göre üretim yapmaya başlayan yerli sanayimizin de kalite anlayışını yükselteceğinden bahisle yeni stratejik planlamalar yapılması, yerli kullanıma teşvik uygulama politikalarının sektör paydaşları ile birlikte kurgulanması talep edilmektedir.
- Üretim ve Ar-Ge faaliyetleri hakkında MDR/IVDR ile güncellenen klinik veri toplanması (PMCF) ve satış sonrası izleme faaliyetleri (PMS) nedeniyle ortaya çıkan ek maliyetlerin çeşitli teşvik ve destek mekanizmaları ile desteklenmesi gerekmektedir.

- Dışa bağımlı hammadde / yarı mamul (metalürji, kimya ve polimer, elektronik vb.) ihtiyaçlarının ülke sanayisine üretim olarak kazandırılması ve tedariki yüksek oranda ithalata bağımlı sektörde bu oranı düşürmek üzere girişimlerin kamu tarafından desteklenmesi, mevcut ithal girdilerde KDV uyumsuzluklarının giderilmesi hususları ivedilikle planlanmalıdır.
- Sinerjetik etkileşim için ilaç, tıbbi cihaz ve kozmetik üretim ve ihracatı yapan firmalarımıza özel İhracatçılar Birliği kurulması, birbirine yakın üretim sektörlerini bir araya getirerek ortak teknolojik inovasyon sağlayabilecektir.

Sonuç olarak; güncel durumda dünyanın yaşadığı pandemi, savaşlar, doğal felaketler ve doğa katliamları vb. ekoloji dengesini bozan gelişmeler sonucu oluşan kitlesel gıda ve sağlık krizlerini ancak, doğamızı daha az tahrip ederek azaltabiliriz ama oluşacak endikasyonları da sağlık mekanizmalarımızı güçlü tutarak önleyebiliriz.

“Olmaya Devlet Cihanda Bir Nefes Sıhhat Gibi”





Türkiye 
**SAĞLIK
FORUMU**

ÜÇÜNCÜ OTURUM
Grup Çalışmalarının
Bütünsel Olarak Değerlendirilmesi



Kayhan Pala - Oturum Başkanı: Değerli katılımcılar; 100'ün üstünde katılımcıyla, 11 grupta gerçekleştirdiğimiz, 3 saat boyunca süren tartışmaların ana hatlarıyla makro ölçekteki sunumlarını hep birlikte dinledik. Şimdi söz salonda, bir saat kadar zamanımız var. Önce kimler konuşmak istiyor? Bir elleri görebilsem, zamanı ona göre ayarlayalım. Evet, bu durumda 5 dakika ile konuşmalarımızı sınırlandırmamızı isteyeceğim. Uyarmanız buna çok sevinirim. İsterseniz buraya gelebilirsiniz, isterseniz mikrofon dolaştırabiliriz. Nasıl isterseniz; kürsüyü de kullanabilirsiniz ama konuşma süresi 5 dakika, tekrar ediyorum. İlk el kaldırma sırasında benim gördüğüm taraftan -eğer sizin için sıkıntı yoksa -ilk eli siz kaldırmıştınız. Mikrofonu göndereyim mi, gelir misiniz? Her konuşmacı kendini tanıtırsa, kayıtlar açısından bizim için değer taşıyacak. Teşekkürler.

Fatih Güler: Sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi ve yönetimi sunumunda bir üst kuruldan bahsedilmişti. Millet İttifakını oluşturan partilerin son deklarasyonunda, çoklu baronun yasasının iptal edilip, baronun eski gücüne kavuşturulması vaadi vardı. Raporu ben okudum. Buradan esinlenerek bu üst kurulda yer alacak meslek odalarının güçlü temsil edilebilmesi için, kamuda çalışanların da meslek odalarına zorunlu üyeliğini tekrar gündeme getirebilir miyiz? Burada ciddi bir geri dönüş olmuştur yıllar önce, hak kaybı olmuştu. Burada eğer kurulda yer alacaksa meslek odaları, kamuda çalışanları da temsil edebilmeli ki oradaki söz hakkının ağırlığı olsun. Bu vesileyle bunu eklemek gerektiğini düşünüyorum buraya.

Bir de sağlıkta emek gücü sürecinde az önce çok detaylı bir sunum yapıldı haklar konusunda. Fakat gene özel sağlık kuruluşlarında çalışan SGK'lı hekimlerin haklarından bahsedilmedi, ayrıca BAĞ-KUR'lu hekimlerin haklarından bahsedilmedi. Bu hep atlanıyor niyeyse, bildirilerde de hep bununla karşılaşıyoruz. Biz dış hekimleri olarak ısrarla bunu gündeme getiriyoruz. Özel sağlık kuruluşlarında SGK'lı çalışanların yıllık sözleşmeleri oda tarafından onaylanma zorunluluğu getirilmeli. Bu sözleşmede-

ki ücretler de kamuda en alt kademede çalışan hekimlerin çıplak maaşından daha az olmamalı. Bu şekilde bir prim tahsilatı da olacaktır. Ayrıca BAĞ-KUR'lularda da akademik mesleklerde bir yeni yapılandırma yapılmalı tüm akademik meslekler için. Çünkü yatırdığımız primlerinin sonucunda aldığımız, finalde aldığımız emekli aylığı çok düşük. Benim emekli aylığım 3060 lira. Bunun mutlaka kamudaki meslektaşımınla paralel olacak şekilde -bunu mühendisler için de önerebiliriz, avukatlar için de önerebiliriz, eczacılar için de önerebiliriz- tüm akademik meslek gruplarını mesleğe başladığında kendi hizmet süresi kadar kamuda görev yapan meslektaşının yatırdığı prim oranında yatırılması gibi bir prim sistemi tasarlanarak, tüm akademik meslek grupları için emeklilikte de birbirine çok yakın emekli maaşı almalarını sağlayabiliriz. Bu önemli bir vaat olacaktır. Bunun ikisini sizlere arz etmek istedim.

Kayihan Pala - Oturum Başkanı: Çok teşekkürler. Biliyorsunuz zorunlu meslek odası üyeliği için Anayasa değişikliğine ihtiyaç var, onu da vurgulamış olalım. Ahmet Hocam söz istedi, size de vereceğim, sırayla geleceğim. Hocam biz sizi tanıyoruz ama kendinizi tanıtırsanız kayıt için.

Ahmet Saltık: Doktor Ahmet Saltık, epey kıdemli bir halk sağlığı uzmanıyım. 71'de başlamıştım, demek yarım yüzyılı geçtik değerli arkadaşlar. Bu toplantıya emek veren herkese şükranlarımı sunuyorum. Zaman nedeniyle böyle kısa geçeyim.

Değerli arkadaşlar; biz daha çok sosyal devlet istemeliyiz. Dinlediğim raporlarda neoliberal küreselleştirmeci, eşittir yeni emperyalist politikalara yer yer boyun eğildiğini acıyla gördüm. Finansmanla ilgili özellikle olmak üzere, zaman 5 dakika ve olandığıncaya değinmeye çalışacağım. Şimdi bakınız: Cumhuriyet Halk Partisi bu büyük adamın kurduğu parti. Raporların hiçbirinde cumhuriyetin kuruluş dönemine ilişkin Mustafa Kemal Paşa'nın, Atatürk'ün adı geçmedi. Bizim oradan referans almamız lazım, güç almamız lazım.

Ne demişti bu insan? Örneğin demişti ki: “Devlet olma iddiasındaki siyasi müesseselerin en birinci görevi, vazifesi, halkın sağlığıdır”. Başka ne demişti? İki tane söyleyeceğim, zaman yok: “Devrimin ve devrimciliğin kendisine yaşamsal görevler yüklediği Türk Milletinin sağlığı ve sağlamlığı her zaman üzerinde durulacak milli davamızdır” demişti. Dolayısıyla bizim bir takım felsefi göndermelere ve geçen yüzyılın başından gelen sağlık hizmetlerine ilişkin tarihsel dayanaklara gereksinimimiz var. Bunları unutmayalım, vefayla analım.

Bir başkası, çok önemli makro çerçevede sağlık hizmetleri bir bütün, çok geniş, etkilenmediği hiçbir etmen yok neredeyse. Dolayısıyla sağlık hizmetleri alanını etkileyebilecek günümüzde en temel motto değişimi, sürdürülebilir kalkınma yerine, sürdürülebilir yaşama geçmek. Bunu önermek durumundayız. Yeryüzünün zorunlu parazitleri bizler, neredeyse yeryüzünde tutunma, beka, sağ kalım riskiyle karşı karşıyayız. Dolayısıyla sürdürülebilir kalkınma yerine, sürdürülebilir yaşam ve bunun da en başında gelenlerden biri nüfus planlaması; her aileye bir çocuk noktasına artık gelmemiz. Önümüzdeki 8 yılda, 800 milyon insan işini yitirecek MER sayesinde. Nedir MER? İnsan eşdeğeri robot. Man equal robot... Dolayısıyla bu konuları da mutlaka vurgulamalıyız. Geçtiğimiz yıl Türkiye’de yaklaşık 180 bin fazladan doğum oldu, aile planlaması hizmetlerine erişim yetersizliği ya da iktidarın engellemesi yüzünden. Dolayısıyla biz daha çok sosyal devlet istemeli ve sağlıktaki piyasalaştırmaya artık dur demeliyiz. Sağlık Finansmanı Raporunda, sağlık piyasasının derinliğinin sığ olduğuna ilişkin -yanlış anlamadıysam- bir değerlendirme vardı. Hayır, değil. Yaklaşık 80 milyar dolarlık bir sağlık piyasası var Türkiye’de. Ancak yarısı enformel, korunç bir şey. YASED’in raporlarına bakınız, Yabancı Sermaye Derneği raporlarına, göreceksiniz Türkiye’de sağlık sektöründeki harcamaların yarısı ve bir kurum daha vardı: TÜRPAV. İkisinin raporlarında yüzde 50’si aşağı yukarı sektör dışı, kayıt dışı. Dolayısıyla bunu kayıt içine almak ve verimli kullanmak gibi bir sorumluluğumuz var.

Can alıcı, en önemli vurgulardan biri, döne dolana vurgulamamız gereken kamusal sorumluluk, sağlık alanında. Biz müşterisi değiliz arkadaşlar sağlık hizmetlerinin. Bizler sağlık hizmetlerini doğuştan hak eden, onurlu, saygın özneleriz. Bunu en yüksek sesle haykırmalıyız. Dolayısıyla devletin daha yüksek sorumluluk alması, kamusal sorumluluk alması, piyasacı sağlık hizmetlerinin daraltılması gibi bir yükümlülükle Anayasa dahil 56. maddeden başlayarak düzeltmeler yapmak durumundayız.

Koruyucu sağlık hizmetlerini yine en yüksek sesle haykırmalıyız. Etkin, yaygın, nitelikli, temel öncelik olmalı. Başka türlü Türkiye'nin bu işin finansmanın altından kalkması şansı yok.

Genel sağlık sigortası; görüyorum ki, aradan geçen 40 yılda küreselleştirmeci, eşittir yeni emperyalist rejim hepimizi neredeyse terbiye etmiş. Genel sağlık sigortasına karşı çıkmadık. Hatta genel sağlık sigortası, eşittir sermayenin kârının sigortası olan bu rejimin kendisinin kökten reddedilmesi gerekirken, tuttular kimi arkadaşlar, bir de dediler ki: Tamamlayıcı sağlık sigortası; devenin kamburunun kamburu gibi bir şey bu. Utanılacak bir şey tamamlayıcı sağlık sigortasından söz etmek. Efendim adil ve etkin bir vergilendirme rejimi ve koruyucu sağlık hizmetlerine kesin ağırlık veren bir yöntemle, bütçeden adil vergilendirme rejimine dayalı bir finansman; işin özü de bu ve şöyle bitireyim: Tek sağlık konusunu söylemiş oldum. Hangi bağlamda söylemiş oldum? Sürdürülebilir yaşam, sürdürülebilir kalkınma yerine. Son olarak da bir küçük ayrıntı ama 6331 sayılı İş Sağlığı Güvenliği Yasası'ndaki 2012'den bu yana ertelenen kamu işyerlerinde iş sağlığı güvenliği birimlerinin de artık mutlaka kurulması, bu alanda da çalışanların sağlıklı ve güvenli bir çalışma ortamına kavuşturulması zorunlu.

Son dedim ama bu gerçekten son, o da şu: 2 yılı aşan salgın sürecinde özellikle tıp ve sağlık birimlerinde uygulama alanlarda gerek mezuniyet öncesi gerek mezuniyet sonrası eğitimde çok önemli boşluklar oluştu. Bunların telafisi için tamamlayıcı eğitimi de telaffuz etmeli ve gündeme getirmeliyiz. Teşekkür ederim.

Kayhan Pala - Oturum Başkanı: Biz de teşekkür ederiz. Buyurun.

Birgi Tuna: Sayın Genel Başkan Yardımcım, değerli milletvekillerim, Türk akademi ortamının çok seçkin öğretim üyeleri, değerli katılımcılar ve Cumhuriyet Halk Partisi'nin değerli emekçileri; bu saatlere kadar burada emek harcadınız, hepinize ayrı ayrı teşekkür ediyorum.

Öncelikle Cumhuriyet Halk Partisi'nin bu yaşamsal alanda düzenlediği bu çok değerli forumda katkısı bulunan herkese ben de ayrı ayrı teşekkür etmek istiyorum. Birleşik Kamu-İş Federasyonu'nun, Konfederasyonu'nun, Genel Sağlık İş Sendikası'nın Merkez Disiplin Kurulu Başkanayım. Tıp doktoru, iktisatçı ve kamu yönetimi bilim uzmanıyım. Burada bulunmaktan gurur duyuyorum. Kişisel olarak da bir teşekkürü Balıkesir Milletvekilimiz Sayın Fikret Şahin'e iletmek isterim. Sağlık alanında yaptığınız bütün çalışmalara şükranlarımı iletiyorum.

Ahmet Hocam benden önce ifade etti. Evet, genel olarak 19 yıldır AKP iktidarının yürüttüğü neoliberal politikaların düşünsel dünyamıza son derece hakim olduğunu görüyoruz ve biz de artık ideolojik düşünmekte zorlandığımızı fark ediyoruz. Ancak yine de buradaki çalışmalar çok değerli. Bu değerli çalışmaların yine de küçük bir ideolojik süzgeçten geçirilmesinden yana olduğumu ifade etmek isterim.

Sağlıkta dönüşüm ne yaptı, nasıl bir hasar yarattı? Bunu onarmak gerekiyor. Ben kısaca 5 madde söylemek istiyorum:

Birincisi; sağlıkta şiddeti artırdı. Ayrıca randevu alınamıyor; kamu sağlık hizmetlerini ulaşılamaz hale getirdi. Kamu harcamalarını arttırdı, bunun yanı sıra yine Ahmet Hocamın ifade ettiği cepten harcamaları da arttırdı. Ve İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu adı altında bir kurum oluşturuldu. Bu kurum adeta ilaç ve tıbbi cihaz sektörünü yok etmek için uğraşiyor yaptığı çalışmalarla.

Şimdi bir de ben sendikacı olarak son Meclis'ten geçirilmiş, sonra geri çekilmiş olan hekimlerin birtakım ücretleriyle ilgili iyileştirmelerle ilgili bir iki kelime söylemek istiyorum. Şimdi bu, Meclis'ten geçti bildiğimiz gibi, sonra komisyon tarafından geri çekildi. Bunun aldığımız duyumlara göre, bir telefonla geri çekildiğini biliyoruz. Birtakım sendikalar, yani sağ ve sığ görüşlü sendikalar olarak tanımlıyorum ben bunları. Onlar birtakım protestolar gerçekleştirdiler. Sadece hekimlere verilmiş olan birtakım haklar öne sürülerek, fakat gerçekte onların hiçbir etkisi olmadı. Bir tane telefon etkili oldu; o da tahmin eder misiniz bilmiyorum ama Özel Hastaneler ve Sağlık Kuruluşları Derneği tarafından bir telefon ulaştı ve o telefon yeterli oldu bu kanunun geri çekilmesi için.

Peki neden bunu yaptılar? Çünkü şu bir gerçek: Eğer bu iyileştirmeler hekimlere yapılmış olsaydı, özel hastane ve sağlık kuruluşlarında da hekimlere ödenen ücretlerle ilgili birtakım farklılaşmalar gerekecekti. Bu farklılaşmalar da kendi bütçelerini aşacaktı. Bu bütçe aşımına engel olabilmek için bu baskıyı kurdular. Şu anda bu baskı devam etmekte. Benim Cumhuriyet Halk Partisi'ndeki değerli milletvekillerimden ve Sayın Genel Başkan Yardımcımızdan arzum, bu konudaki baskıyı ortaya çıkarıp, onlara karşı bir baskı oluşturulması.

Bir de şunu ifade etmek istiyorum: Döner sermayeyle ilgili de birtakım sözler söylendi az önce. Döner sermaye kabul edilemez. Bu ek ödemenin artık tümüyle sistemden çıkarılması gerekiyor. Ek ödeme değil, tek ödeme isteniyor. Üniversitelerin de yine sağlıkla ilgili bölümleri, özellikle vakıf üniversitelerinin, istihdam garantili olarak pazarladıklarını biliyoruz. Bu istihdam garantili pazarlanan üniversiteler, Türkiye'de şu anda 700 binin üzerinde istihdam fazlası sağlık emekçisi yaratmıştır. Bunları tekrar istihdam edebilmek bilmiyorum ne kadar kamu açısından mümkün olabilir ama esas amaç, yine özel sağlık sektörünün önünde ucuza çalışacak iş gücü sağlamaktır. Hepinize teşekkür ediyorum.

Oturum Başkanı- Teşekkürler. Bu arada Ahmet Hocam size söylemem gereken bir şey var, bana da not olarak iletilmiş. Burada sunulan grup raporları, o gruptakilerin tamamının görüşlerini yansıtmıyor. Zaten konuşmacılar da söylemişlerdi. Bunun dışındaki görüşler de grup raporlarında yer alacak. Dolayısıyla bunu da söylemeyi bir görev biliyorum. Buyurun.

Güray Kılıç: Ben de biraz bu meseleyi aslında Ahmet Hocamdan önce de konuşmak için, bu durumu aydınlatmak için söz almak istemiştim. Tabii bizim grubun bileşeni bu. Sonuçta biz o şerhi koydurarak bu raporun sunulmasını istedik ve arkadaşların görüşleri orada öylece çıktı. Yoksa şunu net olarak söylemek lazım, Ahmet Hocama tabii ki katılıyorum: Sağlık sistemi bir bütün; Türkiye’de uygulanan sağlıkta dönüşüm programı, dünyadaki neoliberal politikaların sonucu olarak Türkiye’ye dayatılan bir düzenleme. Genel sağlık sigortasıyla finansmanı sağlamak da bu işin temel unsuru, temel ayağı. Bunu gruptaki konuşmalarımızda da ifade ettik. Sonuçta o ilk cümle, yani CHP’nin neoliberal politikaları kabul edip etmeyeceği, tümünden reddedip etmeyeceği meselesini özellikle ifade ettik. Çünkü eğer öyle bir kararı vermişse -ki bunun tartışması bile olamaz, böyle bir ortamda sanıyorum bu sorulamaz ama- bundan sonraki sistemi iyileştirecek miyiz, yoksa tümünden başka bir finansal model mi önereceğiz? Onu tartışabiliriz dedik ama oradaki arkadaşlarımızın önemli kısmı o sistemi rehabilite ederek de ilerlenebileceğini ifade ettiler, onun altını çizeyim. Yoksa hepimiz biliyoruz ki, bugün kışkırtılmış sağlık talebinin temel üreticisi bu sistem. Biraz da özgüvenli olmak lazım. Çünkü hani başta iddia ettikleri “her şey iyi olacak” halinin bugün olmadığı sizler tarafından da herkes tarafından da ifade edildi. Bugün kamu sağlık hizmetlerine ulaşılamıyor, bugün hekimler mutsuz. İşte pandemide gördük ki, başka bir söz söylemek istemiyorum. Bunların tamamı bu neoliberal politikanın sonucu zaten ve sağlıkta dönüşümün sonucu.

Onun dışında da hakikatten bu programı, yani genel sağlık sigortası ile toplanan primlerin yerine nasıl bir finansal model

oluşturacağı konusunda kafalarda bir karışıklık var. Burada özgüvene ihtiyaç var. Biz de açıkçası o raporla biraz da parti-nin konuda kararlı olması, bu konuda özgüvenli olması ve bize propagandayla da dayatılan “ya çok iyi bu model, insanlar bak memnunlar bu işten” dedikleri atmosferin ortadan kalkması lazım. Bu program başarısız, başarısız. Yani gerçekten sağlık hizmetine ihtiyaç duyanların erişemedikleri bir model. Dolayı-sıyla hani buradan da mesaj olsun; benim kişisel görüşlerim ve gruptaki birçok arkadaşımın görüşü de budur. Bir an önce bu programı tümünden reddetmek ve bunun temel ayağı olan genel sağlık sigortası yerine başka bir finansman modelinin uygun olabileceğini, yerine o programın önerilebileceğini söylemek lazım. Yoksa sistemin kendi içinde de çok değişik aksaklıkları var. O da ayrıca hani işin cabası yani. Onu da rapor içerisinde belirttik.

Kayıhan Pala - Oturum Başkanı: Çok teşekkür ederim. Bu taraftan bir el görmüştüm. Evet. İzin verirseniz tekrar netleş-tireyim: Çoğunluğun buradaki görüşleri zaten paylaşıldı. Onlar çoğunluk olmayan görüşleri dile getiriyorlar diye altını çizmek isterim.

Osman Elbek - Tıp Doktoru: Tıp doktoruyum, göğüs hasta-lıkları uzmanıyım; Türk Toraks Derneği'nin sağlık politikalarında çalışıyorum. Genel tartışmada çoğunluğun değil azınlığın görü-şüne destek sunmak açısından görüşlerimi paylaşmak isterim.

Birincisi; bir şeyi isimlendirme çok önemli. Örneğin hastanelerle başlarsak, ilk yapılması gereken değişiklik idari ve mali özerk-liğe sahip işletme olarak tariflenen hastanelerin, yani hasta üreten merkezlerin, bu toprakların kültüründe olduğu şekilde şifahaneye dönüşmesi şifa veren, hasta üreten değil, topluma şifa veren yerlere dönüşmesi. Bunun için de yerel yönetimlerle, belediyelerle, sosyal hizmetlerle entegre olan, özellikle kronik hastalıkları önüne bir sorun olarak tarifleyip, rehabilitasyon ve esenlendirici sağlık hizmetini sunabilecekleri yeni modelleri tartışmamız lazım. Mevcuda mahkûm değiliz bu hastane tarafı değişikliği için.

Finansman için de aynı kanaatteyim biraz önceki meslektaşlarım gibi. Geleneğimize göre vergilendirildiğimiz bir sağlık finansmanını ben Cumhuriyet Halk Partisi'nden duymak istiyorum. Cumhuriyet Halk Partisi'nden hiçbir biçimde sağlık hizmetine erişirken önünde engel olan katkı payı ve cepten ödemelerin olmayacağı bir taahhüt duymak istiyorum. Çünkü bu yoksulların ve ekonomik sorunları olan insanların sağlık hizmetlerine erişiminin önünde bir engel.

Üçüncüsü; Cumhuriyet Halk Partisi'nin sunacağı sağlık hizmeti eksiksiz olacağı için, herhangi bir tamamlayıcı unsura gerek duymayacağını ifade etmesini istiyorum.

Ve son olarak da hekimlere sadece kişiyi puanı çeviren hizmet başı ödemeyi iptal ederek, aslında biraz önce bu akademik meslekler olarak tariflenen ve BAĞ-KUR vurgusunu da özel olarak tartışmayı istiyorum. Çünkü bugün itibariyle özel sağlık şirketleri, hekimlerin hemen çoğuna "kağıt üstünde" bir şirket açtırarak Bağ-Kur'lu yapmakta. Halbuki onlar sağlık çalışanı. Halbuki onlar o hastanenin, o sağlık biriminin çalışanı. Bu yüzden, bu tür sadece özel sektörün kârını düşündüren işletmeler yerine, sağlık çalışanlarını ve toplumun sağlığını birlikte düşünen bir perspektifte Cumhuriyet Halk Partisi'ni duymak istiyorum. Teşekkür ederim.

Kayıhan Pala - Oturum Başkanı: Çok teşekkürler. Yukarıdan bir söz talebi var. İkinci kez söz isteyenlere veremeyeceğim. Kusura bakmayın, zaman sınırimız var. Önce birinci turu bitirelim, eğer zaman kalırsa seve seve.

Bu arada bir şey söyleyeceğim: Cumhuriyet Halk Partisi ile ilgili sözleriniz burada milletvekillerimiz ve Genel Başkan Yardımcımız tarafından not alınıyor. İsterseniz en sonunda konuşun Gamze Hanım, isterseniz buyurun.

Ergün Demir: Şimdi burada tartışılanın en büyük bölümü finans kısmı. Üniversite hastaneleri de özel hastaneler de, devlet hastaneleri de, tıbbi malzeme de... Yani her konunun finasta bir sorunu ve sıkıntısı var. Ancak şunu yapalım: Şimdi 2005 yılı-

na geri dönelim. Bugünkü yasa neydi? 5510 sayılı yasaydı değil mi? Bir parçası neydi? Genel sağlık sigortası; sağlık, diğeri de sosyal sigorta, karıştırıyoruz hep. Peki neydi, beyaz kitapta ne diyordu? 14 yıl üzerinden geçti: "Gelir-gider dengesini düzelteceğiz. Aktif-pasif oranını düzelteceğiz. Bütçeden yapılan transferler azaltılacak." Peki en büyük gerekçeleri buydu. Bu üçü gerçekleşti mi? Gerçekleşmedi. 14 yıl geçti, o zaman bu sistemi tartışmamız lazım arkadaşlar. Yani eğer bu sistemi tartışmazsak, birbirimize karşı laf yetiştirmekle bu iş olmayacak gibi.

Genel sağlık sigortası konusunda, bakın Sayıştay 2012 yılında Sosyal Güvenlik Kurumunun denetim raporuna olumsuz görüş verdi, olumsuz. Kimsenin; partiler, sendikalar, meslek örgütlerinin sesi çıktı mı? Çıkmadı. 2013, 2014, 2017 yılında mali tablolarına güvensiz dedi. Kimse bir şey dedi mi? Yapmadık. En son olarak bakın hep finansman şey yapıyoruz. Genel sağlık sigortası için toplanan primlerin sosyal sigortalar için harcandığı 2013, 2016, 2020 yıllarında Sayıştay raporlarında ekonomik fonksiyonel tablolarda mevcut. Peki bu sağlık için harcanması gereken ücretin, sağlık için harcanması konusunda niçin diretmiyoruz? Katılım payı dediler; evet, 4 milyar ama 2020 yılında 32 milyar bir sağlık için harcanması gereken tutar vardı. Yoksullardan, sosyal sağlık güvencesi olmayanlardan bu ücreti niçin aldık? Bunların talebi öncelikli olup, bizim sistemi tartışmamız gerektiğini söylemek istiyorum. Teşekkür ederim.

Kayhan Pala - Oturum Başkanı: Teşekkür ederim. Hemen yan tarafa mikrofonu verebilir miyiz? Söz talebi var.

Eriş Bilaloğlu: Teşekkürler. Tekrar olacak ama konu çok önemli olduğu için ben de finansla ilgili yapılan sunu üzerine söylemek zorunda hissettim kendimi. Çünkü eğer orada bir ortak çerçeve olmazsa, diğer konular önemsizleşiyor gibi. Gamze Hanım'ın bana da sanırım herkese de yolladığı mektupta şöyle söylenmişti: "Sağlık sistemini, sağlık hakkı, eşitlik, adalet, özgürlük ve dayanışmaya dayanan bir bakış açısıyla..." Biraz önce oradan çoğunluk görüşü olarak yapılan finans sunusu modeli, sağlık hakkı, eşitlik, adalet ve dayanışmacılığa dayanan bir fi-

nans sistemi önerisi midir? Doğrusu hem yaşadığımız 20 yıllık -ve öncesini de ekleyebiliriz- deneyim, hem de benim alanım değil ama sizlerin kitaplarında yazan eşitlikçi sağlık sistemlerinin finans modelinin genel vergilere ve genel bütçeye dayanan sistem olsa gerek. Dolayısıyla kuşkusuz grupta yer alanların çoğunluk görüşü olabilir ama Gamze Hanım'ın imzasıyla gelen mektuba hürmet eden bir çerçevede bir bütünlük içermediği kanaatindeyim. Dolayısıyla bu yanıyla kategori dışı gibi geliyor bana. Eğer değilse -hoşgörünüzle söylüyorum ama- Adalet ve Kalkınma Partisi bunu gayet layıkıyla yapıyor.

Dolayısıyla böyle bir çerçeve varken, bundan farklı olmayan bir konunun, eşitlikçi olmayan, dayanışmacı olmayan bir finans modelinin sunulmasının özel bir kıymeti olmadığı kanaatindeyim. Dolayısıyla finans konusundaki görüşlere bir tekraren destek vurgusu yapmış oldum. Teşekkürler.

Gamze Akkuş İlgezdi - Oturum Başkanı: *Yani bu konu çok tartışmaya devam edileceği için ben kendi adıma, partim adına konuşayım ki devamında tekrara girmeyelim. Özellikle hocam, Eriş Hocam; tam da son tarif ettiğiniz boyutuyla bir yaklaşımımız var. Ama bizim zaten burada bu toplantıyı yapmaktaki en büyük amacımız, biz işin mutfağında değiliz. Ben 10 yıldır hekimlik yapmıyorum. SSK hastanelerinde çalıştım 20 yıla yakın ama 10 yıldır sektörden uzağım. Sadece bir hasta gözlemleyebiliyorum artık. Dolayısıyla sizlerle her alanda buluşmamızın sebebi zaten, sizin doğrularınızın, eğilimlerinizin, bizim hazırlayacağımız politikamıza ışık tutması. Yoğunluklu eğilimin ve kendi aramızda bu işle ilgili vekil arkadaşlarımızın, parti meclisi üyesi arkadaşlarımızla birlikte bir araya gelerek, bunlar üzerinden tekrar bir değerlendirme yapacağız. Çünkü bilim insanları sizlersiniz, biz değiliz artık burada. Önceleyen bakış açılarınızı sizin ona göre değerlendirip, bunları zaten size yollayacağız, gerekirse oturup bir daha konuşacağız. Onu ifade edeyim. O yüzden burada olmamızın sebebi, zaten bize ışık tutmanız ve özetle de bahsettiğiniz son paragrafınız, tam da bizim bakış açımızı aslında ifade ediyor. Bunu belirteyim.*

Kayhan Pala - Oturum Başkanı: Teşekkürler. Ben de bir teknik açıklama yapayım: Yani şöyle algılanmasın; bu gruplarda çoğunlukla çıkan öneriler kabul edilecek diye bir şey yok. Biz grupları çoğulcu bir bakışla ele alıp, herkesin katılımına açık olarak, kimlerin ne düşündüğünü dokümanete etmek anlayışıyla yaptık. Yoksa bir el kaldır indir usulüne dayalı çoğunluk üzerinden bir iktidar yaratma yaklaşımıyla hazırlanmış bir şey değil. Çoğulculuğu önemsedik. Üstelik siz de farkındasınızdır, örneğin Covid-19 hastalığı nedeniyle katılamayan katılımcılarımız da oldu. Dolayısıyla farklı görüşler olabilir; o farklı görüşlerin grup raporlarını zenginleştirdiğini size söylemek isterim. Buradan bir el kalkıyordu?

Dr. Fikret Şahin - CHP Balıkesir Milletvekili: Sayın Genel Başkan Yardımcım, değerli hocalarım; hepinizi saygıyla selamlıyorum. Ben Doktor Fikret Şahin, Balıkesir milletvekiliyim. Çok güzel tartışmalar oldu. Yani sadece biz tartışmıyoruz bu konuyu, Dünya Sağlık Örgütü de bunu tartıştı, hatta geçtiğimiz eylül ayında bir manifesto yayınladı. Yine ekim ayında sağlığın finansmanı ile ilgili Dünya Sağlık Örgütü'nün yayınlamış olduğu bir rapor var. Rapor şöyle diyor kısacası: Bir pandemi yaşıyoruz ve dünya tarihinde her salgın hastalıktan sonra mutlaka birtakım politikalar değişti. Evet, bundan sonra da pandemiden sonra daha önceki sağlık politikalarına dönmemiz mümkün değil. Elbette değişiklik olacak. Dünya Sağlık Örgütü de buna vurgu da bulunuyor ve iki tane parametre üzerinde duruyor. Diyor ki: Sağlık, aynen eğitim gibi bir yatırımdır, harcama değildir. Bütçede harcama kalemi olarak değerlendirmeyin; yatırımdır, geleceğe yapılmış, insana yapılmış olan bir yatırımdır eğitim gibi ve mutlaka bütçesinde artırım olması gerekir.

İkinci bir vurgusu da şudur, ki ben de çok katılıyorum ve partimizin de politikasıdır. "Sağlık alanında hizmet veren özel sağlık kuruluşlarının oranının artması, sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmaz" diyor. Bu bir paradokstur. Bakın şu an Türkiye'de geçen yılki benim yaptığım bir çalışmada kabaca en az yüzde 40 sağlık hizmetlerini özel sağlık sektörü veriyor. Maddi bağlamda

daha fazla belki. Yani en az yarısını şu anda özel sağlık kuruluşları veriyor ve giderek kamu hizmeti alanının dışına gidiyor sağlık hizmetleri. Cumhuriyet Halk Partisi; adı üzerinde elbette ki halkın yaratmış olduğu bir parti. Biraz önce sevgili Ahmet Hocamız belirtti; Ulu Önder'imiz, kurucumuz Mustafa Kemal Atatürk 16 Mayıs 1919'da Kurtuluş Savaşı'nı başlatmak üzere Bandırma Vapuru ile ayrıldığı zaman, 22 kişilik kurmay kadrosunda üç tane hekim vardı. Evet; İbrahim Tali Öngören, Refik Saydam ve Behçet Fevzioğlu. Bakın tıbbiyelilerle bu ülkeyi kurdu ve bizlere emanet etti.

Elbette bizim yapacağımız hizmet şudur, biraz önce konuşan Eriş Bilaloğlu Hocama katılıyorum ben. Burada sağlığın finansmanı ile ilgili mevcut sistem, sağlıkta dönüşüm sistemini kim finanse ediyor? Dünya Bankası. Bakın kesinlikle şu anda SOS veriyor ve hiçbir kimse hizmet alamıyor; bunu devam ettirmek mümkün değil. Elbette kökten bir değişiklik gerekiyor. Kamucu bir sağlık hizmetine yaklaşım gerekiyor ve "Herkes için sağlık" denilen bir programı var Dünya Sağlık Örgütü'nün. Genel Başkanımızla da bunu tartıştık. Herkes için sağlık ve herkes için Cumhuriyet Halk Partisi diyoruz ve daha kamucu sağlık politikalarından yanayız.

Şehir hastaneleriyle ilgili arkadaşlar dediler ki: "Efendim kamulaştırması..." Kamulaştırmasıyla ilgili kanun teklifimiz var Cumhuriyet Halk Partisi olarak. Arkadaşlar, biz kesinlikle kamulaştıracğız. Bunlar halkın sırtındaki bir sülüktür. Yani halkın kanını emiyor. Her yıl vermiş olduğunuz kira ve hizmet bedeli, tam 4 tane bakanlığın bütçesine eşit ve 3 yılda ödediğiniz kira ve hizmet bedeli ile o hastaneyi yapabilme imkanınız varken 25 yıl niye ödeyesiniz? Yazık değil mi bu insanlarımıza? O nedenle kesinlikle şehir hastaneleri kamulaştırılacaktır; bunu kesin olarak söylüyoruz Cumhuriyet Halk Partisi olarak.

Diğer arkadaşımız katkı payı ile ilgili... Sevgili meslektaşım; 2018 yılındaki Cumhuriyet Halk Partisi seçim beyannamesi; "katkı paylarını kaldıracğız" dedik ve kanun teklifimiz var. Bu konuda kanun teklifimiz var.

Ben katılımınız için çok teşekkür ediyorum. Kamucu bir sağlık hizmetinden yanayız. Özel sektörün ağırlığı çok fazla. Türk Tabipler Birliği açısından da bu değerlendirilmesi gereken bir nokta olarak belirtmek istiyorum. Artık giderek elden gidiyor kamucu kısmı. Özel sağlık kuruluşlarının bir patronu, sahibi Sağlık Bakanı olursa geleceğimiz nokta elbette budur.

Diğer bir noktada şuna dikkatinizi çekmek istiyorum; özellikle Türk Tabipler Birliğindeki arkadaşlarıma sesleneceğim: Bakın Uzaktan Sağlık Yönetmeliği çok tehlikeli, çerçevesi hiç yok. Yani bunu özellikle eleştirmenizi, bu konuda fikirlerinizi beyan etmenizi rica edeceğim. Ben 1-2 açıklamada bulundum ama bakın yönetmelikte şu dahi var: "Uzaktan sağlık hizmetini veren sağlık çalışanı eğer hekimse" diyor. Demek ki hekim de olmayabilir. "Hekimse reçete yazabilir ve rapor verebilir" diyor. Uzaktan sağlık hizmetini verecek bir kişi santral memuru da olacak yani. Lütfen arkadaşlar buna eğilelim, hep birlikte düzeltmeye çalışalım.

Cumhuriyet Halk Partisi özetle -Sayın Genel Başkan Yardımcım çok özür diliyorum; kusura bakmayın biraz uzadı zannediyorum ama- daima tabii ki halkın ve kamunun yanında olacaktır. Hepinizi saygıyla selamlıyorum, çok teşekkür ediyorum.

Hasan Kuş: Çok teşekkür ederim. Ben aslında Özlem Hanımın teşvikiyle katıldım 3. Masanın çalışmalarına ek yapmak üzere, çünkü bir kısmını paylaşmıştık.

Şimdi esasında sorunları böyle alt alta listelemek bir teknik ama orada çok yakın ilişki var, aradaki ilişkilerini görmek istiyoruz. Biz OECD ortalama rakamlarına göre yarısı kadar hekim, 1/3'ü kadar hemşireyle, yüzde 20 daha fazla hasta bakıyoruz. Yani böyle bir yükün altına girmiş durumdayız.

Sonuç: 2,2 kat daha fazla MR istiyoruz, daha fazla CT istiyoruz, sağlıkta şiddetle karşı karşıyayız; çalışanlarımız, doktoru, hemşiresi ciddi bir tükenmişlik sendromu yaşıyor. İş barışı karışmış durumda. Birçok sorun bu anlamsız ortamda ve sürdürülemez

ortamdan kaynaklanıyor ve çok sayıda arkadaşımız kamudan ayrılıyor, ülkeden ayrılıyor. Böyle bir sorunlar yumağıyla karşı karşıyayız. Önümüzde de bunları analiz etmek için yeterli nitelikte veri yok. Nereden yola çıkıyorum? Çok basit; Sağlık Bakanlığının yayınladığı, son dönemde yayınlamadığı sağlık yıllık-ları, istatistikler son derece primitif. Yıllardır aynı şey, bir türlü gelişmiyor. Bakın ayaktan hasta var, yatan hasta var. Ondan sonra uzun uzun hastane isimlerine göre rakamları arka arkaya sayıyor. Günübirlik hasta nerede? Kemoterapi nerede? Sabah yapıp, öğleden sonra taburcu edilen fıtık nerede? Sünnet nerede? Vesaire... Bu bizi nereye götürüyor? Hastanenin doluluk oranları üzerinden yoruma götürüyor ama gece 12'de kemoterapi hastası taburcu olmuş durumda. Gece 12'de günübirlik fıtık hastası, varis hastası taburcu olmuş durumda. Dolayısıyla bun-ları analiz etmek üzere onu ayrı bir kategori olarak; yani bunun gibi çok başlık var ama bu çok çarpıcı olduğu için bunu özellikle paylaşmak istedim. Bir tanesi bu.

İkincisi; biz sevk zincirinden konuştuk, o konuda hemfikiriz aslında ama aslında birinci, ikinci ve üçüncü basamağı konuşuyoruz. Bir de uzun dönemli bakım ihtiyacı olan hastalar var. Onları biz işte uygun yerlerde barındırmaya çalışıyoruz. Bu konularda ne ruh sağlığı için yeterli yatak sayımız yok ve yeterli altyapımız yok ve bütün bunların aslında entegre çalışmasına ihtiyacımız var. Yani batının aslında -İngiltere orada belki en iyi örneklerden biri- 100 yıldır çok iyi mektuplar gelir, mektuplar gider; birbirlerini informe edebildiği ortamdan biz kopuk gidiyoruz. Biz burada sorumluluğu hastanın üzerine yüklüyoruz ve diyoruz ki: "Sen bunu git işte doktoruna ver, sorduğu zaman anlatırsın" gibi bir sistem. Şimdi bugün geldiğimiz noktada, bu basamakların sayısını artırıp, ihtiyaca göre genişletip, birbirine de entegre etmemiz lazım. Bu entegrasyon da doğal olarak IT ile olmalı, bilişim sistemleri ile desteklenmeli. Aksi takdirde sürdürülebilir yine olmayacaktır.

Fakültelere ilişkin yorumlar geldi grupta yine. Tıp fakültelerinde öğretim üyelerinin özel hasta bakmaya odaklandığını, poliklinik

yükünün asistanlara kaldığı, eğitim ile ilişkili çok sorun olduğu ve özel üniversite hastanelerine de ayrı bir vurgu yapıldı. Bir taraftan da şu konuşuldu: Tıp fakültesi hastaneleri için birtakım kriterler uygulanmalı, belirlenmeli ve buna uymayan kamu, vakıf üniversiteleri tıp fakülteleri de esasında sürdürülebilir olmalı.

Biz standartlara alışık bir toplum değiliz. Ben İngiltere'ye ilk gittiğim zaman bana standartları anlattılar. 30 sene öncesinden bahsediyorum, çok zorlandım ama standartlarımız yok, aslında ihtiyacımız da çok. Ne istiyoruz? Bir doktor, 5 dakika içinde hastanın analizini alıp, muayenesini yapıp, değerlendirmesini yapıp; onun bir de anlatması, eğitim vermesi bekleniyor. Bu gerçekçi mi? Değil. O zaman bir standart belirleyelim; bir yatan hasta katında şu kadar, bu kadar hasta, bu kadar hemşire olması lazım; yoğun bakımda oran bu olmalı, onkoloji servisinde bu olmalı, bunları belirleyelim. İmkanlarımız yetersizse, eksiklikleri saptayalım, onları geliştirmeye çalışalım.

Hekimimize, hemşiremize, sağlık çalışanımıza bilimsel destek olmamız lazım. Artık bu dijital olmalı ve bilimsel olarak destek olmamız lazım. Ondan sonra endüstriye çok zorluyoruz ama bir taraftan da biz sağlık çalışanlarımızı endüstrinin kucağına itiyoruz. Özellikle hizmetlerin hangi merkezlerde verileceğini planlama yöntemiyle, kamuyu da içeren bir planlamayla veremeliyiz. Merkezi planlama ve yerinden yönetim ilkesi benimsemeli, hasta yakınlarından da faydalanılmalı.

Şimdi burada şundan bahsetmek istiyorum; bu benim özellikle altını çizmek istediğim bir konu: Hasta güvenliği hiç konuşulmadı. Bizim şeyde gündeme geldi, diğer gruplarda da ve biz söyleyelim: İkinci basamak, üçüncü basamak...

Malpraktis çok konuşuldu ilginç bir şekilde. Şimdi benim buradaki iddiam şu: Bizim malpraktis dediğimiz birçok sorun, aslında hasta güvenliği sorunu. Hasta güvenliğinde kişilerin hatası yaklaşık yüzde 13, geriye kalan sistem hatası. Yani aslında biz büyük oranda sistemin sorumlu olduğu durumlarda, vakalarda

doktorumuzu, hemşiremizi yapayalnız bırakıyoruz ve de sigortasını kim ödeyecek, onu konuşuyoruz. Ama sistemin alması gereken önlemleri almadığı şartlardan bahsediyoruz. Sağlık okuryazarlığı dedim, klinik uygulama rehberleri de dedim... Peki, orada durayım. Teşekkürler.

Kayhan Pala - Oturum Başkanı: Çok teşekkürler. Süremiz çok daraldığı için birkaç konuşma talebi var, onları da karşılamak istiyorum. Evet, en arkadan bir el kalkıyor. Sonra iki el de burada gördüm, ondan sonra sözü Gamze Hanım'a vereceğim.

Nezaket Özgür: Herkese merhaba. Türk Medikal Radyoteknoloji Derneği Başkan Yardımcısı Nezaket Özgür. Bütün bu günkü sunularda hep MR ve tomografi sayılarının ne kadar çok olduğunu, Türkiye'de bizlerin, bizim meslek grubumuzun ne kadar çok çalıştığını vurguladığınız. Yani burada o çok çekilen tüm MR'ları ve tomografileri biz çekiyoruz, bizim meslek grubumuz çekiyor. Sağlıkta dönüşüm politikasıyla meslek grubumuz ne yazık ki en çok ezilen meslek grubu oldu ve bu pandemi sürecinde de gerçekten meslek grubumuz inanılmaz bir özveriyle çalıştı. Sesimiz her yerde çok iyi çıkmadı ama bu çalıştaydan ve Cumhuriyet Halk Partisi'nden meslektaşlarım adına tek dileğim, bu çok çekilen, meslekleri, çok pahalı olan MR, tomografi cihazlarını kullanan bizlerin eğitim seviyelerinin lütfen lisans düzeyine çekilmesi. Trilyonluk cihazları merdiven altı üniversitelerden mezun, 2 yıllık ya da meslek lisesi mezunlarının çekmemesi bizim eğitimimizi kendi verebileceğimiz bir sistem talebimizdir.

Emeği geçen herkese teşekkür ediyorum. Bunun altını özellikle çizmek istiyorum.

Kayhan Pala - Oturum Başkanı: Teşekkürler. Evet son iki konuşma. Pardon; size de söz verdim, ondan sonra bitirelim.

Zeki Yalçındere: Ben, Zeki Yalçındere. CHP Altındağ İlçe Sağlık Komisyonu Başkanım. Daha önce dile geldi, detaylarını hiç dile getirmeme gerek yok. Yalnız Ankaramızda, Altındağ'da yaşayan insanlarımızın sosyal seviyesini, ekonomik seviyesini ve

sağlık durumuyla ilgili sıkıntılarını hepinizin de bildiğinizi tahmin ediyorum. Bu anlamda da Beyazıt Hocamız da sunumda dile getirdi: Yeni açılması söz konusu olan iki şehir hastanesine endeksli olarak Ankara'da kapatılması söz konusu olan, bir kısmı da kapatılan 14 şehir hastanesinin 8 tanesi bizim ilçemizde. Ve ilçemizin -kelimenin tam anlamıyla- Ankara'yla beraber sağlık sistemi de bu anlamda çökmüş durumda. Bizler elimizin altındaki erişimin de ne kadar sağlığa önemli olduğunu defalarca dile getirdik. Benim bir şey söylememe gerek yok. Elimizin altındaki, bir hapşırduğumuzda gidebileceğimiz hastanelerimizin kapatılarak, parça parça taşınarak yok edilmesini kabul etmek istemiyoruz ve etmiyoruz. Bu anlamda hastanelerimize sahip çıkıyoruz. Eğer bu hastanelerimiz eskirse, depreme dayanıklı değilse, gerekiyorsa yeni baştan yıkılıp yapılabilir. Cihazları, sistemleri modernize hale getirilebilir, çağın gereklerini karşılar, sağlık hizmeti verecek noktaya getirilebilir. Bizim önerimiz de zaten budur. Hastanelerimiz kapatılmasın.

Şu anda da en acil durumda olan iki tane hastanemiz var Ankara için: Biri Doktor Sami Ulus; özelliğini söylememe hiç gerek yok. Diğeri de hemen yanı başımızdaki Onkoloji Hastanesi. Bunlarla ilgili de yürüttüğümüz çalışmalar var. Sizlerin de desteklerinizi bekliyoruz. Ancak elimizin altındaki hastanelerin kapatılıp yok edilmesini kabul etmiyoruz. Saygılar sunuyorum.

Kayhan Pala - Oturum Başkanı: *Evet son iki konuşma talebi, buyurun.*

Ali Yıldırım: 3 No'lu masada arkadaşlarla çalıştık. Ben özellikle arkadaşlarımla konuşurken bunu paylaşmıştım. Gerçekten sağlıkta dönüşüm programı, hekimliğin ruhuna aykırı olan bir şey. Ancak özellikle üniversitelerde, devlet hastanelerinde ve üniversitelerde puana dayalı sistemin olması hekimler arasında çok ciddi bir rekabet yarattı. Bunu hepimiz biliyoruz. Ben aynı zamanda bulunduğum üniversitenin yönetim kurulundayım, fakülte yönetim kurulunda ve zaman zaman da çok ciddi tartışmalar geliyor bize. Burada en büyük sorun, artık üniversite

hastanelerinin özel hastalar için çalışması. Arkadaşlarımız geliyor, çoğu da akciğer arkadaşlarımız; sabah 9 - akşam 5 özel hasta bakıyorlar. Hatta biz devreye giriyoruz bazı arkadaşların, hastaların muayene olması için. Dolayısıyla özel hasta bakmaktan dolayı -ki bu da onların tabii kendilerini korumak ya da yaşamlarını sürdürmek zor olabilir ama- özel hasta bakmaktan eğitim çok ciddi askıya alınıyor, hastane eğitimi askıya alınıyor, öğrenci eğitimi askıya alınıyor, araştırmalar askıya alınıyor. Onun için hakikaten bu sürecin özellikle döner sermayenin iptal olması gerektiğini -Cumhuriyet Halk Partisi'nin programında da vardı, inanıyorum- zaten öyle olması gerekir... Performansa dayalı sistemin hakikaten kalkması gerektiğini, bunun da çok ciddi zararları olduğunu görüyoruz.

Ben ayrıca özel hastanelerle ilgili de bir şey söylemek istiyorum. Bazı soruşturmalar bize de geliyor. Orada da tabii bu malpraktis cezasında özel hastanelerin statüsü farklı biliyorsunuz. Devlet hastanelerinde, üniversite hastanelerinde soruşturmalarda bir kamu çatısı var. Bir soruşturmadan sonra bile soruşturma açabiliyorlar. Ancak özel hastanelerde -onlar da bizimle aynı hizmeti yapmakla birlikte- herhangi bir şekilde doktora ya da yöneticiye direk dava açılabilir. Onun için malpraktis cezasını da çok önemsiyoruz. En kısa zamanda onun da tabii ki tüm hekimler ve sağlık çalışanları içeren bir yasanın çıkması önemli olacaktır. Teşekkür ediyorum, sağ olun.

Kayhan Pala - Oturum Başkanı: *Sona doğru geliyoruz artık, sonradan el kaldıranlar var. Söz vereceğim, ben görmemiş olabilirim, izin verin. Toplumsal cinsiyet eşitliği açısından da söz vermeme şansımız yok, merak etmeyin.*

Heybet Aslanoğlu: Hocam teşekkür ederim. Sayın Genel Başkanım, değerli vekillerim, değerli katılımcılar; AKP hükümetinin 20 yıldır bu ülkede yaşamın her alanında, özellikle de sağlıktaki sağlık alanında çok ciddi tahribat yarattığını anlatmamıza gerek yok.

Ben şahsen çok heyecanlıyım, çünkü bu 20 yıllık çöküşü yeni

bir yapılanmayla adeta sıfırdan; çünkü mevcut sistemin sürdürülebilir olmadığını buradaki konuşmacılar dile getirdi. Yeni bir yapılanmada bu yapılanmada benim de bir tuğla olmak, bu konuda ben oldukça heyecanlıyım. İnşallah ilerde daha da fazla katkı sunmaya çalışırız. Bu yeni yapılanmada bizim radyoloji teknisyenleri ve teknikerleri çok somut bir talepten bahsedeceğiz: Sağlıkta özelleştirme radyolojide başladı. İlk sağlıkta radyoloji görüntüleme alanları özelleşti 2002 yılında sağlıkta dönüşüm programıyla. Ben buradan çok güçlü bir vaat almak istiyorum. Sadece sağlık alanında değil, aslında çalışma yaşamının her alanında taşeronlaşma artık neredeyse kamusal alanda çalışanları geçmiş durumda. Yeni yapılanmada sağlık alanında gerçekten herkesin kamu personeli olarak güvenceli bir statüde çalışmasını istiyoruz. Taşeronlaşmanın tamamen kaldırılmasını, mevcut MR görüntüleme hizmetlerinin kamulaştırılmasını, elbette bunu çalışma hayatının her alanında da yansıtılması dernek olarak talebimizdir. Ben bir kez daha ulaşılabilir, nitelikli ve ücretsiz sağlık sisteminin mümkün olduğunu ve bunu elbirliğiyle bizlerin de bu gibi toplantılarda Cumhuriyet Halk Partisi'ne destek vererek gerçekleştirebileceğimize olan inancım ile hepimizi selamlıyorum.

Kayhan Pala - Oturum Başkanı: Çok teşekkür ederiz. Evet, en arkadan, sonra size vereceğim.

Ülkü Baykal: Profesör Doktor Ülkü Baykal, Yönetici Hemşireler Derneği adına katıldım. Çalışma grubumuzda da vurgulamıştım ama konu bu bağlamda olunca özellikle vurgulamak istiyorum. Hemşirelik hizmetlerinin yönetimi, birinci basamaktan hastane yönetim yapıları içerisinde ve Sağlık Bakanlığında karar sistemlerinde temsil edilen bilmelidir. Bunu sağlayacak bir örgütlenme yapısının gerekli olduğunu istiyoruz, bununla ilgili düzenlemelerde de görev almak istiyoruz.

İkincisi; daha önceki dönemlerde AKP iktidarı döneminde de aslında söz verilmişti ama yerine getirilmedi. Sağlık Meslekleri Birliği Kanununun çıkarılması, Hemşireler Birliği Kanunu da

özellikle umarım bu önümüzdeki süreçte çıkar. Bunun takipçisiyiz, izleyeceğiz. Çok teşekkür ediyorum.

Kayihan Pala - Oturum Başkanı: Teşekkürler.

Azize Atlı Özbaş - Hemşireler Derneği: Teşekkürler, Azize Atlı Özbaş, Türk Hemşireler Derneği. Ben hem Gamze Vekilime hem de Kayihan Hocam size de bir soru sormak istiyorum aslında. Hemşireler bu sağlıkta dönüşümün de bir sonucu olarak ikinci ve üçüncü basamak hastanelere hapsedilmiş durumdadır şu anda ve bütün dünyada koruyucu hizmetlerde çok önemli bir yeri olan hemşireler ve halk sağlığı hemşireliği tamamen ortadan kaldırılmış durumda. Aile hekimliğinde aile sağlığı elemanına dönüştük, işyerlerinde diğer sağlık personeline dönüştük, okullarda da şu anda yeni çıkan düzenlemeyle hemşire yardımcısı ve acil tıp teknisyenleriyle aynı şekilde ve aynı şartlarda, okul hemşireliği gibi bir alan ya da iş sağlığı hemşireliği gibi süreçler hemşirelik yönetmeliğinde olsa da böyle bir düzenleme ile biz sahadan çekildik. Ama üniversitelerimizde halen halk sağlığı hemşireliği kürsülerimiz mevcut ve halk sağlığı hemşireliği kürsülerimizde doçentlerimiz, profesörlerimiz, doktoralı halk sağlığı hemşirelerimiz, yüksek lisanslı uzmanlık sağlığı hemşirelerimiz var.

Ne öneriyorsunuz? Bu kürsüleri kapatalım mı? Bizler, birinci basamakta halk sağlığı hemşireleri yeniden var olabilecek mi? Çok teşekkürler.

Kayihan Pala - Oturum Başkanı: Evet, ben sorudaki mesajı aldım. Çok net bir şey söyleyeyim size, bunu hep söylüyoruz zaten: Yani halk sağlığı hemşireliği -bugün çalışma grubumuzda da konuştuk- bir ülke için çok önemli bir alan. O yüzden biz birinci basamağı gözden geçirirken, o alanı da mutlaka gözden geçirmek zorundayız.

Ayrıca şunu da söyleyeyim; ilk telaffuz edildiği günden bu yana ben aile sağlığı elemanı diye bir kavramın kabul edilemez olduğunu, bunun değişik meslek gruplarını değersizleştiren bir

yaklaşım olduğunu vurguluyorum. Bundan da ilk fırsatta vazgeçileceğini de -burada birkaç kez söylediler- bir kez daha vurgulamak isterim. Kısaca böyle söylemiş olayım.

Evet, son sözü yine bir kadın katılımcımıza veriyoruz. Buyurun.

Filiz Pehlivan: “Son söz kadınların” mı diyoruz? Filiz Pehlivan, makine mühendisiyim. Özellikle organizasyona çok teşekkür ediyorum. Geçen gün -hatta paylaştım- bir doktor, Stephanie Taylor diye bir doktor olup da daha sonra mimarlıkta yüksek lisans yapmış bir meslektaşınız şöyle bir şey söylemişti bize verdiği konferansta: Mühendisler geleceğin hekimleridir demişti ve amacının mühendislik ve tıp alanlarını birleştirmek, yakınlaştırmak olduğunu söylemişti. Çok etkilenmiştik ve şöyle bir yaklaşımla anlatmıştı bunu: Afrika’da çok ilkel koşullarda hastalara bakarken, onların tedavi edilip ve daha sonra iyileşip eve gittiklerine tanık oldum ama ne zamanki çok büyük hastanelerde çalışmaya başladım, insanların yattığı hastalığın dışında hastane enfeksiyonlarından ölmelerine tanık oldum ve bu nedenle ben mimarlık okumaya, hastane mimarisi okumaya karar verdim demişti. Ve yaptığı çalışmalarda hastanelerde, odalarda bizim tanımladığımız iç hava kalitesini tanımlayan bazı kriterler üzerine ölçümler yaptığını anlatmıştı; nemin, sıcaklığın, bakterilerin, vesaire ne kadar önemli olduğunu. O nedenle ben burada olmayı kendim adına çok önemsiyorum. Elimden geldiğince katkı sunmaya çalışacağım. Çünkü biliyorsunuz pandeminin ilk günlerinde havalandırmanın önemi hiç fark edilmediği için, öncelikle biz sağlıkçıları kaybetmeye başladık. Çünkü hastane yapıları mesela Covid’e hazır değildi. Biz enfeksiyon bölümlerini ayrı yaparız, hatta hastane bahçesinde başka bir yapıyı enfeksiyon hastalıklarına ayırmayı amaçlarız. Ama biliyorsunuz Covid döneminde bütün hastaneler aynı statüde değerlendirildi. Mesela yoğun bakımlara bu hastalar alındı. Halbuki yoğun bakımları biz pozitif havalandırırız, dışarıya doğru havanın akmasını arzu ederiz, mikropların içeriye ve de virüslerin gelmemesi için. Yine yoğun bakımlarda bu durumda Covid’liler yatınca, kordordaki doktorlar hastalandı. Ne zaman ki bunun farkına varılıp

birtakım önlemler alındı, yeniden doktorlarımızı bu anlamda da -ben inanıyorum- katkı sağlamaya başladık. O yüzden birlikte olmak bence çok önemli. Biz bina sağlığı mühendisleriyiz. Ben Türk Tesisat Mühendisleri Derneğinin eski genel sekreteriyim. Bu buluşmalara katkı sunabilmek adına çok teşekkür ediyorum.

Kayihan Pala - Oturum Başkanı: *Evet, biz de çok teşekkür ediyoruz.*

Değerli katılımcılar 10 saattir bir aradayız. Değişik kesimlerden, değişik görüşleri hem sunumlarda, hem çalışma gruplarında, hem de bu sunumlarda, tartışmada paylaşma olanağı bulduk. Hepinize çok teşekkür ediyoruz.

Ben şimdi izninizle kapanış konuşmasını yapmak üzere sözü Gamze Akkuş İlgezdi'ye, Cumhuriyet Halk Partisi'nin Sağlık Politikalarından Sorumlu Genel Başkan Yardımcımıza bırakıyorum.

Gamze Akkuş İlgezdi - Oturum Başkanı: *Öncelikle burada vekilimiz var, bir şey söylemek ister misiniz acaba Servet Vekilim, Ali Vekilim? Peki, ben de çok uzatmayayım...*

Servet Ünsal: Değerli arkadaşlar Doktor Servet Ünsal ben, Ankara Milletvekiliyim; bir de sağlık işletmecisiyim 30 küsur yıldır. Özellikle sağlıkta şiddet olayını parlamentoda arkadaşlarla hep önerdiğimiz kanun tekliflerinde hepsi yarım yamalak çıkarıldı. Bizim özellikle söylemek istediğimiz konu şuydu: Tutuklama sınırlarının üstünde ceza vermezseniz, polis bırakacakken, şimdi savcı bırakıyor. Yani verilen ceza mutlak ve mutlak tutuklama sınırlarının üstünde olmalı.

Sağlıkta şiddete mesela basit bir örnek vereyim. Sabahki konuşmalarda sevgili hocam bahsettiniz, 600 milyonun üzerindeki muayenelerin dörtte biri acil dediniz. Niye acil? Katkı parası verilmiyor. Katkı parası olmadığı için, şurası kaşınan bile akşam acile geliyor, bana bakın diyor. Şimdi Sosyal Güvenlik Kurumunda bir de bilirkişilik de yapıyorum. Sosyal Güvenlik Kurumuna göre acil sayılmayan hastalığa sen akşam baktığında acil değil

demezsən, yeşil alanı işaretlemezsen -bir dönem öyleydi- kesinlikle para katkı parası vermese bile -verilmiyor zaten- paran ciddi şekilde kesiliyor ve de bir de ceza kesiliyor 10 kat, 20 kat sözgeleşti.

Şimdi hastaya sen yeşil alan yazıyorsun, eczaneye gidiyor, eczacı: "Sen para ver bakayım" diyor. "Sen yeşil alan, acil değil-sin" diyor. Hasta koşu koşu geliyor, doktorun gözüne yumruğu vuruyor ya da hakaret ediyor. İşte sağlıkta şiddetin kaynağı, Sosyal Güvenlik Kurumunun kendisi zaten, yani bu sistem. Bunu özellikle vurgulamak istedim, Meclis'te de dile getirmiş-tim değerli arkadaşlar. Yani söylemek istediğim gerçekten asıl özü, Cumhuriyet Halk Partisi'nin bütün arkadaşlarla parlamen-toda dile getirdiğimiz olay, kesinlikle bu sistemin tamamının değiştirilmesi.

Yani düşünün arkadaşlar, bir şehir hastanesi düşünün, Elazığ Şehir Hastanesi. Tüp bebek ünitesi yok, iki yıl tüp bebek faturası kesti arkadaşlar. İki yıl; yani düşünabiliyor musunuz patolojiyi. Yani bozukluk sistemin kendisinde ama biz genel sağlık sigor-tasını sevgili Ahmet Hocamla 2005, 2004'lü yıllarda o zaman sahip olduğum Ekin Radyo'da defalarca sistemin kendisine kar-şı çıktık. Ayrıntılarına değil, genel sağlık sigortasına karşı çıkmıştık.

Ufacık pratikteki şeyleri söylemek istedim. Teşekkür ediyorum, başarılar diliyorum.

Gamze Akkuş İlgezdi - Oturum Başkanı: Peki, çok teşekkür ederiz size de Servet Vekilim.

Aslında Servet Vekilim diyor ki; tam bizim toprakların, ozanın dediği gibi: "Doktor hasta, ben hasta; benden iyi midir ki?" diyor. Gerçekten öyle. Gerek şiddet yanıyla, gördüğü şiddet, gerek ötekileştirmek yanıyla hakikaten bugün ülkede doktor -tabi bütün sağlık çalışanlarının çatısı olarak düşünerek söylüyorum- gerçekten çok doğru, sanki bugünleri görerek söylenmiş Anadolu'nun ezgilerinden biri gibi.

Ben çok kısa üç cümle edeceğim, çünkü çok yorulduz. Bizler kamucu bir sağlık anlayışından yanayız. İnsan hakları boyutunda durumu değerlendiriyoruz ve bunu bir eğitim gibi veya diğer belli alanlardaki insan hakları boyutunda değerlendirerek, dolayısıyla mecburen zaten kamucu bakmamız gerektiğini ifade edeyim. Biz daha çok aslında sizlerin konuşmasını istediğimiz için kendimiz masalarla da oturmadık. Çünkü şu an Türkiye'nin fotoğrafını her alandan gelen kıymetli, alanında uzman olan katılımcılarla görmek istedik. Dolayısıyla kendimiz resesif kaldık. Bunun sebebi de buydu.

Buradan çıkacak sonuçları elbette sizle paylaşacağız. Ama şunun altını kalın bir çizgiyle çizmek gerekir ki, eşitlikçi, kapsayıcı ve kamucu bir sağlık sisteminden, eğitim sisteminden yana olduğumuzu ifade etmek isterim. Biz bu çalışmanın sonuçlarını kitaplaştıracacağız; kitabı katılımcılara, yani sizlere yollayacağız. Buradan gelen çalışmamızın sonunda "Cumhuriyet Halk Partisi ne yapmalı?" diye bir başlık açıp, sizlerin yorumlarından, yönlendirmelerinden, birikimlerinden beslenerek bunun cevabını parti içindeki çalışmamızda hep birlikte arayacağız. Bunu da tüm kamuyla paylaşacağız parti adına.

Dolayısıyla hepinize çok teşekkür ediyorum. İyi ki varsınız, iyi ki bizleri bugün burada beslediniz ve bizlere bakış açısı kattınız. Sözüme son verirken yaşamak ve yaşatmak için var olun diyorum. Çok teşekkür ediyorum.



CHP

Ne Yapacak

?



Bir sağlık sistemi, birincil amacı sağlığı korumak, geliştirmek, iyileştirmek veya sürdürmek olan tüm kuruluşlar, kişiler ve ey-lemelerden oluşur.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlık sistemlerinin yapı taşlarını altı ana bileşenle açıklamaktadır:

1. Sağlık hizmeti sunumu,
1. Sağlık emek gücü,
1. Sağlık bilgi sistemi,
1. Tıbbi ürünler, aşılar ve teknolojiler,
1. Finansman ve
1. Liderlik / yönetişim.

DSÖ bu yapı taşlarının **erişim, kapsam, kalite ve hasta güvenliği** bağlamında ele alınması gerektiğini vurgulamaktadır.

DSÖ'ye göre sağlık sistemlerinin genel olarak hedefleri **sağlık düzeyinin geliştirilmesi, kamunun ve bireyin sorumluluğu, sosyal ve finansal risk koruması ve verimlilik** sağlanması olarak sıralanabilir.

Cumhuriyet Halk Partisi olarak, sosyal demokrasinin temel değerleri olan **eşitlik, adalet, özgürlük ve dayanışmaya** dayanan bir bakış açısı ile sağlık sistemimizde ortaya çıkan sorunlara çözümler üretmek amacıyla yeni bir sağlık sistemi önerisi hazırladık.

Sağlık sistemi önerimiz, temel olarak DSÖ tarafından benimse- nen sağlık sisteminin yapı taşlarına uygun olmakla birlikte hem yönetsel açıdan hem de terminoloji açısından bazı değişiklikler içermektedir.

Yönetsel açıdan, **“sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi ve yönetimi”** ile **“sağlık hizmeti sunumu”**nu aynı grupta birleştirerek, sağlık sisteminin yapı taşlarını beş bölüme ayırdık. Bunun en temel nedeni, sağlık hizmeti sunumunun doğrudan sağlık hizmetlerinin örgütlenmesine bağlı olmasıdır. Sosyal demokrasi-

nin değerleri doğrultusunda CHP olarak temel yaklaşımımız, neoliberal sağlık reformlarında olduğu gibi sağlık sistemini parçalayarak ele almak değil, bütüncül bir bakışla **“herkese, her yerde ve her zaman”** sağlık hizmeti sunumunu sağlayabilecek bir sağlık sistemini hayata geçirmektir.

Terminoloji konusunda da örneğin **“Liderlik/Yönetişim”** yerine **“Sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi ve yönetimi”** yaklaşımını tercih ettik. Bunun temel nedeni ise sağlık sisteminin yapı taşı olarak kamucu bir örgütlenme modelini ve merkezi bir sağlık yönetimi yaklaşımını benimsemiş olmamızdır. Bu nedende **“örgütlenme”** kavramını özellikle tercih ettik.

CHP tarafından uygulamaya konulacak sağlık sistemi **her yurttaşa eşit, herkes için ücretsiz, herkesin erişebildiği ve nitelikli sağlık hizmeti** sunulan kamucu bir sistem olacaktır.

Sağlık politikalarını, sağlık alanında yer alan tüm bileşenlerin (üniversiteler, meslek örgütleri, sendikalar ve sivil toplum örgütleri) katılımına açık olarak masaya yatıracak ve **‘sağlık hakkı’** temelli bir yaklaşımla belirleyeceğiz.

CHP'nin sağlık sistemi beş yapı taşından oluşacaktır:



1. YÖNETİM, ÖRGÜTLENME VE SAĞLIK HİZMETİ SUNUMU

A) Yönetim ve örgütlenme

Sağlık, yalnızca hastalık ya da sakatlığın yokluğu değil, bedensel, ruhsal, sosyal ve ekolojik olarak tam bir iyilik durumudur ve ırk, din, dil, cinsiyet, politik ideoloji, ekonomik ve sosyal durum ayrımı gözetilmeksizin doğuştan kazanılan temel bir haktır. Türkiye’de sağlık alanını temel olarak ‘sağlık hakkı’ yaklaşımıyla düzenleyecek ve Sağlık Bakanlığı tarafından yöneteceğiz. Bu bağlamda;

- Sağlık hizmetlerinden yararlanma sırasında ırk, renk, cinsiyet, dil, din, politik ya da diğer görüş, ulusal ya da sosyal köken, mal sahipliği, doğum ya da sakatlık, yaş, medeni durum, aile durumu, cinsel yönelim ve toplumsal cinsiyet kimliği, sağlık durumu, yaşanan yer, ekonomik ve sosyal durum gibi hiçbir ayrımcılık söz konusu olmayacak;
- Her yurttaş için yeterli sayıda ve işlevde sağlık bakımı ve sağlık kuruluşu, donanımı, hizmetleri ve programları sağlanacak;
- Sağlık hizmetleri herkes için erişilebilir olacak, gerek fiziksel erişilebilirlik (Sağlık hizmeti sunan kuruluşların yaşanan yerin yeterince yakınında bulunması), gerekse de ekonomik erişilebilirlik (Hizmetin ücretsiz sunulması) konularında yeterli bilgilendirme yapılacaktır;
- Sağlık hizmetleri tıbbi etik değerlere ve kültürel normlara uygun sunulacak;
- Sağlık hizmet sunumunda hasta ve çalışan hakları ve memnuniyeti göz önünde bulundurulacak, iş barışı gözetilecek;

- Sağlık kuruluşları, donanım ve sunulan tüm hizmetler bilimsel ve tıbbi açıdan uygun ve iyi kalitede olacak;
- Sağlık okur-yazarlığı düzeyi yükseltilecek;
- Sağlık sisteminin dayanıklılığı sağlanacak, sağlık yönetiminde şeffaflık ve hesap verebilirlik esas olacak;
- Sağlık kuruluşlarına ilişkin düzenlemeler ekoloji ve iklim krizi, ulusal/uluslararası hastalık yükü verileri göz önünde bulundurularak yapılacaktır.

Türkiye'de sağlık sisteminin örgütlenme ilkeleri şunlar olacaktır:

- Sağlık hizmetleri, merkezi planlama ile yerinden yönetime olanak sağlayacak biçimde toplumun gereksinimlerine ve demografik yapısına uygun olarak örgütlenecek, sağlık hizmetlerinin örgütlenme ve yönetiminden Sağlık Bakanlığı sorumlu olacak;
- Örgütlenme, kırsal ve kentsel alanda yaşayan herkese hizmeti götürecektir biçimde planlanacak, sağlık hizmeti ülkenin en uç yerleşim birimine kadar götürülecek;
- Sağlık çalışanları nüfus bazında örgüt yapısı içine alınacak, hizmet edecekleri nüfus, hizmetin etkinliğini azaltacak kadar fazla olmayacak şekilde, uluslararası kabul edilen standartlar doğrultusunda belirlenecek;
- Sağlık hizmeti ekip hizmeti olarak örgütlenecek ve sunulacak;
- Sağlık hizmeti temel olarak üç basamakta (birinci, ikinci ve üçüncü basamak) sunulacak, basamaklar arasında sevk sistemi kurulacak;
- Sağlık hizmetlerinin odağında birinci basamak sağlık hizmetleri yer alacak;
- Birinci basamak sağlık hizmetleri yurttaşların kolayca

erişebildiği, gereksinim duyulduğunda ilk başvuru yeri olacak biçimde, koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin bir arada kapsayıcı biçimde sunulduğu, basamaklar arasında eşgüdümün sağlandığı ve yalnızca hastalık sırasında değil, sağlıklı olduğu sırada da sağlık eğitimi, beslenme, bağışıklama, erken tanı, kişisel hijyen, üreme sağlığı vb. her türlü sağlık hizmeti gereksinimlerinin karşılandığı ve böylece sürekliliğin sağlandığı bir anlayışla yeniden örgütlenecek;

- Birinci basamak sağlık hizmetleri, “**Halk Sağlığı Merkezi**” çatısı altında 10-20 bin nüfusa hizmet götüren merkezlerde, bireye ve topluma yönelik koruyucu hizmetlerle birlikte, ayakta ve evde tedavi/bakım hizmetleri bütünleşik hale getirilerek sunulacak;
- Halk Sağlığı Merkezlerinde tümü kamu çalışanı olarak istihdam edilmek üzere, nüfusa yeter sayıda aile hekimi, hemşire, ebe ve diğer birinci basamak sağlık görevlileri meslek ve uzmanlık alanlarına göre tanımlanmış görevlerde, ekip çalışması içinde birlikte çalışacak;
- Merkeze uzak, erişimi güç alanlarda kırsal kesime özgü olarak, bulunduğu ilçenin “Halk Sağlığı Merkezi” ne bağlı çalışan “Sağlık Evi” yapısı bugünkü haliyle korunacak;
- Birinci basamakta ekip üyelerinin tümünün görev, yetki ve sorumlulukları mevzuatla belirlenecek ve güvence altına alınacak;
- Birinci basamak sağlık hizmeti sunan meslek gruplarının statü ve gelir düzeyleri yüksek tutularak birinci basamakta çalışmak teşvik edilecek;
- Halk Sağlığı Merkezlerinde görev yapan aile hekimlerinin sorumlu olduğu nüfus, coğrafi tabanlı olarak tanımlanacak, aile hekimi başına düşen nüfus baş-

langıçta en çok 2.000 kişi, beş yıl içinde ise 1.500 kişi ile sınırlanacak; ailelerin hekim seçme özgürlükleri, yaşadıkları bölgedeki Halk Sağlığı Merkezi ile sınırlı tutulacak;

- Halk Sağlığı merkezlerinde tedavi edilemeyen hastaların, öncelikle ikinci basamak hastanelere bağlı, 30-50 bin nüfusa hizmet sunan ve temel branşlarda uzman hekimlerin çalıştığı yataksız tedavi kurumları olan '**Gündüz Hastaneleri**'nde tedavi edilmeleri sağlanacak, burada tedavi edilemeyenler ise yine sevk sistemi aracılığıyla ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına sevk edilecek;
- İkinci ve üçüncü basamakta yatarak tedavi hizmetleri örgütlenirken, kamu hastanelerindeki yatak sayısı, nüfusa ve hastalık örüntüsüne göre verimliliği en yüksek düzeyde sağlayacak biçimde 100-600 yataklı olarak planlanacak; halen var olan küçük ölçekli hastaneler (50 yataktan az) erişim ve verimlilik ölçütleri doğrultusunda, hastalar için sağlık hizmetine hiç bir erişim sorunu yaratmayacak biçimde kapsamlı olarak gözden geçirilecek;
- Halkın sağlık hizmetlerine katılımını sağlamak amacıyla, mahalle kurulları ve kent konseyleri gibi yapılar sağlık hizmetlerinin örgütlenme çizelgelerinde yer alacak;
- Halkın sağlığı bütün politikalarda öncelikli olacak, sağlığı ilgilendiren karar süreçlerinde halkın sağlığının öncelikle gözetilmesi yaklaşımına uygun olarak '**Bütün politikalarda sağlık**' ilkesi örgütlenmenin ve yönetimin temelinde yer alacak; bu amaçla sektörler arası eşgüdümü sağlayacak mekanizmalar oluşturulacak;
- Sağlık Bakanlığı'nın kurumsal kapasitesi güçlendirilecek, kişisel ve aşırı merkezi karar mekanizmaları

yerine kurumsal karar mekanizmaları işletilecek, bu amaçla Bakanlık teşkilatındaki var olan enstitülerin ve kurulacak yeni enstitülerin bağımsız kurumlar olarak çalışmaları sağlanacak;

- Meslek birlikleri ve sendikalar ile Sağlık Bakanlığı arasında sürekli bir iletişim sağlanması amacıyla 'Türkiye Sağlık Konseyi' adıyla sağlık meslek birliklerinin ve sendika temsilcilerinin yer aldığı bir kurul oluşturulacak;
- İl ve ilçe düzeyinde Hıfzıssıhha Kurulları yeniden yapılandırılacak, bu kurulların yapısında var olan "serbest hekim", "serbest veteriner" gibi kontenjanlar yerine meslek birliklerinin temsilcilerinin Kurullarda yer alması yasal düzenleme yapılarak sağlanacaktır.

B) Sağlık hizmeti sunumu

İyi sağlık hizmetleri etkili, güvenli ve kaliteli kişisel ve kişisel olmayan sağlık müdahalelerini, ihtiyaç duyanlara, gereken yerde ve zamanda, en az kaynak israfı ile sunan hizmetlerdir. Her yurttaşımızın, ülkemizin her yerinde ve her zaman ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetlerine (Koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici hizmetler ve rehabilitasyon hizmetleri) erişebilmesini sağlamak için Sağlık Bakanlığı yurt çapında her basamakta etkili bir sağlık hizmeti sunacaktır.

Sağlık hizmetlerine erişimin önündeki bütün engeller kaldırılacaktır. Yurttaşlarımız gücü yetmemek, ulaşım zorluğu ve randevu alamamak gibi hiçbir engelle karşılaşmadan sağlık hizmetlerine erişebilecektir.

Her basamakta kaliteli sağlık hizmeti sunumu esas olacaktır. Bu bağlamda sağlık hizmetlerini;

- Gereksinim bazında, bireyler ve topluluklar için gelişmiş sağlık çıktıları ile sonuçlanacak biçimde ve kanıta dayalı olarak;

- Kaynak kullanımını en üste çıkartacak ve israftan kaçınacak biçimde;
- Zamanında, coğrafi olarak makul bir yerde ve tıbbi gereksinimi karşılayacak uygun kaynakların ve becerili insan gücünün bulunduğu bir ortamda;
- Sağlıklı kişilerin ve hastaların tercihlerini, isteklerini ve hizmet sunulan toplulukların kültürel özelliklerini dikkate alarak;
- Toplumsal cinsiyet, ırk, etnik köken, coğrafi bölge ya da sosyoekonomik durum gibi kişisel özellikler nedeniyle hiçbir değişiklik göstermeksizin aynı kalitede ve
- Sağlıklı kişilere ve hastalara yönelik risk ve zararı en aza indirgeyecek, hasta güvenliğini en üst düzeye çıkartacak biçimde

sunacağız.

Birinci basamak sağlık hizmetleri

Sağlık hizmetleri sunumunun odak noktasını birinci basamak oluşturacaktır. Sağlık hizmetlerinde kademeli sevk sistemi alt-yapısı hazırlanarak hayata geçirilecek, ikinci ve üçüncü basamak üzerindeki aşırı hasta yükü azaltılacaktır. Her basamakta hekimler hasta muayenesi için uluslararası standartlara uygun bir zaman ayıracaktır.

Koruyucu sağlık hizmetleri (hastalıkları önleme, sağlığı koruma ve sağlığı geliştirme) güçlendirilecek, her yurttaş birinci basamak sağlık kuruluşlarında yılda bir kez ücretsiz olarak periyodik sağlık kontrolünden geçirilecektir. Evlilik öncesi taramaların tamamı ücretsiz olarak yapılacaktır.

Sağlık hizmeti sunumu sırasında her basamakta risk gruplarına, kırılgan gruplara ve önemli sağlık sorunlarına öncelik verilecek, birinci basamakta gebe, bebek, çocuk ve kadın izlemlerinin yanı sıra 65 yaş ve üzeri kişilerin de yaşadıkları yerlerde belirli aralıklarla ziyaret edileceği izlem programı yürürlüğe konacak-

tır. Yaşlı nüfusun bakımı yerel yönetimlerle iş birliği içerisinde 'yerinde bakım' yaklaşımıyla 'evde bakım teknisyenleri' istihdam edilerek çözülecektir.

İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri

Kamu hastanelerini verimliliği sağlamak ve hastaların gereksinimlerine daha iyi yanıt verebilmek amacıyla, tepe yönetiminde liyakata dayalı olarak görevlendirilmiş deneyimli bir başhekimin bulunduğu; tıbbi hizmetler, hasta bakımı, insan kaynakları, donanım, bakım/onarım vb. alanlarda profesyonel becerilere sahip hastane yöneticileri ekibi tarafından yönetilen, güçlü bir performans ölçümü ve izleme mekanizmaları kullanılarak yeniden yapılandırılan bir anlayışla yöneteceğiz.

Kamu hastanelerinin ilaç, tıbbi malzeme vb. gereksinimlerini büyük ölçüde yeni kuracağımız Sağlık Malzeme Ofisi (SMO) tarafından karşılayacağız; SMO ihalelerini şeffaf bir biçimde, tarafların katılımına açık olarak merkezi düzeyde yapacağız.

Kamu hastanelerindeki hastane bilgi yönetim sistemlerini yöneticilerin karar verme süreçlerini destekleyecek, geri ödeme mekanizmalarını da bilgi teknolojilerinin de yardımıyla kamu yararı gözetecek biçimde yeniden düzenleyeceğiz.

Hasta güvenliğini sağlamak amacıyla bütün sağlık kuruluşlarında klinik uygulama rehberlerini yürürlüğe sokacak, ulusal eşyetkilendirme programlarını gözden geçirerek evrensel normlara uygun hale getirecek, kalite iyileştirme araçlarının eğitimini verecek ve iyi uygulamalar veri tabanı gibi paylaşım platformları kuracağız.

Hastaların tıbbi/sosyal rehabilitasyon gibi nedenlerle uzun dönemli yatış gereksinimlerini karşılamak üzere, amaca uygun sağlık kuruluşlarını (hastaneler dışında) yerel yönetimlerle iş birliği yaparak devreye alacağız.

Dezavantajlı/kırılğan (Elektronik sistemleri kullanamayan kişiler, engelliler, yaşlılar vb.) grupların sağlık hizmetlerine erişebilmesi için ev ziyaretleri planlayacağız ve sağlık kuruluşlarına ulaşım vb. gereksinimler için destek sağlayacağız.

Sağlık hizmet göstergelerindeki (Nüfusa göre hekim, hemşire, hasta yatağı, yoğun bakım yatağı vb.) iller arası eşitsizlikleri gidereceğiz.

Sağlık hizmeti sunma sorumluluklarının yanı sıra mezuniyet öncesi ve sonrası tıp eğitiminde de sorumlulukları olan tıp fakülteleri ve eğitim-araştırma hastanelerini ek kaynak yaratarak destekleyeceğiz.

Vakıf üniversitesi tıp fakülteleri ve hastanelerini standartlara uygun hale getireceğiz.

Hastanelerde 'çalışan sağlığı ve güvenliği'ni öncelikle sağlayacak, hastanelerin havalandırma, güvenlik vb. açılardan sağlık çalışanlarının sağlığını tehdit eden risk etmenlerini ortadan kaldıracak, çalışan sağlığı birimlerini yaygınlaştıracak ve işlevsel hale getireceğiz.

Şehir hastaneleri açılırken kapatılan kent merkezlerindeki devlet hastanelerini bölgenin koşullarına ve ihtiyaçlarına göre planlayıp yeniden açacağız.

Silahlı kuvvetlerin gereksinim duyduğu sağlık hizmetlerini her düzeyde sağlayacak, askeri hastaneler ve sağlık tesislerini yeniden açacağız.

Çalışan sağlığı ve güvenliği hizmetleri

Çalışan sağlığı ve güvenliği mevzuatında yükümlülükler ve sorumlulukların düzenlenmesinde 5510 sayılı yasa ile 6331 sayılı yasa arasındaki belirsizlikleri giderecek; sosyal güvenlik düzenlemeleri, afet ve acil yardım düzenlemeleri, sivil savunma düzenlemeleri, çevre şehircilik düzenlemeleri, sağlık düzenlemeleri, bütçe ve ilgili kamu maliyesi düzenlemeleri, devlet memurlarına ilişkin düzenlemeler ve iş hukuku düzenlemeleriyle, çalışan sağlığı ve güvenliği düzenlemeleri arasındaki çelişki ve karmaşa oluşturacak hususları ortadan kaldıracak, çalışan sağlığı ve güvenliği konusundaki yasal eksiklikleri gidereceğiz.

6331 sayılı Kanunun bazı işyerlerinde işyeri hekimi ve iş güven-

liği uzmanı yetkilerini işverene vermesi ya da işyeri hekimi ve iş güvenliği uzmanının konum ve yetkilerini tam olarak tanımlamaması gibi sorunları ve belirsizlikleri gidereceğiz.

Ulusal düzeyde sosyal tarafların, akademinin, meslek örgütlerinin, sivil toplum kuruluşlarının ve kamu kurumlarının iş birliğini sağlamak üzere; temel olarak çalışan sağlığı ve güvenliği konularına odaklanan '**Çalışan Sağlığı ve Güvenliği Konseyi**' adıyla özerk bir kurul oluşturacağız.

İş kazalarını azaltmak için etkin önlemler alacak; meslek hastalığı tanısının konulması ile meslek hastalığı tanısı konulması durumunda her zaman bir tazminat ödenmesi zorunluluğunu birbirinden ayıracak, meslek hastalıkları tanı koyma süreçlerini Sağlık Bakanlığı'nın sorumluluğunda kolaylaştıracak ve 'işle ilgili hastalık' kavramını mevzuatta tanımlayacağız.

Çalışan sağlığı ve güvenliği profesyonellerinin yetkinliğini sağlayacak ve mesleki donanımlarını artıracak eğitim modelleri geliştirecek; temel eğitim, yenileme eğitimi, sektöre özel ileri eğitimler gibi programları üniversiteler, Sağlık Bakanlığı, Çalışma Bakanlığı ve meslek örgütleri ile iş birliği içerisinde yürütecek, belirli aralıklarla meslek içi sürekli eğitime katılımı zorunlu tutacağız.

Çalışan sağlığı ve güvenliği profesyonellerinin (İşyeri hekimi, iş güvenliği uzmanı, işyeri hemşiresi vb.) mesleki bağımsızlıklarını ve iş güvencesini sağlamak amacıyla '**Çalışan Sağlığı ve Güvenliği Kurumu**'nu kuracağız. İşverenler profesyonelleri bu kurum aracılığıyla istihdam edebilecektir. Kurumun gelirleri işveren ödentileri ve genel bütçeden sağlanacak, profesyonellerin maaşları ve diğer özlük hakları bu kurum tarafından karşılanacaktır.

Çalışan sağlığı ve güvenliği profesyonellerinin çalıştırılma sürelerini tehlike sınıflamalarına uygun olarak yeniden gözden geçireceğiz.

Tehlike sınıfları da dikkate alınarak, belli sayı ve üzerinde çalışanı olan işyerlerinde '**Çalışan Sağlığı Birimi**' kurulmasını zo-

runlu tutacak, belirlenen sayının altında çalışanı olan işyerlerinin birim kurmaksızın çalışan sağlığı ve güvenliği hizmetlerini alabilmelerini sağlayacağız.

Çalışan sağlığı ve güvenliği alanının çok disiplinli bir çalışma alanı olma özelliğini (İş psikolojisi, iş hijyeni, işçi beslenmesi, ergonomi vb.) mevzuatta tanımlayacağız.

Çalışan sağlığı ve güvenliği alanına özgü performans ölçütleri belirleyecek, bu ölçütler doğrultusunda izleme, değerlendirme ve denetleme mekanizmaları kuracak, bu amaca uygun yeter sayıda müfettiş vb. personel istihdam edeceğiz.

Merkezi ve yerel düzeyde kamu kurumlarının çalışan sağlığı ve güvenliği alanında öncü bir rol üslenmesi amacıyla yasal düzenlemeler gerçekleştireceğiz.

Halen var olan ÇASGEM ve İSGÜM gibi kamu kurumlarının yanı sıra iş ve sağlık ilişkisi bağlamında bilgi üretecek, veri işleyecek ve bunları paylaşacak yeni enstitüler/kurumlar kuracak; var olan kurumları da günümüzün ihtiyaçlarını karşılamak üzere bilimsel bilgiler doğrultusunda yeniden düzenleyeceğiz.

Okul sağlığı hizmetleri

Okul sağlığı hizmetlerini, birinci basamak sağlık örgütlenmesi içerisinde çalışan sağlığı ve güvenliği hizmetleriyle birlikte bütünleşik olarak ele alacağız. Öğrenci sayısına bağlı olarak, okullarda yarı zamanlı veya tam zamanlı hemşire görevlendireceğiz. Öğrencilerin büyüme ve gelişmelerini okul sağlığı görevlileri ile sürekli olarak izleyecek, büyüme ve gelişme sorunları saptanan öğrencileri zaman geçirmeden ilgili uzmanlara yönleteceğiz.

Her öğrenciyi ilkokul, ortaokul ve liseye başlarken Halk Sağlığı Merkezlerinde kapsamlı bir sağlık muayenesinden geçireceğiz. Standart hale getirilmiş rehberler ve protokollere uygun olarak okullarda belirli aralıklarla periyodik muayeneler, sağlık taramaları, aşılama yapacak, düzenli olarak çevre sağlığı ve sanitasyon hizmetleri sunacağız.

Artmakta olan çocuk yoksulluğu ve gıda krizinin öğrencilerdeki fiziksel ve ruhsal etkilerini ortadan kaldırmak amacıyla, okullarda öğrencilere sağlıklı beslenme olanağı sağlayacağız.

Tıbbi Etik/Meslek Etiği

Etik değerlerin belirlenmesini, uygulanmasını ve çalışma koşullarının buna uygun oluşturulmasını sağlamak üzere, her meslek grubunun kendi örgütlerinin sürece katılacağı, mesleki denetimini gerçekleştirebileceği ve tıbbi kötü uygulamaları yakından izleyebileceği, kendiliğinden veya başvuru halinde soruşturabileceği, gerektiğinde cezalandırabileceği yasal düzenlemeleri yapacağız.

Mesleksel eğitimlerin her aşamasında meslek etiği eğitimlerinin programlarda yer almasını sağlayacağız.

Hekim ve hastayı karşı karşıya bırakan sorumluluk sistemi yerine, sağlık hizmeti sırasında ortaya çıkan zararları kısa sürede tespit edip tazmin eden, sorunların kök nedenlerini analiz eden ve çözüm üretmeyi hedefleyerek sağlık hizmetlerini iyileştirmeyi hedefleyen '**Tıbbi Zarar Kurumu**' adıyla kamusal bir kurum oluşturacağız. Sağlık hizmetinin kötü işlemlerinden dolayı doğacak zararları Tıbbi Zarar Kurumu ile karşılayacağız. Tıbbi Zarar Kurumu'nun gelir kaynakları sağlık kuruluşlarının ödentilerinden oluşacak, kişilerin değil sağlık hizmeti sunan kurumların riskleri güvence altına alınacaktır.

Tıbbi araştırmalar

Lisans eğitiminden başlayarak araştırma etiğini, eğitim müfredatında zorunlu tutacağız.

Asıl işlevinin eğitim ve araştırma olduğu yaklaşımıyla, tıp fakültelerinde eğitim, araştırma ve hizmet yükünün dengelenmesini sağlayacak şekilde yasal ve finansal düzenlemeler yapacağız.

Akademik atama ve yükseltmelerde niceliğin yanı sıra niteliğin de değerlendirildiği bir düzenleme yapacağız.

Meslek etiği, bilimsel araştırma ve klinik araştırmalar ile ilgili kurulların bağımsızlık ve şeffaflığını sağlayacak dzenlemeler yapacağız.

Uluslararası örneklerde olduğu gibi 'Ulusal Sağlık Enstitüsü'nü kuracak, araştırma merkezlerini destekleyecek, TÜBİTAK ve TÜBA gibi yapıları ise özerkleştireceğiz.

Sağlık hukuku

Sağlık hakkının bütun bireyler için güvence altına alınması amacıyla, sağlık kuruluşlarının ve sağlık çalışanlarının tümünün hasta hakları izdüşümünden temel işlevleri ve sorumlulukları ile bunların yerine getirilmemesi halinde uygulanacak yaptırımları açık olarak tanımlayacak; meslek örgütlerinin, hasta hakları örgütlerinin ve bireylerin bu sürecin izlenmesine ve değerlendirilmesine katılımını sağlayacak yapılar kuracağız.

Mezuniyet öncesi eğitimi, sağlık hukuku yönünden zenginleştireceğiz.

Uzaktan sağlık hizmetleriyle ilgili (Tele sağlık, tele tıp vb.) sağlık hizmetinin kapsamını belirleyen, gereklerini, niteliğini ve hasta/çalışan haklarını güvence altına alan dzenlemeler yapacağız. Söz konusu dzenlemeleri hasta yararına dayalı, ticari kaygılardan arındırılmış, meslek etik ilkelerine uygun ve hasta mahremiyetini ön plana alarak yapacağız.

Sağlıkta şiddetin önlenmesi

Sağlıkta şiddetin önlenmesi için sağlık çalışanlarının saygınlığını yok sayan, sağlık çalışanlarını itibarsızlaştırıcı ve hınç yükü söylemleri besleyen yaklaşımlara son vereceğiz. Sağlık sektöründe yaşanan şiddetin, toplumun genelinde artış gösteren şiddet eğiliminin bir yansıması olduğunu unutmadan, topluma âdeta yerleştirilmek istenen ve kasıtlı biçimde müsamaha edilen düşmanlaştırma, aşağılama ve hedef gösterme söylem ve alışkanlıklarını ortadan kaldıracacağız.

Hasta ve yakınlarının sağlık hizmetlerinden memnuniyetini öl-

çen ve şikâyetlerini değerlendiren sistemlerin, sağlık çalışanları üzerinde baskı unsuru oluşturan ihbar araçları olarak kullanılmasına son vereceğiz. Hastaların talep ve şikâyetlerinin ilgili kurumlara ulaşması için gerekli mekanizmaları oluşturacak, ihbar hattı ve psikolojik baskı aracı haline gelen SABİM'i kaldırarak, hastaların şikâyetlerini doğrudan ilgili sağlık kuruluşuna iletecekleri bir sistem geliştireceğiz. Hastanelerde hasta şikâyetlerinin, üyeleri arasında hasta hakları derneği temsilcileri ve hukukçuların da bulunduğu kurullar tarafından değerlendirilmesini sağlayacağız. Sağlık çalışanları ile hasta ve hasta yakınları arasındaki ilişkileri güven esasına göre düzenleyecek, sağlık çalışanlarına karşı kinci, nobran ve kaba davranışlar ile hiçbir şiddet biçimine göz yummayacağız.

Beyaz kod verilerini analiz ederek, TBMM Araştırma Komisyonu Raporu ile meslek örgütlerinin raporlarını da dikkate alarak sağlık alanındaki şiddetin kök nedenlerine yönelik çalışmalar yapacağız.

Sağlık kuruluşlarının tümünde '**şiddete sıfır tolerans**' politikasına bağlılığı en üst yönetici düzeyinde ortaya koyacağız. Düzenli şiddet açığı denetimlerini içeren bir risk tanımlama sürecini, tehdit ve olayların resmi olarak raporlanmasının teşvik edilmesini, yüksek riskli faillerin sağlık bilgi sisteminde işaretlenmesini, yüksek risk içeren (semptomlar, tanı ve davranışlar da dahil) durumların belirlenmesini ve sağlık kuruluşuna/işte özgü risk etmenlerine yönelik girişimlerin yaygın bir biçimde uygulanmasını kapsayan temel stratejileri benimseyeceğiz.

Sağlıkta şiddetin önlenmesi amacıyla sağlık çalışanlarının güvenli ortamlarda çalışmalarını sağlayacağız. Bunun için sağlık kuruluşlarının hem içerisinde hem de çevresinde sağlık çalışanlarının can güvenliğini sağlayacak sert ve caydırıcı önlemler alacağız. Sağlık çalışanlarına karşı şiddet uygulayan kişileri en sert ve kararlı biçimde cezalandıracağız. Sağlık kuruluşlarına silah, kesici ve delici alet gibi şiddet aracı olabilecek unsurların girmesini önleyecek güvenlik tedbirleri alacağız.

2. SAĞLIK EMEK GÜCÜ

Sağlık çalışanları ile ilgili yasal düzenlemeleri, istihdam ve insan gücünden yararlanma politikalarını TBMM Sağlık Komisyonunda görüşmeden önce ilgili meslek kuruluşlarıyla, sendikalarla ve sivil toplum kuruluşlarıyla görüşecek; sağlık alanındaki sorunları, bu sorunları yaşayan sağlık çalışanlarıyla birlikte ele alacak ve çözeceğiz.

Cumhuriyet Halk Partisi olarak, ülkemizdeki sağlık emek gücünün yaşadığı sorunları çözmek amacıyla planlama, yetiştirme ve istihdamı bütünlüklü bir süreç olarak ele alacak; sağlık çalışanlarının sayılarının planlanması, yetiştirilmeleri ve istihdam edilmeleri aşamalarının her birinde düzenlemeler yapacağız.

A. Planlama

- Sağlık çalışanlarının sayısını, sağlık hizmetinin farklı becerileriyle birbirini tamamlayan ekip üyeleri tarafından sunulduğu yaklaşımla ele alarak planlayacağız. Sağlık emek gücü ile ilgili tüm meslek gruplarının temsil edildiği bir **'Planlama Kurulu'** oluşturacağız. Bu planlama sırasında toplumun demografik yapısını, sık görülen hastalıkları, ölüm nedenlerini, iş analizleri ve o işi yapmak için gerekli birim zaman vb. göstergeler üzerinden sağlık gereksinimlerini ortaya koyarak; görev tanımları, işyükü hesapları ve bilimsel olarak benimsenmiş ölçütleri göz önüne alarak kısa, orta ve uzun erimli sayısal hedefler belirleyeceğiz. Örneğin aile hekimine kayıtlı kişi sayısının bir yıl içinde 2.000 kişiye, beş yıl içinde de 1.500 kişiye düşürülmesi gibi hedefler belirleyeceğiz.
- Planlamada coğrafi bölge farklılıklarını dikkate alacak; savaş, afet, göç, salgın gibi olağan dışı durumlar için ayrı planlamalar yapacağız.

B. Yetiştirme

- Sağlık emek gücünün nitelikli bir biçimde yetiştirilmesine büyük bir özen göstereceğiz. Bir yıl içinde uzman hekim, hekim, diş hekimi, veteriner hekim, eczacı, hemşire, sağlık teknisyeni vb. her bir sağlık mesleğinin yetiştirilme ölçütlerini gözden geçirecek, çekirdek eğitim müfredatlarını yeniden belirleyecek ve bu ölçütleri karşılayamayan eğitim kurumlarına öğrenci almayacağız. Ölçütleri karşılayan eğitim kurumlarında da çekirdek eğitim müfredatının uygulanmasını dikkatle izleyecek ve denetleyeceğiz.
- Sağlık Bilimleri Üniversitesini Sağlık Bakanlığı'na bağlı bir eğitim kurumu olmaktan çıkartacak, özerk bir üniversite biçimine dönüştüreceğiz.
- Halen lisans mezunu olmayan sağlık çalışanları için lisans tamamlama programlarını destekleyecek ve bu programlara katılımı zorunlu tutacağız.
- Gerek lisans gerekse de lisans üstü eğitimi nitelikten ödün vermeksizin sürdüreceğiz. Bu amaçla üniversitelerde de kapsamlı bir reform gerçekleştireceğiz.
- Mezuniyet sonrası eğitimleri teşvik edecek ve kurumsallaştıracak, meslek örgütlerinin ve üniversitelerin bir arada yürüteceği etkinlikleri destekleyeceğiz.
- Yurt dışı eğitim kurumlarından gelen mezunlara denklik verilmesiyle ilgili süreci, her meslek grubu için ayrı olmak üzere, ilgili meslek örgütleri ve üniversitelerden temsilcilerin katılımıyla yeniden belirleyeceğiz.
- Uzaktan eğitime uygun olmayan alanlardaki (veteriner teknikerlik, sağlık yönetimi, sosyal hizmet vb.) eğitim programlarını kaldıracağız.

C. İstihdam ve yönetim

- Kamuda hizmet sunan tüm sağlık çalışanlarının refah düzeyini artıracak düzenlemeler yaparken, özel sektörde istihdam edilenler için de meslek örgütleri ve sendikaların karar verme süreçlerine katılabileceği, taban ücretleri ve iş güvencesini belirleyecek yasal düzenlemeler yapacağız.
- Sağlık çalışanlarının refah düzeyini ivedi olarak yükselteceğiz. Bu bağlamda, sağlık çalışanlarının hak ettikleri temel ücretleri almalarını sağlayacak, ek göstergeleri 3600'den başlamak üzere kademeli olarak yükselteceğiz.
- Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık kuruluşlarında ve sağlık alanındaki tüm kamu kuruluşlarında tam zamanlı çalışmayı benimseyeceğiz.
- Kamuda istihdam biçimlerini çoklu ve parçalanmış yapısından (Devlet memuru, döner sermayeden 4-B çalışanı, sözleşmeli personel, taşeron çalışanı vb.) arındıracak, her bir sağlık mesleği ekip üyesini tek tipte kamu çalışanı olarak istihdam edeceğiz.
- Sağlık çalışanlarının örgütlenme hakkını güvenceye alacak; meslek odasına, sendikaya veya derneğe üye olmanın önündeki anayasal ve yasal engelleri kaldıracak, kamuda çalışan sağlık emekçilerinin grevli toplu sözleşme yasasını çıkaracağız.
- Sağlık emek gücünü, toplumun sağlık gereksinimleri ve demografik özellikleri doğrultusunda coğrafi, kurumsal ve uzmanlık alanlarına göre yurt çapında eşit dağıtacağız.
- Sağlık personeli atamalarını derhal yapacağız.
- Kamuda, sağlık çalışanlarının aylık gelirlerinin en az %80'inin temel maaşlarından oluşmasını sağlayaca-

ğız. Performansa dayalı ek ödeme sistemini kaldıracamız. Bilgi, beceri ve davranışsal yeterliliğın bir arada ele alındığı, sağıık çalışanlarının gereksinim ve tercihlerini yansıtabilen, adil, eşitlikçi ve şeffaf bir teşvik sistemi yaklaşımı benimseyeceğız.

- Sağıık Bakanlığı, üniversite, belediye veya başka bir kamu kurumunda istihdam edilen sağıık çalışanlarının tamamının (Üniversitelerdeki akademik kadrolar dışında) temel ücret olarak aynı mevzuat hükümlerine tabi olmasını sağıılayacağız.
- Sağıık çalışanlarının mesai saatleri, nöbetleri ve fazla mesai sürelerini Uluslararası Çalışma Örgütü normları doğırlusunda düzenleyeceğız.
- Sağıık çalışanlarının refah düzeylerinin yükseltilmesinin yanında, sosyal haklarını da (örneğin hastanelerde kreş açılması vb.) iyileştireceğız.
- Sağıık çalışanlarının kariyer gelişimi için liyakate dayalı fırsatlar ve teşvikler sağıılayacağız.
- Sağıık çalışanları arasında hiçbir ayırım yapmayacak, tarafsız ve adil bir atama, yer değıştirme ve yükselme yöntemi uygulayacağız.
- Değışik istihdam biçimlerinde çalıştıktan sonra emekli olmuş (Emekli Sandığı, SSK, Bağı-Kur) sağıık çalışanları için emekli maaşlarını ortak bir düzeye getirebilmek amacıyla düşük emekli maaşı alanların maaşlarını yükseltecek düzenlemeler yapacağız.
- Sağıık alanındaki şiddeti önlemek için, sağıık meslek örgütlerinin ve sendikaların önerileri doğırlusunda kapsamlı bir yasal düzenleme yapacağız.
- Sağıık çalışanları için bulaşıcı hastalıkları da içerecek biçimde ve illiyet bağıının kanıtlanmasına odaklanmayan bütüncül bir meslek hastalıkları düzenlemesi

yapacağız. Bu bağlamda COVID-19 pandemisinde hizmet sunan sağlık çalışanları için hizmet sunulan birim ve sürenin özelliklerine göre yıpranma payı getireceğiz.

- KHK ile görevlerine son verilmiş ancak haklarında dava açılmamış, takipsizlik kararı verilmiş, beraat edip kararları kesinleşmiş ve böylece göreve iade edilmelerinde yasal olarak hiçbir engel olmayan tüm sağlık çalışanlarını hemen görevlerine iade edeceğiz.
- Lisans eğitimi olan sağlık meslekleri için başta Türk Hemşireler Birliği olmak üzere meslek birlikleri kanunlarını çıkaracak ve meslek etiği, öz-denetim mekanizmaları kuracağız.

Sağlık emek gücü sürecini orta erimde planlamanın, yetiştirmenin ve istihdamın birbirini tamamlayacağı biçimde yöneteceğiz. Yetiştirmeyi planlamaya uygun biçimde, istihdamı da yetiştirilenlerin atanamama kaygısı taşımayacakları bir yaklaşımla ele alacağız.



3. FİNANSMAN KAYNAKLARI

Sağlık hizmetlerinin finansmanını merkezi ve yerel yönetim bütçelerinden ve Genel Sağlık Sigortasında toplanan sigorta fonundan karşılayacağız.

Merkezi Yönetim Bütçesi içerisinde Sağlık Bakanlığı bütçesine en az %10 düzeyinde pay verilmesini sağlayacağız. Genel Sağlık Sigortası fonunu yalnızca sağlık harcamaları için kullanacak, bu fondan başka hiçbir yere aktarma yapmayacağız.

Sağlık en temel insan haklarından biridir. Sağlık hizmetlerine, tıbbi tedaviye, ilaca ve tıbbi malzemeye erişimin önündeki başta katkı payı, ilave ücret ve fark ücretleri olmak üzere bütün finansal engelleri kaldıracacağız. Bugün milyonlarca kişi prim borçları nedeniyle Genel Sağlık Sigortası kapsamı içinde yer alamamaktadır. Her yurttaşın prim borcuna bağlı olmaksızın Genel Sağlık Sigortası kapsamı içinde yer alabilmesini sağlayacağız. Genel Sağlık Sigortasına prim ödeme yükümlülüğünü ve prim tutarını, istihdam ve gelir durumları göz önüne alınarak emekçiler yararına olmak üzere yeniden düzenleyeceğiz. Genel Sağlık Sigortası tarafından sağlanan temel teminat paketini bilimsel normlara uygun olarak genişleteceğiz.

Yapılandırılmış olmasına rağmen prim borcunu ödeyemeyen yaklaşık on milyon kişinin ekonomik koşullarını inceleyecek, ödeyemeyecek durumda olduğu belirlenen her yurttaşın Genel Sağlık Sigortası prim borcunu sileceğiz.

Sağlık hizmetlerinin tümünün yurt çapında ve her basamakta Sağlık Bakanlığı tarafından sunulmasını esas alacağız. Sağlık Bakanlığı'na ait sağlık kuruluşlarıyla birlikte, sağlık hizmetlerine ilişkin kapasitenin artırılmasının gerektiği hizmet alanları ve yerleşim birimlerinde, Genel Sağlık Sigortasının özel sağlık kuruluşlarından da hizmet alabilmesini sağlayacağız.

Genel Sağlık Sigortası ile hizmet alım sözleşmesi yapmış özel sağlık kuruluşlarını yasada öngörüldüğü şekilde sıkı biçimde

denetleyeceğiz. Hastalardan kayıt dışı olarak ek ücret talep eden özel sağlık kuruluşlarını cezalandırılacak ve yinelenmesi halinde sözleşmelerini iptal edeceğiz.

Şehir hastaneleri

Ülkemizde 'şehir hastanesi' olarak adlandırılan, 'Kamu Özel İşbirliği' yönteminin 'Yap-Kirala-Devret' modeliyle kurulan ve işletilen hastane işletmelerine son verecek; birer rant yatırımı, verimsizlik ve israf projesine dönüşen şehir hastanelerini kamunun üzerinde yük olmaktan çıkartacağız. Şehir hastanelerinde oluşan kamu zararının sorumlulardan geri alınması için hukuki süreci ivedi olarak başlatacağız.



4. SAĞLIK BİLGİ SİSTEMİ

İyi işleyen bir sağlık bilgi sistemi kuracağız. Bu sistem ile sağlık sisteminin farklı seviyelerindeki karar vericiler tarafından hem düzenli olarak hem de acil durumlarda güvenilir ve zamanında sağlık bilgilerinin üretilmesini, analizini, yayılmasını ve kullanılmasını sağlayacağız.

Kuracağımız sağlık bilgi sistemi;

- **Sağlığın belirleyicileri,**
- **Sağlık sisteminin performansı** ve
- **Ülkenin sağlık durumu** hakkında

kapsamlı bilgi içerecektir.

Sağlık sistemine ilişkin bilimsel bilgi üretilmesi ve stratejik kullanımı, sağlık yönetiminin ayrılmaz bir parçası olacaktır.

Sağlık bilgi sistemini surveyans (Gözetim) sistemlerini de içerecek biçimde, daha güvenli bir dünya yaratma çabalarının bir parçası olarak, salgın tehdidine ve diğer halk sağlığı acil durumlarına karşı tetikte ve yanıt vermeye hazır olmanın da önemli bir bileşeni haline dönüştüreceğiz.

5. TIBBİ ÜRÜNLER, AŞILAR VE TEKNOLOJİLER

İlaç, Aşılar ve Biyoteknoloji

Kuracağımız sağlık sistemi ile temel tıbbi ürünlere, aşılarla ve kalite, güvenlik, etkinlik ve maliyet etkinliğine sahip teknolojilere eşit erişim sağlayacağız.

Günümüzde teknoloji kullanımı, sağlığın geliştirilmesi ve yaşam kalitesinin yükseltilmesi için önemli katkı sağlamaktadır. Bu katkı sırasında verimliliği sağlamak ve kaynakları akıllı kullanmak için '**sağlıkta teknoloji değerlendirmesi**' yöntemini kullanacağız.

İlaç, aşı, serum, tıbbi malzeme ve tıbbi cihaz üretimini teşvik etmek amacıyla bu sektörlerdeki AR-GE çalışmalarını destekleyecek; ilaç, aşı, serum, tıbbi malzeme ve tıbbi cihazların karşılabilir fiyatlarla üretilmesi için düzenleme yapacağız.

Refik Saydam Hıfzıssıhha Enstitüsü'nü yeniden açacak; alanında yetkin bilim insanları ve tıp, eczacılık, moleküler biyoloji, genetik ve ilgili diğer bölümlerden yeni mezunların da katılımıyla Refik Saydam Hıfzıssıhha Enstitüsü kadrosunu en kısa sürede oluşturacağız. Ülkemizde gereksinim duyduğumuz tüm aşıların kamusal bir sorumluluk anlayışıyla geçmişte olduğu gibi Refik Saydam Hıfzıssıhha Enstitüsü tarafından üretilmesini sağlayacağız.

Tıbbi cihaz

Sağlıkta teknoloji değerlendirme çalışmalarını yürütmek üzere '**Sağlık Teknolojileri Değerlendirme Kurumu**' adıyla yeni bir kurum kuracağız.

Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'nu (TİTCK), ülkemizde uygulamaya alınmasına onay verilecek tüm tıbbi ürünlerin (Aşı, ilaç, tıbbi cihaz vb.) bilimsel bilgiye dayalı olarak güvenli, etkili ve kaliteli olmalarını sağlamak üzere idari ve mali açıdan özerkleştirerek şeffaf ve hesap verebilir olarak yeniden yapılandır-

cak; karar verme süreçlerinde çıkar çatışması olmayan alanında yetkin bilim insanlarının yer almasını sağlayacağız.

Üniversite, sanayi ve devlet arasında iş birliğiyle etkin bir tıp teknoparkları sistemi kuracak, tıbbi yüksek teknoloji ürünlerinin, farmasotik endüstrisinin ve biyoteknolojilerin geliştirilmesi için destek sağlayacağız.

Yerli tıbbi cihaz üretiminin her evresini (fikir geliştirme, tasarım, AR-GE, teşvik ve destek projeleri, üretim destekleri, belgelendirme ve kalite yönetimi, kurumsallaşma vb.) kamu yararını öne çıkartacak biçimde destekleyecek ve teşvik edeceğiz.

KATILIMCI LİSTESİ

- Banu Deniz Acar - Endüstri Müh.,
OSTİM Medikal Kümeleme Y.K. Üyesi
- Okhan Akhan - Prof. Dr., Radyoloji
- Feride Aksu Tanık - Prof. Dr., Halk Sağlığı
- Murat Arslan - Prof. Dr., Veteriner Hekim,
İstanbul Veteriner Hekimleri Odası Başkanı
- Adnan Aslan - Diş Teknisyeni
- Heybet Aslanoğlu - TÜM-RAD-DER Genel Başkanı
- Selma Atabey - SES Eş Genel Başkanı
- Atilla Stephan Ataç - Prof. Dr., Diş Hekimi
- Azize Atlı Özbaş - Dr. Öğr. Gör. Hemşire, THD Başkanı
- Vildan Aydın - Hemşire, İSAHED Başkanı
- Orhan Aydoğdu - Aile Hekimi, AHEF Genel Sekreteri
- Nilüfer Aykaç - Doktor, Öğretim Üyesi
- Özlem Azap - Prof. Dr., Enfeksiyon Hastalıkları
- Özcan Baripoğlu - İşyeri Hekimi
- Semih Baskan - Prof. Dr., Genel Cerrah
- Ülkü Baykal - Prof. Dr., Yönetici Hemşireler Derneği Başkanı
- Melike Baysal - Veteriner Hekim,
Bursa Veteriner Hekimleri Odası Y.K. Üyesi
- Eriş Bilaloğlu - Uzman Doktor, Tıbbi Biyokimya
- Ümit Boyacıoğlu - Endüstri Müh.
- Necati Bozkurt - İstanbul Veteriner Hekimler Odası
Yönetim Kurulu Üyesi
- Elvan Sevi Bozoğlu - Dr. Avukat
- Gökberk Bulmuş - Eczacı

Zafer alışkan - Prof. Dr., İktisat
Muharrem etin - Psikolog, Türk Psikologlar Derneği
Merkez Y. K. Üyesi
Genco Çetinkanat - Uzman Dr., Göğüs Cerrahisi, OHSAD Üyesi
Meltem öl - Prof. Dr., Halk Sağlığı
Ayhan Dağ - Doç. Dr., Türk Diyetisyen Derneği Başkanı
Servet Dağaşan - Laborant
Hüseyin Dede - Uzman Veteriner Hekim
Ergün Demir - Doktor, İzmir Tabip Odası
Ömer Doğanay - Uzman Hemşire,
Türk Yoğun Bakım Hemşireler Derneği
Sergül Duygulu - Doç. Dr., Hemşire
Osman Elbek - Doç. Dr., Göğüs Hastalıkları
Uğur Emek - Prof. Dr., Ekonomist
Özgür Erbaş - Avukat
Tuğrul Erbaydar - Prof. Dr., Halk Sağlığı
İlknur Olça Erden - Fizyoterapist Derneği Başkan Yardımcısı
Deniz Erdoğdu - Doç. Dr., TTB Merkez Konsey Üyesi
Gülriz Erişgen - Profesör, Öğretim Üyesi
şehsuvar Ertürk - Prof. Dr., Nefroloji
Afsun Ezel Esatoğlu - Prof. Dr., Sağlık Yönetimi
Hilal Göktaş - Prof. Dr., Biomedikal Müh.
Taner Gören - Prof. Dr., Kardiyoloji
Gamze Burcu Gül - Diş Hekimi
Fatih Güler - Diş Hekimi
Mustafa Güler - Avukat
Ali Gürlek - Diş Hekimi
Onur Hamzaoğlu - Prof. Dr., Halk Sağlığı

Rida Himmet - Eczacı, TEB Genel Sekreter Yardımcısı
Bayazıt İlhan - Uzman Doktor, Göz Hastalıkları
Ertan İskender - Hekim
Aslı Karabıyık - Biyoteknoloji Yönetici Asistanı
Kaan Karadağ - Doktor, İş Sağlığı Bilim Uzmanı,
Kamu Yönetimi Uzmanı
Ali Karakoç - Uzman Doktor, Ürolog
Süleyman Kaynak - Prof. Dr., Göz Hastalıkları
Bülent Kılıç - Profesör, Halk Sağlığı
Güray Kılıç - Uzm. Dr., İstanbul Tabip Odası Y.K Üyesi
Yılmaz Kılıç - Diş Teknisyeni
Gülgün Kıran - Okul Hekimi, TTB Okul Sağlığı Çalışma Grubu Üyesi
Emrah Kırımlı - Aile Hekimi, TTB Aile Hekimliği Kolu Başkanı
Gülten Koç - Doç. Dr., Hemşire
Mustafa Köse - İş Geliştirme Müdürü
Hasan Kuş - Doktor, Sağlıkta Kaliteyi İyileştirme Derneği Başkanı
Sevtap Kutbek - Veteriner Hekim
Selahattin Mentеш - Uzman Doktor, Radyoloji Onkolojisi,
Adana Tabip Odası
Ünal Erkan Mumcuoğlu - Prof. Dr., Sağlık Bilişimi
Arif Müezzinoğlu - İşyeri Hekimi
Türkü Yağmur Nehir - Hukukçu, Hekim
Kemal Noyan - Aile Hekimi, AHEF Başkanı
Muratcan Ocaktan - İş Güvenliği Uzmanı, TMMOB
Orhan Odabaşı - Prof. Dr., Temel Tıp Bilimleri
Pınar Okyay - Prof. Dr., Halk Sağlığı
Ziyet Özçelik - Avukat, Sağlık Hukuku
Nezaket Özgür - Türk Medikal Radyoteknoloji Derneği Bşk. Yrd.

Mete Özgürbüz - Yüksek Mühendis, Türkiye Medikal Meclisi Bşk.
Özlem Özkan - Doç. Dr., Hemşire
Aykut Özkul - Prof. Dr., Veteriner Hekim
Berna Özpınar Gümrükçüoğlu - Avukat, Sağlık Hukuku
Zafer Öztekin - Prof. Dr., Halk Sağlığı
Kayıhan Pala - Prof. Dr., Halk Sağlığı
Filiz Pehlivan - Makine Mühendisi
Elif Pusat - ARTED Genel Sekreter
Ahmet Saltık - Prof. Dr., Halk Sağlığı
Hakan Savlı - Prof. Dr., Tıbbi Genetik
Yasin Sütçü - Sağlık Yöneticisi, SAHADER
Urartu Özgür Şafak Şeker - Doç. Dr., Moleküler Biyoloji ve Genetik
Orhan Mutlu Topal - İlaç Endüstrisi Girişimcisi
Cengiz Topel Töremiş - Genel Müdür
Birgi Tuna - Belediye Tabibi,
Genel Sağlık-İş Merkez Disiplin Kurulu Başkanı
Ali Rıza Tümer - Prof. Dr., Adli Tıp
Alpaslan Türkkkan - Doç. Dr., Halk Sağlığı
Çağla Uyanusta Küçük - Uzman Doktor, Göğüs Hastalıkları
Sarp Üner - Prof. Dr., Halk Sağlığı
Arman Üney - Eczacı, TEB Başkanı
Tuğrul Ünlü - İsek Kurumsal İlişkiler Koordinatörü
Cavit Işık Yavuz - Doç. Dr., Halk Sağlığı
Hüsnü Yıldırım - SES Eş Genel Başkanı
Ali Naci Yıldız - Prof. Dr., Halk Sağlığı
Levent Yiğit - Sağlık Sigorta Yöneticileri Derneği Başkanı
Ramazan Yüksel - Sosyal Hizmet Uzmanı,
Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği Başkanı

Türkiye  
SAĞLIK
FORUMU **5 MART 2022**
ANKARA

Türkiye 
SAĞLIK
FORUMU 5 MART 2022
ANKARA

